EL SUEÑO EN EL PROCESO TERAPÉUTICO [1]

Carmen Ibáñez Alcañiz[2]

"Yo les digo, en efecto, que es muy posible, y aun muy probable, que el soñante a pesar de todo, sepa lo que su sueño significa, sólo que no sabe que lo sabe y por eso cree que no lo sabe."

(Freud, *La interpretación de los sueños,* 1900)

1.- Introducción histórica: La interpretación clásica de los sueños

El psicoanálisis y los sueños

Tras la muerte de su padre en 1896, Freud inicia su autoanálisis y un estudio detallado de sus sueños. El resultado de este trabajo de duelo es *"La interpretación de los sueños",* una obra de todos conocida, que revolucionó el pensamiento del siglo XX. En los primeros capítulos, el autor realiza un completo recorrido por todo lo publicado hasta entonces sobre el tema, y pone de manifiesto que el uso mágico, esotérico, religioso y supersticioso de los sueños está muy alejado del valor que tienen desde el punto de vista psicoanalítico.

Freud retoma la idea de Aristóteles: "Quien logra soñar es un buen durmiente" y plantea que se renuncia a la motricidad para preservar el sueño. Más allá de esta concepción fisiológica, este neurólogo vienés del siglo XIX, encuentra en el sueño *"la vía regia al inconsciente".* Los sueños son producto del funcionamiento inconsciente y

1 Trabajo inédito. Basado en una conferencia presentada en la apertura del curso 2017-2018 del IEPPM en el Colegio de Médicos de Valencia el 28 de octubre de 2017.

2 Médico especialista en Psiquiatría. Psicoanalista egresada del Instituto del Centro Psicoanalítico de Valencia. Asociación Psicoanalítica de Madrid. c.ibañez@telefónica.net

como tal son instrumentos clínicos que, como los síntomas, facilitan el conocimiento de los conflictos intrapsíquicos, base fundamental del pensamiento y de la patología, según la teoría psicoanalítica.

El trabajo del sueño

Los sueños son el resultado de la actividad mental que se produce mientras el sujeto duerme, denominada *trabajo del sueño.* Se trata de un trabajo que tiene un doble recorrido: una primera parte, del preconsciente al inconsciente y una segunda parte del inconsciente, a la conciencia. Ambos son consecuencia de varios procesos psíquicos que transforman el contenido (afectivo e ideacional) del sueño. El primero es el *miramiento por la figurabilidad*, es decir, tanto los sentimientos como las ideas que contiene el sueño, se expresan en forma de imágenes.

El segundo es la *condensación*, esto es, de todas las imágenes posibles, se seleccionan aquellas que expresan un mayor número de significados, (polideterminismo). Finalmente, el tercero es *el desplazamiento* de la carga afectiva del sueño, de una imagen a otra. Para Freud, durante el sueño, no hay una actividad simbolizante innovadora, sino que se utiliza el material inconsciente que satisface mejor los requerimientos de la formación del sueño.

La primera parte del trabajo del sueño es regresiva en tres sentidos que se desarrollan simultáneamente (tópico, figurativo y temporal). En primer lugar, desde la conciencia, los restos diurnos se asocian a contenidos inconscientes ya preexistentes (*regresión tópica*). En segundo lugar, el material consciente, que se expresa en palabras y sigue las leyes del proceso secundario, pasa a expresarse en imágenes, que siguen las leyes del proceso primario, forma de pensamiento propio del inconsciente (*regresión formal*). En tercer lugar, desde el presente y a partir de los restos diurnos, se establecen asociaciones con vivencias primitivas (*regresión temporal*). Así, a partir de los restos diurnos y por asociación con contenidos reprimidos inconscientes, se accede al *deseo inconsciente*, y éste alcanza el polo perceptivo. Allí, tiene lugar la *satisfacción aluci-*

natoria del deseo, la descarga pulsional que es responsable de la sensación de que la fantasía se ha cumplido. De hecho, si el soñante despertara en ese momento, como ocurre en las pesadillas y en algunas patologías graves, el yo se sorprendería, a menudo con espanto, de esta vivencia.

La segunda parte del trabajo del sueño, sigue el mismo proceso del anterior, pero en sentido progresivo, es decir, del inconsciente a la conciencia. El contenido onírico parte del cumplimiento alucinatorio del deseo, de la descarga pulsional, (cuyo contenido es inaceptable para el yo) y sufre una elaboración secundaria: esta consiste en integrar y hacer inteligible el material inconsciente, formando imágenes, cargadas con menos intensidad afectiva, capaces de burlar la censura y ser aceptadas por el yo. El éxito de este trabajo depende de la flexibilidad y fortaleza del yo.

La interpretación clásica de los sueños

Los sueños para Freud, son la expresión de una forma particular de pensamiento, propio del inconsciente y, como tal, siguen las leyes del proceso primario, no de la lógica del proceso secundario. Su objetivo es alcanzar la descarga pulsional alucinatoria, basándose en el principio del placer y desconsiderando el principio de realidad. Este funcionamiento mental propio del inconsciente, aparece en condiciones normales en los sueños y en el pensamiento primitivo, mientras que, en la patología, es propio del pensamiento psicótico.

Freud considera el sueño *"una realización encubierta de un deseo reprimido"*. Por tanto, la interpretación clásica de los sueños intenta acceder a ese deseo inconsciente del durmiente, siguiendo el camino inverso al trabajo secundario del sueño y limitándose en realidad, a alcanzar algunas de las múltiples arborizaciones preconscientes de ese deseo. Esto se consigue a partir del relato detallado del sueño (contenido manifiesto) y utilizando las asociaciones del paciente. A continuación se expone un ejemplo.

Sueño: Padre, ¿no ves que estoy ardiendo?

En el Capítulo VII, "Psicología de los Procesos Oníricos", de *La Interpretación de los Sueños*, Freud relata un sueño que le fue contado por una paciente, que a su vez lo escuchó en una conferencia.

Un individuo había pasado varios días, sin reposo, a la cabecera del lecho de su hijo, gravemente enfermo. Muerto el niño, se acostó el padre en la habitación contigua a la del cadáver y dejó abierta la puerta, por la que penetraba el resplandor de los cirios. Un anciano, amigo suyo, se quedó velando el cadáver.

El contenido manifiesto del sueño consistía en que: *"Su hijo se acercaba a la cama en que se hallaba, le tocaba en el brazo y le murmuraba al oído, en tono de amargo reproche: Padre, ¿no ves que estoy ardiendo?"*.

El individuo despertó sobresaltado, observó un gran resplandor que iluminaba la habitación vecina, corrió a ella, encontró dormido al anciano que velaba el cadáver de su hijo y vio que uno de los cirios había caído sobre el ataúd y había prendido fuego a una manga de la mortaja".

Freud interpreta que es un sueño de comodidad en el que el soñante, en vez de despertarse sobresaltado por la percepción de las llamas y el calor del fuego, sigue durmiendo un poco más. El ejemplo expresa claramente la idea de Freud del sueño como guardián del dormir. Además, Freud señala que en este sueño se cumple también el deseo del padre de mantener con vida a su hijo, aunque sea solo por un instante. El contenido del sueño está polideterminado y posiblemente alude a momentos de la vida del hijo afectivamente relevantes para el padre. Es fácil suponer que las frases del hijo en el sueño, fueran pronunciadas durante su enfermedad y ahora, en el sueño, adquieren un significado especial. Finalmente, las palabras de reproche aluden tanto a la culpa inconsciente que puede sentir el padre por no haberlo cuidado suficientemente, como a sus fantasías omnipotentes de impedir la muerte de su hijo.

Todos estos contenidos inconscientes que aparecen en este sueño siguen vigentes y son frecuentes en muchas personas que se enfrentan a situaciones de duelo, sobre todo en los momentos inmediata-

mente posteriores a la pérdida del ser querido. En condiciones normales, se estima en un año el proceso de elaboración psíquica que lleva a aceptar la nueva realidad dolorosa. En algunos casos, esto se complica, bien porque se alarga en el tiempo o bien porque desde el principio, el dolor por la pérdida es tan intenso que altera de forma importante el funcionamiento habitual del sujeto y le impide seguir con su vida. En esos casos, no es infrecuente que los pacientes sueñen de forma repetida con su ser querido, sueñen que hablan con él o que todavía continúa con vida.

2.- Evolución teórica del trabajo con el sueño en el proceso terapéutico

Las ideas de Freud sobre los sueños han dado lugar a desarrollos teóricos diferentes. Considerando que excede el objetivo de este trabajo realizar una revisión exhaustiva del tema, he seleccionado las aportaciones de algunos psicoanalistas que destacan el valor del sueño en el proceso terapéutico.

La función traumatolítica de los sueños

Ferenczi es el primero en cuestionar la teoría freudiana del sueño como cumplimiento de deseo. Para este autor, *el sueño tiene una función traumatolítica.* Es decir, el sueño constituye un intento de elaborar las experiencias traumáticas, aprovechando la ausencia de crítica y el predominio del principio del placer (Ferenczi, 1931).

Garma, en esta misma línea, relaciona el trauma y la génesis de los sueños. Para este pionero psicoanalista español, los sueños, en la medida que cumplen un deseo inconsciente, constituyen un intento del durmiente de sobreponerse al malestar psíquico generado en situaciones traumáticas. Así, sostiene que la satisfacción alucinatoria del deseo en el sueño está relacionada con las situaciones traumáticas que originaron el sueño y no sólo con los deseos inconscientes que gratifican (Garma, 1946).

Los sueños como experiencia emocional

Para Bion, los sueños "*constituyen una experiencia emocional*". Es decir, el núcleo del sueño está formado por la experiencia emocional. Quien no puede transformar su experiencia emocional en elementos alfa (es decir en algo pensable), no puede aprender de la experiencia y, por tanto, no puede soñar ni pensar. Durante el sueño tiene lugar una actividad psíquica que genera nuevos significados. El sueño contiene y expresa dolorosas tensiones emocionales y muestra el funcionamiento psíquico del soñante, por lo que tiene un lugar muy importante en el tratamiento (Bion, 1992).

Los sueños como teatro generador de significado

Meltzer desarrolla la idea de Bion del sueño como experiencia emocional y le otorga un lugar primordial en la vida mental como búsqueda de la verdad y como *"teatro generador de significado"*. Es decir, el sueño es una forma de pensamiento inconsciente a través del cual se plantean, elaboran y resuelven los problemas y conflictos emocionales. Para él, como para Bion, soñar es un proceso continuo en la mente, comparable a la digestión en el cuerpo, que tiene lugar de forma más concentrada mientras el sujeto duerme. Lo importante, además del sueño en sí, es el estado mental en el que se produce. Desde el punto de vista técnico, otorga mucha importancia a la exploración e interpretación del sueño en la clínica. Para él, trabajar con los sueños en la sesión, constituye una experiencia emocional compartida entre terapeuta y soñante, desplegada en la transferencia.

Los sueños y el componente afectivo

En la escuela francesa, Green, destaca la importancia del componente afectivo del sueño. Siguiendo a Freud, considera que *"el afecto es la guía más segura para interpretar el sueño*", ya que sufre menos distorsiones que el contenido ideacional. Por ejemplo, en la pesadilla, nos encontramos que el afecto dominante es la angustia, emoción que ha sido ligada a representaciones y ha pasado por el trabajo del sueño que cuando desborda al soñante, lo despierta. (Green, 1973).

El doble contenido latente de los sueños

Otro destacado psicoanalista español, José Rallo, plantea que el sueño tiene un doble contenido latente: "el *contenido latente clásico",* y un "*segundo contenido latente",* formado por fantasías inconscientes, ansiedades básicas, relaciones internas de objeto y mecanismos de defensa, cuyo análisis servirá para acceder al mundo interno del soñante. Así, *"cada sueño puede ser considerado desde una doble perspectiva donde se complementan y se sincronizan la historia biográfica del paciente con su estructuración y funcionamiento psíquico."* (J. Rallo, 1979).

Soñar la sesión: Experiencia emocional compartida

Esta idea de considerar la sesión como un sueño, introducida por Meltzer, es desarrollada en la actualidad por psicoanalistas como Bryce Boyer, Antonino Ferro o Carlos Tabbia, que la utilizan sobre todo en pacientes con dificultades importantes para conectar emocionalmente con sus experiencias o incluso para nombrarlas. En esos casos, el analista necesita "soñar" la sesión, "soñar" al paciente que no puede "soñar". Aunque el paciente no relate un sueño en la sesión, el analista puede transformar las asociaciones del paciente en un "sueño", es decir, "imaginarlo" bajo la forma de imágenes visuales, un cuento, un relato, una película, etc., es decir, puede construir modelos que sirvan para poner palabras a las experiencias y sentimientos que surgen en la sesión, en el vínculo transferencial, y que son el resultado del trabajo conjunto del paciente y el terapeuta.

En esta misma línea de trabajo, Ogden plantea que soñar la sesión analítica es una experiencia conjunta, compartida por el paciente y el terapeuta, que va más allá de lo que hace cada uno de ellos. Soñar la sesión es la forma más rica de pensamiento a la que puede acceder el paciente y el terapeuta. El sueño que aparece en la sesión es el producto del inconsciente y no pertenece ni al paciente ni al terapeuta, sino que ha sido creado por el tercero analítico, es decir, corresponde a la experiencia que, tanto analista como paciente, tienen por separado y que se crea en la interacción y es único para cada pareja analítica.

3.- El sueño en el proceso terapéutico: aplicaciones diagnósticas y terapéuticas

El trabajo con los sueños en la práctica psicoanalítica actual se aleja bastante de la imagen que, desgraciadamente, tiene una gran parte de la sociedad y de la que, como hemos visto, ya intentó desmarcarse Freud. La literatura y el cine han contribuido a la misma, ya que salvo contadas excepciones, han transmitido una visión un tanto superficial, idealizada o incluso absurda del psicoanálisis. Los profesionales de la salud mental, que trabajamos desde una perspectiva psicodinámica, al divulgar y transmitir con seriedad y claridad nuestro trabajo, podemos intentar contrarrestar esta visión.

Antes de trabajar en la consulta con los sueños de un paciente, conviene explorar lo que esto significa para él, si se encuentra en condiciones de colaborar y si está dispuesto a hacerlo. No todos los pacientes relatan sus sueños, los recuerdan o pueden reproducirlos. Trabajar con los sueños en la clínica va más allá de escuchar el contenido manifiesto (esto es el relato honesto y detallado de lo que el soñante recuerda sobre él). Es necesario prestar atención a las asociaciones libres que surgen al relatar el sueño y especialmente explorar la actitud y las emociones que despierta, tanto en el paciente como en el terapeuta. Sin todo ello, el análisis del sueño es un simple ejercicio intelectual. De modo que el valor clínico del trabajo con los sueños en el proceso terapéutico depende del soñante, del terapeuta y del trabajo conjunto que realizan en la sesión.

Aplicaciones diagnósticas de los sueños

Los sueños en las entrevistas diagnósticas

Como decía anteriormente, no todos los pacientes relatan sus sueños de forma espontánea en las entrevistas diagnósticas. Algunos terapeutas, no sólo preguntan al paciente si sueña o no, sino que de forma sistemática utilizan el trabajo con los sueños del paciente en las entrevistas diagnósticas, como un medio más de valorar su funcionamiento psíquico (estructura, rigidez o flexibilidad yoica,

ansiedades y mecanismos de defensa, etc.) Además del relato en sí, las asociaciones del paciente dan una idea de su insight, de su disposición a pensar sobre sí mismo y de su grado de interés por comprender su realidad psíquica. Toda esta información es un elemento más para establecer la indicación de un trabajo psicoanalítico.

El sueño como indicador de buen funcionamiento mental

Un trabajo secundario del sueño mínimamente exitoso (pasar del contenido latente al manifiesto) indica que el paciente puede diferenciar proceso primario y proceso secundario, fantasía y realidad, consciente e inconsciente, sueño y vigilia, soñar despierto y soñar dormido. De hecho, además de ser un índice de la fortaleza y la flexibilidad del yo del paciente, muestra su capacidad para pensar de forma simbólica y permite tener una idea de su grado de organización mental.

El sueño como indicador de alteraciones en el funcionamiento mental

La incapacidad para soñar, la confusión entre sueño y realidad, y la presencia de sueños crudos o al contrario, pobres y de escaso contenido emocional, indican que existen en alguna medida, alteraciones en el funcionamiento mental. Los "sueños crudos," aquellos en los que el contenido manifiesto está poco elaborado, muestran que el yo no puede realizar de forma exitosa la segunda parte del trabajo del sueño, esto es, tiene dificultades para simbolizar. Los sueños crudos son típicos de los pacientes psicóticos, en los que la escasa o ausente elaboración secundaria es el resultado de un yo poco flexible y rígido, invadido por la angustia, que no puede pensar. El cuadro de Goya de *"Saturno devorando a su hijo"* sería un buen ejemplo. Las dificultades del yo para conectar con sus sentimientos, pensarlos y aprender de la experiencia, son otra muestra de fragilidad yoica. Los pacientes psicosomáticos suelen presentar sueños con escasa o ausente resonancia emocional, es decir, sueños prosaicos, prácticos, operatorios.

Cuando a la dificultad para simbolizar se añade la imposibilidad de acceder al componente emocional, en la exploración del sueño, suele llamar la atención la pobreza del relato y la escasez de asociaciones. La ausencia de asociaciones, sin embargo puede ser también un indicador de la dificultad para pensar, en la medida que muestra el bloqueo del paciente y su dificultad para "jugar" con el sueño.

En ocasiones, la ausencia de sueños en el relato del paciente o el escaso interés por ellos, más que un indicador de patología grave, expresa lo ajeno que es este trabajo para el soñante, su falta de disposición para colaborar en la tarea.

El trabajo del sueño en el tratamiento

En el momento actual, son muy variadas las formas de trabajar con los sueños en la consulta. Más allá de las orientaciones propias de cada escuela, cada vez es más frecuente que el terapeuta adapte el trabajo del sueño al tipo del paciente y no se limite a la interpretación clásica de los sueños. Los objetivos son tan diferentes como el tipo de trabajo que se hace con el sueño. En la interpretación clásica se busca principalmente analizar el contenido manifiesto como forma de acceder al inconsciente del soñante. En otros casos, se pretende a través del sueño acceder al mundo interno del paciente (reconocer las ansiedades, defensas y relaciones de objeto), para explorar e incluso desarrollar su capacidad para integrar experiencias emocionales, poniendo especial énfasis en el vínculo (transferencial o no) que establece con el terapeuta y en el significado que da al tratamiento. A lo largo del proceso, los sueños evolucionan y muestran la maduración y el desarrollo yoico del paciente, así como la respuesta inconsciente al impacto de las interpretaciones, los cambios en la transferencia y la alianza terapéutica del paciente, y pueden ser utilizados para valorar la evolución o el impás de la terapia.

Psicoterapia breve y focal

En las terapias de corta duración, (como la psicoterapia dinámica breve o la psicoterapia focalizada), trabajar con los sueños puede ser

un medio de poner el foco en las fantasías del paciente, en su funcionamiento inconsciente, y en observar su evolución en el área que se está trabajando. En estos tratamientos de corta duración, el trabajo con los sueños puede ser un medio de explorar la relación terapéutica: tipo de vínculo que establece, el lugar que ocupa el terapeuta para el paciente y las expectativas y fantasías que desarrolla sobre él.

Lugar del terapeuta en el sueño

Cualquier aficionado a las películas de Hitchcock sabe que el maestro del suspense aparecerá como extra, en el film. Del mismo modo, el terapeuta, si ha establecido un vínculo significativo con el paciente, está presente en el sueño de éste de una forma o de otra. Una forma de analizar el valor transferencial del sueño, es buscar el lugar que el soñante ha reservado al terapeuta. Generalmente, se trata de algo sutil, pocas veces el terapeuta aparece directamente en el sueño, más frecuentemente, es representado por alguien que tiene un rasgo físico similar, que realiza una función análoga o que transmite de forma más o menos velada, el papel que para él tiene el terapeuta o el tratamiento. ("*Soñé que iba dos veces por semana a otro país", "Me encontraba hablando con un desconocido de mis problemas")*. Etchegoyen plantea que el paciente sueña directamente con el terapeuta o con el tratamiento, cuando el terapeuta ha interferido en la vida del paciente. Por ejemplo, se ha producido un encuentro casual de ambos fuera de la sesión o por alguna circunstancia, el paciente ha tenido acceso a información del terapeuta al margen del tratamiento.

Función defensiva del sueño

Como el psicoanálisis es parte de la cultura occidental, el paciente puede estar documentado sobre el papel de los sueños en el proceso terapéutico y utilizar esta información para favorecer, defenderse o resistirse del tratamiento. Los sueños pueden también tener un significado resistencial, pueden ser un acting-in, esto es, un medio que tiene el paciente de escapar de la tarea. El proceso puede incluso no ser inconsciente, como sucede con frecuencia en algunos trastornos

de personalidad con rasgos psicopáticos. En estos casos, el paciente manipula el tratamiento para, a través de los sueños, conducir la sesión y al terapeuta y evitar tratar lo que no quiere abordar.

Algunos pacientes, al relatar sus sueños, realizan toda una ceremonia de seducción. Inconscientemente, buscan fascinar al analista con la producción onírica, de forma que queda en un plano secundario e incluso anulada, la tarea terapéutica. En otros casos, los sueños son utilizados de forma defensiva, el paciente cae en la intectualización y el manejo obsesivo del material onírico. El paciente puede llegar a inundar con sus sueños la sesión, quizá, con la fantasía de controlar así, la mente del analista. Una clave para detectarlo es la ausencia de afecto: el paciente, inmerso en su funcionamiento obsesivo, muestra solo interés racional sobre el significado del sueño, falta el componente emocional, bien porque el soñante relata el sueño de forma exhaustiva y aburre al terapeuta e incluso a sí mismo, bien porque intenta alejarse de conectar afectivamente con él y teoriza para no sentir en la sesión ninguna emoción. Lo opuesto a la intelectualización, es la evacuación. El paciente relata innumerables sueños, pero no está interesado en comprender su funcionamiento psíquico. Esto es evidente porque no asocia ni reflexiona sobre el significado del material. Lo que busca es contarlos y descargar en la sesión y en el terapeuta las emociones que le producen, para desentenderse de ellas.

El terapeuta ante el sueño resistencial

La labor del terapeuta ante el sueño resistencial, es transformar la función defensiva del sueño en comunicación. En ocasiones, esto es difícil, porque el terapeuta, interesado en el sueño del paciente y en su trabajo analítico, puede entrar en colusión con el paciente y no detectar el carácter defensivo del mismo. Otras veces, el terapeuta, al descubrir que el paciente ha utilizado el sueño para defenderse de la tarea, puede sentirse engañado y hay riesgo de que realice un acting contratransferencial: cuestionar al paciente o reprenderle por ello. H. Segal, plantea que en estos casos, el valor clínico no está en analizar el contenido del sueño, sino en mostrar al paciente cómo utiliza el

sueño para descargar su angustia. La idea es aprovechar el potencial simbolizante y creativo del sueño para descubrir lo que le impulsaba a defenderse y de qué lo hacía, para mostrárselo al paciente e invitarle a reflexionar sobre ello. Si el terapeuta trata un sueño evacuatorio como algo negativo, no podrá utilizarlo para facilitar la elaboración de las angustias en la sesión.

4.- "Un monstruo viene a verme"

Para ilustrar la función que tienen los sueños en la elaboración psíquica, en concreto en una situación de duelo, he seleccionado la película "Un monstruo viene a verme" de J. Bayona, basada en la novela del mismo nombre, escrita por Patrick Ness. La idea original es de otra escritora, Siobah Dawd, que antes de fallecer de la misma enfermedad de la que se habla en el libro, pidió al autor que terminara por ella la obra.

La pesadilla

La historia comienza con la pesadilla que repetidamente tiene Connor, un chico inglés de 13 años. Está en medio del campo, al lado de un tejo, un enorme árbol situado junto a la iglesia de un viejo cementerio. Es un lugar conocido, pues es el paisaje que se ve desde la ventana de su habitación. De pronto, la tierra se abre bajo sus pies, y se queda al borde del abismo, sujetando a su madre con la mano. Pese a sus esfuerzos por salvarla, su madre cae al vacío. En ese momento, despierta con gran angustia.

Connor está muy unido a su madre, vive con ella desde que sus padres se separaron cuando él tenía 7 años. Hace tiempo que su madre está enferma de cáncer. El la cuida, ayuda en casa e intenta hacer vida normal, pero como su madre empeora, se ve obligado a aceptar la ayuda de su abuela materna, (una viuda de carácter fuerte, con la que tanto su madre como él mantienen una difícil relación). Su padre vive en América con su nueva esposa y una hija, y mantiene con él una relación distante. En el colegio se siente invisible, y se convierte

en el blanco de los ataques de sus compañeros. Se refugia en el dibujo, actividad compartida desde niño con su madre.

La interpretación del sueño podría ser la siguiente: la pesadilla transmite lo traumática que es para Connor su situación. El mundo, tal como él lo conoce, se hunde bajo sus pies. Es evidente su impotencia y su soledad frente al peligro que le acecha. La angustia que le desborda procede de un conflicto no resuelto (la ambivalencia que siente ante la enfermedad de su madre). Un polo del conflicto es consciente y aceptable para el yo: desea salvar a su madre (en el sueño, la coge de la mano para que no caiga). El otro polo del conflicto es inconsciente, inaceptable para el yo: su madre no mejora y la situación para él es insostenible, no puede con tanto sufrimiento (su madre cae al vacío, sin que él pueda evitarlo). El yo, desbordado por la angustia y la culpa, es incapaz de tramitar la situación traumática y elaborar un sueño que le permita seguir durmiendo. La pesadilla se repite una y otra vez. Cada noche despierta lleno de angustia.

Un monstruo viene a verme

Una noche, Connor tiene un sueño diferente. El árbol que ve desde su ventana, un tejo con propiedades curativas, cobra vida y se convierte en un monstruo que muestra su gran fuerza y poder, destruyendo todo lo que encuentra a su paso. Avanza hacia su casa y al llegar a ella, rompe la ventana de su habitación y lo coge. Connor no se asusta, porque, como le dice al monstruo, en su vida hay cosas que le dan más miedo. El monstruo le propone un trato: le visitará tres veces y le contará una historia que puede serle de ayuda en su situación, a cambio de que, en la última visita, Connor le revele la verdad que esconde.

La interpretación de este sueño podría ser que el monstruo es producto del trabajo psíquico de Connor. Es una imagen disociada de sí mismo, resultado del trabajo del sueño, que, integra y hace inteligibles muchos de los sentimientos que en la pesadilla no podía pensar. Esta imagen (miramiento por la figurabilidad), surge a partir de una experiencia del día anterior. Es la personificación del

dibujo que le hacía su madre de pequeño, que aparece en un video de los dos que ella está mirando en la tele y que él pinta de forma repetitiva en su habitación después del colegio (restos diurnos). El monstruo condensa diversos contenidos inconscientes del niño (polideterminismo). Es el alter ego de Connor, tiene el cuerpo que él querría tener: grande, poderoso, fuerte y visible. El niño proyecta y deposita en él su agresividad, lo monstruoso de sí mismo, por ello puede seguir durmiendo, en vez de horrorizarse y despertar (sueño de comodidad).

Además, el monstruo cumple las funciones de las figuras representativas que forman parte del mundo interno del niño. En primer lugar, es una figura transgeneracional, ya que los dibujos que le hacía su madre, son los mismos que su abuelo materno le hacía a ella. En segundo lugar puede representar a su padre ausente. El abandono que siente por la lejanía de su padre aparece negado en los sueños, al sustituir al padre por una figura que tiene todos los atributos del padre que Connor querría tener. En tercer lugar, en la medida que su origen es el árbol curativo que ve desde su ventana, es una forma de representar el lugar que Connor tiene en el mundo y los cambios a los que se tiene que enfrentar. Como producto de la actividad inconsciente del niño, puede ser entendido como un síntoma, una formación de compromiso ante el conflicto que supone en la vida del niño la enfermedad terminal de su madre por los sentimientos contradictorios que despierta en él. La riqueza de significados, el simbolismo y las emociones que transmite, reflejan la flexibilidad y fortaleza de sus recursos yoicos.

Elaboración del duelo a través de los sueños

A través de los sueños y con la ayuda del monstruo, el niño es capaz de pensar diversos aspectos relacionados con los múltiples duelos que tiene pendientes: la inminente muerte de su madre, figura más significativa hasta el momento para él, los cambios familiares y sociales que esto va a conllevar, el abandono de la inocencia y la actitud pasiva ante la vida que supone el paso de la infancia a la

adolescencia y la desaparición de su mundo tal y como hasta el momento lo ha conocido.

El monstruo, como alter ego de Connor, realiza una labor de acompañamiento, de reflexión y contención emocional, sin dirigir ni interferir en la vida del niño. Cada noche, a la misma hora, viene a por él y le cuenta una historia que le despierta emociones intensas. Connor se siente identificado con los personajes, toma partido por ellos y discute con el monstruo aspectos de la realidad que le parecen conflictivos, contradictorios y sorprendentes. Cada uno de los encuentros es una experiencia emocional compartida, que de forma progresiva, contribuye a establecer un vínculo de confianza entre ellos. Casi al final de la película, hay una escena en la que el monstruo da sentido e integra las historias que han ido apareciendo en los distintos sueños. La decepción del niño es enorme, cuando descubre que el monstruo no está allí para salvar a su madre, sino para salvarlo a él de sí mismo. Su angustia es máxima cuando se ve obligado a cumplir su parte del trato: revelar la verdad que esconde en su interior, que conoce desde el principio, pero que hasta ese momento no estaba en condiciones de pensar. Ser consciente de su agresividad y de su ambivalencia, aceptar su dolor, su culpa y su tristeza, permiten descubrir a Connor la verdad que esconde y hasta el momento no puede revelar: desea poner fin a su sufrimiento aunque eso signifique perder a su madre. En la medida que puede hacerse cargo de sus sentimientos, se produce la integración del yo y es innecesaria la figura del monstruo.

Las personas que se enfrentan a situaciones dolorosas y traumáticas de pérdida y duelo, como la que aparece en la película, necesitan también su tiempo para realizar el trabajo de elaboración. Cuando esto no es posible, el duelo se complica y puede estar indicada una terapia psicoanalítica. El terapeuta, al igual que el monstruo con el niño, acompaña al paciente en este proceso, estableciendo con él un vínculo de confianza que permita al paciente expresar lo que siente en estas situaciones y tomar conciencia de sus deseos más ocultos. Los sueños que traen los pacientes pueden ser un medio de acceder al mundo interno para elaborar e integrar sus partes escindidas (aquello que no puede pensar). Como en la película, es importante

que el paciente ocupe un lugar protagonista y activo en todo el proceso. Alcanzado el objetivo, el terapeuta, como el monstruo, debe desaparecer porque ya ha cumplido su función.

RESUMEN

El trabajo con los sueños se aleja bastante de la imagen que desgraciadamente tiene una gran parte de la sociedad. La literatura y el cine, salvo contadas excepciones, han contribuido a ello. Los profesionales de la salud mental, al divulgar y transmitir con seriedad y claridad nuestro trabajo, podemos intentar contrarrestar esta visión. Los sueños son una forma de trabajo mental, se trata de un proceso universal que permite al soñante elaborar experiencias vividas. Tras una introducción histórica sobre los sueños en el pensamiento freudiano y una breve revisión de los desarrollos teóricos que ha dado lugar, se describen las aplicaciones que para el diagnóstico y el tratamiento puede tener el trabajo del sueño en el proceso terapéutico. Para ilustrar el trabajo, en vez de material clínico propio, utilizo los sueños que aparecen en dos situaciones de duelo. La primera, un sueño de un padre que ha perdido a su hijo, citado por Freud. La segunda, el trabajo de duelo que a través de los sueños realiza Connor, un chico de 13 años, en la película "Un monstruo viene a verme" de J. Bayona, de 2016, basada en el libro del mismo nombre.

Palabras clave

Sueños. Duelo. Interpretación de los sueños. Trabajo del sueño. Proceso terapéutico.

BIBLIOGRAFÍA

Bayona J (2016). *Un monstruo viene a verme.* Película.
Bion W R (1992). *Cogitaciones.* Valencia: Promolibro.

Constante A, Martínez C.R., Ramírez P (2006). "El sueño de un padre. El padre, el hijo". *Revista Carta Psicoanalítica*. Núm. 9, septiembre.

Etchegoyen H (1986). *Los fundamentos de la técnica analítica.* Buenos Aires: Amorrortu. 4ª Ed. 1997.

Flores G, Poblete D (2004). *"*El sueño de Freud a Bion puntualizaciones sobre cambios en su estatuto y función". *Fundamentos en Humanidades*, vol. V, núm. 9: 189-213. Universidad Nacional de San Luis, Argentina.

Freud S (1900). *"La interpretación de los sueños"* Tomos IV y V. Buenos Aires: Amorrortu. 7ª ed. 1993.

Gabbard G. et al (2012). "*Textbook on Psichoanalysis".* Gabbard et al. Second Edition. American Psychiatric publishing. 2012.

Green A (1973). *El discurso vivo: Una concepción psicoanalítica del afecto*. Ed. Promolibro.

Martín Cabré L (2012). *La función traumatolítica del sueño*. Trabajo presentado en la Conferencia Internacional Ferenczi: Caras del Trauma. Budapest.

Meltzer D (1987). *Vida onírica.* Madrid: Tecnipublicaciones.

Myron L Glucksman, Milton Kramer, (2004). "Using Dreams to Assess Clinical Change during Treatment". *The Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*: Vol. 32, 2:345-358.

Ness P (2012). *Un monster calls.* Ed Walker Books, Ltd.

Ogden T (2017). "Dreaming the Analytic Session: a Clinical Essay". *The Psychoanalytic Quarterly*, 86:1, 1-20.

Rallo J (1979). "La utilización de los sueños en la clínica" *Revista de Psicoanálisis de Madrid.* 4: 49-65.

Rallo J (1989). Los sueños en psicoanálisis" *Introducción a la teoría Psicoanalítica* de L. Grinberg. Madrid: Tecnipublicaciones.

Sirois F (2017). "Analytic process and dreaming about analysis". *The International Journal of Psychoanalysis*, 97:6, 1479-1497.

Tabbia C (2018). "La intimidad en el trabajo psicoanalítico". *Temas de psicoanálisis*. Núm. 15.

Torrás E (2000). Los sueños y el proceso terapéutico. VII Jornadas de Psicoanálisis y Psicoterapia Psicoanalítica Sevilla 20 de mayo

del 2000. http://www.sepypna.com/articulos/suenos-proceso-terapeutico.

Vinocur Fischbein S & Miramón B (2017). "Theoretical trajectories: Dreams and dreaming from Freud to Bion". *The International Journal of Psychoanalysis*, 96:4, 967-992.