

EN LOS BRAZOS DE MORFEO: LOS SUEÑOS DESDE LA PERSPECTIVA PSICOANALÍTICA RELACIONAL

*IN THE ARMS OF MRPHEUS: DREAMS FROM A
RELATIONAL PSYCHOANALYTIC PERSPECTIVE*

*NOS BRAÇOS DE MORFEU: OS SONHOS A PARTIR DA
PERSPECTIVA PSICANALÍTICA RELACIONAL*

Stella Maria Barrios Blanc

Asociación Uruguaya de Psicoterapia Psicoanalítica

Montevideo, Uruguay

Correo electrónico: barriosstella@gmail.com

ORCID: 0000-0002-3201-7494

Recibido: 24/7/2025

Submitted: 7/24/2025

Received: 24/7/2025

Aceptado: 19/9/2025

Accepted: 9/19/2025

Accepted: 19/9/2025

Para citar este artículo / To reference this article / Para citar este artigo
BARRIOS BLANC, S. M. (2025). En los brazos de Morfeo: los sueños desde la perspectiva
psicoanalítica relacional. *Equinoccio. Revista de psicoterapia psicoanalítica*, 6(2), 101-121.

DOI: 10.53693/ERPPA/6.2.6

Creative Commons Reconocimiento 4.0 Internacional (CC BY 4.0)

Resumen

Este artículo aborda un aspecto de la práctica psicoanalítica que refiere a las herramientas con que intervenimos en la clínica. Propone interrogarse desde dónde provienen. Se centra en los sueños tanto del paciente como del analista, y su utilidad en la experiencia terapéutica. Revisa cómo se conciben los sueños después de Freud y explora aportes del psicoanálisis relacional y de autores que han contribuido a pensarlos, trabajarlos y darles utilidad clínica de otro modo. A través de la exemplificación personal de un sueño con un paciente, revelador de nuestra humanidad compartida, se reflexiona sobre la complejidad del psicoanálisis y la centralidad de la experiencia relacional como motor de nuevas aperturas.

Palabras clave: psicoanálisis relacional, sueños, intersubjetividad, mutualidad, emociones.

Abstract

This article addresses an aspect of psychoanalytic practice related to the tools we use in clinical intervention, inviting reflection on their origins. It focuses on the dreams of both patient and analyst, and their usefulness within the therapeutic experience. The paper reviews how dreams have been conceived after Freud and explores contributions from relational psychoanalysis and other authors who have offered new ways of understanding, working with, and clinically applying dreams. Through the personal account of a dream involving a patient—revealing our shared humanity—it reflects on the complexity of psychoanalysis and the centrality of the relational experience as a driving force for new insights.

Keywords: relational psychoanalysis, dreams, intersubjectivity, mutuality, emotions.

Resumo

Este artigo aborda um aspecto da prática psicanalítica que se refere às ferramentas com as quais intervemos na clínica. Propõe questionar de onde vêm tanto os sonhos do paciente quanto os do analista, e sua utilidade na experiência terapéutica. Analisa como os sonhos são concebidos após Freud e explora as contribuições da psicanálise relacional e de autores que contribuíram para pensá-los, trabalhá-los e outorgar utilidade clínica aos sonhos de uma forma diferente. Através de exemplos pessoais de um sonho com um paciente, revelador da nossa humanidade compartilhada, reflete-se sobre a complexidade da psicanálise e a centralidade da experiência relacional como motor de novas aberturas.

Palavras-chave: psicanálise relacional, sonhos, intersubjetividade, reciprocidade, emoções.

UNA PREGUNTA INICIAL¹

¿Es posible pensar un proceso analítico sin tener en cuenta el funcionamiento de la pareja analítica? Desde 1960, los Baranger, al desarrollar su concepción del espacio psicoanalítico, subrayaron la implicación inevitable del analista como coprotagonista de la situación psicoanalítica en el tratamiento individual. El modelo de campo, entendido como construcción común, incluye tanto el proceso de transformación de la estructura como de quienes la constituyen.

En la perspectiva relacional, la implicación del analista cobra relevancia. Barale y Ferro (1993) proponen que el analista debe recoger en su contratransferencia las proyecciones del paciente, para elaborarlas, vivirlas, transformarlas. Desde este enfoque, cada análisis configura un inconsciente relacional, que construye una interacción de regulación mutua y de reconocimiento mutuo (Benjamin, 2012). Varios autores consideran que, si bien el *inconsciente relacional* es un concepto afín al de *terceridad* (Ogden, 2014), no supone una tercera entidad, sino más bien un proceso dinámico intersubjetivo. En esta línea, De Souza y Anfusso (2017) consideran que en el tratamiento psicoanalítico paciente y terapeuta coconstuyen patrones no verbales implícitos o procedimientos de interacción, que generan cambios y amplían las posibilidades de ambos de hacer, de estar y de vincularse con otros.

Por su lado, Cassorla (2013) parte del principio de que las experiencias emocionales se sueñan en un campo intersubjetivo, donde todo lo que ocurre con un miembro de la diáada analítica repercute en el otro. Este autor plantea que los analistas necesitan implicarse profundamente con sus pacientes para poder vivir aquello que ellos no logran simbolizar. Este psicoanalista con su visión intersubjetiva plantea que, en los momentos iniciales, cuando la capacidad de simbolización aún

¹ La editora Leticia Pombo aprobó este artículo.

no se ha desarrollado, las situaciones traumáticas serán externalizadas en el campo analítico a través de gestos psíquicos y *enactments*, que solamente serán pensados *après-coup*. Sassenfeld (2020) plantea que pueden existir sueños que surgen desde el *entre paciente y terapeuta* y cuya autoría se convierte en una interrogante interesante.

LOS SUEÑOS EN PSICOANÁLISIS RELACIONAL

Para el psicoanálisis relacional no todos los sueños son cumplimiento de un deseo. El sueño no se inscribe en el modelo de la pulsión y la descarga ni se observa como la satisfacción de los deseos sexuales reprimidos. No siempre hay, por tanto, un deseo encubierto por descubrir. Al decir de Codosero Medrano (2014), «el sueño como un elemento más entre paciente y analista» (p. 321).

Si bien comparte con el psicoanálisis freudiano que los sueños son actos psíquicos de pleno derecho y que son la vía de acceso al inconsciente, para el psicoanálisis relacional es una vía regia de acceso al inconsciente procedimental. Este inconsciente prerreflexivo tiene que ver con la formación de la experiencia a través de principios organizadores que operan fuera del conocimiento consciente de la persona (Font Saravia et al., 2021). Se trata de patrones recurrentes de la vida psicológica que organizan nuestras experiencias emocionales y estructuran el mundo experiencial; son las formas en que se constituyeron a partir de la interacción del niño con sus cuidadores; son inconscientes, pero no están reprimidos. Desde esta perspectiva, el sueño pasa a ser una experiencia que busca sentido. No se considera la diferenciación entre el contenido manifiesto y el latente, predomina la hermenéutica de la confianza y se le otorga importancia a la emoción experimentada en el sueño. El sentido se va configurando a través del diálogo entre paciente y analista, jerarquizando el contexto del que forma parte el sueño (díada analítica). Es una coconstrucción de sentido.

En lugar de adoptar una distinción entre los contenidos manifiestos y los latentes, Fosshage (2016) propone el término *contenido del*

sueño, que alude de modo más directo a las preocupaciones del soñante mediante afectos, metáforas y temáticas, sin que ello implique que el significado de un sueño sea transparente. Este autor considera que, así como la persona en vigilia selecciona palabras para promover los procesos de pensamientos significativos de sus asuntos, también las imágenes del sueño son escogidas por su poder evocador y su utilidad en la construcción del pensamiento en imágenes en que se expresa el sueño. Se le da un sentido, no una interpretación. Los sueños hablan su propio idioma, y su significado en la mayoría de los casos no resulta evidente. Su mensaje no resulta accesible, y a este carácter esquivo Fosshage (2016) lo relaciona con una serie de factores que influyen: la naturaleza metafórica de los sueños, escasos recuerdos de estos, falta de claridad en el proceso mismo de soñar, dificultad de entender el significado de las imágenes una vez despiertos y la dificultad de entender al yuxtaponer dos estados mentales diferentes (sueño y vigilia), sumado al contexto intersubjetivo en el que el sueño es contado y explorado, y que puede resultar poco facilitador. En consecuencia, es indispensable considerar el contexto del soñante, del sueño y del análisis mismo, de modo tal que el sentido del material onírico se irá configurando en el diálogo de paciente-terapeuta y solo tendrá sentido en ese contexto analítico.

Desde el psicoanálisis relacional, los sueños pueden cumplir varias funciones: comunicación, autorretrato, resolución, homeostasis, procesamiento de información, consolidación de la memoria y expresión de la motivación de apego, el sentido de vida y la satisfacción de deseos. Me detendré en algunas de estas funciones.

Función de autorretrato. Se describe el mundo interno del soñante. Fairbain (apud Fosshage, 2016) postula que los sueños son representaciones de situaciones endopsíquicas en las que el soñante ha quedado estancado e incluyen a menudo cómo superar dichas situaciones. Los sueños tienen la función de mostrar el mundo interno y cómo se relaciona con los demás.

Para Winnicott el sueño es un espacio transicional. En *El odio en la contratransferencia* (1979) comenta que durante varios días detecta que

no está haciendo bien su trabajo con sus pacientes. Su dificultad era de carácter personal, pero la vinculó con el análisis de un paciente psicótico, y dicha dificultad se esclareció cuando tuvo un sueño que él mismo denominó *curativo*. Si bien alguno de ellos era desagradable, reconoce que todos ellos le habían señalado su llegada a alguna nueva fase del desarrollo emocional. En la conferencia Posfacio: D. W. W. sobre D. W. W. (Winnicott et al., 2009), comenta que durante sus diez años de análisis con Strachey tuvo sueños que eran distintos de los otros. No eran sueños para ser analizados, eran la consolidación del trabajo realizado. Entonces, ¿Winnicott trabaja los sueños como lo hacía con el garabato?, es decir, encontrando un sentido, pero donde es difícil deslindar qué es del paciente, qué es del analista y... ¿qué es de ambos? (Forli, comunicación personal, junio 2022). Winnicott presenta el caso de Alfred, un niño de diez años atendido en consulta terapéutica, y describe su técnica de acercarse al sueño a través del juego: «uno de los objetivos de este juego [squiggle] es conseguir que el niño se sienta cómodo y llegar así a su fantasía y su sueño» (Winnicott, 2008, p. 129).

Para Bromberg (2006) los sueños son estados del self disociados. El self onírico no es otra persona, es otro estado de esa persona. Los sueños dan voz, dan palabra a los estados *not me*, que empiezan a captarse y pueden ser llevados por el paciente a los estados *Yo*. Los estados del self que no han podido desarrollarse quedan disociados y aparecen en los sueños. En el inconsciente invalidado estarían estos aspectos que no están alojados allí por represión, sino porque no fueron validados por el entorno, son experiencias que nunca evocaron una respuesta del entorno, quedan como *no yo*, se disocian y permanecen en el aspecto somático y en los sueños. Sería una experiencia que no ha tenido lugar en la vida, que por eso ha quedado invalidada y que busca de alguna manera aparecer.

Función resolutiva. El primero que plantea el sentido de los sueños como una forma de intentar soluciones a los problemas fue Ferenczi (1931). Para él todos los sueños e incluso los más desagradables expresan el deseo de solucionar las experiencias traumáticas con la finalidad de lograr una mejor organización psíquica.

Función homeostática. El sueño tiende a restablecer el equilibrio psíquico del self. Kohut (apud Sassenfeld, 2020) propuso pensar que los sueños tienen una función reguladora y restauradora de la cohesión del self cuando este se ve amenazado por el temor a la fragmentación o disolución.

Fosshage (2016) plantea que «la función principal de los sueños es el desarrollo, el mantenimiento (regulación) y la restauración de la organización psicológica junto con la regulación del afecto» (p. 356). Las imágenes de los sueños necesitan ser determinadas por lo que revelan, metafórica y temáticamente, y no por lo que ocultan. Propone pensar que a través de las imágenes del sueño podemos acceder a los patrones relacionales del self del soñante con los otros, así como también a los aspectos del self que son proyectados en los otros. Contribuye al aprendizaje.

Función de procesamiento de la información y consolidación de la memoria. Las investigaciones han demostrado que el sueño REM, caracterizado por el predominio de imágenes cargadas afectivamente, es importante en la consolidación de la memoria y en el afrontamiento de aspectos emocionales (Kuiker y Sikora, 1993, apud Fosshage, 2016).

Función de regulación de los estados afectivos y de organización de la experiencia subjetiva. Ya por 1945, Jung «definió el sueño como autorretrato espontáneo de la situación actual de lo inconsciente en forma simbólica» (Sassenfeld, 2020, p. 136). También planteó que los sueños son una experiencia, que no esconden ni disfrazan, no representan contenidos sexuales reprimidos. Los consideró fenómenos naturales, que no encubren, sino que se esfuerzan por expresar algo que el Yo no sabe o no comprende (Jung, apud Codosero Medrano, 2014). Así, los sueños reflejan el trabajo inconsciente hacia la salud y la madurez psicológica, y tienen una función biológica compensadora que ayuda a restaurar el equilibrio psíquico y compensar los déficits de personalidad y de la vida consciente de las personas. Jung también habló de función prospectiva de los fenómenos inconscientes, como anticipación de acontecimientos que están por venir (Sassenfeld, 2020).

Función de guardián de la función psicológica. Atwood y Storolow (2014) plantean que el objetivo último del sueño es la necesidad de mantener la organización de la experiencia subjetiva. El sueño sería *el guardián de la estructura psicológica*. Dicha tarea la realiza a través de la simbolización. Destacan otras motivaciones para soñar, como el cumplimiento de deseos o necesidades urgentes. Le dan un nuevo valor al contenido manifiesto, al afirmar que en él aparecen las configuraciones temáticas del self. Este nuevo enfoque de los sueños debe tener en cuenta la distinción de tres formas de inconsciente: pre-reflexivo, dinámico e invalidado. Si la concepción de lo inconsciente con el psicoanálisis relacional tuvo transformaciones, es comprensible que ocurra lo mismo con la concepción de los sueños y el trabajo clínico con ellos. Consideran que el sueño constituye una «vía regia» al inconsciente prerreflexivo, a los principios organizadores que de modo inconsciente confieren patrones y tematizan la vida psicológica de una persona (Atwood y Stolorow, 2014, p. 76). Entienden que los sueños son contextuales y que expresan en ocasiones la relación que se ha establecido en la diáada analítica. Toman en cuenta la dimensión intrapsíquica e interpersonal (el otro reconocido como un self igual y distinto).

El sueño es un intento de organizar y resolver la vida real cotidiana, expresar situaciones traumáticas y angustiantes, tanto internas como de situaciones externas, y buscan la regulación afectiva, encontrar vías de solución y compensar los estados de ansiedad conscientes e inconscientes. También los sueños son una manera de imaginar, organizar nuestro pensamiento y sentimientos para encontrar nuevas soluciones.

Con el psicoanálisis relacional, los sueños asisten a un cambio fenomenológico: son considerados una experiencia donde no necesariamente hay algo oculto. No se busca su interpretación, sino su sentido. Pasan a ser una experiencia que expresa y busca sentido. Muestran las fuerzas que mueven al psiquismo, observando los diferentes sistemas motivacionales de la existencia humana, como lo plantean los fundadores de la Asociación Internacional de Psicoanálisis y Psicoterapia

Relacional Buenos Aires en el capítulo 5 de su libro (Font Saravia et al., 2021). Desde esta perspectiva relacional de los sueños no hay absolutos, son polisémicos. No expresan solo deseos sexuales reprimidos, aunque se presenten sueños sexuales explícitos. Tampoco los sueños son todos transferenciales, sino que aparecen múltiples motivaciones y funciones en la actividad onírica que nos llevan a preguntarnos: ¿para qué se sueña lo que se sueña?, ¿para quién se sueña?, ¿cómo trabajamos los sueños?, ¿cómo les damos sentido?, ¿qué es un sueño?

Para Bromberg (2006) los sueños son estados del self disociados. Considera el self onírico como otro estado de la persona, que debe entrar en diálogo con los otros estados del self.

Los sueños pueden expresar un material cocreado en la interacción paciente-terapeuta, así como un material dinámico intrapsíquico del pasado. El Grupo de Boston plantea que la capacidad de crear conocimiento implícito compartido no reside en ninguno de ellos actuando aisladamente (The Boston Change Process Study Group, 2009). El sistema diádico dinámico tiene capacidades emergentes para crear en los interactuantes formas nuevas e impredecibles de conocimiento implícito compartido, nuevos modos de ser juntos cocreados en el tratamiento.

Los sueños también revelan frecuentemente la motivación de apego, es decir que muestran el tipo de apego y hacen evidente la forma de estar con otros.

LA ESCENA ONÍRICA DEL ANALISTA

Freud (2007) planteó que los sueños, a través de la satisfacción alucinatoria de los deseos, ofrecen una vía de descarga de energías instintivas que funcionan como guardianas del sueño. También planteó que cada uno tiene en su propio inconsciente un instrumento con el cual puede interpretar las comunicaciones inconscientes del otro. Surge, entonces, una pregunta clave: ¿qué uso podemos hacer de nuestros

sueños cuando aparece un paciente? Explorar los sueños con el paciente plantea una gran variedad de interpretaciones psicoanalíticas.

Por largo tiempo los sueños del analista donde aparece su paciente o configuraciones emocionales relativas a las sesiones fueron ignorados y entendidos como una implicación excesiva del analista en su relación con el paciente. En tales casos se recomendaba la interrupción del análisis (Gitelson, apud Barale y Ferro, 1993). Desde la perspectiva del modelo relacional de psicoanálisis, en cambio, el sueño del analista donde aparece su paciente sería la representación que se hace de su propia experiencia con relación a su paciente. Este sueño revelaría cómo modifica o incide el trabajo con ese paciente en su self. Ello constituye, a mi entender, una de las pruebas más contundentes de la influencia mutua en el proceso analítico. El análisis esmerado de tales sueños contribuye a revelar la dinámica inconsciente generada entre la diádica paciente-analista.

En un artículo sobre los sueños del analista acerca de su paciente, Zwiebell (1977) planteaba que generalmente estos sueños se producen en un momento de dificultad del análisis. Muestran la función diagnóstica y terapéutica de los sueños, son muy intensos y ocurren cuando se ha llegado a un punto difícil y lleno de conflicto. Suelen contener referencias a la situación analítica del momento y conducen al analista al intenso análisis de sí mismo y a analizar la relación analítica.

Desde una perspectiva relacional del psicoanálisis, Demianchuk (2016) entiende la situación psicoterapéutica como coconstruida por el terapeuta y el paciente. Considera los sueños del analista como el espacio de juego para dos inconscientes, el del analista y el del paciente. Asevera que los sueños son una fuente de información muy valiosa acerca de lo que ocurre en la terapia, de lo que no ocurre, de lo que es escindido u oculto y encuentra su forma de comunicación a través de la producción onírica.

En esta línea, considero que lo que no se puede decir a veces se expresa en el sueño. El sueño brinda figurabilidad a la transferencia. Que el analista sueñe con su paciente es una manera de pensar en él y en sí

mismo. El sueño nos hace apreciar algún hecho. Los sueños, tanto los del terapeuta como los del paciente cuando el otro está incluido en la escena onírica, dramatizan las relaciones interpersonales mostrando los lugares que ocupan ambos en sus mundos internos. En ocasiones pone en escena el fracaso y la herida narcisista que se experimenta en nuestra práctica.

En algunos casos, el analista funciona como una parte de la psiquis del paciente, como una relación de intercambios transicionales entre una madre y su bebé. Surge la interrogante de si, para que el sueño del analista tenga efectos clínicos y dinámicos sobre la evolución del paciente, alcanza con que el deseo inconsciente del paciente se haya vuelto representable en el pensamiento del analista, quien sueña por el paciente el sueño que este no puede soñar por sí mismo.

Para Kaës (2001), los sueños del analista poseen un doble sentido: ser una producción propia del soñante e incluir algo del otro en su arquitectura. Reconoce que se han investigado escasamente las condiciones que posibilitan el sueño contratrasferencial.

En nuestra práctica psicoanalítica, si partimos de una visión del inconsciente relacional en que la mente inconsciente de uno se comunica con la mente inconsciente del otro, podremos decir que la producción onírica del psicoterapeuta concierne a la organización psíquica inconsciente que se desarrolló entre las dos mentes de la pareja paciente-terapeuta. El sueño es la simbolización de esta. El psicoanálisis ofrece la posibilidad de trabajar con estas producciones y cambiar la trama estancada de la diádica. El cómo lo hacemos plantea posturas disímiles y encontradas. Hay quienes practican la autorrevelación como intervención analítica legítima. Otros analistas, en cambio, optan por el trabajo personal, profundo, silencioso y a solas de estas producciones oníricas que enlazan a ambos (paciente y terapeuta).

Lo cierto es que permanentemente nos movemos en la incertidumbre, buscando en cada caso la manera adecuada de ser analista para cada paciente. En esa travesía apelaremos a encontrar con prudencia la manera más eficaz de participar, sin perder el tenaz esfuerzo de cuestionar permanentemente nuestro hacer para lograr que el

paciente se sienta mejor consigo mismo, en su relación con los demás y obtenga una mejor vida.

MI SUEÑO CON UN PACIENTE EN UN MOMENTO DIFÍCIL DEL PROCESO TERAPÉUTICO

Quisiera detenerme en el fenómeno de soñar con un paciente y compartir una experiencia personal de mi trabajo clínico. El contexto en el que se presenta este sueño corresponde a un momento de gran dificultad en el proceso terapéutico. Me encontraba atravesada por la modalidad combativa del paciente, que me producía un estado de alerta, de incertidumbre, de inoperancia y, por momentos, de rabia que no lograba calmar.

El paciente que aparece en mi sueño describía en las sesiones hechos muy penosos de su vida sin mostrar sus sentimientos y sin dar cabida a ninguna emoción. La resonancia emocional que experimentaba en el vínculo con este paciente me sorprendía como algo inédito en mi disposición como terapeuta. La fuerza vinculante que me convocaba era descubrir a ese otro que me generaba curiosidad, pero en la espontaneidad emocional que me surgía sentía que tambaleaba mi función analítica. ¿Qué estaba volcando en el vínculo con este paciente sin darme cuenta? ¿Qué afectos se me movilizaban o el paciente me hacía representar?, ¿había sido inducida y reclutada para representar aspectos de él?

Las sesiones continuaron en un tenor confrontativo y yo me decía a mí misma: «Ten paciencia». Confundirme con emociones intensas, provocarme ese estado de alerta, podía ser una estrategia defensiva para impedirme pensar y no poder averiguar nada acerca de él. ¿Qué podría descubrir yo o qué podría descubrir él de sí mismo y que, desesperadamente, necesitaba ocultar? (Galit, 2023). Él desplegaba actitudes violentas hacia mí, probablemente como reflejo de sus experiencias tempranas y de sus principios organizadores de la relación. Sin darme cuenta, yo me colocaba en el mismo tenor, desafiante, a veces combativa, y él

disfrutaba de ello. Por momentos, me preguntaba si yo estaba desesperanzada con él, si no había nada para hacer. Persistía mi interés por ayudarlo, pero se fue haciendo difícil el camino, me veía invadida por un estado de alerta en las sesiones, atrincherada esperando los ataques. Frente a su agresividad, yo le proponía reflexionar; podía ser sarcástica, pero también podía mostrarle que me entristecía lo que le pasaba; él no toleraba esto y me hostigaba. Confiar en alguien era algo no disponible en sus experiencias de estar con otros.

Fue en este contexto que apareció mi sueño...

Me veo llegando a su ciudad natal en un ómnibus de transporte público. Bajo y comienzo a caminar para encontrarme con él. Voy caminando sin saber muy bien el camino y llego a un lugar abierto y me detengo. Allí aparece él, que, sin decir palabra, se aproxima. No hay palabras, solo miradas. Trato de ofrecer mi ayuda, le doy a entender que me entregue algo, y lo que recibo es un pote como de crema para el cutis, grande, de tapa rosca; lo agarro, lo abro y está vacío. Miro y veo que mi paciente se va, haciéndome un gesto de saludo con su brazo, dando a entender que no quería hablar conmigo. Me siento muy frustrada y comienzo a caminar rápido para regresar a la capital. Me voy sin despedirme. Camino enérgicamente hacia la estación de ómnibus. En el trayecto comienzo a ver gente y en el cruce de una calle veo a un niño pequeño, de dos o tres años. Va solo y va a cruzar la calle. Lo que hago es detener mi presurosa marcha y lo tomo de la mano, a ver qué pasa, si el niño acepta mi ayuda, mi protección, ya que soy una desconocida. El niño, al sentir que lo tomo de la mano, levanta su cabeza y me mira complacido, permite que yo lo cruce. La madre, del otro lado de la calle, que no se había percatado del peligro de su hijo, se da vuelta, me mira y sonríe, como agradeciéndome por cuidarlo, y lo agarra. Yo continúo mi marcha para tomar el ómnibus a la capital.

Llego al lugar para comprar el boleto de regreso, hay bastante gente alrededor de la cabina donde expenden los pasajes. Quiero comprar un pasaje y el vendedor me dice que solo quedan dos y que no puede vender solo uno. Me sorprendo por lo que me plantea y siento la imperiosa necesidad de regresar a mi ciudad. Al vendedor de los pasajes le

digo que no puede hacer eso, que me tiene que vender un pasaje y que, si no lo hace, lo voy a denunciar al Ministerio de Transporte. Alrededor, los demás supuestos pasajeros me miran, pero nadie defiende mi posición. Pienso que el expendedor de pasajes no quiere vender un solo pasaje porque si luego vienen dos personas para viajar juntas, no lo pueden hacer. Yo me quedo allí, frustrada, inquieta, y apelando a una represalia que no produce efectos. Me despierto angustiada y repaso el sueño para no olvidarlo.

COMENTARIOS

El psicoanálisis relacional nos propone una visión intersubjetiva del psicoanálisis, donde importa no solo lo intrapsíquico, sino también la inducción mutua de ambos participantes de la dupla analítica. Implica tomar en consideración el contexto (el aquí y ahora) y al paciente (con quien estamos) sin descuidar observarnos a nosotros mismos y la relación que creamos con ese paciente. Nos sitúa en un gran desafío que requiere valentía y prudencia. El enfoque de análisis se sitúa en la interacción terapéutica y el diálogo inconsciente entre terapeuta y paciente, y no solo en el mundo interno del paciente. Se hace necesario entender nuestro inconsciente en articulación con el inconsciente del paciente, tarea que no gobernamos, ya que no tenemos acceso inmediato ni total a nuestro inconsciente. En definitiva, esta perspectiva intenta trabajar en torno a tres ejes de análisis: el paciente, el terapeuta y la interacción entre los dos (Chambel, 2023). Así, mi sueño aparece para mostrar cómo organizo mi propia experiencia con ese paciente.

La desvalorización que este paciente realizaba mordazmente en su vínculo conmigo seguramente era la expresión de su visión pesimista del otro, que condice con sus primeras experiencias relacionales. Puedo inferir que se defendió de traumas tempranos al crear un caparazón narcisista para defenderse del contacto con la triangularidad. Supongo que el contacto es traumático porque el paciente no

tiene suficiente capacidad de simbolización para soportar la alteridad. El control del objeto le funciona como escudo protector. Al decir de Cassorla (2013), sería una colusión sadomasoquista en la que el control del objeto es lo más importante. Instaurar una visión pesimista de los otros le aportaba seguridad en su funcionamiento psíquico y a la vez le bloqueaba el anhelo de que alguien lo pudiera ayudar. ¿Reproducía sus principios organizadores de la experiencia de estar con otros? ¿Qué resonancia tuvo en mí? ¿Me conectó con mi inseguridad, ambivalencia, evitación y desorganización?

No podía desarrollar mi función como psicoterapeuta, entendida no solo como hacer consciente lo inconsciente, sino también como retomar el desarrollo allí donde quedó suspendido. Sentía a mi paciente como un niño pequeño al que tenía que cuidar, pero en la relación terapéutica se obturaba esa función. Fue entonces cuando llegó mi sueño, en ese momento de dificultad. El pensamiento onírico puede ser útil para restaurar la organización psicológica y la autocohesión. Yo sentía que mi esfuerzo por ayudar a este paciente era fútil, lo que hizo tambalear mi narcisismo trófico, me hizo sentir insegura y amenazó mi reputación como terapeuta ante la colega que lo derivó. Me sentía alerta y enfadada con el clima en que se desarrollaban las sesiones. El vínculo analítico no estaba funcionando como una buena estructura de acogida.

El estilo comunicacional que se había instalado no era el apropiado, difícil de transformar en un estilo complementario. Brandchaft denomina a estas modalidades *acomodación patológica*, desarrolladas en los contextos relationales en los que uno inconscientemente sacrifica la realidad percibida-emocional propia, para adoptar aquella que requiere el otro para mantener un lazo necesario (Doctors, 2018). En las primeras relaciones con los cuidadores, esta acomodación inconsciente sirve para mantener la conexión con las figuras protectoras de las que depende la supervivencia (Doctors, 2018). Me hizo vivir su experiencia de que nadie lo entiende, porque yo me sentía del mismo modo, algo que el sueño expresa claramente ante mi partida y mi reclamo del boleto de ómnibus. Las imágenes de los sueños,

como lo plantea Fosshage (2016), necesitan en ocasiones ser determinadas por lo que revelan metafórica y temáticamente, y no por lo que ocultan.

Este sueño podría expresar una función prospectiva hacia el futuro como una anticipación del acontecimiento que está por venir, como un ensayo previo, un esbozo o plan para resolver un conflicto. Como lo muestra la trama de mi sueño, ¿revelaría que no hay viaje analítico posible? El análisis no puede hacerse con un solo integrante, se necesitan dos, que sean dos para trabajar para uno. ¿Sería una forma de resolver esa situación de sentirme inútil? ¿El sueño cumple una función resolutiva? ¿Escenifico que no lo voy a seguir atendiendo?

El sueño ofrece diversas lecturas que encuentran múltiples sentidos, personales y de la psicodinámica de la relación terapéutica. Los sueños del psicoterapeuta también pueden ser una herramienta útil para el trabajo clínico. ¿Este paciente usa mi psíquis para hacerme sentir su experiencia temprana perturbadora?, ¿me traslada su self desgraciado?, ¿necesitaba atacarme para que yo le mostrara que podía sobrevivir? ¿Qué es lo que tenemos que hacer para encontrar una manera adecuada? ¿Cómo incluir estas revelaciones oníricas en el trabajo terapéutico?

REFLEXIONES FINALES

El sueño muestra sus ataques y los míos, y que el análisis es un viaje de a dos, que con uno solo no es posible. Habla de la mutualidad de la relación terapéutica.

Little (1957) nos habla de la respuesta total del analista a las necesidades de su paciente («R»). Es todo lo que un analista dice, hace, piensa, imagina y experimenta en el curso de un análisis en relación con su paciente. La «R» resulta de un equilibrio, de una interacción y de una fusión entre el amor y el odio del analista hacia su paciente.

¿Qué nos motiva para tolerar la dolorosa experiencia en nuestro trabajo analítico sin perder la capacidad de sentirnos comprometidos,

manteniendo el interés y la curiosidad por el trabajo clínico?, ¿es la esperanza? ¿Cómo utilizar esta experiencia onírica?, ¿sería de utilidad la autodevelación?, ¿acercarme al paciente a través de mi propia vulnerabilidad? Esto pone en jaque la seguridad que la técnica psicoanalítica clásica nos ofrece.

Como plantea Chambel (2023), el encuentro clínico es inmensamente complejo y la psicoterapia es un complejo sistema abierto con innumerables variables en interacción. Implica el funcionamiento de la mente del terapeuta y del paciente, todo lo que se comunica implícitamente por ambos: la historia de vida, el aquí y ahora de cada uno, etcétera. Todas las dimensiones de la relationalidad humana están presentes en la diáda terapéutica. Podemos incluir también los sueños del paciente y del analista donde aparecen ambos y que se presentan durante el proceso terapéutico y nos sorprenden. En este marco, cabe preguntarse: ¿cuál sería el principal factor terapéutico que ofrecemos a nuestros pacientes?, ¿son las preguntas, las interpretaciones, los esclarecimientos y la confrontación?, ¿surgen de las teorías psicoanalíticas que nos acompañan, de nuestra experiencia analítica como pacientes o de nuestras supervisiones? Estas son herramientas que tenemos incorporadas en nuestro ser terapeutas, pero quizás no sean las únicas.

Los analistas relationales valoran la experiencia relacional que se construye con el paciente como el principal factor terapéutico. Consideran y adhieren al cambio de la hermenéutica de la sospecha por la hermenéutica de la confianza; a la importancia de las neurociencias; a la creación de un encuadre flexible, no jerárquico y democrático, que facilite la libre expresión del paciente; a la realidad de que no es posible mantener todas las variables controladas; y a la revelación, en el curso del diálogo, de los estados mentales del paciente y del propio analista.

Me atrevo a pensar que lo transformador para el paciente no es solo lo que decimos, también importa la sintonización emocional, que posibilita ofrecer una buena estructura de acogida, que dé lugar a nuevas experiencias de estar y ser con otros. Teniendo presente el

concepto de *neuroplasticidad* (Siegel, 2016), sabemos que se puede dar origen a nuevos principios organizadores de la mente a través de una relación humana en un contexto de intimidad intersubjetiva. Según Siegel (2016), las emociones cobran relevancia, son el motor de las relaciones humanas. Son inconscientes y crean un estado de disposición a la acción. Las emociones son los contenidos y los procesos de comunicación interpersonal al comienzo de la vida, y ellas crean el tono y la textura de tales comunicaciones a lo largo de la vida. Las emociones que aparecen en mi sueño son intensas, van desde el miedo en el encuentro, la tristeza por ese niño perdido sin protección y la rabia por no lograr la atmósfera necesaria para el viaje terapéutico. Al decir de Little (1957), guardar esta disposición de sentimientos requiere a veces un duro esfuerzo.

Los sueños a veces son un vehículo útil para mostrar el amor y el odio experimentados, reorganizarnos, generar nuevas percepciones de nuestro self y del self del otro, solucionar conflictos o problemas aportando nuevas formas de interacción. El escenario onírico del terapeuta puede ofrecer intervenciones terapéuticas. Como clínicos, nuestros instrumentos somos nosotros mismos. Como nos recuerda Buechler (2015), tenemos la audacia y la humildad de intentar usar nuestros propios recursos cognitivos, emocionales e interpersonales para marcar una diferencia en la vida de otros.

Soñar es importante. Bienvenidos los bazos de Morfeo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ATWOOD, G. y STOLOROW, R. (2014). *Structures of Subjectivity: Explorations in Psychoanalytic Phenomenology and Contextualism*. Routledge.

- BARALE, F. y FERRO, A. (1993). Sufrimiento mental en el analista y sueños de contratransferencia. *Revista de psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica de Madrid*, 17, 79-95.
- BENJAMIN, J. (2012). El tercero. Reconocimiento. *Clínica e investigación relacional. Revista electrónica de psicoterapia*, 6(2), 169-179. https://www.psicoterapiarelacional.es/Portals/0/eJournalCeIR/V6N2_2012/01_Benjamin_Tercero-Reconocimiento_CeIR_V6N2.pdf
- BROMBERG, P. M. (2006). *Awakening the Dreamer: Clinical Journeys*. The Analytic Press.
- BUECHLER, S. (2015). *Marcando la diferencia en la vida de los pacientes. Experiencia emocional en el ámbito terapéutico*. Ágora Relacional.
- CASSORLA, R. (2013). La simbolización y el trabajo de sueño del analista. *Revista de Psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica de Madrid*, 69, 75-109.
- CHAMBEL, H. (2023). *Cara a cara. La creación del psicoterapeuta*. Ágora Relacional.
- CODOSERO MEDRANO, A. (2014). Una nueva mirada a los sueños. En J. Coderch de Sans (ed.), *Avances al psicoanálisis relacional. Nuevos campos de exploración para el psicoanálisis* (pp. 319-371). Ágora Relacional.
- DEMIANCHUCK, M. (2016). Los zapatos del zapatero: Los sueños del analista con el paciente. *Clínica e Investigación Relacional. Revista Electrónica de Psicoterapia*, 10(3), 770-779. <http://dx.doi.org/10.21110/19882939.2016.100312>
- DE SOUZA, L. y ANFUSSO, A. (2017). «Enactment»: transferencia... ¿y después? *Revista Uruguaya de Psicoterapia Psicoanalítica*, IX(4), 5-18. <https://www.bivipsi.org/wp-content/uploads/AUDEPP-2017-4-3.pdf>
- DOCTORS, S. R. (2018). La acomodación patológica de Brandchaft. Lo que es y lo que no. *Clínica e Investigación Relacional. Revista Electrónica de Psicoterapia*, 12(2), 203-221. https://www.psicoterapiarelacional.es/portals/0/ejournalceir/v12n2_2018/01_doctors_acomodacion-patologica-brandshaft_ceir_v12n2.pdf

- FERENCZI, S. (1931). La interpretación de los sueños y el simbolismo. La metapsicología de Freud. *Selecciones ferenzcianas. Obras completas* (T. IV). <https://www.alsf-chile.org/Indepsi/Selecciones-Ferenczianas-Tomo-IV/Selecciones-Ferenczianas-Obras-Completas-Tomo-IV-La-Interpretacion-de-los-Suenos-y-el-Symbolismo-La-Metapsicologia-de-Freud-post-2-4.pdf>
- FONT SARAVIA, Y., FORLI, M., MAYORGA, P. y PICCOLO, Y. (2021). *Psicoanálisis relacional. Una nueva mirada, una nueva práctica.* Letra Viva.
- FOSSSHAGE, J. L. (2016). Funciones organizadoras del sueño: Cuestiones centrales en el entendimiento y el trabajo con los sueños. *Clínica e Investigación Relacional. Revista Electrónica de Psicoterapia*, 10(2), 354-372. https://www.psicoterapiarelacional.es/Portals/0/eJournalCeIR/V10N2_2016/02_Fosshage_2007_Funciones-organizadoras-del-sue%C2%A4o_CeIR_V10N2.pdf
- FREUD, S. (2007). *Obras completas. Totem y tabú y otras obras (1913-1914)* (vol. XIII.) Amorrortu.
- GALIT, A. (2023). *Herencia emocional: Curar el legado del trauma.* Paidós.
- KAËS, R. (2001). El espacio onírico común y compartido en la situación analítica. *Revista de la Asociación Escuela Argentina de Psicoterapia para Graduados*, 27, 71-82.
- LITTLE, M. I. (1957). «R» - La respuesta total del analista a las necesidades de su paciente. GRITA - *Grupo de Investigación en Técnica de la Psicoterapia Psicoanalítica. Documentos de Trabajo* 5, 1-22. <http://www.sauval.com/angustia/MLittleRT.pdf>
- OGDEN, T. H. (2014). El tercero analítico: el trabajo con hechos clínicos intersubjetivos. *Revista de psicoanálisis de Madrid*, 71, 67-96. <https://pep-web.org/browse/apm/volumes/71?preview=APM.071.0067A>
- SASSENFELD J. A. (2020). Notas sobre la concepción de los sueños en el psicoanálisis relacional. *Clínica e Investigación Relacional. Revista Electrónica de Psicoterapia*, 14(1), 133-162. https://www.psicoterapiarelacional.es/Portals/0/eJournalCeIR/V14N1_2020/09_Sassenfeld_2020_Concepcion-de-los-Sue%C2%A4os_CeIR_V14N1.pdf

- SIEGEL, D. J. (2016). *La mente en desarrollo. Cómo interactúan las relaciones y el cerebro para modelar nuestro ser.* Desclée De Brouwer.
- THE BOSTON CHANGE PROCESS STUDY GROUP (2009). El «algo más» que la interpretación revisitado: desorden y co-creatividad en el encuentro psicoanalítico. *Revista de la Sociedad Argentina de Psicoanálisis*, 13, 221-259. www.bivipsi.org/wp-content/uploads/BOSTON-CHANGE-PROCESS-NRO-13.pdf
- WINNICOTT, D. W. (1979). El odio en la contratransferencia. En *Escritos de pediatría y psicoanálisis* (pp. 267-269). Lumen.
- WINNICOTT, D. W. (2008). *Clínica psicoanalítica infantil.* Hormé.
- WINNICOTT, D. W. (2009). Posfacio: D. W. W. sobre D. W. W. En C. Winnicott, R. Shepherd y M. Davis (eds.), *Exploraciones psicoanalíticas II* (pp. 329-345). Espasa Libros.
- ZWIEBELL, R. (1977). Los sueños del analista acerca de su paciente: ¿Existen sueños contratransferenciales típicos? *Psyché*, 31, 43-59.

