



**UNIVERSIDAD DE CHILE  
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES  
ESCUELA DE POSTGRADO**

**ANÁLISIS DE LOS CONTENIDOS ONÍRICOS QUE APARECEN EN LOS  
SUEÑOS Y SERIES DE SUEÑOS DE LOS PSICOTERAPEUTAS MEDIANTE LA  
INTERPRETACIÓN JUNGUIANA DE SUEÑOS DURANTE EPISODIOS DE  
*IMPASSE* TERAPÉUTICO.**

**Tesis para optar al grado de Magister en Psicología Clínica de Adultos**

**TANIA LÁSCAR CORTÉS**

**Profesor Guía:  
Madeleine Porre Ibacache**

**Informantes:  
Michele Dufey Dominguez  
Claudia Grez Villegas**

**Tesis Aprobada con Distinción Unánime**

**Santiago de Chile, año 2018**



**ANÁLISIS DE LOS CONTENIDOS ONÍRICOS QUE APARECEN EN LOS  
SUEÑOS Y SERIES DE SUEÑOS DE LOS PSICOTERAPEUTAS MEDIANTE LA  
INTERPRETACIÓN JUNGUIANA DE SUEÑOS DURANTE EPISODIOS DE  
*IMPASSE* TERAPÉUTICO.**

## 1. RESUMEN

Esta investigación analiza los contenidos oníricos de los sueños y series de sueños que tienen los psicoterapeutas durante episodios de *impasse* terapéutico.

A través de este estudio se busca hacer un aporte a la mirada y práctica clínica dentro del proceso psicoterapéutico, al integrar el análisis de los contenidos oníricos como una forma de profundizar en los aspectos que no están siendo conscientes por los psicoterapeutas y que pudieran estar interviniendo en la relación terapéutica y en consecuencia en el proceso y avance de la psicoterapia. Esta investigación considera que es de suma importancia para la labor terapéutica el analizar y comprender los elementos del proceso transferencial que emergen en la relación terapéutica, al considerar que los psicoterapeutas tienen una responsabilidad ética ineludible con sus pacientes.

Esta investigación utilizó un marco metodológico cualitativo, basado en un paradigma fenomenológico, con un diseño metodológico fenomenológico que estudia una muestra teórica no probabilística, voluntaria e intencional. A través de este diseño, se recolectó mediante la técnica de auto-reporte tanto la descripción, como las asociaciones personales de los contenidos oníricos de los sueños y series de sueños que hacen 5 psicoterapeutas mujeres en su mayoría cercanas a la psicología analítica durante sus episodios de *impasse* terapéutico.

Los hallazgos encontrados evidenciaron que tanto los sueños como las series de sueños analizados a la luz de la interpretación junguiana de sueños y mediante el análisis de contenido, aportan información relevante y valiosa para ser abordada dentro de la relación terapéutica, como una forma de ver y atender a los contenidos que no están siendo conscientes por los psicoterapeutas y que pueden generar episodios de *impasse* terapéuticos, que requieren ser abordados y elaborados en pos del desarrollo e individuación de los pacientes, y para el enriquecimiento de la praxis de los psicoterapeutas.

## PALABRAS CLAVE

Sueños – contenido onírico – *impasse* – psicoterapeuta.

## DEDICATORIA

*A mi hijo Milan, fuente de gran inspiración, crecimiento y transformación*

*A mi linaje materno, abuela Ana y Mamachuchu, mujeres de gran esfuerzo*

*A mi hermano Nicolás, símbolo de integración entre la genialidad y afectividad*

*A mi padre Amado, quién desde la distancia ha sido siempre un referente crítico*

*A mi amada Felicia, quién me ha alegrado la vida*

*A mi pequeño Galileo, quién pronto cruzará el umbral y pisará esta tierra*

*A mi querida Maggita compañera y cómplice*

*A mi bella Kali, que le ha permitido a la bestia conectarse con su ternura*

*Y a mí infaltable y amado Pablo, quién me ha acompañado con su humor y nutrición haciendo más llevadero este complejo camino...*

## AGRADECIMIENTOS

Agradezco profundamente a mi abuela Eliana, conocida por todos como la Ia, quién ha sido mi mecenas y quién ha hecho posible el producto de esta tesis.

Agradezco a Madeleine Porre, mi profesora guía, por reforzar en mí el amor por la psicología junguiana y por ser un apoyo constante, lúcido y generoso durante todo mi proceso de tesis.

Agradezco a todos los psicoterapeutas que participaron en este estudio, su cooperación y compromiso permitió que se llevara a cabo esta investigación.

Agradezco a mi hijo Milan su comprensión y apoyo durante todos estos años del magister.

Agradezco a mis amados gatos, Psique y Santos su cercana y calentita compañía.

Agradezco a los que ya no están: Benito, Chasca, Sofía y Alma, su imborrable presencia.....

Hago esto no porque me empecine en la idea de que hay que trabajar con los sueños ni porque yo posea una misteriosa teoría del sueño de acuerdo con la cual debería suceder esto y aquello, sino simplemente por desconcierto. No sé de dónde sacar algo, por lo que intento encontrarlo en los sueños, pues estos proporcionan imaginaciones, aluden a algo, y esto es más que nada. No tengo una teoría del sueño, no sé cómo surgen los sueños. Ni siquiera estoy seguro de que mi manera de abordar los sueños merezca el nombre de método. Comparto todos los prejuicios contra la interpretación de los sueños en tanto quintaesencia de la incertidumbre y arbitrariedad. Pero por otra parte sé que casi siempre se obtiene algo cuando se medita a fondo sobre un sueño.  
(Jung, OC 16, p.47)

## ÍNDICE

<b>2. Introducción.....</b>	<b>1</b>
<b>2.1. Planteamiento del problema.....</b>	<b>4</b>
<b>2.2. Relevancia del estudio.....</b>	<b>7</b>
<b>2.3. Objetivos.....</b>	<b>9</b>
<b>2.3.1. General.....</b>	<b>9</b>
<b>2.3.2. Específicos.....</b>	<b>9</b>
<b>2.4. Pregunta principal.....</b>	<b>10</b>
<b>2.5. Preguntas secundarias de la investigación.....</b>	<b>10</b>
<b>3. Marco teórico.....</b>	<b>10</b>
<b>Capítulo I: Psicología analítica.....</b>	<b>10</b>
<b>3.1. Estructura psíquica.....</b>	<b>10</b>
<b>3.1.1. Eje Ego/ Self.....</b>	<b>11</b>
<b>3.1.2. Sombra/Máscara.....</b>	<b>14</b>
<b>3.1.3. Complejo/ Arquetipo/Símbolo.....</b>	<b>16</b>
<b>3.1.3.1. Complejo materno.....</b>	<b>17</b>
<b>3.1.3.2. Complejo paterno.....</b>	<b>17</b>
<b>3.2. Dinámica psíquica.....</b>	<b>20</b>
<b>3.2.1. Función trascendente.....</b>	<b>20</b>
<b>3.2.2. Proceso de individuación .....</b>	<b>21</b>
<b>Capítulo II: Persona del terapeuta y relación terapéutica.....</b>	<b>23</b>
<b>3.3. Persona del terapeuta enfoques humanistas existenciales.....</b>	<b>23</b>
<b>3.3.1. Persona del terapeuta desde la psicología analítica.....</b>	<b>28</b>
<b>3.4. Relación terapéutica.....</b>	<b>31</b>
<b>3.4.1. Relación terapéutica humanista existencial.....</b>	<b>31</b>
<b>3.4.2. Campo transformativo.....</b>	<b>32</b>
<b>Capítulo III: Sueños.....</b>	<b>37</b>
<b>3.5. Sueños.....</b>	<b>37</b>
<b>3.5.1. Perspectiva analítica de los sueños.....</b>	<b>37</b>
<b>3.5.1.1. Sueños y proceso transferencial.....</b>	<b>40</b>



3.5.2. Serie de sueños.....	43
3.5.3. Trabajo interpretativo de sueños desde la psicología analítica junguiana.....	45
Capítulo IV: <i>Impasse</i> terapéutico.....	48
3.6. Conceptualización del <i>Impasse</i> .....	48
3.6.1. <i>Impasse</i> en la relación terapéutica.....	48
3.6.2. Operacionalización del concepto de <i>impasse</i> terapéutico.....	50
4. Marco metodológico.....	51
4.1. Justificación del marco interpretativo utilizado.....	51
4.2. Justificación del método y diseño utilizado.....	52
4.3. Muestra.....	52
4.4. Justificación de las técnicas o instrumentos de recopilación de datos.....	54
4.5. Plan de análisis.....	55
5. Análisis de la información recopilada.....	56
5.1. Levantamiento de las unidades de análisis.....	59
5.2. Levantamiento de categorías.....	90
5.3. Análisis de las categorías.....	94
5.3.1. Vulnerabilidad.....	95
5.3.2. Empoderamiento.....	105
5.3.3. Confusión.....	110
5.3.4. Afectividad.....	114
5.3.5. Consciencia.....	118
6. Discusión y Conclusiones.....	122
7. Bibliografía.....	131
8. Anexos.....	136
Anexo 1- Consentimiento informado .....	136
Anexo 2- Ficha de datos psicoterapeutas.....	139
Anexo 3- Protocolos de auto reportes psicoterapeutas.....	144

## 2. INTRODUCCIÓN

La psicología humanista existencial releva a la relación terapéutica como un encuentro entre dos subjetividades (Orange, 2012) así también, en los últimos tiempos, se ha visto influenciada por corrientes relacionales que destacan a la intersubjetividad como un fenómeno fundamental de la relación terapéutica (Sassenfeld & Moncada, 2006).

En la misma línea, Rogers ya sostenía que el encuentro entre psicoterapeuta y cliente tiene que ser un encuentro real, auténtico, de ahí que uno de sus principales aportes al proceso psicoterapéutico fue su comprensión del rol que cumple el psicoterapeuta en la relación de psicoterapia (Recuero, 1998).

En este contexto, en distintas investigaciones se ha hecho evidente la importancia que tiene la variable de la persona del psicoterapeuta durante el proceso de psicoterapia (Lambert, 1992, citado en Krause, 2005), e incluso varios autores señalan la necesidad de profundizar en aspectos más subjetivos debido al impacto que estos pudieran tener en el desarrollo de la psicoterapia (Fernández-Álvarez, 2002; Herrera et al., 2009; Moncada, Rojas, Olivos, 2003; Orlinsky & Ronnestad, 2005).

En este plano, se debe considerar entonces que el psicoterapeuta no es un ser neutral que llega a la sesión de psicoterapia como una tabula rasa, sino que llega al encuentro terapéutico con la emergencia de sus experiencias emocionales, cognitivas, es decir, con toda su subjetividad a cuestas.

No solo es importante saber que no se puede, como terapeuta, dejar de reflejar la subjetividad, sino que es necesario hacerlo al servicio de la comprensión de la subjetividad del paciente. Para esto es imprescindible estar consciente de que siempre hay material personal que no ha sido resuelto. (Szmulewicz, 2013, p.3)

En este plano, la persona del psicoterapeuta se convierte en parte esencial del proceso psicoterapéutico y en consecuencia, se hace imprescindible que se haga cargo de sí, de su subjetividad para abordar el proceso y la relación psicoterapéutica. El hacerse cargo de sí, requiere que el psicoterapeuta sea consciente que no solamente se auto devela conscientemente, sino que también de manera inconsciente.

En este sentido, el auto conocimiento se transforma en una actitud necesaria que debe tener un psicoterapeuta comprometido con el paciente, la relación y el proceso psicoterapéutico.

Para la psicología junguiana, la persona del psicoterapeuta es esencial, Jung incluso planteó que la terapia del paciente comienza en el psicoterapeuta, planteaba que sólo cuando el psicoterapeuta aprendiera a comprenderse así mismo, podría comprender al paciente (Jung [1961], 1981, citado en Recuero). Relacionado con lo anterior, Jung (1946) en su texto *Psicología de la Transferencia*, considera a la relación terapéutica como un espacio donde emergen no sólo procesos conscientes e inconscientes del paciente, sino también del psicoterapeuta, en consecuencia la comprensión del fenómeno relacional, se complejiza. A este espacio Jung lo denominó “cross causing marriage”, conceptualizado más tarde como campo transformativo (Hall, 1995).

Por lo anteriormente mencionado, es importante entonces que el psicoterapeuta esté atento a los fenómenos de transferencia. El no aceptar el nivel de involucramiento con el paciente e influencia mutua en la relación terapéutica, conllevaría riesgos en el proceso de psicoterapia, tanto para el paciente, como para el psicoterapeuta y por consiguiente para la relación terapéutica (Kron & Avny, 2003). En este sentido, la psicología analítica plantea como eje fundamental para el proceso y avance psicoterapéutico, la comprensión y abordaje clínico que se realice al proceso de transferencia.

Una de las formas con las que se aborda el fenómeno transferencial desde la psicología analítica, es mediante el análisis de sueños. Jung sostuvo incluso, que el análisis de sueños era en sí, el método analítico por excelencia (Mattoon, 1980).

Esta investigación, pretende incorporar la interpretación de sueños como una herramienta valiosa para ser utilizada en la clínica, ya que el contenido onírico presente en los sueños, arroja información relevante respecto a la dinámica y estructura del proceso psíquico de las personas y en consecuencia, de los fenómenos transferenciales que ocurren en la relación terapéutica.

En este sentido, es también interés de esta investigación, a través de la interpretación junguiana de sueños, poder esclarecer los contenidos psíquicos que generan los episodios de *impasse* terapéutico, de manera de comprender más profundamente lo que está sucediendo en la relación terapéutica y de esta forma poder utilizar este material al servicio del proceso y avance de la psicoterapia.

En este contexto, el objetivo principal de esta investigación, es analizar los contenidos oníricos que aparecen en los sueños y las series de sueños de los psicoterapeutas durante los episodios de *impasse* terapéutico mediante la interpretación junguiana de sueños.

Este estudio utiliza un marco metodológico cualitativo, basado en un paradigma fenomenológico, con un diseño metodológico fenomenológico. La muestra es teórica no probabilística, voluntaria e intencional. Mediante el diseño se recolectó a través del protocolo de auto reporte, tanto la descripción como las asociaciones personales que hicieron 5 psicoterapeutas cercanos a la psicología analítica durante sus episodios de *impasse* terapéutico.

En esta investigación, se presentan los fundamentos teóricos de la psicología analítica, desde la estructura y dinámica psíquica, se revisan desde lo junguiano las concepciones de la persona del terapeuta y campo transformativo y también la perspectiva junguiana de sueños, las series de sueños, los sueños y el proceso de transferencia, junto a la interpretación junguiana de sueños; desde la psicología humanista existencial se revisan los aportes teóricos sobre la concepción de la persona del terapeuta, así como de la relación terapéutica, y finalmente se explora y se operacionaliza el concepto de *impasse* terapéutico.

## 2.1. Planteamiento del problema

Jung (1946) plantea, en su teoría del campo transformativo, la vital importancia que tiene la influencia mutua que existe entre terapeuta y paciente. Esta influencia mutua no sólo está constituida por contenidos conscientes, sino también por contenidos inconscientes que puede desconocer incluso el mismo psicoterapeuta y que pueden estar interfiriendo en la relación.

Como el paciente lleva al médico un contenido activado de lo inconsciente, mediante el efecto inductivo - que siempre parte de proyecciones en mayor o menor medida - se constela también en el médico el correspondiente material inconsciente. De este modo, el médico y el paciente se encuentran en una relación basada en la inconsciencia común. (Jung, 1946, p. 170)

Jung (1946) señala que el psicoterapeuta tiene cierta resistencia a admitir que se siente afectado por el paciente y enfatiza que, cuanto más inconsciente sea, mayor es la posibilidad que el terapeuta se contamine psíquicamente y rechace al paciente. Conjuntamente, señala que lo que se está constelando es una posibilidad terapéutica. Si el terapeuta no lo logra ver, ambos quedan atrapados en el inconsciente.

Esta relación transferencial que se da entre psicoterapeuta y paciente es como una *combinación* química. “A menudo, este vínculo es tan intenso que se podría hablar de una combinación. Cuando dos cuerpos químicos se combinan ambos quedan alterados. Lo mismo sucede en la transferencia” (Jung, 1946, p.166).

Hall (1986) señala que, en la relación terapéutica, el psicoterapeuta debiera asumir un deber mayor que el paciente al enfrentarse a su propio material inconsciente o a sus propias proyecciones con respecto al paciente, con el objetivo que éste pueda sentirse seguro y libre de desplegar sus propios contenidos inconscientes en el campo transformativo.

Una de las dificultades que puede emerger en torno al campo transformativo, es el *impasse* terapéutico. Existen diversos acercamientos teóricos y clínicos referidos al concepto de *impasse*, estancamiento o momento de dificultad en la psicoterapia (Herrera et al, 2009). En esta investigación se utilizará el concepto de *impasse* terapéutico para referirse a un momento de dificultad en la psicoterapia que se produce en la relación entre terapeuta y paciente (Etchegoyen, 1986).

Si hay algo que el terapeuta debe hacer dentro del proceso psicoterapéutico es atender a sus propios contenidos inconscientes. Tener una permanente actitud de auto-exploración y un trabajo personal de análisis continuo (Porre, 2015), son condiciones *sine qua non* de una labor psicoterapéutica comprometida.

El inconsciente se comunica de distinta manera a la consciencia, una de las formas más prolíficas y profundas con las que se cuenta son los sueños. Para ser más precisos y en adelante durante esta investigación, se utilizará la denominación contenido onírico, cada vez que se refiera al contenido inconsciente que emerge de los sueños.

Los sueños tienen una función compensatoria de lo inconsciente. A través de lo simbólico llevan a la consciencia el material inconsciente que en el sueño tiene la suficiente energía para destacarse (Jung, 1991c).

A través de la función compensatoria, los sueños del psicoterapeuta pueden transmitir información importante con respecto a la relación terapéutica. Se podría decir que esta función en los sueños no sólo equilibra los contenidos psíquicos de los psicoterapeutas, sino también las situaciones y los problemas interpersonales en la relación terapéutica. A través de la consciencia de compensación del sueño, el terapeuta puede profundizar la comprensión de su paciente, la relación terapéutica, y su propia actitud personal con el paciente (Aron, 1991).

El sueño además de representar el estado psíquico del psicoterapeuta, también puede preparar al psicoterapeuta para abrir un canal dialéctico con el paciente, es decir, un encuentro donde se interrelacionen ambas psiques, la del paciente y la del psicoterapeuta.

Esto puede ocurrir solamente si el psicoterapeuta está abierto a la comunicación de su inconsciente y sólo si el sueño es tratado como un elemento de diálogo con el paciente (Aron, 1991).

En consecuencia, utilizar los sueños y series de sueños que tienen los psicoterapeutas acerca de sus pacientes, puede ser una valiosa herramienta para la comprensión profunda de la relación terapéutica. En este contexto, en lugar de ver a la contratransferencia como un elemento perturbador, se puede ver como un elemento creativo que da luces acerca del proceso psicoterapéutico (Kron & Avny, 2003). En la misma línea, Blechner (1995) sugiere que el análisis de los sueños debe ser tratado como una actividad mutuamente interactiva para el descubrimiento de la matriz de transferencia y contratransferencia en la terapia.

Jung consideraba que la interpretación de los sueños era fundamental para el proceso psicoterapéutico, e incluso atenderlos podía llegar a ser una cuestión de vida o muerte. Cuando al contenido onírico no se lo considera, éste vuelve a repetirse al soñante de manera recurrente. Pudiera ser incluso que el contenido de un sueño pudiera estar revelando pensamientos suicidas del paciente, que de otra forma no pudieran ser vistos, ni menos elaborados (Mattoon, 1980).

Dentro del campo transformativo que plantea Jung (1946), si el terapeuta no mantiene una comunicación con sus propios contenidos inconscientes en la relación terapéutica, lo más probable es que no logre ayudar al paciente, generando dificultad en la terapia, distanciamiento e incluso riesgo de iatrogenia.

Esta investigación tiene especial interés en destacar la importancia que tiene para la práctica clínica, el comprender los contenidos oníricos de los sueños y series de sueños que tienen los psicoterapeutas sobre sus pacientes en los episodios de *impasse* terapéutico, de manera de considerar los elementos del proceso transferencial que pudieran estar dificultando o estancando la relación terapéutica.

La impresión clínica general es que la mayor parte de la atención psicoterapéutica, se pone principalmente en el paciente, situación que es lógica si consideramos que es el paciente quién viene a consultar, sin embargo, los psicoterapeutas no pueden olvidar la valiosa información que emerge tanto para el paciente, como para el psicoterapeuta a partir del proceso transferencial que sucede en este encuentro psicoterapéutico y que puede ayudar al desarrollo y avance del proceso de psicoterapia. Este estudio pretende enfatizar la importancia que tiene el trabajo de auto conocimiento del psicoterapeuta y relevar la responsabilidad ética ineludible que tiene el llevarlo a cabo.

Al considerar la problemática y observar lo que actualmente se realiza en la clínica, surgen interrogantes acerca de si se realiza un abordaje comprensivo, significativo y profundo por parte de los psicoterapeutas con respecto a los propios contenidos que emergen en la relación terapéutica. Estos cuestionamientos adquieren gran relevancia si se tiene en cuenta que el no considerarlos pudieran generar no sólo un *impasse* terapéutico, sino una condición iatrogénica en la terapia.

“(…) los sueños ocupan un lugar tan central en el proceso psicoterapéutico que su análisis constituye un “deber profesional” del terapeuta” (Jung, OC 16, citado en Mattoon, 1980, p.24).

## **2.2. Relevancia del estudio**

“No debemos olvidar una cosa: casi la mitad de nuestra vida tiene lugar en un estado más o menos inconsciente. La manifestación específica de lo inconsciente son los sueños” (Jung, 1933/1947, p. 146).

Para la clínica junguiana, los sueños son una fuente de valiosa información. Jung consideraba el análisis de sueños tan relevante, que incluso afirmaba que el método analítico era fundamentalmente análisis de sueños (Mattoon, 1980). Autores post junguianos han enfatizado lo que Jung sostenía acerca de los sueños “La interpretación de los sueños sigue siendo el camino más directo para apreciar la mente inconsciente” (Hall, 1986, p. 108). Incluso puede catalizar y profundizar el proceso de análisis.



Jung sostuvo que el contenido onírico que arrojan los sueños es de vital importancia para nuestra existencia (Mattoon, 1980), planteaba que la importancia de los sueños radica en que los contenidos oníricos son compensatorios de lo inconsciente a través de la función trascendente, mediante lo simbólico llevan a la consciencia el material inconsciente (Jung, 1991c).

Aunque el contenido onírico incorporado a la consciencia resulte desagradable para el soñante, generalmente lleva a un auto conocimiento profundo y a un mayor equilibrio psíquico. En la relación e integración progresiva de lo consciente y lo inconsciente, el sujeto puede abrir su perspectiva mental e incorporar una nueva visión y orientación hacia su vida, despertando potenciales dormidos y comenzar a experimentar una personalidad más integrada (Mattoon, 1980).

El análisis de sueños puede ser un significativo recurso a utilizar en el proceso psicoterapéutico ya que el contenido onírico que emerge en los sueños, es un material simbólico que puede hablarnos de procesos transferenciales inconscientes y también de contenidos arquetípicos constelados (Mattoon, 1980).

Las distorsiones de transferencia son a menudo sutiles, o visibles solo en sueños. La transferencia puede ser positiva o negativa. Uno de los peligros reales de la transferencia negativa es que al principio del análisis el paciente puede sentir que el analista no lo apoya lo suficiente, e incluso puede querer dar término a la terapia. (Hall, 1986, p.78)

Para Porre (2015, 2018) el material simbólico que arrojan los sueños tanto de terapeuta y paciente, contribuyen a que se pueda explorar tanto el inconsciente de cada participante como también el inconsciente co construido por ambos, lo que aportaría a la comprensión de lo intra e intersubjetivo.

Esta investigación pretende hacer un aporte tanto en la visión, como en la práctica psicoterapéutica, a través de integrar el análisis de los contenidos oníricos como una forma más de profundizar en aquellos aspectos que no están siendo conscientes por los

psicoterapeutas y de esta manera poder comprender el material psíquico que emerge en la relación terapéutica en contextos de *impasse*.

Como relevancia teórica, mediante los distintos elementos junguianos junto al análisis de sueños, la perspectiva analítica puede profundizar y ampliar la comprensión de los fenómenos transferenciales que ocurren en la relación terapéutica. En este sentido, los psicoterapeutas que se interesen, tanto en esta línea teórica como en la metodología de análisis de sueños junguiano, podrían beneficiarse al complementar su desarrollo clínico con esta mirada y práctica clínica.

Existen muy pocos estudios respecto de los sueños que tienen los psicoterapeutas acerca de sus pacientes, con algunas excepciones como la de Kron & Avny (2003). Esta investigación considera como relevancia clínica que se profundice con respecto a esta temática, al considerar que los contenidos oníricos son la vía directa al inconsciente, se puede hacer una contribución profunda a la psicoterapia respecto a lo que emerge en ese espacio.

### **2.3. Objetivos:**

#### **2.3.1. Objetivo principal**

Analizar los contenidos oníricos que aparecen en los sueños y series de sueños de los psicoterapeutas durante los episodios de *impasse* terapéutico mediante la interpretación junguiana de sueños.

#### **2.3.2. Objetivos específicos**

Describir los contenidos oníricos de los sueños y series de sueños de los psicoterapeutas durante episodios de *impasse*.

Describir el contenido de las asociaciones personales de los psicoterapeutas en relación a sus sueños y series de sueños.

Identificar en las asociaciones personales de los contenidos oníricos de los psicoterapeutas elementos del proceso transferencial.

Discutir los contenidos oníricos y las asociaciones personales de los psicoterapeutas en relación a los episodios de *impasse*.

#### **2.4. Pregunta principal**

¿Cómo son los contenidos oníricos que aparecen en los sueños y series de sueños de los psicoterapeutas que están relacionados con los episodios de *impasse* terapéutico?

#### **2.5. Preguntas secundarias**

¿Cómo son las descripciones que hacen los psicoterapeutas de sus contenidos oníricos?

¿Qué asociaciones personales hacen los psicoterapeutas de sus contenidos oníricos?

¿Qué contenidos oníricos aparecen en las descripciones de los psicoterapeutas relacionados con la relación terapéutica?

¿Cuáles elementos del proceso transferencial aparecen en las asociaciones personales sobre el *impasse* terapéutico?

### **3. MARCO TEÓRICO**

#### **Capítulo I: Psicología analítica**

##### **3.1. Estructura psíquica**

La psique para la psicología analítica es un sistema autorregulatorio, que se compone de distintos aspectos, los que a su vez conforman la totalidad de los procesos psíquicos. Estos abarcan tanto los elementos de la consciencia como los del inconsciente, los que pueden ser posibilidades creativas o destructivas de la autorregulación. La consciencia y el inconsciente se comportan de manera complementaria o en compensación al uno y al otro (Jacobi, 1976), esta condición es una función específica de la psique que veremos más adelante en este mismo capítulo.

El inconsciente consta del inconsciente personal y también del inconsciente colectivo. Para la psicología analítica, en el personal se hallan los contenidos que provienen de la historia personal del individuo; por un lado los que no están en la consciencia pero que pueden acceder a ella en todo momento, sin que se necesite una técnica para ello, y por otro lado, también están los contenidos psíquicos reprimidos, olvidados, rechazados, percibidos de manera subliminal, los que resultan desagradables para la consciencia y que requieren de un trabajo analítico para que accedan a esta. Y el inconsciente colectivo consta de los contenidos que no son específicos para el ego individual, que no están relacionados con la experiencia personal, sino que tiene que ver con la *estructura cerebral heredada* que planteó Jung y que es la capacidad de funcionamiento psíquico heredado por toda la humanidad (Jacobi, 1976).

Dentro del inconsciente personal se sitúan los complejos, y en el inconsciente colectivo los arquetipos (se revisan más adelante en este mismo capítulo).

### **3.1.1. Eje Ego/Self**

Ego y sí-mismo son dos aspectos de la personalidad que tienen una dependencia mutua, una relación muy cercana, y esto consecuentemente hace que estén en una interacción permanente. Tanto es así que el ego, no puede sobrevivir sin el sí-mismo y el sí-mismo no puede alcanzar la consciencia sin el yo.

El sí-mismo no sólo es el centro, sino también toda la circunferencia que abarca toda la consciencia como lo inconsciente; es el centro de esta totalidad, así como el ego es el centro de la consciencia. (Sharp, 1997, p.180)

El sí-mismo nace antes que el yo y queda determinado en el instante mismo de la concepción; el ego por su parte, nace a partir del sí-mismo, condición que ocurre en las primeras fases del desarrollo. Durante el transcurso de la vida humana, el ego va gradualmente separándose del sí-mismo, sin embargo, la independencia que alcanzan sólo se podría decir que es relativa, pues realmente nunca se separan, siempre permanecen en

una relación muy estrecha. En la medida que avanzan los estadios del desarrollo humano, se espera que vayan diferenciándose y en consecuencia transformándose (Stevens, 1994). Neumann (1959, citado en Stevens, 1994) denominó a esta relación de mutua interdependencia: eje yo-sí-mismo.

A continuación, se describirán por separado cada uno de los dos aspectos del eje yo-sí-mismo para clarificar cada aspecto de la psique en particular, pero entendiendo que forman parte inseparable de un mismo eje.

### **Ego o yo**

Los conceptos ego o yo se utilizan indistintamente en esta investigación como sinónimos. El ego constituye una parte de la totalidad de la psique, es el centro de la personalidad consciente al que se remiten todos los contenidos de la consciencia (Von Franz, 1964). El ego fundamentalmente representa aquella parte de la psique que se adapta a la realidad externa. El ego da al individuo la consciencia de estar vivo y la experiencia de continuidad, el sentimiento de identidad y la capacidad de voluntad. La experiencia respecto al mundo interno y externo pasa por el yo para ser percibida, si el yo no la percibe, queda relegada al inconsciente (Jacobi, 1976). Comprende también el espacio de la personalidad empírica y es quién realiza la totalidad de los actos que son conscientes. A nivel empírico posee dos principios: a) somático, b) psíquico. La parte somática del ego tiene aspectos conscientes e inconscientes y la parte psíquica se sostiene en la totalidad del espacio de la consciencia y también en la globalidad de los contenidos inconscientes (Jung, 1951).

Hasta parece que el ego no ha sido producido por la naturaleza para seguir ilimitadamente sus propios impulsos arbitrarios sino para ayudar a que se realice la totalidad: toda la psique. Es el ego que proporciona luz a todo el sistema, permitiéndole convertirse en consciente y, por tanto, realizarse. (Von Franz, 1964, p.162)

## **Self o sí-mismo**

En esta investigación los conceptos self o sí-mismo se utilizarán como sinónimos. El sí-mismo (self) es el centro que ordena y unifica a la psique en su totalidad. Se expresa tanto como unidad y como totalidad de la personalidad global. En este sentido, los elementos de la psique, consciente e inconsciente, se complementan entre sí para formar la totalidad del sí-mismo. En palabras de Jung “el sí-mismo es el conjunto íntegro de todos los fenómenos psíquicos que se dan en el ser humano” (1978, p.562).

Dentro de sus funciones, el sí-mismo es quien está a cargo de coordinar el proceso de individuación, se podría decir entonces, que es el centro organizador que regula todo el sistema psíquico (Von Franz, 1964). En esa misma línea, Hall afirma que el sí-mismo corresponde al arquetipo central de orden, es el encargado de organizar el psiquismo en su totalidad (1995).

Es importante considerar que el sí-mismo es la manifestación más remota de la existencia, es un centro de consciencia que tiene muchos más años y sabiduría que el ego, sin embargo, el sí-mismo necesita de la participación del ego para manifestarse en la realidad (Hall, 1995). Relacionado con lo anterior, en el sí-mismo es donde las potencialidades humanas se originan y se integran (Recuero, 1998) y en ese sentido el objetivo de todo desarrollo de la personalidad será la plena realización del self (Stevens, 1994).

El sí-mismo es a la vez una expresión única y también universal. Puede ser empírico porque puede ser experimentable, pero también puede no experimentarse o aún no haberse experimentado, Jung (1978) señala que se devela como una representación simbólica y por eso es empírico. Por lo tanto, puede aparecer en sueños, mitos y cuentos; o también puede representarse en figuras que impliquen totalidad, como por ejemplo: un círculo, una cruz, o un cuadrado; o también imágenes de personalidades de jerarquía superior, como rey, Dios o héroe. También puede representar la unión de opuestos, o de dualismo unido, como el Ying y el Yang, el sol y la luna, entre otros símbolos.

### **3.1.2. Sombra/Máscara**

#### **Sombra**

La sombra es parte de lo inconsciente, pero no es la totalidad de la personalidad inconsciente. Es la representación de características que son desconocidas por el ego. En su mayoría son aspectos que pertenecen a la esfera del inconsciente personal, pero también lo sombrío podría estar constituido por aspectos más colectivos (Von Franz, 1964).

La sombra se va conformando en los primeros años del desarrollo humano, cuando tienen lugar las primeras interacciones sociales. Generalmente son los individuos significativos en la vida de las personas, como los padres u otros familiares o profesores u otras autoridades, quienes rechazan ciertas conductas de los niños y niñas, generando que estas actitudes no se repitan, sino que comiencen a ocultarse; y en consecuencia lo que finalmente ocurre, es que el ego las termine desconociendo como parte de la personalidad global.

La sombra entonces, incorpora las características que se ocultan a los demás, aquellas que son inaceptadas por la consciencia individual y también por la colectiva, cualidades por ejemplo que generan: vergüenza, culpa, rechazo, entre otros.

La sombra no sólo está constituida por características negativas, sino también por características consideradas positivas por la sociedad, pero para quién las oculta son consideradas como inaceptables (Mattoon, 1980). En este sentido, también quedan en el lado sombrío, aspectos potenciales de la realización humana, características que no alcanzaron a desarrollarse, e incluso, que ni siquiera se expresaron. Entre estas características puede considerarse a la creatividad y al talento en todas sus formas. Estos atributos tampoco fueron aceptados por los otros, por lo que el niño, o niña, interpretó como amenazante para su adaptación y decidió no volver a mostrarlos, desterrándolos sin más, a su sombra (Frey-Rohn, 1991).

Los aspectos sombríos que se niegan, generalmente aparecen proyectados en otras personas, como por ejemplo: molestarse con una persona por cómo se viste o por la conducta que tiene, o enojarse exageradamente por una situación que no lo amerita. La

sombra también puede aparecer en actos impulsivos, decisiones o conductas erráticas, como por ejemplo: cuando una persona dice o hace algo sin pensar. También reírse de la caída de una persona o de un chiste que genera incomodidad (Zweig & Abrams, 1991).

La sombra contiene generalmente los valores que necesita la consciencia, pero la manera en que existen es difícil de integrar. Se requiere de una gran capacidad de auto observación para hacerlo (Zweig & Abrams, 1991), en este sentido, Jung señala que el análisis de sueños sería una posibilidad real de poder integrar los elementos sombríos a la consciencia (Mattoon, 1980).

Es relevante integrar estos contenidos a la consciencia, porque en la medida que se reconozcan y se acepten, la consciencia comienza a estar menos unilateralizada y la personalidad comienza a estar más integrada.

### **Máscara**

La persona representa la máscara que utiliza el individuo en su adaptación a la vida cotidiana. Son aquellos elementos de la personalidad con los que los individuos se adaptan a los distintos ambientes en que se encuentran. La máscara está relacionada con los roles que los sujetos desempeñan y que resultan agradables a los demás (Jung, 1990 a). A diferencia de la sombra, son aquellos aspectos que en el desarrollo temprano han sido reforzados por la socialización por considerarse adecuados.

Señala Jung que la persona, es un acuerdo entre el sujeto y la sociedad en la que se desarrolla. Es lo que el sujeto aparenta ser, conforme a la adaptación que cada persona hace al sistema social en que se encuentra (1934).

La máscara es necesaria para el desarrollo de la personalidad, sin embargo, el peligro que se corre, es que el sujeto se identifique con la máscara y no considere que existen otros aspectos que conforman su personalidad, como por ejemplo: la sombra. El desarrollo de la personalidad, implica ser consciente que la máscara es una parte y que se puede aprovechar como un recurso y que por lo tanto, se puede elegir cuando utilizar y cuando no.



Es importante que el individuo explore, descubra y desarrolle todo su potencial, identificando cuando utiliza la máscara o cuando está enfrente de su sombra, de esta manera comenzará a ir integrando la totalidad de los aspectos a su personalidad ( Jung, 1964).

### **3.1.3. Complejo/ Arquetipo/ Símbolo**

#### **Complejos**

Los complejos son parte esencial de la psique, están situados en el inconsciente personal.

En palabras de Jung complejo es

*La imagen de una situación psíquica determinada, intensamente acentuada desde el punto de vista emocional y que además se revela como incompatible con la habitual situación o actitud consciente. Esta imagen es de una gran homogeneidad interna, tiene su propia totalidad y, al mismo tiempo, dispone de un grado de autonomía relativamente elevado, lo que significa que apenas está sometida a las disposiciones de la conciencia y, por lo tanto, se comporta como un corpus *alienum* vivo dentro del espacio de la conciencia. Generalmente el complejo se puede suprimir con un esfuerzo de voluntad, pero no se puede eliminar, y en cuanto se presenta la ocasión aparece de nuevo con la misma fuerza que tenía en origen. (Jung, 1934[1948], p.101, cursivas del original)*

Los complejos interrumpen y generan alteración a los distintos fenómenos de la consciencia, la voluntad se ve interferida, aparecen perturbaciones en la memoria (bloqueos), conductas inesperadas o disruptivas, entre otras variaciones. Actúan como si fueran parte de una mente disociada que reacciona de manera independiente. Sin embargo, no son de naturaleza patológica, son expresiones vitales del psiquismo y conforman la estructura psíquica (Jung, 1934[1948]).

Jung habló de la constelación de los complejos, haciendo referencia a la reacción que una circunstancia determinada puede provocar en la psique de un sujeto. En este sentido, destaca que el complejo es un acto automático e involuntario. Es un intenso episodio psíquico que reúne a cierto tipo de contenidos que guardan relación unos con

otros como recuerdos, emociones, pensamientos, sensaciones, entre otros. Donde empieza el territorio de los complejos, se acaba la libertad del ego (Jung, 1934[1948]).

Debido a su importancia en el desarrollo de la personalidad, se revisarán en esta investigación los complejos materno y paterno.

### **3.1.3.1. Complejo materno**

El complejo materno está conformado tanto por las experiencias de maternaje que han sido vivenciadas por los sujetos, así como también por las experiencias arquetípicas maternas que son parte de toda la humanidad a través del inconsciente colectivo. Entre los aspectos que se pueden identificar como parte del complejo materno está: el dar y recibir, la nutrición, la expresión afectiva y emocional, la contención, la proximidad o distancia con los otros, el cuidado de sí mismo y de los demás y la corporalidad (Galiás, 2000).

### **3.1.3.2. Complejo paterno**

El complejo paterno, igual como lo vimos recientemente con el materno, está constituido por las experiencias que el sujeto ha tenido de paternaje y con las experiencias paternas arquetípicas humanas del inconsciente colectivo. Entre los elementos que se identifican como parte de este complejo está: criterio de lo correcto e incorrecto, autoridad, jerarquía, subordinación, norma, disciplina, mandato, obediencia y protección (Galiás, 2000).

## **Arquetipos**

Los arquetipos conforman al inconsciente colectivo, son pautas de comportamiento innato a modo de patrones filogenéticos, gamas de experiencia típicamente humanas (Jung, 1946[1954]). Nunca se puede acceder al arquetipo como tal, sólo a las imágenes arquetípicas, que son los intentos de la conciencia por concretizarlos (Jacobi, 1976).

Los arquetipos son la manifestación de la totalidad de la experiencia humana (Jung, 1927[1931]), están prácticamente en todas partes, no son patológicos sino producto de la vastedad de la imaginación (Jung, 1935[1954]). Estas imágenes son inherentes a la especie, por ello se pueden denominar imágenes primigenias, Es la manera humana del hombre, la forma específicamente humana de sus actividades (Jung, 1954).

Los arquetipos fueron y son fuerzas vitales anímicas que quieren ser tomadas en serio y, además, del modo más extraño, procurar hacerse valer. Fueron siempre los arquetipos aportadores de defensa y de salud, y su vulneración tiene como consecuencia los *peligros del alma*. (Jacobi, 1976, p.87, cursivas del original)

Para Jung los arquetipos son la amplitud de las posibilidades latentes de la psique humana, es un material inagotable y antiguo sobre las relaciones más profundas entre el hombre, Dios y el universo (Jacobi, 1976).

### **Símbolo**

Símbolo proviene de la palabra *symbolon*, del verbo griego *symbollo* (Jacobi, 1974). Jung plantea una concepción totalmente distinta entre signo y símbolo, para Jung signo representa algo concreto, al que no se le pueden atribuir más significados que los que ya tiene y por lo tanto para Jung, esta condición implica que es un símbolo muerto; mientras que un símbolo tiene vida mientras no se sature de conceptos, sino que se mantenga en la esfera de significados posibles. En palabras de Jung

Mientras un símbolo está vivo es la expresión de una cosa que no cabe designar de mejor manera que con él. El símbolo sólo está vivo mientras se halla preñado de significado [...]. Todo producto psíquico puede ser concebido como símbolo siempre que sea la mejor expresión posible en ese momento de una situación factual desconocida o sólo relativamente conocida hasta entonces, y siempre que nos inclinemos a admitir que la expresión quiere designar también aquello que sólo está presentido, pero aún no está claramente sabido. (Jung, 1978, p.555)

En la misma línea Jacobi (1974) señala que el símbolo puede:

- a) Acercarse a la consciencia reconociéndose en cierto nivel perteneciente al ego, pero sin ser totalmente entendido, de manera que continúe estando vivo.
- b) Al ser completamente explorado y parecer estar completamente integrado con el ego y asimilado a la consciencia, pierde su vida y su sentido, pues se convierte en una mera representación de un signo.

- c) Al no ser comprendido en absoluto, puede confrontar a la consciencia del ego como una manifestación de un complejo oculto y que esté causando un psiquismo escindido, con síntomas neuróticos y psicóticos.

Cuando el arquetipo se manifiesta en el aquí y ahora y puede ser percibido por la consciencia, representa un símbolo, eso significa que cada símbolo es al mismo tiempo un arquetipo. Los símbolos están siempre basados en un arquetipo inconsciente, pero el cómo se manifieste, depende de las ideas que ha adquirido la mente consciente (Jacobi, 1974).

Para Jung un símbolo es un producto psíquico complejo, plantea que tiene una parte racional, pero otra irracional. La parte más irracional está relacionada con que se pueda percibir desde la sensación y la intuición. Para Jung (1978) un símbolo vivo requiere de cierta actitud que denominó actitud simbólica

Que algo sea un símbolo o no lo sea es algo que depende en primer lugar de la actitud de la consciencia que lo contempla; por ejemplo, de un entendimiento que ve la situación factual dada no sólo como tal, sino también como expresión de algo desconocido [...] sólo cuando para la persona que lo contemple sea la mejor y más elevada expresión posible de lo que se presiente, y no se sabe. (Jung, 1978, p.556)

Esta actitud simbólica señala Jung no puede sólo provenir desde lo más alto a nivel espiritual, sino que conjuntamente, esta actitud debe poder surgir desde los movimientos más bajos y arcaicos. Es decir, se requiere de la capacidad de visualizar y simbolizar la coexistencia de los opuestos en tensión (Jung, 1978). El terapeuta debe ser capaz de tener una actitud simbólica que permita la emergencia tanto de lo espiritual como de lo más instintivo, si sólo es capaz de percibir una parte de la totalidad tendrá sólo una mirada parcial de la experiencia simbólica.

Los símbolos que no causan el efecto que acabamos de describir son o bien símbolos muertos, esto es, símbolos que han quedado superados por una formulación mejor, o bien productos cuya naturaleza simbólica depende exclusivamente de la actitud de la consciencia que los contempla. Podemos calificar abreviadamente de *actitud*

*simbólica* esa actitud, que concibe como simbólico el fenómeno dado. (Jung, 1978, pp. 556-557, cursivas del original)

### **3.2. Dinámica psíquica**

La psique según Jung es un organismo indisoluble y autónomo que dispone de una cantidad de energía que le es propia. Aunque es independiente, la psique se relaciona con otros sistemas, como por ejemplo, el cuerpo. Debemos considerarla como un sistema parcialmente cerrado, ya que la energía que posee puede moverse y transformarse. Si fuera totalmente cerrado, la personalidad se estancaría. Un ejemplo de esto podría ser un episodio catatónico, y un ejemplo de psique totalmente abierta sería un episodio de manía. La energía de la psique es una energía vital que va más allá de la energía sexual planteada por Freud (Recuero, 1998).

La energía psíquica sería el motor de toda la vida anímica, aunque incognoscible en sí misma. Su origen estaría en la polaridad humana más básica de todas. Nos referimos a los principios material y espiritual. El primero representado por los instintos y el segundo representado por los arquetipos. [...] Así, los instintos se expresan mejor en las necesidades somáticas y los arquetipos en las imágenes simbólicas y creaciones culturales. (Recuero, 1998, p.33)

A continuación, revisaremos dos conceptualizaciones que hizo Jung y que son parte del desarrollo de la personalidad y que consideramos importante mencionar en este estudio: la función trascendente y el proceso de individuación.

#### **3.2.1. Función trascendente**

La función trascendente es una función psicológica compleja, que deriva de la integración de los contenidos conscientes e inconscientes. Para poder comprender esta función hay que considerar la afirmación que Jung realizó acerca de la psique, pues señaló que ésta es un sistema de autorregulación e implica que se equilibre y se autorregule mediante su contrario. Es decir, que lo consciente se comporta de manera complementaria a lo inconsciente y a su vez lo inconsciente se comporta de manera complementaria a lo

consciente. Jung denominó trascendente a esta función, no porque tenga una condición metafísica, sino porque esta función posibilita un tránsito de una actitud hacia otra actitud y este tránsito de actitudes lo que genera es que la energía psíquica no se estanque sino que se movilice (Jung, 1978). Ahora bien, esta función necesariamente implica una tensión entre actitudes, a la que Jung denominó tensión entre opuestos. Esta tensión de opuestos al ser compensada o complementada, permite que se genere una nueva actitud, que es la actitud que integra (Jung, 1916[1958]).

La importancia de esta función radica en que al integrar estos contenidos comienza a existir un nuevo ordenamiento psíquico y la posibilidad real de una transformación en el individuo (Jung, 1916[1958]). Si no existiese la posibilidad de integrar los opuestos, la consciencia se detendría, no podría continuar progresando (Jung, 1954).

A través de la función compensatoria, los sueños del psicoterapeuta pueden transmitir información importante con respecto a la relación terapéutica. Se podría decir que esta función en los sueños no sólo equilibra los contenidos psíquicos de los psicoterapeutas, sino también las situaciones y los problemas interpersonales en la relación terapéutica. A través de la consciencia de compensación del sueño, el terapeuta puede profundizar la comprensión de su paciente, la relación terapéutica, y su propia actitud personal con el paciente (Aron, 1991).

### **3.2.2. Proceso de individuación**

Es el proceso de diferenciación psicológica que tiene como propósito fundamental desarrollar al máximo la personalidad individual, como un sujeto diferente del colectivo. Este desarrollo tiene un continuum que va desde la totalidad inconsciente indiferenciada a la totalidad consciente diferenciada. Esta evolución consiste en el desarrollo hacia la autorrealización, camino que nos conduce a ser uno mismo. La individuación lleva a un complejo conocimiento del sí-mismo y a una comprensión profunda de los rasgos del individuo que hasta entonces estaban en el plano inconsciente. En este sentido, la meta última de la vida, no es alcanzar la perfección, sino que el sujeto pueda acercarse

progresivamente a ser sí mismo y al estar haciéndolo pueda mantener una relación con la totalidad (Jacobi, 1976) y esto además, es el objetivo central de la psicoterapia analítica.

Jung ( 1946) planteaba que integrar los contenidos inconscientes es una acción personal de realización, comprensión y valor moral muy compleja y señalaba que no muchos individuos podían acceder a esta tarea, enfatizaba que los líderes políticos no eran aquellos, sino más bien, los líderes éticos quienes pueden alcanzar esta realización.

Cada avance en el desarrollo de la personalidad se origina con un conflicto psíquico que generalmente se debe a la resistencia que la consciencia tiene frente a la intrusión de sentimientos y pensamientos que proceden del inconsciente y que son incompatibles con la consciencia, es decir, que son excluyentes, no pueden coexistir en un primer momento. El conflicto estimula a que la psique genere una nueva actitud que permita que la tensión de los opuestos disminuya, es decir, que pensamientos o sentimientos, dejen de ser excluyentes y puedan coexistir de alguna manera. Entonces y como vimos anteriormente para que el proceso de individuación se ponga en marcha y avance, es necesario que la función trascendente actúe integrando los opuestos (Mattoon, 1980).

Para Jung (1954), el proceso de individuación depende de la asimilación de los contenidos inconscientes. Al ir produciéndose la asimilación, es posible ir superando la escisión entre las distintas partes de la psique especialmente entre lo inconsciente y lo consciente. Esta asimilación progresiva de material inconsciente puede llevar a la realización de la totalidad del ser humano, es decir a su individuación. El que coordina el proceso de individuación es el sí-mismo. Sin embargo, el self, requiere que el ego colabore para que el proceso de individuación avance. Una de las maneras para que el proceso de individuación se catalice, es mediante el proceso psicoterapéutico, pues a través del trabajo psíquico se posibilita que el individuo pueda ir siendo consciente de la asimilación de sus contenidos inconscientes, de esta manera el individuo puede ir transformándose y diferenciándose conscientemente del colectivo“[...] el proceso de individuación es real solo si el individuo se da cuenta de él y lleva a cabo conscientemente una conexión con él” (Von Franz, 1964, p.162).

Una de las herramientas que propone Jung dentro de la psicoterapia es la incorporación del análisis de sueños en el proceso psicoterapéutico. El contenido onírico de los sueños y/o series de sueños, puede aportar material psíquico relevante para el proceso de individuación y puede incluso catalizarlo (Mattoon, 1980).

## **Capítulo II: Persona del terapeuta y Relación terapéutica.**

### **3.3. Persona del terapeuta desde los distintos enfoques humanistas existenciales**

En este capítulo se aborda a la persona del terapeuta desde los distintos enfoques humanistas existenciales, dándole énfasis al abordaje de la psicología junguiana como eje teórico.

Al hablar de la persona del terapeuta podemos referirnos a distintos aspectos de ésta, como al estilo, el quehacer, las implicancias, historia y vida o su desarrollo, su psicoterapia personal (Carvajal, 2012) su rol e influencia en el proceso psicoterapéutico (Burgos, 2013) entre otros elementos a considerar.

El reconocimiento de la importancia que tiene la variable de la persona del terapeuta durante el proceso psicoterapéutico se ha hecho evidente en distintas investigaciones (Lambert, 1992, citado en Krause, 2005), sin embargo, varios autores reconocen la necesidad de profundizar (Fernández-Álvarez, 2002; Herrera et al., 2009; Moncada et al., 2003; Orlinsky & Ronnestad, 2005) en aspectos más subjetivos debido al impacto que estos pudieran tener en el desarrollo de la psicoterapia, como agentes catalizadores en el proceso de cambio del paciente ( Bramer, 1979, citado en Winkler, Cáceres, Fernández, Sanhueza 1989).

Como uno de los hallazgos relevantes en la investigación acerca de la varianza del terapeuta (Fernández- Álvarez, et al., 2002), se encontraron cuatro requisitos importantes que deben tener los terapeutas para dedicarse a la práctica clínica: a) Interés genuino por las personas y su bienestar, b) auto conocimiento, c) compromiso ético d) actitudes que propicien la relación terapéutica: empatía, calidez, autenticidad, entre otras.



En la misma línea de lo anterior, Thorne (1985b, citado en Recuero, 1998) sugirió que la orientación rogeriana es una de las escuelas más exigentes en cuanto al rol que cumple el terapeuta, pues requiere que el cliente vea en el terapeuta una persona confiable. Gondra (1975, 1980, citado en Recuero, 1998), haciendo mención a la misma escuela, considera que la función primordial del terapeuta debe ser la que posibilite una exploración en profundidad de sí mismo y sus circunstancias. Para que esto se produjera, Rogers planteó tres actitudes básicas que debe tener el terapeuta: congruencia o autenticidad, consideración positiva incondicional y comprensión empática.

Brevemente se describirá en que consiste cada una de estas actitudes. Congruencia o autenticidad, significa ser realmente lo que se es, aceptando y expresando la propia personalidad y en psicoterapia esto depende principalmente de la capacidad que el terapeuta tenga de contactarse con sus sentimientos, pensamientos y vivencias. La consideración positiva incondicional, es la aceptación del cliente, tal cual es y el interés genuino hacia él, suspendiendo los juicios y respetando sus sentimientos y pensamientos. Por último la comprensión empática, “vendría a ser el intento sensible del terapeuta por captar y expresar el significado de las vivencias que el cliente está experimentando en un determinado momento” (Recuero, 1998, p.129). En su investigación Thorne (1985b, en Recuero, 1998) añade que él agregaría a las actitudes imprescindibles que debe tener el terapeuta la cualidad de la ternura.

Por consiguiente, estas condiciones actitudinales que debe tener la persona del terapeuta son aspectos subjetivos relevantes para el proceso psicoterapéutico pues van a ser centrales en el avance y logro de la psicoterapia.

Moncada, Olivos y Rojas ( 2003) consideran que, en cuanto al desarrollo personal de la persona del terapeuta, la actividad profesional de la psicología clínica es muy exigente, debido que además de estar involucrado el conocimiento experto del profesional, están involucrados en el dominio de ser terapeuta distintas áreas de funcionamiento ( el pensamiento, la emoción, el cuerpo, la conducta y también el espíritu) de manera que es imprescindible que el terapeuta se haga cargo de sí, de su biografía, de sus experiencias para abordar su actividad profesional. En este contexto considera como una forma de

hacerse cargo de sí, el auto conocimiento que debe realizar el terapeuta de manera continua y permanente durante el ejercicio de su quehacer clínico, pues postula que a mayor auto conocimiento mayor confort para abordar el rol en tanto experticia y eficacia.

Szmulewicz (2013) plantea la hegemonía que la persona del terapeuta tiene para llevar a cabo cualquier proceso psicoterapéutico. Señala además que, entendiendo el vínculo como un eje central de la psicoterapia, la subjetividad del terapeuta sería vital pues es quién debe, fundamentalmente, construir y sostener el vínculo terapéutico.

Adicionalmente, concepciones actuales han enfatizado que no existe el terapeuta neutral, es imposible que el terapeuta no intervenga desde su propio mundo, interrelacionándose dinámicamente con el propio mundo del paciente (Stolorow & Atwood, 2004).

Relacionado con lo anterior, es importante considerar que el psicoterapeuta es alguien que se presenta en la sesión de psicoterapia con la emergencia de sus emociones, sensaciones, cogniciones e historia personal, las que no sólo aparecen develadas para el cliente, sino que inevitablemente tienen implicancias para la relación terapéutica (Aron, 1996).

No sólo es importante saber que no se puede, como terapeuta, dejar de reflejar la subjetividad, sino que es necesario hacerlo al servicio de la comprensión de la subjetividad del paciente. Para esto es imprescindible estar consciente de que siempre hay material personal que no ha sido resuelto. (Szmulewicz, 2013, p.3)

El terapeuta que tiene contacto profundo con los dolores de su biografía y continuamente transita en el terreno del auto conocimiento, será capaz de sintonizar de mejor manera con sus pacientes y lograr un mejor trabajo psicoterapéutico (Tolosa, 2010).

Aron (1996) señala y enfatiza la imposibilidad del terapeuta de no auto develarse frente al paciente. Es decir, que, aunque el terapeuta no se auto devele conscientemente frente al paciente, igualmente lo está haciendo de manera inconsciente. La auto develación del terapeuta es la manera de mostrarle al paciente que la relación terapéutica también es

mutua, en donde el terapeuta también sufre, se alegra, le pasan cosas (Szmulewicz, 2013). Un ejercicio de auto revelación conlleva riesgos, sin embargo, los riesgos son parte de la vida y las relaciones. Lo relevante es usar a la persona del terapeuta, dentro del proceso psicoterapéutico y al servicio de éste, lo hace más genuino y conjuntamente conduce a una disminución de la aparición de los fenómenos transferenciales disruptivos (Baldwin, 2008).

El terapeuta debe tener una especial preocupación por estar atento al modo en que organiza su mundo interno, su historia y su contexto, de manera tal que estas dificultades se transformen en recursos al servicio del proceso terapéutico y no en intervenciones iatrogénicas. (Szmulewicz, 2013, párr. 11)

La psicoterapia experiencial fomenta que los terapeutas tengan un elevado nivel de auto exploración experiencial, lo que implica que estén atentos a su experiencia, para ello plantea que es importante que el terapeuta en el acompañamiento que hace con sus clientes, pueda también en ese proceso, estar acompañándose a sí mismo.

Como terapeuta, se deben confrontar los propios sentimientos, reacciones, miedos, apuros, estancamientos, angustias, impaciencias, etc...todo lo que se experimente y se debe apreciar si y cómo esto se relaciona con la interacción actual con el cliente. Algunas veces el terapeuta podría expresar directamente cualquiera de estos sentimientos, sabiendo que todo lo que siente un miembro de la interacción también es, en cierto modo, relevante al otro miembro aunque todavía no esté claro cómo. (Alemany, 1997, p.174)

En la Gestalt se plantea como relevante la comunicación interior, es decir, el contacto con el flujo de la vivencia real, a través del darse cuenta. Stevens (1976) señala que el darse cuenta del mundo interior, se puede distinguir como un contacto sensorial actual con eventos internos en el presente, sensaciones físicas de agrado y desagrado en el aquí y ahora. Es la real experiencia de estar y que se puede explorar, expandir y profundizar a partir de varios ejercicios. El autor señala que *“la exploración del darse cuenta, nos lleva a un enriquecimiento continuo y aun compromiso con la vida, el cual tiene que ser vivenciado para ser conocido”* (p.23, cursivas del original).

Por lo tanto, podríamos señalar que a través del darse cuenta, se está propiciando el conocimiento interno del terapeuta y entonces para la Gestalt sería importante que el terapeuta esté atento a las sensaciones internas que tiene con el cliente, de manera de estar en contacto con lo que siente, con la experiencia que está teniendo y de ésta forma poder tener una comprensión más profunda en el proceso psicoterapéutico, no sólo estando atento al proceso de su cliente, sino que a su propio proceso de estar siendo terapeuta dentro de la terapia.

La Gestalt señala como uno de sus principios básicos la autorregulación orgánica, que es la capacidad de darse cuenta de lo que la persona necesita para preservar su equilibrio homeostático, esta autorregulación requiere de un contacto pleno de la experiencia. Para que el individuo pueda satisfacer sus necesidades, para completar la Gestalt y para pasar al siguiente asunto (otra Gestalt), debe ser capaz de sentir lo que necesita y debe poder actuar sobre sí mismo y sobre su ambiente para recuperar su equilibrio.

Desde todos estos antecedentes, considerar los aspectos más subjetivos de la persona del terapeuta en el ejercicio actual de la psicología clínica pareciera ser una necesidad esencial para una comprensión más profunda del proceso psicoterapéutico. Al entender que el psicoterapeuta no es neutral, sino que llega al proceso psicoterapéutico con su subjetividad y aunque no se debe conscientemente, igualmente lo está haciendo en forma permanente, el autoconocimiento se transforma en una actitud imprescindible que debe tener un psicoterapeuta congruente y comprometido con el cliente, la relación y el proceso psicoterapéutico, para poder diferenciar de esta manera sus propios procesos personales, de los del cliente, de forma que no interfiera en la psicoterapia causando distanciamiento, estancamiento e incluso iatrogenia. Los distintos enfoques humanistas existenciales tienen distintas formas de comprender y de acercarse a su propia subjetividad, sin embargo, para todos ellos resulta relevante el contacto con su experiencia interna fuera y dentro del proceso de psicoterapia.

### 3.3.1. Persona del terapeuta desde la psicología analítica

La persona del terapeuta para la psicología analítica es esencial, Jung le dio gran importancia “cada psicoterapeuta no tiene simplemente su método: él mismo es su método “Ars totum requirit hominem” [“Este arte requiere al hombre completo”]” (1946, p.90, citado en Mattoon, 1980). En la mayor parte de sus textos se refirió a la personalidad del médico para señalar lo que las psicoterapias en la actualidad han conceptualizado como persona del terapeuta.

Por eso, la personalidad del médico (y del paciente) es infinitamente más importante para el resultado de un tratamiento psíquico que lo que el médico diga y opine, aunque esto último puede ser un factor de trastorno o de curación que no se debe infravalorar. (Jung, 1946, p.74)

Jung fue enfático en señalar que más allá de las técnicas o teorías que ocupen los terapeutas, lo que más le sirve al paciente, es la persona del terapeuta “Lo mejor que el médico puede hacer en estos casos es abandonar todo su instrumental de métodos y teorías y confiar en que su personalidad sea lo suficientemente sólida para servir al paciente de orientación” (Jung, 1946, p.14).

Jung concibió a la relación entre paciente y terapeuta como un proceso interaccional, que denominó procedimiento dialéctico. En este procedimiento Jung relevó que no sólo es importante la subjetividad del paciente, sino que un proceso de transformación como la psicoterapia, supone que el psicoterapeuta también se haga cargo de su propia subjetividad “en el ámbito del procedimiento dialéctico (...) el médico tiene que salir del anonimato y rendir cuentas de sí mismo, que es exactamente lo que exige su paciente” (1946, p.22).

Rendir cuentas sobre sí mismo y salir del anonimato significa que el terapeuta esté dispuesto a un continuo análisis personal, de manera que éste logre tener un auto conocimiento permanente que le permita mostrar su subjetividad al paciente una congruencia interna “Se podría decir sin exagerar demasiado que la mitad de un tratamiento profundo consiste en el autoexamen del médico, pues el médico sólo puede poner en orden en el paciente lo que ha corregido de sí mismo” (Jung, 1946, p.118).

Si hay algo que el terapeuta debe hacer dentro del proceso psicoterapéutico es atender a sus propios contenidos inconscientes. Tener una permanente actitud de auto-exploración y un trabajo personal de análisis continuo (Porre, 2015), son condiciones *sine qua non* de una labor psicoterapéutica comprometida.

La psicología, en su significado más profundo es autoconocimiento. Es importante que el terapeuta tenga una actitud abierta de exploración hacia su mundo más interno, de manera que pueda tener acceso a su psiquismo, a sus partes más inconscientes, a sus aspectos más sombríos y ambiguos (Porre, 2018). “Aunque yo fui el primero que exigió que los analistas sean analizados, debemos básicamente a Freud el inestimable conocimiento de que también los analistas tienen complejos y, por tanto, una o varias manchas ciegas que actúan como otros tantos prejuicios” (Jung, 1946, p.12).

La terapia del paciente comienza, por así decirlo, en el médico: sólo cuando el comprenda como tratarse a sí mismo y a sus propios problemas, podrá familiarizarse con el paciente. Pero sólo entonces. En el análisis teórico, el médico debe aprender a conocer su alma y a tomarse en serio. Si no puede lograr esto, tampoco lo logrará el paciente. (Jung [1961], 1981, p.143, citado en Recuero, 1998)

Se podría suponer que un terapeuta suficientemente bueno, entendiendo por este concepto a un terapeuta que tenga conocimiento de su dinámica psíquica y con ello a sus aspectos más inconscientes, sería posible que llevara a un paciente por el mismo camino que el terapeuta ha ido transitando, es decir, por el camino de la individuación. “Entre su papel de intermediario y mediador entre el inconsciente y la consciencia del cliente, el terapeuta le ayudará a encontrar símbolos que transformen e integren su personalidad de una manera saludable” (Recuero, 1998, p.106).

Recuero (1998) categoriza algunos rasgos básicos que debiera tener la persona del terapeuta desde la psicología analítica:

a) Congruencia ético-psicológica, se espera que el desarrollo de la personalidad del terapeuta esté integrado o en intentos de integración, sumado a esto, es fundamental que tenga consciencia de la función que tiene en él su inconsciente personal.

b) Cosmovisión sólida y flexible, una cosmovisión que guie al terapeuta, sin embargo, el desafío es que al mismo tiempo deberá ser flexible para no caer en rigideces.

c) Respeto y aceptación incondicional del paciente, aceptación de modo integral, a sus aspectos luminosos y también a los sombríos. Lo que implica tener una actitud fenomenológica, libre de prejuicios. Esta aceptación que el terapeuta hace del paciente, implica también la propia aceptación del terapeuta hacia sí mismo. “El analista, hasta donde sea posible, debe ser desprejuiciado y objetivo, permitiendo así al analizando verbalizar ideas acerca de sí mismo que de otro modo podría avergonzarse confesar” (Hall, 1995, p.70).

d) Amplitud cultural, “[...] los mitos, las leyendas, disciplinas “esotéricas” como la alquimia o la astrología, las religiones, especialmente en los símbolos [...] una formación mínima en antropología cultural [...] historia comparada de las religiones, historia en general, filosofía y cultura antiguas, etc.” (Recuero, 1998, p. 105).

e) Actitud simbólica, disposición psíquica del terapeuta para acceder a la comprensión del símbolo. Jung señaló que la actitud simbólica es una condición imprescindible que debe tener el análisis junguiano, es impensable que un analista pudiera carecer de esta condición en la psicoterapia.

El desarrollo de un auto conocimiento suficiente, de manera que sea posible usarlo como una herramienta en la psicoterapia, es necesario e imprescindible, este autoconocimiento para la psicología junguiana tiene que acompañarse de ciertas características como congruencia ética, respeto y aceptación incondicional, cosmovisión y actitud simbólica. Para obtener un mayor nivel de auto conocimiento, es importante que el psicoterapeuta realice un trabajo de análisis personal continuo, así como también supervisiones periódicas que le permitan tener un trabajo comprometido con el paciente y consigo mismo.

### **3.4. Relación terapéutica**

#### **3.4.1. Relación terapéutica humanista-existencial**

La variable, los componentes y la relevancia de la relación terapéutica han sido estudiados de manera transversal en las distintas líneas teóricas y empíricas de la psicoterapia (Hill & Knox, 2009; Krause, 2005; Safran & Muran, 2000). En este contexto, ningún psicoterapeuta en la actualidad podría llegar a desconocer la importancia que tiene la relación terapéutica en el proceso y avance de la psicoterapia.

La psicología humanista existencial, con sus fundamentos en la fenomenología y el existencialismo, se ha visto influenciada por las corrientes relacionales, que relevan a la intersubjetividad como un fenómeno esencial de la relación terapéutica (Sassenfeld & Moncada, 2006). A diferencia de concepciones más objetivistas, en donde el terapeuta no debía mostrarse frente al paciente como un ser humano, sino que exclusivamente como un profesional neutro (González, 2017), la psicología humanista existencial considera a la relación terapéutica como un encuentro entre dos subjetividades (Orange, 2012).

Buber (2006) en su obra filosófica, postuló una dualidad esencial en la forma en que nos vinculamos con el mundo. Señaló que el yo sólo es verdaderamente yo, en el instante en que se relaciona. Y en ese contexto el yo puede tener dos opciones, relacionarse como un yo-tú o un yo-ello. El yo-ello, es la relación que establecemos con el mundo en cuanto objetos de experiencia “ello” y el yo-tú es la experiencia que tenemos con un sujeto, es decir, que la relación yo-tú es una relación directa, inmediata. Esta es la relación que permitiría el encuentro, en donde, no hay obstáculos, no hay objetivos, sólo se está siendo en relación (Buber, 2006). En la relación yo-ello, la relación es desde afuera, desde un observar, en cambio, la relación yo-tú es de un involucramiento mutuo, es la relación desde dentro (Orange, 2012).

En la relación psicoterapéutica mantenemos ambos tipos de encuentros yo-ello y yo-tú, sin embargo, podríamos afirmar, que para que haya una relación terapéutica propiamente tal, involucrada, en donde se produzca transformación, es necesario que exista al menos por momentos un encuentro yo-tú (Sassenfeld & Moncada, 2006).



Rogers fue uno de los teóricos psicoterapeutas que relevó la relación terapéutica y quién sin saberlo, fomentó la relación yo-tú entre cliente y psicoterapeuta. Señaló que el encuentro entre psicoterapeuta y cliente debe ser un encuentro real, auténtico, de ahí que uno de sus principales aportes al proceso psicoterapéutico fue su comprensión del rol que cumple el psicoterapeuta en la relación de psicoterapia (Recuero, 1998).

Como vimos en el capítulo anterior, Rogers desarrolló su orientación clínica, otorgándole relevancia a la atmósfera psicológica adecuada para que el cliente pueda explorarse en profundidad a sí mismo y sus circunstancias, y para ello consideró que el psicoterapeuta debía sostener en la terapia actitudes esenciales para que la relación terapéutica sea un espacio seguro y confiable donde el cliente pueda desplegarse. Rogers haciendo referencia a un estado óptimo de encuentro entre cliente y psicoterapeuta “(...) En estos momentos parece que mi espíritu interno toca o penetra en el espíritu interno del otro. Nuestra relación se trasciende a sí misma y se torna parte de algo mayor. Crecimientos profundos, cura y energía se hacen entonces.” (Rogers en Santos, A.M. y otros, 1987, p. 69-70, citado en Recuero, 1998, p.132).

### **3.4.2. Campo transformativo**

Jung otorga gran relevancia a la relación terapéutica y la pone como eje central del proceso de análisis (1935, 1946, 1951). “(...) *la relación terapéutica es central*, es la base de todo lo que puede ocurrir en términos de cambio psicoterapéutico y de transformación, provee las posibilidades, y, a la vez, es dónde éstas pueden entorpecerse”(Porre, 2018, p.1, cursivas del original).

Jung señala que la relación entre paciente y terapeuta es un proceso dialéctico, en sus palabras: “un encuentro entre dos sistemas psíquicos que se interrelacionan y que generan un proceso dialéctico” (Jung, 1946, citado en Recuero, 1998, p. 98). Jung señaló que cada proceso es individual, por consiguiente, lo es cada relación terapéutica, y en ese sentido, el involucramiento entre paciente y psicoterapeuta hace que ambos queden afectados por la relación (Jacobi, 1983; Porre, 2018; Samuels, 2015).

En su texto *Psicología de la Transferencia*, Jung (1946) comprende a la relación terapéutica como un fenómeno interaccional, donde transferencia y contratransferencia ocurren simultáneamente. Al considerar a la relación terapéutica como un espacio donde emergen no sólo procesos conscientes e inconscientes del paciente sino también del psicoterapeuta, la comprensión del fenómeno relacional se complejiza. Para Jung, la activación del inconsciente del paciente con el inconsciente del psicoterapeuta y viceversa, genera un vínculo que trasciende la relación profesional.

El psicoterapeuta no debería seguir incurriendo en la ilusión de que el tratamiento de la neurosis no requiere más que conocer una técnica, debería quedar muy claro que el tratamiento anímico de un enfermo es una relación en la que el médico está implicado como el paciente. Un verdadero tratamiento anímico sólo puede ser individual, y la mejor de las técnicas sólo tienen valor relativo. Tanto mayor es la importancia de la actitud general del médico, que debe conocerse muy bien para no destruir los valores peculiares del enfermo que se le confía, sean éstos cuales fueren. (Jung, 1934, párr. 352)

En este sentido Jung (1946) logra observar los fenómenos de la transferencia y contratransferencia desde una óptica de mayor involucramiento entre ambas subjetividades.

A causa de que el paciente trasmite al médico un contenido activado del inconsciente, también constela en este último el material inconsciente correspondiente, a través de la acción inductiva regularmente ejercida-en mayor o menor grado- por las proyecciones. Médico y paciente se encuentran así en una relación fundada en la inconsciencia mutua. (Jung, [1946], párr. 358)

La opinión de Jung respecto a la transferencia, es que tiene una multiplicidad de significados y que por lo tanto no nos podemos anticipar al sentido que ésta tenga en la relación terapéutica (Recuero, 1998). Jung reflexiona respecto de la complejidad de los fenómenos de transferencia y contratransferencia y señala:

La problemática de la transferencia es de tal modo compleja y multifacética, que me faltan las categorías necesarias para una sistematización. El deseo de simplificación, que siempre se manifiesta en estos casos, es peligroso, porque significa violentar los hechos al intentar reducir cosas incompatibles a un denominador común. (Jung, [1946], párr. 538)

Cabe señalar que en la actualidad, aun cuando transferencia y contratransferencia son conceptos utilizados de manera transversal por distintas corrientes psicológicas y no sólo desde el psicoanálisis donde estos se originaron, se prefiere en esta investigación conceptualizar y comprender dichos términos dentro de lo que se denomina como fenómenos o procesos transferenciales (Porre, 2014) pues sus significados son más amplios que la mera referencia a proyecciones de relaciones significativas de la infancia, fenómenos que pudieran ser no patológicos, ni reducibles, sino una fuente de posibilidades de crecimiento y cambio ( King, 1973).

En consecuencia, este estudio se referirá al concepto de fenómeno transferencial al abarcar todos aquellos fenómenos inconscientes, a nivel subjetivo e intersubjetivo, así como también a fenómenos inconscientes arquetípicos personales e interpersonales que sucedan dentro de la relación terapéutica.

En Psicología y Alquimia, Jung (1946) profundiza en la relación terapéutica y señala que paciente y terapeuta están en el nivel inconsciente en una *coniunctio*, donde compara al paciente, al terapeuta y a la relación entre ambos, como un proceso alquímico. En palabras de Jung: “*este vínculo puede ser tan intenso, que hasta podríamos hablar de combinación. Cuando dos sustancias químicas se combinan, ambas se modifican. Lo mismo ocurre con la transferencia*” (párr. 358, cursivas del original).

Jung (1946) para profundizar en todos los aspectos que suceden en la interacción de la relación terapéutica, diseñó un gráfico que denominó “cross causing marriage”, al que más tarde Hall (1995), autor post junguiano, nombró campo transformativo. Es el espacio en relación que existe entre terapeuta y paciente, el que tiene un efecto transformador para ambos. “(...) invariablemente el analista se transformará junto al analizando” (Hall, 1986, p.79). Este espacio está constituido por distintos elementos que pueden influenciar la

relación terapéutica. Así como existen contenidos inconscientes en el paciente, también existen contenidos inconscientes en el terapeuta, que al no ser vistos, ni ser atendidos, pudieran generar no solo dificultad en el terapeuta, sino que también en la relación terapéutica. Los procesos de transferencia en el campo transformativo que plantea Jung (1946), son indivisibles, por lo tanto, este espacio es un lugar común y compartido entre las psiques del paciente y el terapeuta. “El fenómeno de transferencia es una característica inevitable de todo análisis exhaustivo” (1954, párr. 283).

Es importante poder observar e intentar comprender lo que sucede en el campo transformativo, como expresión de una multiplicidad de conexiones simultáneas que están sucediendo en el momento mismo de la relación psicoterapéutica. La relación terapéutica está continuamente cambiando y están siempre afectándose el uno al otro (Aron, 1996).

Considerando lo anteriormente mencionado, es importante señalar que entonces además de los fenómenos relacionales de transferencia que pueden emerger en la relación terapéutica, podrían aparecer en el campo transformativo fenómenos del inconsciente colectivo o contenidos arquetípicos constelados en la relación (Porre, 2015). Es decir, que no solamente podemos encontrarnos con fenómenos transferenciales subjetivos e intersubjetivos dentro del campo transformativo, sino que también con aspectos más universales que requieren de comprensión y abordaje de parte del psicoterapeuta y a los que debemos estar atentos para fomentar crecimiento y transformación tanto en nuestros pacientes como en nosotros mismos (Porre, 2018).

Samuels (2015) enfatiza respecto a tres elementos que considera relevantes que suceden en la relación terapéutica: 1) el que dos personas estén implicadas (díada terapéutica); 2) el hecho que esta díada interactúa bidireccionalmente y por consiguiente influyéndose mutuamente y 3) para finalizar, la condición de igualdad de la díada. En este punto cabe señalar que igualdad se refiere a una mutualidad asimétrica, es decir, que además del terapeuta, el paciente tiene la posibilidad de participar de su propio proceso para generar transformación y cambio.

Es muy importante considerar que la mayor responsabilidad con respecto al material que emerge dentro del campo transformativo es del terapeuta, la labor terapéutica exige una permanente atención psicológica de parte de éste (Hall, 1986).

El psicoterapeuta, sin embargo, no sólo debe comprender al paciente; es igualmente importante que se comprenda así mismo. Es por ello que la *conditio sine qua non* de la formación es el propio análisis, el denominado análisis teórico. La terapia del paciente comienza, por así decirlo, en el médico: sólo cuando él comprenda como tratarse a sí mismo y a sus propios problemas, podrá familiarizarse con el paciente. Pero sólo entonces. En el análisis teórico, el médico debe aprender a conocer su alma y a tomarse en serio. Si no puede lograr esto, tampoco lo aprenderá el paciente. (Jung, [1961], 1981, p.143, citado en Recuero, 1998, p. 80, cursivas del original)

Jung enfatizó la importancia del análisis que el propio terapeuta debe tener (1921, 1935 a). En esta misma línea Porre (2018) señala que en el campo transformativo no sólo puede existir la posibilidad de cambio, sino que también experiencias retraumatizantes, así como también otras situaciones entre la díada que pudiera ocasionar daño al paciente y también al psicoterapeuta.

Este espacio compartido donde se da la combinación psíquica de la que dio cuenta Jung, nos enfrenta a grandes desafíos dentro de los espacios de análisis, dado que el terapeuta y el paciente se verán envueltos en procesos inconscientes de alta intensidad, que llegan incluso a remecer los cimientos de la propia psique, y que al mismo tiempo construirán un nuevo espacio donde se abren posibilidades de transformación. Si se quiere trabajar en un nivel profundo y significativo para el paciente, es necesario que estos momentos sean trabajados lo mejor posible por parte de la díada terapéutica, e implican al analista una atención constante hacia los procesos inconscientes. (Porre, 2015, p.61)

Como hemos visto, se necesita que el psicoterapeuta tenga una actitud de aceptación respecto al involucramiento y a la influencia mutua que supone el encuentro de ambas subjetividades en la relación terapéutica. Como una forma de comprender el campo transformativo que formamos con nuestros pacientes y acceder a procesos y fenómenos relaciones que van por ejemplo: desde el consciente de nuestros pacientes a nuestro

inconsciente o viceversa o desde inconsciente a consciente, desde el psicoterapeuta o desde el paciente y viceversa debemos como psicoterapeutas fomentar en nosotros y nuestros pacientes una actitud simbólica (como vimos en el capítulo: La persona del terapeuta desde la psicología analítica) que permita la apertura de canales inconscientes para la comprensión e integración psíquica.

Como se señaló anteriormente, la relación terapéutica con todos sus fenómenos transferenciales es una posibilidad real de cambio, transformación y potencial de individuación, sin embargo, no considerar estos fenómenos relacionales, se constituye como un riesgo para la relación terapéutica y los participantes de la diada, de que el proceso se entorpezca, ralentice, se detenga o que definitivamente ocasione iatrogenia (Porre, 2018).

### **Capítulo III: Sueños**

#### **3.5. Sueños**

##### **3.5.1. Perspectiva analítica de los sueños**

“No debemos olvidar una cosa: casi la mitad de nuestra vida tiene lugar en un estado más o menos inconsciente. La manifestación específica de lo inconsciente son los sueños” (Jung, 1933/1947, p. 146).

La naturaleza del sueño no es un disfraz, sino que es una situación psíquica. Jung se diferenció de Freud en este punto porque consideraba que el sueño era su propia interpretación, es decir, que muestra exactamente lo que quiere significar, mientras que Freud sostenía que las imágenes oníricas (contenido manifiesto) ocultan el contenido latente, (reprimido) por su condición de dolor a la consciencia. Señaló Jung que el hecho que los sueños no sean comprendidos por la consciencia no significa que el contenido esté reprimido en estado latente. El sueño revela, pero su significado no tiene por qué evidenciarse de inmediato. La dificultad para comprender las imágenes del sueño no se debe a la ocultación, sino que a pensamientos, estados emocionales “*han sido traducidas a imágenes y a que la función del sueño es comunicar un contenido antes ausente de la consciencia*” (Mattoon, 1980, p. 126).

La definición junguiana de sueños señala que sueño es: imágenes, ideas y emociones determinadas inconscientemente y que surgen en algunas etapas del sueño “Los sueños son fuentes de información sobre nosotros mismos” (Mattoon, 1980, p.128). Para la psicología analítica, el sueño es la expresión inmediata del inconsciente, el que tiene un significado fundamental para la existencia y que, a la vez, es práctico, porque se puede abordar en el análisis de sueño. El sueño lo que hace es mostrarnos el mundo intra psíquico del soñante, Von Franz (1964) señala que el sí-mismo (centro y totalidad de la psique) es quién a través de su proceso regulador interno produce los sueños.

La manifestación de un proceso anímico inconsciente, involuntario, sustraído a la influencia de la consciencia y que expone la verdad y la realidad interior tal como es; no como yo conjeturo que es ni como a él le gustaría que fuera, *sino como ella es*. (Jung, 1933/1947, párr. 304, cursivas del original)

En esta investigación se utilizará el concepto de contenido onírico cada vez que se haga referencia al contenido inconsciente que emerge de los sueños. En este punto, es importante destacar que las imágenes oníricas son símbolos, por lo tanto Jung no atribuía a una imagen un significado *per se*. Esto hace que se reconozca la profundidad y complejidad de ellas.

El contenido onírico es variado y complejo, el que está compuesto mayormente por imágenes no verbales figurativas en un primer nivel. En un nivel de comprensión más profunda, se pueden apreciar distintos tipos de metáforas en el contenido onírico. Wilkinson (2006) constata que los sueños pueden considerarse como metáforas simbólicas extendidas. Estas metáforas reflejarían las preocupaciones que tiene el soñante y también los complejos que están debajo de estas preocupaciones, Hartmann (2000) sostiene además que en la medida que nos vamos desconectando de la vigilia y conectado con el sueño, los procesos mentales comienzan a volverse cada vez más metafóricos, señala además que a nivel de activación neuronal, las redes neuronales que se activan en el proceso del soñar son mucho más flexibles que las redes que se activan en estados de vigilia.

Toda teoría que le otorgue relevancia al inconsciente, también reconocerá al sueño como relevante (Jung, 1933/1947). Vimos anteriormente en la función trascendente, la importancia que la psique pueda autorregularse mediante la integración de los contenidos conscientes e inconscientes, y en este sentido, los sueños tienen una función complementaria de lo inconsciente; a través de lo simbólico llevan a la consciencia el material inconsciente que en el sueño tiene la suficiente energía para destacarse (Jung, 1991c). Para la psicología junguiana el contenido onírico es fundamental, pues al hacer conscientes los contenidos inconscientes de la psique, se está compensando la unilateralidad de la consciencia a través de la función de compensación (Jung, 1916). Por lo tanto, son una herramienta de autoconocimiento, pues como hemos señalado anteriormente, al integrar a la consciencia lo inconsciente, la personalidad puede comenzar a desarrollarse hacia un proceso de mayor significado y crecimiento. “Los sueños no engañan, no mienten, no distorsionan ni disfrazan, sino que ingenuamente anuncian lo que son y lo que quieren decir...invariablemente buscan expresar algo que el ego no conoce y no comprende” (Jung, 1946, párr. 189).

Aunque el contenido onírico incorporado a la consciencia resulte desagradable para el soñante, generalmente lleva a un auto conocimiento profundo y a un mayor equilibrio psíquico. En la relación e integración progresiva de lo consciente y lo inconsciente, el sujeto puede abrir su perspectiva mental e incorporar una nueva visión y orientación hacia su vida, despertando potenciales dormidos y comenzar a experimentar una personalidad más integrada (Mattoon, 1980).

Wilkinson (2006) reafirma la aseveración de Jung al señalar que el trabajo de sueños sería básicamente un proceso de asimilación e integración cerebral. La investigación experimental respecto del contenido onírico confirma la hipótesis junguiana referida a que el inconsciente tiene una conversación ininterrumpida durante los sueños y esta cumpliría una función psicofísica fundamental para el soñante (Dieckmann, 1991).



Lo inconsciente es lo no sabido, por lo que no resulta extraño que el sueño aporte a la respectiva situación psicológica consciente todos aquellos aspectos que desde un punto de vista totalmente diferente serían esenciales. Es evidente que esta función de los sueños supone un equilibrio psicológico, una compensación absolutamente indispensable. (Jung, 1929/1950b, pp. 244-245)

Los descubrimientos de las actuales investigaciones en neurociencias apoyan las reflexiones de Jung referidas a que el proceso del soñar, no disfraza ni censura sus contenidos como señalaba Freud, sino que por el contrario, el proceso de soñar, devela las verdades emocionales que tienen los soñantes (Wilkinson, 2006). “los sueños son el vehículo de la mente para el procesamiento de los estados emocionales del ser, particularmente el miedo, la ansiedad, la ira o el júbilo...” (Wilkinson, 2006, p.43). Estos estados emocionales implícitos durante el sueño, aún no estarían disponibles para la conciencia e intentarían emerger a través del sueño para poder ser pensados. Apoyando lo anteriormente señalado, una de las conclusiones de Hobson (1999), es que el sueño estaría revelando las preocupaciones del soñante respecto a las emociones que aparecen en los sueños, como la ansiedad, la euforia y la ira, y básicamente estas emociones estarían modelando la trama de los sueños. Junto a esto afirma que el impacto de la emoción en la cognición mientras se sueña, es mucho mayor que al estar despierto.

Si nosotros vemos las figuras, exceptuando el ego del sueño, como objetos, y si nos concentramos en el ego del sueño y enfatizamos la continuidad del complejo del ego en el comienzo de la terapia analítica, le damos al paciente un mayor grado de seguridad con el cual moverse en su mundo interno, que hasta ahora ha sido incomprensible y desconocido. (Dieckmann, 1991, p.113)

### **3.5.1.1. Los sueños y el proceso transferencial**

En esta investigación es de suma importancia considerar a los contenidos oníricos que arrojan los sueños como un material psíquico que aporta información a la relación y en consecuencia al proceso psicoterapéutico.

Mattoon (1980) plantea que la transferencia suele facilitar el análisis de los sueños ya que señala que el contenido onírico que emerge en los sueños, es un material simbólico que puede hablarnos de procesos transferenciales inconscientes y también de contenidos arquetípicos constelados.

Las distorsiones de transferencia son a menudo sutiles, o visibles solo en sueños. La transferencia puede ser positiva o negativa. Uno de los peligros reales de la transferencia negativa es que al principio del análisis el paciente puede sentir que el analista no lo apoya lo suficiente, e incluso puede querer dar término a la terapia. (Hall, 1986, p.78)

El analista debe estar atento a su contratransferencia con el sueño del soñante. Debe tener un conocimiento de sí mismo suficiente, de manera que la interpretación del sueño no se vea contaminada por elementos ajenos al sueño y a la experiencia del soñante. Jung señaló que uno de los mayores errores en la interpretación de un sueño es que el intérprete considere la psicología del soñante similar a la suya y señaló en este punto, que lo fundamental es que se genere un proceso dialéctico entre los dos tipos de personalidades, más que una disputa entre ambas percepciones (Mattoon, 1980).

Kron & Avny (2003) señalan que utilizar los sueños que tienen los terapeutas acerca de sus pacientes, puede ser una valiosa herramienta para la comprensión profunda de la relación terapéutica. En este contexto, señalan que en lugar de ver a la contratransferencia como un elemento perturbador, se puede ver como un elemento creativo que da luces acerca del proceso psicoterapéutico. En la misma línea Wilkinson enfatiza lo que subraya Jung respecto al proceso de soñar y la verdad emocional y profundiza respecto a que el analista puede vivenciarlo a través de la contratransferencia (2006).

Wilkinson (2006) sugiere que el análisis de los sueños desempeña una función vital y trascendente en el proceso de transformar los efectos en la mente de las primeras relaciones tempranas, no sólo en el aporte que tiene el diálogo en la relación terapéutica

para construir el andamiaje emocional, sino en el desarrollo del propio analista interno del paciente, es decir, la propia capacidad de construir su sostén emocional.

Para los autores Cambray & Carter (2004) es de vital importancia que la relación terapéutica sea una relación continua y capaz de contener, para que en términos del trauma relacional temprano, sea posible en el presente relacional analítico, descubrir, recuperar la experiencia afectiva que aparece en el sueño. A partir de la experiencia conjunta de la diada analítica, pueden desarrollarse el análisis que permita que lo implícito se vuelva explícito.

El sueño además de representar el estado psíquico del terapeuta, también puede preparar al terapeuta para abrir un canal dialéctico con el paciente. Esto puede ocurrir solamente si el terapeuta está abierto a la comunicación de su inconsciente y sólo si el sueño es tratado como un elemento de diálogo con el paciente (Aron, 1991).

Para Porre (2015, 2018) el material simbólico que arrojan los sueños tanto de terapeuta y paciente, contribuyen a que se pueda explorar tanto el inconsciente de cada participante como también el inconsciente co construido por ambos, lo que aportaría a la comprensión de lo intra e intersubjetivo. A través de la función compensatoria, los sueños pueden transmitir información importante con respecto a la relación terapéutica. Se podría decir que esta función en los sueños no sólo equilibra los contenidos psíquicos de los terapeutas, sino también los problemas interpersonales en la relación terapéutica. A través de la consciencia de compensación del sueño, el terapeuta puede profundizar la comprensión de su paciente, la relación terapéutica, y su propia actitud personal con el paciente (Aron, 1991).

Un sueño puede generar imágenes, que se pueden utilizar pertinentemente para el paciente, porque estas imágenes provienen de su mundo interno de fantasía, por otra parte el sueño también muestra la expectativa inconsciente que tiene el analista acerca del paciente (Jacobi, 1969, citado en Wilkinson, 2006). Los sueños se producen dentro de una relación, por lo tanto los sueños mostrarían que el analista está en la mente del paciente. En la misma línea Blechner (1995) sugiere que el análisis de los sueños debe ser tratado como

una actividad mutuamente interactiva para el descubrimiento de la matriz de transferencia y contratransferencia en la terapia.

En palabras de Porre

La comprensión que puede llevarse a cabo desde el análisis de sueños, al menos tendría que focalizarse en tres aspectos básicos: la psique del analizado (aspectos sombríos emergentes, actitudes inconscientes hacia el analista y/ o el proceso, complejos constelados, entre otros), la psique del analista (aspectos sombríos de su propio psiquismo, actitudes inconscientes hacia el paciente que están perturbando el proceso analítico, complejos constelados, entre otros) y la relación analítica (aspectos sombríos, aspectos disociados, arquetipos constelados de forma defensiva , entre otros).( Porre, 2018, p.14)

Como se ha visto en este apartado, los sueños son una valiosa herramienta clínica que puede ser utilizada en un proceso psicoterapéutico, los contenidos oníricos pueden ayudar a dar luces respecto a procesos transferenciales que pueden estar obstaculizando el desarrollo y avance de la psicoterapia.

### **3.5.2. Serie de sueños**

Pudiera ser que los sueños por sí solos resulten incomprensibles para el soñante y sólo a través de los sueños siguientes pudiera comprenderse el contenido onírico, Jung planteó que probablemente los sueños son amplificaciones de otros sueños y destacó la serie de sueños porque consideraba que en ellas podía comprender mejor las unidades o motivos oníricos. Una serie de sueños, se puede definir como una sucesión de sueños interrelacionados por uno o más aspectos específicos. No necesariamente estos sueños sucesivos deben ser correlativos, lo importante es que estos sueños “aislados” compongan un aspecto específico de la vida del soñante. La serie de sueños no necesariamente tiene una estructura lineal o cronológica, una serie de sueños puede tener una lógica distinta, su orden puede provenir desde otro sentido, por ejemplo, desde el centro psíquico a una perspectiva circular o espiral. Visto de esta forma las series de sueños pueden estar conformadas de distintas maneras. Jung precisó que la importancia de la serie onírica

como manifestación, está determinada más bien por el contenido que por el número. Es decir, que más allá de la importancia que un sueño se reitere una y otra vez, el motivo de la repetición es lo significativo (Mattoon, 1980).

Si profundizamos más en la serie onírica y en la experiencia subjetiva del soñante, ésta puede estar mostrándole la relación que los sueños guardan respecto a un conflicto en particular, los sueños pueden desarrollar ese conflicto desde distintos puntos de referencia, un tema por ejemplo puede estar revelando varios lados de una situación, o una característica de personalidad del soñante que influye y mantiene el conflicto. Jung veía claramente en las series de sueños, una representación de la continuidad del inconsciente y en ese sentido defendía que las series de sueños podían motivar al soñante hacia un determinado proceso psicológico (Mattoon, 1980).

Con relación al proceso psicológico Jung señala que una de las razones importantes respecto de identificar la serie de sueños tiene que ver con el mismo objetivo que ha planteado respecto del sueño aislado, es decir, respecto a la función de compensación. La repetición pareciera ser necesaria para clarificar un aspecto que debe incorporar y aceptar el soñante. La serie sería la persistencia de un contenido en donde se destaca un defecto de la actitud consciente del soñante, debido que por más que se repita el sueño este no ha sido comprendido. Al reiterarse el contenido onírico, se está haciendo énfasis en que la consciencia está unilateralizada, situación que debiera corregirse al comprender y asimilar los contenidos inconscientes de la serie de sueños en la psique, es decir, que el contenido onírico de la serie estaría sugiriendo, prediciendo o develando un cambio de actitud o un cambio de una característica de la personalidad del soñante (Mattoon, 1980).

La hipótesis de Jung respecto a la serie de sueños tiene que ver con un proceso más complejo y profundo en la vida del soñante, el proceso de individuación. Jung señalaba que los sueños que el soñante tiene a lo largo de su vida tienen una línea que los conecta de principio a fin. Cada sueño es una luz de continuidad psíquica, que se vuelve visible por un momento (Mattoon, 1980).

Mattoon (1980) hipotetiza que Jung no concebía la individuación sin sueños arquetípicos, para él los símbolos del proceso de individuación que aparecen en los sueños son imágenes de una naturaleza arquetípica que describe el proceso centralizador o la producción de un nuevo centro de la personalidad.

### **3.5.3. Trabajo interpretativo de sueños desde la psicología analítica junguiana**

Es importante mencionar que esta investigación utiliza la teoría junguiana de sueños como base para el análisis de sueños, también considera los aportes que hacen algunos post junguianos, como Mattoon, Samuels y Hall respecto al mismo tema. Básicamente es la analista Mary Ann Mattoon (1980) en su libro “Interpretación de sueños” quién organiza y sistematiza toda la información referida al estudio de sueños que realiza Jung a lo largo de su vida y que dejó plasmada de manera transversal en sus textos.

Esta investigación utilizará como sinónimo de análisis de sueños, la interpretación de sueños, sin embargo, conviene aclarar que la interpretación de sueños requiere de muchísimo tiempo, lo que se hace más bien en psicoterapia, es analizar el contenido onírico más que el sueño propiamente tal (Mattoon, 1980).

Plantea Jung refiriéndose al sueño: “¿De qué le sirve esto al soñante si no entiende el sueño?”(1929/1950b, p.244). Los sueños son una fuente de valiosa información sobre todo para el análisis clínico. Es importante abordar las imágenes oníricas desde una actitud simbólica de manera de intentar comprender que es lo que está expresando el inconsciente. La tesis de la compensación es una ley básica del comportamiento psíquico, al interpretar un sueño, siempre es útil preguntar: ¿Qué actitud consciente compensa? (Mattoon, 1980).

En consecuencia, el análisis de sueños es fundamental para la psicología analítica porque el contenido onírico ofrece alternativas de desarrollo psicológico y por lo tanto propicia el tránsito de una actitud a otra, es decir, que a través del análisis de sueños estaríamos facilitando que la función trascendente se pueda llevar a cabo (Mattoon, 1980).

En este mismo sentido Jung consideraba que la interpretación de sueños era fundamental para el proceso psicoterapéutico, e incluso atender los contenidos oníricos podía llegar a ser una cuestión de vida o muerte. Cuando a una imagen onírica no se la

considera, ésta vuelve a repetirse al soñante de manera recurrente. Pudiera ser incluso que el contenido de un sueño pudiera estar revelando pensamientos suicidas del paciente, que de otra forma no pudieran ser vistos, ni menos elaborados (Mattoon, 1980).

Siguiendo con lo anterior, Jung consideraba el análisis de sueños tan relevante, que incluso afirmaba que el método analítico era fundamentalmente análisis de sueños, (Mattoon, 1980). Autores post junguianos han enfatizado lo que Jung sostenía acerca de los sueños “La interpretación de los sueños sigue siendo el camino más directo para apreciar la mente inconsciente” (Hall, 1986, p. 108). Incluso puede catalizar y profundizar el proceso de análisis.

En la misma línea Mattoon señala “Los analistas junguianos nos ocupamos de los sueños (los propios y los de nuestros pacientes) probablemente en mayor medida que cualquier otro grupo de psicoterapeutas” (1980, p.21, paréntesis del original).

Es importante considerar que la interpretación de sueños es un proceso que se va co-construyendo<sup>1</sup> en el desarrollo de la relación terapéutica. Para algunos pacientes, en la seguridad con el analista, las imágenes de sus sueños pueden transformarse en palabras y emociones (Cambray & Carter, 2004). Jung señaló que los análisis de sueños más precisos y novedosos son posiblemente aquellos en donde hubo un desarrollo colaborativo entre soñante e intérprete (Mattoon, 1980). Si el psicoterapeuta sueña con el paciente, según Jung, debía relatarle el sueño pues el paciente puede comprender alguno de los detalles del sueño o entender algo acerca de sí mismo en el sueño del analista. Independiente de si le transmitimos o no el sueño al paciente, lo importante es que si soñamos con el paciente estemos atentos a los contenidos que nos está dando el sueño de manera de poder comprenderlos (Mattoon, 1980).

En primer lugar y como lo mencionamos anteriormente, la actitud que debe tener el analista de sueños, debe ser simbólica, y en este sentido, se deberá abordar el sueño como

---

<sup>1</sup> En este estudio se considerará como participantes de la co construcción del análisis onírico, a la relación entre la investigadora con los participantes del estudio a través de los antecedentes y el protocolo de auto reporte.

algo absolutamente desconocido, que debe percibirse desde distintos ángulos, con una mirada abierta, abriéndose a la fantasía e imaginación ( Mattoon, 1980).

El sueño no dirá al soñante lo que hacer. Lo que aparece en el sueño son imágenes, hechos, situaciones. El sueño puede abrir posibilidades, pero finalmente es la conciencia la que tomará las decisiones. Jung incluso utilizó la analogía de la brújula para ilustrar respecto que la brújula muestra el destino, pero no el camino (Mattoon, 1980).

Por otra parte, para la interpretación, se requiere conocer la situación consciente por la que está atravesando el soñante, esto se requiere para saber cuál es el contenido que está compensando el inconsciente (Samuels, 1985). Para esta investigación, la situación consciente por la que está atravesando el soñante (psicoterapeutas) son los episodios de *impasse* terapéutico.

Samuels (1985) sugiere que para hacer una interpretación del sueño, éste sea considerado de manera oficial y también que se considere a la órbita del sueño. Es decir, incluir partes importantes de la historia del soñante, sucesos siguientes de la vida del soñante relacionados con el sueño, y fundamentalmente, aquellos aspectos de la relación terapéutica conectada e informada por el sueño, aspectos transferenciales-*contra* transferenciales.

La hipótesis de Jung en su teoría de sueños es que algunas imágenes oníricas derivan más que del inconsciente individual, del inconsciente colectivo o arquetípico (Mattoon, 1980). En la misma línea Samuels (1985) plantea que la tarea del analista es precisamente hacer que aquella sabiduría antigua que habita en nosotros se use en nuestra situación personal a través de la interpretación del sueño.

A continuación se expondrán las etapas de la interpretación junguiana de sueños que se utilizarán en la presente investigación (Mattoon, 1980):

1. Descripción fenomenológica: se refiere al registro de detalles exactos del sueño. Para este estudio, es el registro del contenido onírico de los sueños de los psicoterapeutas.



2. Registro de asociaciones: son las asociaciones que el soñante, en este caso los psicoterapeutas, pueden realizar de su contexto de vida actual, con los aspectos que el sueño le presenta, en este caso, el episodio de *impasse*.
3. Amplificación del sueño: corresponden a las asociaciones de los contenidos oníricos que trascienden la historia personal del soñante (psicoterapeutas). Es decir, asociaciones culturales, o imágenes arquetípicas. Para la etapa de amplificación en el análisis de la información, se utilizarán dos textos junguianos simbólicos. Todas las amplificaciones se deben utilizar para aumentar la información respecto a esa imagen, primero a partir de las experiencias personales y luego se pueden amplificar mediante paralelos arquetípicos (Mattoon, 1980). Es importante señalar que las imágenes arquetípicas sólo logran transmitir una parte de todo el potencial, sin embargo, frecuentemente no son reconocidas, porque el terapeuta desconoce el significado mitológico o porque son imágenes que no llaman la atención y las personas las pasan de largo. Según Hall (1986) aunque no es necesario para la clínica una interpretación arquetípica, pudiera ser significativo para el soñante poder acceder a una mirada más profunda de la psique.
4. Poner el sueño en el contexto vital, proceso de individuación y estado de consciencia. Este punto lo vimos anteriormente en este capítulo y está referido en este caso a la situación de *impasse*.

## **Capítulo IV: *Impasse* terapéutico**

### **3.6. Conceptualización del *Impasse***

#### **3.6.1. *Impasse* en la relación terapéutica**

El concepto de *impasse* terapéutico fue acuñado por Etcheghoyen (1986), autor de origen psicoanalítico que plantea que el *impasse* es la circunstancia que sucede en la relación entre terapeuta y paciente, en donde el proceso analítico que iba avanzando, de pronto se detiene, dejando de haber elaboración y progreso en un número prolongado de sesiones.

Según Safran & Muran (2000) las últimas investigaciones manifiestan una tendencia a considerar los elementos relacionales como una explicación al estancamiento en la psicoterapia y los conceptos más señalados con respecto a esta comprensión son: desencuentros, ruptura de la alianza, entre otros.

Como *desencuentros* se debe considerar aquel momento en donde estando la posibilidad de un encuentro significativo entre paciente y terapeuta, este finalmente no sucede en la relación, ya sea porque la oportunidad se les pasa, o porque ni el paciente ni el terapeuta están preparados, o se conoce la posibilidad del encuentro, pero este no ocurre, o cuando se espera a que aparezca, pero el momento no sucede (Stern et al., 1998).

La *ruptura de la alianza* terapéutica según Safran & Muran (2000) es una amenaza de quiebre o quiebre propiamente tal del proceso, de acuerdo de las necesidades establecidas por la díada terapéutica. Existirían dos tipos de rupturas: 1) la de *retirada*: cuando existe un desenganchamiento emocional del paciente en la terapia y pasa a primar la necesidad del paciente, por sobre el acuerdo de la relación terapéutica; y 2) el de *confrontación*: cuando el paciente insatisfecho, angustiado o resentido por el proceso psicoterapéutico, lo expresa directamente al terapeuta. En este episodio también pasan a ser más importantes las necesidades del paciente que las necesidades acordadas por la relación.

Es necesario destacar que las dificultades, problemas, errores y fracasos en psicoterapia existen y deben ser visibilizados para poder estudiarlos y aprender de ellos. En este sentido, el reconocer las dificultades no sería simplemente "enfocarse en lo que no funciona" o "ver el vaso medio vacío", sino que es un aviso de algo importante. De esta forma, las dificultades se pueden conceptualizar como señales en el camino, oportunidades de profundizar e incluso facilitar una experiencia emocional correctiva tanto del paciente como del terapeuta. (Herrera et al, 2009, p.177)

El abordaje terapéutico del *impasse* se transforma así en una situación necesaria de ser clarificada en un proceso de psicoterapia. El contenido onírico que arrojan los sueños

de los psicoterapeutas puede ser un material psicofísico relevante para esclarecer aquello que se ha mantenido en la penumbra dentro de la relación terapéutica.

Cuando la psicoterapia se estanca, cualquier sueño puede ser útil, Jung señalaba que es probable que en esos momentos el soñante tenga sueños arquetípicos que sugieran el modo de avanzar en un camino que lo más probable no se le hubiese ocurrido ni al soñante ni al psicoterapeuta (Mattoon, 1980).

### **3.6.2. Operacionalización del concepto de *impasse* terapéutico**

La presente investigación considera relevante operacionalizar el concepto de *impasse* terapéutico, porque de esta manera, se consensua un lenguaje común entre los participantes de este estudio, condición básica tanto para la recolección y el posterior análisis de la información, favoreciendo la clarificación, validez y confiabilidad de este estudio.

Para el presente estudio se considerará *impasse* terapéutico en las siguientes situaciones (Amenázaga, Dávila, Vilches-Álvarez, 2014):

1. Cualquiera de las formas en que habiendo establecido un contrato o encuadre terapéutico tanto paciente o psicoterapeuta se salgan de este:
  - Horarios: cambio en el horario de la sesión, ya sea por el paciente o por el psicoterapeuta.
  - Atrasos: si es al inicio o al finalizar la sesión ya sea por parte del paciente o del psicoterapeuta.
  - Inasistencias: Inasistencia a la sesión. Si es avisada y con cuanto tiempo de anticipación, ya sea por paciente o por psicoterapeuta.
  - Acuerdo económico: falta al contrato establecido.
  - Confidencialidad: ruptura de la confidencialidad.
  - Metas y objetivos de la psicoterapia: falta a los objetivos o metas acordadas.

2. Se considerarán aspectos más subjetivos del psicoterapeuta en la relación terapéutica como:

- Desmotivación al atender.
- Sensación de aburrimiento durante la sesión.
- Sentimientos de impotencia respecto al proceso psicoterapéutico.
- Sensación de no avanzar o de estancamiento en la terapia.
- Sensación de distanciamiento afectivo entre psicoterapeuta y paciente.
- Momento de tensión o confrontación en la terapia.
- Sensación de quiebre o ruptura de la alianza terapéutica.
- Sensación de desajuste o desencuentro en cuanto al “timing” entre paciente y psicoterapeuta.

#### **4. MARCO METODOLÓGICO**

En el presente estudio se utilizó un marco metodológico cualitativo, pues el interés está enfocado en entender a las personas, los significados y las interpretaciones. Se basó en una observación naturalista y sin control, es decir, los sucesos como naturalmente ocurren, donde se le otorga importancia a la subjetividad (Hernández, Fernández, & Baptista, 2014).

##### **4.1. Justificación del marco interpretativo utilizado**

En este estudio se busca la expresión de la subjetividad de los psicoterapeutas que aparece en los contenidos oníricos de los sueños y series de sueños, de manera de poder dar un significado y una interpretación más profunda al *impasse* terapéutico. Por consiguiente, este estudio está basado en un paradigma fenomenológico que busca el sentido profundo en la investigación y de esta forma otorgar a través de la interpretación de los sueños y

series de sueños de los psicoterapeutas un significado en donde emerja la esencia de la experiencia.

#### **4.2. Justificación del método y diseño metodológico utilizado**

Bajo un diseño metodológico fenomenológico, se pretende distinguir las experiencias de los participantes como núcleo de indagación. “[...] La base de la fenomenología es que existen diversas formas de interpretar la misma experiencia, y que el significado de la experiencia para cada participante es lo que constituye la realidad” (Hernández, Fernández, & Baptista, 2006, p. 712).

El diseño metodológico se fundamenta en las siguientes premisas:

[...] en describir y entender los fenómenos desde el punto de vista de cada participante y desde la perspectiva construida colectivamente [...]. El diseño fenomenológico se basa en el análisis de discursos y temas específicos, así como en la búsqueda de sus posibles significados. (Hernández, Fernández, & Baptista, 2006, pp. 712-713)

#### **4.3. Muestra**

El universo de esta investigación consideró a todos los psicoterapeutas que trabajaron con pacientes en un proceso psicoterapéutico. Se trabajó con una muestra no probabilística voluntaria e intencional. La forma de reclutar a los participantes consideró distintas invitaciones, como por ejemplo: a miembros de la Sociedad Chilena de Psicología Analítica, a ex alumnos y alumnos tanto del diplomado como del magister de la línea humanista-existencial de la Universidad de Chile, también a psicoterapeutas quienes realizaron el magister junguiano en la Universidad Mayor y a otros psicoterapeutas de líneas teóricas más relacionales que se mostraron interesados en el tema de la investigación. Los psicoterapeutas considerados fueron licenciados en psicología y titulados de la carrera de psicología de universidades chilenas.

El criterio para la invitación de los psicoterapeutas como participantes de la investigación, consistió en el interés que tienen los psicoterapeutas cercanos a la orientación analítica respecto de la interpretación junguiana de sueños como una forma de analizar los contenidos oníricos que emergen en la relación entre psicoterapeuta y paciente en el proceso psicoterapéutico, por lo que la investigadora esperó una alta disposición y compromiso como participantes en la investigación.

Por otra parte, se consideró una muestra de 12 participantes (mujeres y hombres), por la posibilidad que más de alguno de ellos, no lograra recordar sus sueños, o bien no se viera enfrentado a un proceso de *impasse* terapéutico durante el período de registro de la información. Para realizar la investigación se estimó un mínimo de 5 participantes efectivos, es decir, que al menos 5 de los participantes logran registrar la información.

La información fue anónima, para ello se creó un correo electrónico genérico para todos los participantes de la investigación, al cual pudo acceder cada psicoterapeuta a través de una misma contraseña, lo que significó el aseguramiento del 100% de la confidencialidad, tanto de los participantes, como del registro de la información. En este correo, se encontraba para descargar, llenar y luego adjuntar, tanto la ficha de datos, como el protocolo de auto reporte. En la ficha sólo se pidió a los psicoterapeutas que registraran algunos datos básicos, pero que fueran relevantes para el análisis de la información, tales como: nombre y apellido de fantasía (para asegurar también el anonimato), década de la vida en que se encontraba al momento de la participación en la investigación, sexo, años de ejercicio de la profesión y algún dato que el psicoterapeuta considerara relevante a ser registrado respecto de la investigación.

A cada uno de los participantes se le pidió firmar por escrito, una carta de consentimiento informado que delineaba lo siguiente respecto de la participación en la investigación: propósito, información, duración, riesgos y beneficios de la participación, confidencialidad, acceso, almacenamiento, protección y destino de los datos, el derecho a retirarse de la investigación sin perjuicio para el participante y el contacto telefónico y el correo electrónico de la investigadora y profesora guía de tesis, para mayor información, o por si existiesen dudas.

#### 4.4. Justificación de las técnicas o instrumentos de recopilación de datos

La técnica de recolección de datos fue mediante el registro de un auto-reporte escrito de cada psicoterapeuta. En el correo designado para la investigación, se encontraba para descargar, llenar y adjuntar, el protocolo de auto reporte y la ficha de datos. El protocolo de auto-reporte estaba dividido en 8 partes: a) Datos del auto reporte (nombre fantasía psicoterapeuta, fecha sueño e *impasse*, número sueño), b) Distinción de la situación de *impasse*, c) Descripción de la situación de *impasse*, d) Relato y descripción del contenido onírico, e) Asociaciones personales del contenido onírico, f) Identificación si el contenido onírico pertenecía a un sueño o era parte de una serie, g) Reflexión o descubrimiento a partir del llenado del auto reporte, h) Comentarios u observaciones. Cada protocolo de auto-reporte correspondió a un sueño y a un psicoterapeuta.

Es importante destacar que durante la recolección de datos los psicoterapeutas debieron estar atravesando por una situación de *impasse* terapéutico, es decir, que a partir de un *impasse* los psicoterapeutas debieron estar atentos a sus sueños. Fueron los mismos psicoterapeutas quienes debieron distinguir, previo entrenamiento del marco de referencia de la situación de *impasse* que aborda esta investigación, si el sueño referido, tuvo elementos que pudieron estar señalando dicha situación. Se esperó que los psicoterapeutas pudieran registrar la mayor cantidad de sueños que bordearon las situaciones de *impasse*.

La técnica de recolección de datos consideró una sesión de entrenamiento individual a cada uno de los psicoterapeutas que participaron en la investigación, respecto tanto de los contenidos de la investigación, como de la aplicación de los instrumentos que realizarían los psicoterapeutas, así como también la realización del consentimiento informado, la entrega del correo electrónico y la contraseña respectiva para asegurar la confidencialidad. El entrenamiento constó de dos partes: a) una primera parte informativa referida a los temas centrales de la investigación, como por ejemplo: el planteamiento del problema, los objetivos, el marco teórico y los alcances clínicos de la investigación b) una segunda etapa explicativa, referida a la técnica de recolección de datos que se aplicaría durante la investigación. En este punto se dejó abierta la posibilidad de mantener una comunicación fluida entre la investigadora y los participantes de la investigación, de

manera que si surgían dudas, se pudieran resolver cuanto antes y no obstaculizaran la investigación.

Se realizó una recolección sistemática de la información a través del correo electrónico designado para ello, dejando de margen un mes desde que se realizó el entrenamiento y hasta el mes siguiente de recibido los últimos protocolos de auto-reporte. Se consideró un total de seis meses de aplicado el instrumento.

#### **4.5. Plan de análisis**

El plan de análisis de esta investigación se basó en el análisis de contenido.

Después de la recolección de datos a través del auto-reporte de las descripciones y asociaciones personales de los psicoterapeutas, de sus sueños y series de sueños durante los episodios de *impasse* terapéutico, se llevó a cabo el siguiente plan de análisis (Hernández, Fernández, & Baptista, 2014, p. 423):

1. Se revisaron todos los datos obtenidos en el protocolo de auto reporte y ficha de datos a través de una lectura atenta y concentrada.
2. Se organizaron los datos e información determinando criterios de organización. En primer lugar se establecieron categorías predeterminadas referidas a las etapas de la interpretación junguiana y a otros contenidos de la psicología analítica para una comprensión más profunda de la información recolectada.
3. Se descubrieron las unidades de análisis temáticas.
4. Se codificaron las unidades designando a las categorías emergentes.
5. Se descubrieron las relaciones e interconexiones entre las categorías.
6. Se generaron descripciones relacionadas con las preguntas y objetivos de la investigación.

Es importante destacar que este análisis de contenido, se realizó a la luz de la interpretación junguiana de sueños.



## 5. ANALISIS DE LA INFORMACION RECOPIADA

Los psicoterapeutas que lograron registrar la información fueron 5 mujeres, sus edades van desde la década de los treinta hasta la de los cincuenta. En promedio, los años de ejercicio de psicoterapia que llevan son 5.

Dos de las psicoterapeutas tuvieron una serie de sueños cada una, con dos sueños por serie, es decir, se recolectaron dos series en total, que comprenden dos sueños por cada serie, y además tres sueños aislados, que corresponden a las otras tres psicoterapeutas. En total fueron recolectados siete sueños. Para la identificación de los sueños y series de sueños y las psicoterapeutas, se utiliza la siguiente codificación: Soledad (1), Olympia (2.1), (2.2), Susana (3), Isabel (4) y Laura (5.1) y (5.2). Los nombres utilizados son los que las psicoterapeutas eligieron como nombres de fantasía en la ficha de datos.

El primer acercamiento al análisis cualitativo es a partir de la revisión de los datos que arroja el protocolo de auto reporte. La forma de comenzar a revisar es a través de una lectura atenta y concentrada de cada uno de los siete protocolos realizados por las cinco psicoterapeutas que participaron en la investigación. Una vez realizada esta lectura se procede a darle estructura y organización a la información mediante la construcción de categorías predeterminadas, que luego se fueron ajustando a lo emergente. Se diseñan dos grandes tablas en donde se estructuró el contenido, el que se puede ver en su totalidad en el levantamiento de las unidades de análisis, a continuación sólo se observa el diseño de las tablas.

La primera tabla está construida sobre la base de la interpretación junguiana de sueños que sistematizó Mattoon (1980), tres de los cuatro puntos se recogen del protocolo de auto reporte y el cuarto punto se co construye entre la información obtenida en el protocolo de auto reporte y dos textos simbólicos junguianos que se utilizaron para la amplificación del contenido onírico de cada sueño:

- 1) Descripción fenomenológica que hace cada psicoterapeuta de cada sueño (protocolo de auto reporte).

- 2) Asociaciones personales que hace cada psicoterapeuta de cada sueño (protocolo de auto reporte).
- 3) Amplificación de cada contenido onírico de cada sueño (co construcción entre protocolo de auto reporte y textos simbólicos junguianos).
- 4) Contextualización del sueño, la situación de *impasse* de cada psicoterapeuta que participó en la investigación (protocolo de auto reporte).

Tabla 1

*Aspectos de la interpretación junguiana de sueños*

Sueño	Descripción fenomenológica del sueño	Asociaciones personales	Amplificación del sueño	Poner el sueño en contexto( <i>impasse</i> )
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				

La segunda tabla se construye de manera de poder ampliar la comprensión del sueño a otros elementos significativos para el análisis, si bien se pensaron previamente más categorías, las que quedaron fueron de acuerdo a los elementos emergentes más relevantes, entre ellos:

- 1) Identificar si es sueño o serie
- 2) Temas centrales o contenidos oníricos centrales de cada sueño

- 3) Contenidos afectivos de cada sueño
- 4) Elementos de la psicología junguiana que aparecen en los sueños
- 5) Aspectos que trae el sueño al psicoterapeuta, a la relación terapéutica o al proceso transferencial
- 6) Reflexiones y/o descubrimiento de los psicoterapeutas post realización descripción y asociación personal de cada sueño. Este ítem pasa a estar dentro del ítem asociaciones personales en el marco del análisis de las unidades temáticas.

Tabla 2

*Elementos relevantes para el análisis y comprensión de sueños*

Psicoterapeuta	Serie o sueño	Impasse	Temas centrales del sueño o Contenido onírico relevante	Contenido afectivo en el sueño	Elementos junguianos en el sueño	Que trae el sueño a la relación terapéutica, a la actitud del psicoterapeuta o al proceso transferencial	Reflexiones post de los psicoterapeutas

El paso siguiente del análisis se construye a partir de la distinción de unidades de análisis, para ello se realiza una inmersión en los contenidos que arrojaron las dos grandes tablas.

### 5.1 Levantamiento de las unidades de análisis

Unidades de análisis temáticas	Contenidos de los sueños y series de sueños	Registro sueño o serie
Sensación de peligro	<p>Contenido onírico</p> <p>“Estoy en un barrio peligroso (...). Ella quiere robarme. Y se encontraba o quería encontrarse, si yo la dejaba entrar, con un chico que iba a entrar por el patio a robarme, ambos eran flaites”.</p>	Olympia 2.1
	<p>Asociaciones personales 1 y 2</p> <p>“La idea y vivencia de estar en peligro, por estar en un espacio que no es mío”.</p> <p>“A pesar de la dificultad en la que en ocasiones me puedo ver obligada a estar, la posibilidad de tener los recursos para lidiar con todo lo difícil que acá acontece”.</p>	
	<p>Contenido afectivo</p> <p>Miedo</p>	
	<p>Amplificaciones</p> <p>Ladrón (Robo)</p> <p>“Los ladrones y atracadores son proscritos y expoliadores que nos recuerdan la ligereza –o la violencia-con la que nos pueden arrebatarse lo que más valoramos desde los puntos de</p>	

	<p>vista material y espiritual.” (Archive for Research in Archetypal Symbolism ARAS, s/f, p.480).</p> <p>Proceso transferencial</p> <p>La necesidad que la relación terapéutica sea un espacio de resguardo, tanto para la paciente como para la psicoterapeuta.</p> <p>Elementos junguianos destacados</p> <p>Sombra</p>	
Sensación de precariedad y carencia	<p>Contenido onírico</p> <p>“Luego estoy en este mismo barrio peligroso, pero en una vivienda muy precaria”.</p> <p>“(…) el proyecto de tener un espacio, mi casa, veía que ella tenía la de ella, ya lo tenía resuelto eso y yo”.</p> <p>Asociación personal 1</p> <p>“La idea y vivencia de estar en peligro por estar en un espacio que no es mío, por estar en un territorio desconocido.”</p> <p>Contenido afectivo</p> <p>Angustia</p> <p>Amplificaciones</p> <p>Casa u Hogar</p> <p>“Hogar son los sacramentos y rituales de una relación, conjunción, soledad y desnudez.[...] Estos se corresponden o contribuyen a algo que hay en nuestro interior, la experiencia de un núcleo vital que nos ancla y a la vez nos libera , de descanso tras el esfuerzo, de ser completamente uno mismo. La falta de hogar se asocia con desamparo, desahucio, inestabilidad y una añoranza crónica. [...] En los sueños la</p>	Olympia 2.1 y 2.2

	<p>psique suele representarse como una casa. A veces hay diferentes niveles que representan un continuo en el tiempo. [...] la representación de la casa también puede indicar la solidez estructural de la personalidad, la relación entre sus aspectos personales y transpersonales. [...] El hogar puede representar el cuidado del si-mismo o su violación. [...] El hogar es la meta de odiseas épicas, búsquedas espirituales y transformaciones psíquicas.” (Archive for Research in Archetypal Symbolism ARAS, s/f, p .556).</p>	
	<p>Elementos junguianos destacados</p> <p>Sombra</p>	
	<p>Proceso transferencial</p> <p>Necesidad que los participantes de la relación terapéutica se sientan en un lugar protegido. En ese plano el encuadre y el setting, se constituyen como dos elementos centrales en la relación terapéutica capaces de identificar si la relación está quedando desprotegida.</p>	
Sensación de abuso emocional y físico	<p>Contenido onírico</p> <p>“Intentos frustrados por salir de aquel lugar (lugar encerrado)”.</p> <p>“Aparece la paciente riéndose de la psicoterapeuta”.</p>	Olympia 2.1  Laura 5.2
	<p>Asociaciones personales 1 y 2</p> <p>“Sensación de estar siendo forzada a estar en un territorio desconocido”.</p> <p>“Sentimientos de sentirse burlada”.</p>	
	<p>Contenido afectivo</p> <p>Sentimientos de abuso.</p>	
	<p>Amplificaciones</p> <p>No se amplifica.</p>	

	<p>Elementos junguianos destacados</p> <p>Sombra</p> <hr/> <p>Proceso transferencial</p> <p>Necesidad que la relación terapéutica sea un espacio de respeto a los derechos y libertad de la paciente y psicoterapeuta.</p>	
<p>Pérdida de posición</p>	<p>Contenido onírico</p> <p>“En el intento de salir en, en un momento caigo en un lugar encerrado, me caigo al suelo y estoy como un animalito en cuatro patas”.</p> <hr/> <p>Asociaciones personales 1 y 2</p> <p>“Una especie de dificultad en contactar mis recursos, lo hago desde un lugar límite”.</p> <hr/> <p>Contenido afectivo</p> <p>Desconcierto</p> <hr/> <p>Amplificaciones</p> <p>Caída</p> <p>“Todo en este mundo está sujeto a la severa ley de la gravedad y, por lo tanto, a caer. [...]La caída no es algo que uno busque. Cuando caemos, perdemos el control y nos vemos catapultados a un nuevo estado.”(Archive for Research in Archetypal Symbolism ARAS, s/f, p.434).</p> <p>“Caemos cuando nos alejamos de la tierra, cuando estamos en las nubes y cuando renunciamos a nuestro estado humano natural. Subir demasiado es peligroso. Empezamos a creer que somos más de lo que realmente somos: más especiales, más sabios, más poderosos, más importantes. Ahí es donde acecha el peligro de la caída.”(Archive for Research in Archetypal Symbolism ARAS, s/f, p.434).</p>	<p>Olympia</p> <p>2.1</p>

	<p>Elementos junguianos destacados</p> <p>Máscara</p> <p>Sombra</p> <hr/> <p>Proceso transferencial</p> <p>Necesidad que la relación terapéutica proporcione la suficiente contención para que la consciencia pueda transitar a cambios de estado y se integre la sombra.</p>	
<p>Ansiedad</p>	<p>Contenido onírico</p> <p>“Me llama la secretaria de mi unidad para decirme que un paciente me está esperando. Luego de eso siento el nerviosismo mientras hablo con la subdirectora y ese apuro de tener que irme a la unidad para llegar a tiempo a atender al paciente”.</p> <hr/> <p>Asociaciones personales 1 y 2</p> <p>“Lo que se plasma en el sueño, es mi ansiedad respecto a entregar una atención de calidad a mis pacientes”.</p> <hr/> <p>Contenido afectivo</p> <p>Ansiedad</p> <hr/> <p>Amplificaciones</p> <p>No se amplifica</p> <hr/> <p>Elementos junguianos destacados</p> <p>Máscara</p>	<p>Isabel 4</p>



	<p>Proceso transferencial</p> <p>Necesidad que en la relación terapéutica se puedan abordar genuinamente las dificultades que tiene la psicoterapeuta (auto revelación consciente) de manera que sirva al proceso psicoterapéutico.</p>	
<p>Trauma emocional</p>	<p>Contenido onírico</p> <p>“Lo que más llama mi atención es que en el bajo vientre había un hoyo gigantesco, como si le hubieran disparado con una tremenda escopeta. Me quedo mirando ese orificio que sangraba, la sensación es que el muchacho se estaba desangrando, pero yo no me movía, no hacía nada, sólo me quedaba impactada con esa tremenda abertura negra, estaba imantada como hacia ese lugar”.</p> <p>Asociaciones personales 1 y 2</p> <p>“Siento que aparece la vulnerabilidad de aquella persona abatida, yo tengo dificultad con mi propia vulnerabilidad, generalmente estoy en el polo de la fortaleza y me contacto poco con mi ser más sensible. En ese contexto relaciono el sueño con la dificultad que tuve para empatizar con la paciente que lo estaba pasando mal, que tenía miedo. El sueño me muestra que somos vulnerables que nos podemos morir por un asalto, por una riña y que el sentir miedo es parte de nuestra subjetividad. También aparece mi dificultad para poder ayudar a mi paciente que está sufriendo, no hago nada, permanezco en una especie de desconexión, en un estado de hipnosis, estaba impactada en alguna</p>	<p>Laura 5.1</p>

parte de mí, pero sin capacidad de reacción”.

Contenido afectivo

Impacto emocional

Amplificaciones

Negro

“el negro es primordial en muchos tipos de transformación [...] ese alejamiento o introspección, o incluso una oscura noche del alma, la luminosa oscuridad del entendimiento de uno mismo.” “Los alquimistas no pensaban que la *nigredo* fuera causa de pesar sino alegría, expresaba la conjunción con el ilimitado y exuberante potencial de la psique en el que podría concebirse el dorado embrión del propio si-mismo.” (Archive for Research in Archetypal Symbolism ARAS, s/f, p.658)

Agujero

“Símbolo de la abertura a lo desconocido: «lo que desemboca al otro lado (más allá, con respecto a lo concreto) o lo que desemboca en lo escondido (más allá, con respecto a lo aparente...). En el plano de lo imaginario, el agujero es más rico de significación que el simple vacío: está preñado de todas las potencialidades de aquello que lo llenaría o de aquello que pasaría por su abertura; es como la espera o la repentina revelación de una presencia. [...] Hay entre él y el vacío la misma diferencia que entre la privación y la nada. Esta distinción es tan verdadera que el agujero aparece como el símbolo de todas las virtualidades. El agujero posee así una doble significación inmanentista y trascendental, abre el interior al exterior, y abre el exterior a lo otro.”(Chevalier, Gheerbrant, 1986, p.65)

Herida

“La herida es una laceración o brecha en el cuerpo físico en el tejido psíquico. Sea del tipo que sea, es un trauma. [...] En términos míticos. En latín herida es *vulnus*: representa cortes, perforaciones, rasgones, grietas y desgracias; visible e invisible, revela y expone nuestras vulnerabilidades. En términos míticos la herida como abertura es también la puerta a la transformación potencial, y una ventana a la historia condensada. [...] Las heridas son las aberturas por donde las energías ambivalentes de las estructuras profundas salen a la

superficie de la consciencia; en caso contrario, llenan la personalidad de amargura y desesperación.[...]No hay que descuidar ni hacer caso omiso de la herida, sino que hay que examinarla, evaluarla, prestarle atención, limpiarla y tal vez coserla o sonarla con cuidado. Las heridas están expuestas a la infección, y pueden supurar y envenenar el organismo.” (Archive for Research in Archetypal Symbolism ARAS, s/f, p.734)

#### Sangre

“La sangre simboliza todos los valores solidarios del fuego, del calor y de la vida, que se emparentan con el sol. A estos valores se les asocia todo lo que es bello, noble, generoso y elevado. Participa también de la simbólica general del rojo. La sangre se considera universalmente como el vehículo de la vida. La sangre es la vida, se dice a la manera bíblica. A veces se la toma incluso como el principio de la generación.” (Chevalier, Gheerbrant, 1986, p.910)

“Al latir con paradojas, la sangre evoca el precioso valor de la vida siempre y cuando siga contenida en nuestros cuerpos, pero cuando se escapa en ardientes y rojos borbotones, se congela en un sombrío e inolvidable símbolo de la muerte.” (Archive for Research in Archetypal Symbolism ARAS, s/f, p .396)

#### Rojo

“El rojo es el color de la vida. En el fondo, representa la relación humana con la sangre y el fuego. Para el pensamiento primitivo la sangre era la vida; cuando esta abandonaba el cuerpo, se llevaba la vida consigo. Al mismo tiempo, el rojo flujo de sangre era una señal de peligro. [...]”. (Archive for Research in Archetypal Symbolism ARAS, s/f, p .638)

#### Elementos junguianos destacados

Sombra

Eje ego/self

#### Proceso transferencial

Muestra que en el proceso transferencial hay elementos inconscientes no sólo para la paciente sino para la

	<p>psicoterapeuta y que en el sueño pueden evidenciarse como estos contenidos está afectando a la relación.</p>	
Desconexión afectiva	<p>Contenido onírico</p> <p>“Estás hablando casi sin respirar, como si no quisieras dejar espacio para que hablemos de lo que sientes”.</p>	Soledad 1
	<p>Asociaciones personales 1 y 2</p> <p>“Sofi tiene la tendencia a empezar las sesiones hablando mucho y dejando poco espacio para la proposición de temas a trabajar, por lo que el sueño me dio la sensación que tenía que comenzar hablando yo y proponiendo hablar de ciertas cosas que Sofi tiende a pasar por alto, como sus sentimientos más profundos. Las últimas sesiones con ella, había comenzado a existir una sensación que nos estábamos perdiendo en trivialidades en vez de ir hacia lo importante”.</p> <p>“Al realizar el protocolo pude reflexionar con más profundidad sobre cuál es el problema de fondo de Sofi y surgió una hipótesis nueva la cual no había pensado antes. Mientras escribía el sueño y pensaba ¿Qué siente Sofi? ¿De qué no está pudiendo hablar? Recordé que hace no mucho su hermana, a quién Sofi considera una segunda mamá, se fue a vivir a Barcelona. A pesar de hablar el tema pero de forma racionalizada, el duelo por su hermana no está siendo sentido.</p>	
	<p>Contenido afectivo</p> <p>Desconexión afectiva</p>	

	<p>Amplificaciones</p> <p>Respiración</p> <p>“Nuestros estados emocionales se reflejan en cambios al respirar, desde la respiración entrecortada fruto del pánico hasta los suspiros de un intenso pesar demasiado hondo para verbalizarlo.[...] El cuerpo almacena una cantidad mínima de oxígeno, por lo que respirar es crucial; la muerte es literalmente, como en la lengua inuit, “perder el aliento”. Dado que la respiración le da vigor al cuerpo, se la equipara con el alma, que, según se cree, alza el vuelo con el último hálito de vida.” (Archive for Research in Archetypal Symbolism ARAS, s/f, p .16)</p>	
	<p>Elementos junguianos destacados</p> <p>Máscara</p> <p>Sombra</p>	
	<p>Proceso transferencial</p> <p>Se muestra a la relación terapéutica la necesidad de profundizar en el proceso transferencial para abordar aquellos elementos que están más ocultos y que están produciendo malestar y sufrimiento a la paciente.</p>	
<p>Pánico</p>	<p>Contenido onírico</p> <p>“Me instalo ahí y aparece la familia de mi paciente, me comienza a cantar, como a convencer de algo, yo me empiezo a sentir muy presionada y quiero salir, pero la puerta estaba cerrada con llave, agarro una escoba y empiezo a luchar como en una especie de arte marcial, hasta que de pronto aparece mi paciente riéndose, se acerca a mí y veo en su frente que tenía un triángulo rojo con un ojo egipcio en él y siento que me están haciendo magia negra, así me despierto, gritando que me están haciendo magia negra”.</p>	<p>Laura 5.2</p>

Asociaciones personales 1 y 2

“El arte marcial, la lucha no violenta, sino más astuta por preservar mi integridad”.

“Por un lado siento que me tengo que acercar a mis aspectos más oscuros, más sombríos, que me pueden servir con mis pacientes, pero que tengo que protegerme al mismo tiempo y no exponerme, tener auto cuidado”.

Contenido afectivo

Pánico

Amplificaciones

Triángulo

“El triángulo equilátero simboliza la divinidad, la armonía y la proporción. Dado que toda generación se produce por división, el hombre corresponde a un triángulo equilátero cortado en dos, es decir a un triángulo rectángulo. [...] Además de su notoria importancia en el pitagorismo, el triángulo es alquímicamente el símbolo del fuego; lo es también del corazón.”. (Chevalier, Gheerbrant, 1986, p.1020)

Rojo

“Color de fuego y de sangre, el rojo es para muchos pueblos el primero de los colores, por ser el que está ligado más fundamentalmente a la vida... Cuando se derrama significa la muerte de la sangre y del metal en fusión. Cuando se exterioriza el rojo se vuelve peligroso como el instinto de poder si no está controlado; conduce al egoísmo, al odio, «a la pasión ciega, al amor infernal» «denota entre las virtudes espirituales el amor ardiente hacia Dios y hacia el prójimo; de las virtudes mundanas, la valentía y el furor; de los vicios, la crueldad, el homicidio y la matanza; y de las complexiones del hombre, la colérica». La sabiduría que no puede tocarse y en lo inaccesible». (Chevalier, Gheerbrant, 1986, p.p. 888-890)

Ojo

“El ojo, órgano de la percepción sensible, es naturalmente y casi universalmente símbolo de la percepción intelectual. Conviene considerar sucesivamente el ojo físico en su

función de recepción de la luz; el ojo frontal (el tercer ojo de Shiva); y por último el ojo del corazón, la luz espiritual, que reciben uno y otro”. (Chevalier, Gheerbrant, 1986, p.770)

“Es de hecho un órgano de la visión interior y por tanto una exteriorización del ojo del corazón. El tercer ojo indica la condición sobrehumana, aquella en que la clarividencia alcanza su perfección, así como, más arriba, la participación solar”. (Chevalier, Gheerbrant, 1986, p.771)

“El ojo único, sin párpados, es por otro lado símbolo de la esencia y del conocimiento divino. Inscrito en un triángulo, es en este sentido un símbolo a la vez masónico y cristiano. Aparece en la *trinacria* armenia. El caodaísmo vietnamita lo adopta tal cual, y lo considera el sello que marca la investidura celeste de los elegidos”. (Chevalier, Gheerbrant, 1986, p.771)

“Entre los egipcios el ojo Udjat (ojo afeitado) era un símbolo sagrado que se encuentra en casi todas las obras de arte, Se consideraba manantial de fluido mágico el ojo luz purificador (CHAM, 120). Conocido es el lugar del halcón en el arte y la literatura religiosa del Egipto antiguo. Ahora bien, «a los egipcios había sorprendido la extraña mancha que se observa bajo el ojo del halcón, ojo que lo ve todo y, alrededor del ojo de Horus, se desarrolla toda una simbólica de la fecundidad universal».” (Chevalier, Gheerbrant, 1986, p.772)

“El «mal de ojo» se refiere a algo muy corriente en el mundo islámico. Simboliza que alguien ha tomado poder sobre uno o sobre alguna cosa, por envidia y con mala intención. Se dice que el mal de ojo causa la muerte de media humanidad, vacía las casas y llena las tumbas.” (Chevalier, Gheerbrant, 1986, p.773)

“La visión monocular, como la de los cíclopes, o el ojo destructivo, llameante y escrutador de la diosa egipcia Sejmet, o incluso los ojos de Dios pueden representar una consciencia limitada, destructiva, envidiosa y paranoica. A su vez contra el amenazador y desastroso mal de ojo hay que defenderse-y desviar la mirada-con talismanes apotropaicos. Pero la intensa mirada del ojo único puede también representar una unidad de visión en la que el dualismo de la vista interior y exterior parece resuelto, como ocurre dentro del cerebro, donde la luz se convierte en otra forma de energía electroquímica.” (Archive for Research in Archetypal Symbolism ARAS, s/f, p.352)

	<p>Elementos junguianos destacados</p> <p>Sombra</p>	
	<p>Proceso transferencial</p> <p>Muestra a la relación terapéutica la necesidad que sea un espacio seguro, confiable porque es probable que en proceso transferencial se desplieguen elementos inconscientes que pudieran incluso generar pánico.</p>	
Establecimiento de límites	<p>Contenido onírico</p> <p>“Lucha forzada con una chica que quiere entrar en ese espacio y robarle”.</p>	Olympia 2.1
	<p>Asociación personal 1 y 2</p> <p>“La sensación de pelear para instalar límites claros de resguardo”.</p> <p>“La necesidad de resguardar mis límites para poder garantizar mi bienestar, el poder administrar mis recursos de forma estable, auto regulada. Todo esto como una responsabilidad de mi trabajo personal y profesional. A pesar de la dificultad en la que en ocasiones me puedo ver obligada a estar, la posibilidad de tener los recursos para lidiar con todo lo difícil que acá acontece”.</p>	
	<p>Contenido afectivo</p> <p>Rabia</p>	
	<p>Amplificaciones</p> <p>Lucha</p> <p>“Captación de poderes, vencedor acrecentado en fuerzas” (Chevalier, Gheerbrant, 1986, p.658)</p>	



	<p>Elementos junguianos destacados</p> <p>Complejo paterno</p>	
	<p>Proceso transferencial</p> <p>Necesidad de establecer límites en la relación terapéutica.</p>	
<p>Preservación integridad psicofísica.</p>	<p>Contenido onírico</p> <p>“(…) toma una escoba y empieza a luchar en una especie de arte marcial”.</p> <hr/> <p>Asociaciones personales 1 y 2</p> <p>“la sensación de exposición, de tirarme a los leones, donde no hay nada que pueda salvarte, aparece la desconfianza en los otros, en el medio ambiente. La familia de mi paciente convenciéndome, la sensación que eran evangélicos y me querían evangelizar y yo negándome a entrar como en esa secta, la necesidad de preservar mi integridad”.</p> <hr/> <p>Contenido afectivo</p> <p>Sentimientos de sobrevivencia, de ataque o huida.</p> <hr/> <p>Amplificaciones</p> <p>Escoba</p> <p>“Humilde instrumento doméstico a primera vista, la escoba no por ello deja de ser, signo y símbolo de potencia sagrada. En los templos y santuarios antiguos, el barrido es un servicio de culto. Se trata de quitar del suelo todos los elementos exteriores que lo ensucian y eso solamente pueden hacerlo unas manos puras.”[...] Las escobas que ahuyentan el polvo podrían también, en efecto, contrariar y ahuyentar a los huéspedes invisibles o a los genios protectores del hogar. [...] Pero cuando la escoba invierte su papel protector se convierte en instrumento maléfico y así montadas en el palo de la</p>	<p>Laura 5.2</p>

	<p>escoba las brujas de todos los países salen por las chimeneas. Símbolo fálico tal vez, pero también y sobre todo símbolo de los poderes que la escoba debería haber vencido, pero que se agarran a ella y consigo la arrastran.” (Chevalier, Gheerbrant, 1986, p.462)</p>	
	<p>Elementos junguianos destacados</p> <p>Sombra</p>	
	<p>Proceso transferencial</p> <p>Muestra la necesidad que la relación terapéutica tiene que el proceso transferencial sea cuidado y donde se preserve la integridad psicofísica de la díada terapéutica.</p>	
Autonomía	<p>Contenido onírico</p> <p>“pero lo latente en mi decisión, era que ese no era mi proyecto, en el sueño yo necesitaba implicarme en el proyecto de tener un espacio, mi casa, veía que ella tenía la de ella, ella ya lo tenía resuelto eso y yo no”.</p>	Olympia 2.2
	<p>Asociaciones personales 1 y 2</p> <p>“La conexión con mis proyectos personales. El poner un límite con el otro que me permita desarrollarlos. La idea de que en ocasiones el otro entra en mi espacio y se me hace difícil establecer los límites para no sentirme invadida y/ o que no interfiera en la realización de mis proyectos. Poner límites claros e importantes en relación a mi proyecto, mi espacio y el del otro”.</p>	
	<p>Contenido afectivo</p> <p>Sentimientos de autonomía</p>	
	<p>Amplificaciones</p> <p>No se amplifica</p>	

	<p>Elementos junguianos destacados</p> <p>Complejo paterno</p> <p>Proceso transferencial</p> <p>Muestra a la relación terapéutica la necesidad que en la relación se mantenga la autonomía de la díada. Que se mantengan los límites adecuados en la relación terapéutica de manera que esto no interfiera en el proceso terapéutico y en el avance de psicoterapia, si así sucede, la importancia que sea trabajado en el proceso transferencial.</p>	
<p>Agresividad</p>	<p>Contenido onírico</p> <p>“En el bajo vientre había un hoyo gigantesco, como si le hubieran disparado con una tremenda escopeta”.</p> <p>Asociaciones personales 1 y 2</p> <p>“somos vulnerables nos podemos morir por un asalto, por una riña y que el sentir miedo es parte de nuestra subjetividad”.</p> <p>Contenido afectivo</p> <p>Agresividad</p> <p>Amplificaciones</p> <p>Arma de fuego (Escopeta)</p> <p>“El arma es el oponente del monstruo, que a su vez se convierte en monstruo. Forjada para luchar contra el enemigo, puede ser desviada de su objetivo y servir para dominar al amigo, o simplemente al otro. [...] En toda hipótesis, el arma materializa la voluntad dirigida hacia un objetivo. Los sueños de armas son reveladores de conflictos interiores.”(Chevalier, Gheerbrant, 1986, p.p.139-140)</p> <p>“En nuestros sueños y fantasías, el arma de fuego concentra nuestro miedo de un si-mismo desconocido o canaliza la agresión de violentos complejos que amenazan con</p>	<p>Laura 5.1</p>

	<p>aniquilar nuestras defensas, pero también fortalece la capacidad del yo para dominar y frenar la constante amenaza del delito. Como muestran las noticias, los homicidios, suicidios y asesinatos cada vez proyectan más sombras sobre las demás funciones del arma y eclipsan la maestría inventiva que la convirtió en muchos casos en objeto de coleccionista.” (Archive for Research in Archetypal Symbolism ARAS, s/f, p .498)</p>	
	<p>Elementos junguianos destacados</p> <p>Sombra</p>	
	<p>Proceso transferencial</p> <p>Muestra en la relación terapéutica impactos, conflictos que están muy inconscientes en el proceso transferencial.</p>	
Desorientación	<p>Contenido onírico</p> <p>“Encuentro intermitente con la hija, intentando salir. Intentos frustrados de salir de aquel lugar. Caída en el suelo. En el suelo estar como un animalito en 4 patas”.</p>	Olympia 2.1
	<p>Asociaciones personales 1 y 2</p> <p>“Especie de extravío de mí misma, en situaciones que me son difíciles de manejar”.</p>	
	<p>Contenido afectivo</p> <p>Desorientación</p>	
	<p>Amplificaciones</p> <p>Caída</p> <p>“Todo en este mundo está sujeto a la severa ley de la gravedad y, por lo tanto, a caer. [...]La caída no es algo que uno busque. Cuando caemos, perdemos el control y nos vemos catapultados a un nuevo estado.”(Archive for</p>	

	<p>Research in Archetypal Symbolism ARAS, s/f, p.434)</p> <p>“Caemos cuando nos alejamos de la tierra, cuando estamos en las nubes y cuando renunciamos a nuestro estado humano natural. Subir demasiado es peligroso. Empezamos a creer que somos más de lo que realmente somos: más especiales, más sabios, más poderosos, más importantes. Ahí es donde acecha el peligro de la caída.”(Archive for Research in Archetypal Symbolism ARAS, s/f, p.434)</p> <p>Elementos junguianos destacados</p> <p>Eje ego/self</p> <p>Proceso transferencial</p> <p>Necesidad de mantenerse conectada con su centro, con su self en procesos transferenciales que son más complejos.</p>	
Oscuridad	<p>Contenido onírico</p> <p>“La sensación que tuve en el sueño es de estar como en un laberinto, sé que era mi trabajo y tenía que pasar por muchos lugares, abrir y cerrar consultas, na consulta me llevaba a la otra consulta. Me sentía oprimida, el lugar era oscuro, como sin escapatoria”.</p> <p>Asociaciones personales 1 y 2</p> <p>“El laberinto pienso que tiene que ver con la sensación de sin salida que probablemente me genera la paciente, porque es un a paciente que tiene dificultades de comprensión, entonces siento que me siento atrapada con ella, en la situación. Lo mismo la sensación de sin escapatoria, de sentirme oprimida. La oscuridad, también algo que no me está dejando ver cómo ayudar a la paciente”.</p>	Laura 5.2

### Contenido afectivo

Sensación de no tener salida, de estar oprimida, sin escapatoria.

### Amplificaciones

#### Laberinto

“El laberinto simboliza “el objetivo psicoterapéutico de avanzar a tientas por el sufrimiento, la oscuridad y la confusión; de construir una mayor capacidad de *insight* y perspectiva, expandiendo así la personalidad.” (Archive for Research in Archetypal Symbolism ARAS, s/f, p.714)

“Su asociación con la caverna muestra que el laberinto debe permitir a la vez el acceso al centro por una especie de viaje iniciático, y prohibirlo a quienes no están cualificados. En tal sentido se ha querido allegar el laberinto con el *mandala*, que a veces entraña un aspecto laberíntico. Se trata pues de una figuración de pruebas iniciáticas discriminatorias, previas a la andadura hacia el centro escondido”. (Chevalier, Gheerbrant, 1986, p.620)

“Símbolo de un sistema de defensa, el laberinto anuncia la presencia de algo precioso o sagrado. Puede tener función militar para la defensa de un territorio, una aldea, una ciudad, una tumba o un tesoro: no permite el acceso más que a quienes conocen los planos, a los iniciados. Tiene la función religiosa de defender contra los asaltos del mal: éste no es solamente el demonio, sino también el intruso, aquel que está presto a violar los secretos, lo sagrado, la intimidad de las relaciones con lo divino. El centro que protege el laberinto está reservado al iniciado, aquel que a través de las pruebas de iniciación (los rodeos del laberinto) se ha mostrado digno de acceder a la revelación misteriosa. Una vez alcanza el centro, está como consagrado; introducido en los arcanos, está vinculado por el secreto”. (Chevalier, Gheerbrant, 1986, p.621)

“El laberinto conduce también al interior de sí mismo, hacia una suerte de santuario interior y oculto donde reside lo más misterioso de la persona humana. Pensamos aquí en la *mens*, templo del Espíritu Santo en el alma que se halla en estado de gracia, o también en las profundidades de lo inconsciente. Una y otro no pueden ser alcanzados por la conciencia sino

tras largos rodeos o una intensa concentración hasta esa intuición final donde todo se simplifica por una especie de iluminación. Allí, en esa cripta se vuelve a encontrar la perdida unidad del ser que estaba disperso en la multitud de los deseos.” (Chevalier, Gheerbrant, 1986, p.p.621-622)

### Oscuridad

“A lo largo de nuestras vidas, en los diarios ritmos circadianos del sueño y de la vigilia, el proceso creativo del juego y de la invención, el pensamiento a la espera de salir de las profundidades del inconsciente o durante los períodos de introversión, cuando se sosiega el encanto del mundo exterior y lo transpersonal se encuentra en el horizonte de la consciencia –nosotros, como los gatos, salimos de la oscuridad y volvemos a entrar en ella una y otra vez. La oscuridad es nuestra primera realidad, el amenazador enigma de nuestro devenir. [...] La definición más sencilla de la oscuridad es como ausencia de luz y nuestra vivencia de una de ellas en un principio puede tomar forma como el anverso de nuestra experiencia de la otra. Pensamos en la luz, por ejemplo, como algo que aclara y define. El mundo nace al amanecer. [...] la oscuridad está quieta, aguarda y es opaca. [...] la oscuridad extingue, eclipsa y deglute. La oscuridad es el túnel, el abismo, el estómago, la ciudad durante un apagón, el armario cerrado, o la cucaracha que corre sobre la encimera antes de que se encienda la luz de la cocina. Como ausencia, la oscuridad atrae las proyecciones humanas de la deficiencia moral o mental, que suelen traducirse en términos de pecado o maldad. [...]La alquimia relaciona las imágenes de la oscuridad con la nigredo (la fase en la que el yo se confronta no solo con el peso de su terrenidad y sus posibilidades anuladas, sino también con su capacidad para el mal). [...]En el proceso la oscuridad se convertirá en la misteriosa y conocida fuente de transformación e inspiración, crecimiento y curación a la que volvemos agradecidos una y otra vez. (Archive for Research in Archetypal Symbolism ARAS, s/f, p.102)

### Elementos junguianos destacados

Sombra

Eje ego/self

	<p>Proceso transferencial</p> <p>En la relación terapéutica sensación de estar en un estado de confusión, de poca claridad, necesidad de conectarse con el self para ir esclareciendo los distintos contenidos transferenciales en la relación.</p>	
Falta de pertenencia	<p>Contenido onírico</p> <p>“buscando a mi hija, es una especie de páramo”.</p> <p>Asociaciones personales 1 y 2</p> <p>“De estar en peligro por estar en un espacio que no es mío, por estar en un territorio desconocido, en el que me veo forzada a estar”.</p> <p>Contenido afectivo</p> <p>Sentimiento de no pertenecer</p> <p>Amplificaciones</p> <p>Páramo (Desierto)</p> <p>“Como paisaje psíquico, el desierto suele ejemplificar prolongados períodos de enajenación, sequía espiritual y tedio creativo, desorientación y agotamiento, y también mortificación, purificación redención e iniciación. [...] el desierto era un espacio de transición para vagar, exiliarse, ponerse a prueba, y esperar el porvenir.”(Archive for Research in Archetypal Symbolism ARAS, s/f, p.116)</p> <p>“Ya sea el desierto físico o el imaginal, algunos de los que se aventuran en él tienen suerte. Uno puede morir en el desierto a causa de la agotadora intensidad del calor, el frío o las escaseces. Pero aun siendo un lugar adverso, también es un punto de encuentro.”(Archive for Research in Archetypal Symbolism ARAS, s/f, p.116)</p> <p>Elementos junguianos destacados</p> <p>Sombra</p> <p>Eje ego/self</p>	Olympia 2.1



	<p>Proceso transferencial</p> <p>Muestra a la relación terapéutica, la importancia que el espacio terapéutico sea un lugar de pertenencia, un lugar conocido, que se pueda predecir y al mismo tiempo buscar, tanto para la paciente como para la psicoterapeuta.</p>	
Acogida	<p>Contenido onírico</p> <p>“En el comedor de la casa preocupada de ir acogiendo a los invitados”.</p> <hr/> <p>Asociaciones personales 1 y 2</p> <p>“Es que el contexto familiar, distendido y la atmósfera del sueño, se contraponen de alguna manera con la sensación provocada después del impasse, puesto que me quedé preocupada por ella, con la sensación de haber realizado una intervención demasiado directiva que la hizo sentir poco acogida”.</p> <hr/> <p>Contenido afectivo</p> <p>Sentimientos de acogida, de cercanía entre las personas.</p> <hr/> <p>Amplificaciones</p> <p>Comedor (Mesa)</p> <p>“La mesa es un medio potencial para la animación, para reunir compañía y relacionarse, ya sea en la armonía o en la discordia. Las comidas familiares alrededor de la mesa evocan la realidad con la pretensión de una vida familiar cohesionada que se extiende al uso ritual sacramental de la mesa.” (Archive for Research in Archetypal Symbolism ARAS, s/f, p.584)</p>	Susana 3

	<p>Elementos junguianos destacados</p> <p>Complejo materno</p> <hr/> <p>Proceso transferencial</p> <p>Necesidad que la relación terapéutica fluya en un ambiente de seguridad emocional y afectividad para que la paciente pueda sentirse acogida para desplegar sus contenidos más inconscientes y pueda avanzar en el proceso psicoterapéutico.</p>	
Sensibilidad	<p>Contenido onírico</p> <p>“Muchas gracias por decírmelo, necesitaba que alguien me lo dijera”.</p> <hr/> <p>Asociaciones personales 1 y 2</p> <p>“La idea de un sueño afirmativo sobre la sensación post sesión en que sentí que era importante una intervención respecto a estos “síntomas” con los que Sofi llegó. Luego del sueño, me dije: tengo que decírselo en la próxima sesión, no puedo dejarlo pasar. Sofi tiene la tendencia a empezar las sesiones hablando mucho y dejando poco espacio para la proposición de temas a trabajar, por lo que el sueño me dio la sensación que tenía que comenzar hablando yo y proponiendo hablar de ciertas cosas que Sofi tiende a pasar por alto, como sus sentimientos más profundos. Las últimas sesiones con ella, había comenzado a existir una sensación que nos estábamos perdiendo en trivialidades en vez de ir hacia lo importante. Creo que el sueño me ayudó a ver ese “necesito ir “, que de algún modo tenía que ver con</p>	Soledad 1

	<p>mostrarme sus defensas, aquellas que no le estaban permitiendo conectarse con lo que realmente está pasando”.</p>	
	<p>Contenido afectivo</p> <p>Sentimiento alivio</p>	
	<p>Amplificaciones</p> <p>No se amplifica</p>	
	<p>Elementos junguianos</p> <p>Sombra</p>	
	<p>Proceso transferencial</p> <p>Necesidad que la relación terapéutica sea un espacio de encuentro sensible y que se puedan expresar temas, explicitando situaciones.</p>	
Calma y seguridad.	<p>Contenido onírico</p> <p>“Es una amiga importante para mí un lugar calmo seguro. Estamos en su casa que también es un espacio tranquilo, en el que me agrada estar. Hay una mecedora”.</p>	Olympia 2.2
	<p>Asociaciones personales 1</p> <p>“Hay una mecedora, a mí me gusta ese objeto, me traslada a mi primera infancia”.</p>	
	<p>Contenido afectivo</p> <p>Calma y seguridad</p>	

	<p>Amplificaciones</p> <p>Silla/ Trono ( Mecedora)</p> <p>“El trono y su versión más humilde, la silla, evocan de manera figurada cómo estamos sentados en la vida y en un sentido amplio, qué o quién queda “entronizado” como principio regidor. [...] Un asiento que trasciende lo personal, más importante que el yo, un regazo que abarca lo consciente y lo que trasciende la conciencia. Aquí, el trono representa no sólo el asiento de la unidad cósmica que combina las formas masculina y femenina, sino también la unicidad potencial que alberga el individuo.” (Archive for Research in Archetypal Symbolism ARAS, s/f, p .586)</p> <p>Elementos junguianos destacados</p> <p>Eje ego/self</p> <p>Proceso transferencial</p> <p>Importancia que la relación terapéutica sea un lugar calmo, que de tranquilidad y seguridad para desplegar el proceso transferencial.</p>	
Confianza	<p>Contenido onírico</p> <p>“estaba haciendo una clase casi echado en el piso en una esquina al lado de una puerta y a los 2 lados de la puerta había unos mastines, echados también, muy tranquilos, como guardianes de Felipe, hablaban, me decían algo, pero no recuerdo que era exactamente, pero me tranquilizaban”.</p> <p>Asociaciones personales 1</p> <p>“Los mastines (siento que son símbolos arquetípicos) los relaciono con sabiduría, con calma, con esperanza, es como a pesar de esta sensación de encierro, de oscuridad, hay salida, hay esperanza, como si me dijera</p>	Laura 5.2

entra en tu sombra, esa es la única salida”.
<p>Contenido afectivo</p> <p>Confianza</p>
<p>Amplificaciones</p> <p>Perro (Mastines)</p> <p>“La primera función mítica del perro, universalmente aceptada, es la de psicopompo, guía del hombre en la noche de la muerte, tras haber sido su compañero en el día de la vida. Desde Anubis a Cerbero, pasando por Thot, Hécate y Hermes, el perro ha prestado su figura a todos los grandes guías de las almas, a todos los jalones de nuestra historia cultural occidental. Pero hay perros en el universo entero, y en todas las culturas reaparece con variantes que no hacen sino enriquecer este primitivo simbolismo. Si bien el perro visita los infiernos, es también a menudo su guardián, o presta el semblante a sus amos; además de los ya citados, se podrían aportar innumerables ejemplos”. (Chevalier, Gheerbrant, 1986, p.p. 816-817)</p> <p>Guardianes de las puertas</p> <p>“Las puertas de los templos están provistas a menudo de guardianes feroces (animales fabulosos, <i>dvarapala</i> en los templos del Asia, e incluso en los <i>mandala</i> tántricos, guardias armados en las logias de las sociedades secretas). Se trata a la vez de impedir la entrada al recinto sagrado a las fuerzas impuras, maléficas, y de proteger el acceso de los aspirantes que son dignos de ella. El simbolismo de los guardianes concierne manifiestamente a la iniciación (entrada).” (Chevalier, Gheerbrant, 1986, p.p. 855-856)</p>
<p>Elementos junguianos destacados</p> <p>Eje ego/self</p> <p>Arquetipo</p>
<p>Proceso transferencial</p> <p>Necesidad que la relación terapéutica sea un espacio seguro, donde se pueda establecer un proceso</p>

	transferencial confiable.	
Abertura	<p>Contenido onírico</p> <p>“Iba relativamente cerca del conductor y mirando por la ventana hacia adelante (...) miro hacia esa vereda y observo a un muchacho caído y lo que más llama mi atención es que en el bajo vientre había un hoyo gigantesco (...). Me quedo mirando ese orificio que sangraba, la sensación es que el muchacho se estaba desangrando, pero yo no me movía, no hacía nada, sólo me quedaba impactada con esa tremenda abertura negra, estaba imantada como hacia ese lugar.”</p> <p>Asociaciones personales 1 y 2</p> <p>“Relaciono el sueño con la dificultad que tuve para empatizar con la paciente que lo estaba pasando mal, que tenía miedo”.</p> <p>“Al hacer el protocolo me doy cuenta que la fecha del sueño coincide con la muerte de Stephen Hawking (14 de marzo), siento que la investigación que realizó respecto a los hoyos negros, justo coincide con la imagen del sueño, pienso que es un tema más arquetípico, que no sólo está relacionado con un tema personal mío respecto a mi paciente y la sesión de impasse, sino que también hay algo más universal”.</p> <p>Elementos junguianos destacados</p> <p>Eje ego/ self</p> <p>Arquetipo</p>	Laura 5.1

	<p>Proceso transferencial</p> <p>La posibilidad de tener una mayor abertura en la relación terapéutica, de abrirse a una mayor visión entre el mundo interior y exterior, donde la psique puede integrar a la consciencia contenidos inconscientes.</p>	
Claridad	<p>Contenido onírico</p> <p>“(…) entre ellos veo a mi paciente participando entre los invitados de la celebración, aunque yo en el mismo sueño tenía consciencia ella era mi paciente y no mi familiar, no cuestionaba su presencia en mi casa.”</p> <p>Asociaciones personales 1 y 2</p> <p>“Mi asociación personal principal es que el contexto familiar, distendido y la atmósfera del sueño, se contraponen de alguna manera con la sensación provocada después del impasse, puesto que me quedé preocupada por ella, con la sensación de haber realizado una intervención demasiado directiva”.</p> <p>“Al realizar el protocolo de auto reporte pude descubrir que parte de mi motivación inconsciente revelada en el sueño podría tener que ver con mi necesidad y por qué no decirlo, desde lo intersubjetivo, la de ella también , de incorporarla en algún punto , a mi ambiente familiar , en el que si lo analizo a mi sentir , es un ambiente más cercano, donde prima por lo general una conversación ,más espontánea, distendida, cargada de energía, que incluye discusiones de por medio, intensas en ocasiones, como la de la “típica familia italiana”, todo esto como</p>	Susana 3

	<p>una forma de sacarla de su padecer por la distancia surgida física y emocional entre su padre y su hermano”.</p>	
	<p>Contenido afectivo</p> <p>Apertura</p>	
	<p>Amplificaciones</p> <p>No se amplifica</p>	
	<p>Elementos junguianos destacados</p> <p>Eje ego/self</p>	
	<p>Proceso transferencial</p> <p>La importancia que la psicoterapeuta tenga una actitud atenta y lúcida a los procesos conscientes e inconscientes para permitir la posibilidad de apertura que requiere el proceso psicoterapéutico.</p>	
Develar	<p>Contenido onírico</p> <p>“Sueño que estoy con la paciente en un espacio vacío, no hay nada alrededor, la escena ocurre sobre un fondo negro, como un telón de teatro, no hay mucha luz, no hay más elementos que ella y yo”.</p> <p>Asociaciones personales 1 y 2</p> <p>“La idea de un sueño afirmativo sobre la sensación post sesión en que sentí que era importante una intervención respecto a estos “síntomas” con los que Sofi llegó.</p>	Soledad 1



Luego del sueño, me dije: tengo que decírselo en la próxima sesión, no puedo dejarlo pasar”.

“Quizá solo comentar que en la sesión siguiente, de algún modo se reprodujo la escena del sueño, donde le dije a la Sofi algo parecido a lo que le dije en el sueño. Fue la primera vez que Sofi lloró en sesión desde que la atiendo (casi 1 año). Varios temas salieron a la luz, dentro de ellos, Sofi reconoció estar extrañando mucho a su hermana”.

#### Amplificaciones

##### Negro

“el negro es primordial en muchos tipos de transformación [...] ese alejamiento o introspección, o incluso una oscura noche del alma, la luminosa oscuridad del entendimiento de uno mismo.” “Los alquimistas no pensaban que la *nigredo* fuera causa de pesar sino alegría, expresaba la conjunción con el ilimitado y exuberante potencial de la psique en el que podría concebirse el dorado embrión del propio si-mismo.” (Archive for Research in Archetypal Symbolism ARAS, s/f, p.658)

“La «sombra» de Jung, la diabólica serpiente dragón de las mitologías, que es necesario vencer en uno mismo para asegurar la propia metamorfosis, pero que nos traiciona a cada instante. [...] Este negro, asociado al mal y a lo inconsciente se vuelve a encontrar en expresiones tales como: tramar negros deseos, la negrura de su alma, una novela negra. En cuanto a estar negro, es precisamente encontrarse en la inconsciencia de la embriaguez. Y, si nuestras torpezas o nuestros celos se proyectan sobre alguien, éste se vuelve nuestra bestia negra.”(Chevalier, Gheerbrant, 1986, p. 750)

##### Oscuridad

“A lo largo de nuestras vidas en los diarios ritmos circadianos del sueño y de la vigilia, el proceso creativo del juego y de la invención, el pensamiento a la espera de salir de las profundidades del inconsciente o durante los períodos de introversión, cuando se sosiega el encanto del mundo exterior y lo transpersonal se encuentra en el horizonte de la

consciencia –nosotros, como los gatos, salimos de la oscuridad y volvemos a entrar en ella una y otra vez. La oscuridad es nuestra primera realidad, el amenazador enigma de nuestro devenir. [...] La definición más sencilla de la oscuridad es como ausencia de luz y nuestra vivencia de una de ellas en un principio puede tomar forma como el anverso de nuestra experiencia de la otra. Pensamos en la luz, por ejemplo, como algo que aclara y define. El mundo nace al amanecer. [...] la oscuridad está quieta, aguarda y es opaca. [...] la oscuridad extingue, eclipsa y deglute. La oscuridad es el túnel, el abismo, el estómago, la ciudad durante un apagón, el armario cerrado, o la cucaracha que corre sobre la encimera antes de que se encienda la luz de la cocina. [...] Como ausencia, la oscuridad atrae las proyecciones humanas de la deficiencia moral o mental, que suelen traducirse en términos de pecado o maldad. [...] La alquimia relaciona las imágenes de la oscuridad con la nigredo (la fase en la que el yo se confronta no solo con el peso de su terrenidad y sus posibilidades anuladas, sino también con su capacidad para el mal). Principalmente, la oscuridad es el recinto de la iniciación. En el bosque encantado, la cueva del chamán, el negro estanque o el pozo, el teatro oscuro...Pero si uno entra en la oscuridad y soporta su envolvimiento, si uno actúa como los gatos y aprende a ver y a oír con agudeza en sus huecos, la oscuridad mostrará poco a poco los tesoros que esconde. En el proceso la oscuridad se convertirá en la misteriosa y conocida fuente de transformación e inspiración, crecimiento y curación a la que volvemos agradecidos una y otra vez. (Archive for Research in Archetypal Symbolism ARAS, s/f, p.102)

#### Telón de teatro

“Pero la propia expresión de las pasiones y el desarrollo de las situaciones lo liberan de lo que permanecía encerrado en él: se produce el fenómeno bien conocido de la *catharsis*. El espectador es purgado, purificado de aquello que lo esclavizaba. El teatro contribuye así a desanudar complejos. Este efecto se acrecienta en la medida en que el espectador desempeña el papel de actor y se implica en una situación dramática imaginaria.”(Chevalier, Gheerbrant, 1986, p.981)

“El propio fenómeno de la *catarsis*, reposa en una transposición simbólica de la situación realmente vivida por un sujeto, pero inexpresada y a menudo inconsciente, al nivel de una situación imaginaria, donde los frenos ya no tienen las mismas razones para funcionar, donde la espontaneidad se da libre curso, y donde en consecuencia lo inconsciente poco a poco se desvela y el complejo se resuelve. Si el símbolo

desempeña plenamente su papel inductor se opera una especie de liberación ( <i>catharsis</i> ) y algo de las profundidades de lo inconsciente puede acceder a la luz de la expresión.”(Chevalier, Gheerbrant, 1986, p.982)
Elementos junguianos destacados  Sombra  Máscara
Proceso transferencial  Que la relación terapéutica permita el reconocimiento de la sombra, la desidentificación con la máscara y un acercamiento al sí mismo.

## 5.2 Levantamiento de categorías

A partir de la distinción de las unidades de análisis, se procede a agruparlas, se levantan las siguientes categorías emergentes y se realiza su definición:

Unidades de análisis temáticas	Categoría	Definición
1.- Sensación de peligro 2.-Estado de precariedad y/o carencia 3.-Sensación de abuso emocional y/o físico 4.-Pérdida de posición 5.-Ansiedad 6.-Desconexión afectiva	Vulnerabilidad	La vulnerabilidad se configura como un estado o condición de estar en riesgo tanto para la paciente como para la psicoterapeuta. Se manifiesta una clara sensación de peligro, estado de precariedad y/o carencia, sensación de abuso tanto emocional como físico, una pérdida de lugar o posición, y en el espectro de lo afectivo se evidencian distintos tipo de

<p>7.-Pánico</p> <p>8.-Trauma emocional</p>		<p>experiencias emocionales como por ejemplo: desconexión afectiva, ansiedad, pánico y trauma emocional.</p> <p>“Estoy en un barrio peligroso (...). Ella quiere robarme. Y se encontraba o quería encontrarse, si yo la dejaba entrar, con un chico que iba a entrar por el patio a robarme, ambos eran flaites”.</p> <p>“(...) el proyecto de tener un espacio, mi casa, veía que ella tenía la de ella, ya lo tenía resuelto eso y yo no”.</p> <p>“Siento que aparece la vulnerabilidad de aquella persona abatida, yo tengo dificultad con mi propia vulnerabilidad, generalmente estoy en el polo de la fortaleza y me contacto poco con mi ser más sensible. En ese contexto relaciono el sueño con la dificultad que tuve para empatizar con la paciente que lo estaba pasando mal, que tenía miedo. El sueño me muestra que somos vulnerables que nos podemos morir por un asalto, por una riña y que el sentir miedo es parte de nuestra subjetividad”.</p>
---	--	--

<p>1.-Límites</p> <p>2.-Preservación integridad psicofísica</p> <p>3.-Autonomía</p> <p>4.-Agresividad</p>	<p>Empoderamiento</p>	<p>El empoderamiento se configura como la necesidad de establecer límites adecuados en la relación terapéutica que favorezcan el respeto, la integridad y la autonomía tanto del paciente como del psicoterapeuta. La importancia del establecimiento del complejo paterno en la relación terapéutica.</p> <p>“Lucha forzada con una chica que quiere entrar en ese espacio y robarme”.</p> <p>“El arte marcial, la lucha no violenta, sino más astuta por preservar mi integridad”.</p> <p>“pero lo latente en mi decisión, era que ese no era mi proyecto, en el sueño yo necesitaba implicarme en el proyecto de tener un espacio, mi casa, veía que ella tenía la de ella, ella ya lo tenía resuelto y yo no”.</p>
<p>1.-Desorientación</p> <p>2.-Oscuridad</p> <p>3.-Desconocimiento</p>	<p>Confusión</p>	<p>La confusión se configura como un estado en que en la relación terapéutica hay poca claridad e incluso hay oscuridad, puede existir una falta de consciencia y primar elementos que provienen más bien del inconsciente,</p>

		<p>puede existir la sensación de desconocimiento o estar francamente desorientado frente al proceso psicoterapéutico.</p> <p>“Especie de extravío de mí misma, en situaciones que me son difíciles de manejar”.</p> <p>“La sensación que tuve en el sueño es de estar como en un laberinto, sé que era mi trabajo y tenía que pasar por muchos lugares, abrir y cerrar consultas, na consulta me llevaba a la otra consulta. Me sentía oprimida, el lugar era oscuro, como sin escapatoria”.</p>
<p>1.-Acogida</p> <p>2.-Sensibilidad</p> <p>3.-Calma y seguridad</p> <p>4.-Confianza</p>	<p>Afectividad</p>	<p>La afectividad se configura como una condición necesaria para el establecimiento de una relación terapéutica. Las características que más sobresalen tienen que ver con acoger al paciente, ser sensible y empático, un espacio terapéutico en donde se propicie la calma y tranquilidad para el abordaje de las distintas temáticas, una relación que de confianza y seguridad al paciente de manera que pueda desplegar sus aspectos conscientes e inconscientes</p>

		<p>sin tanto temor. La importancia del establecimiento del complejo materno en la relación terapéutica.</p> <p>“En el comedor de la casa preocupada de ir acogiendo a los invitados”.</p> <p>“Es una amiga importante para mí un lugar calmo seguro. Estamos en su casa que también es un espacio tranquilo, en el que me agrada estar. Hay una mecedora”.</p> <p>“Muchas gracias por decírmelo, necesitaba que alguien me lo dijera”.</p>
<p>1.- Abertura</p> <p>2.- Claridad</p> <p>3.-Develar</p>	<p>Consciencia</p>	<p>La consciencia se configura como un estado donde aparece la necesidad de la psique de abrir un puente entre la inconsciencia y la consciencia. La posibilidad que el contenido que está en la sombra se vaya esclareciendo al ir integrándose a la consciencia. Está conformada por: abertura, claridad y develar.</p>

### 5.3 Análisis de las categorías

El análisis de categorías aborda sólo algunas unidades de análisis temáticas, aquellas que fueron más significativas para la investigación, así también, se selecciona lo más significativo de las amplificaciones para este contexto, los textos completos se encuentran en el levantamiento de las unidades de análisis.

### 5.3.1 Vulnerabilidad

La vulnerabilidad se configura como un estado o condición de estar en riesgo tanto para la paciente como para la psicoterapeuta. Aparece de distinta manera en cuatro de los siete sueños de las psicoterapeutas. El contenido onírico de la serie de Olympia (2.1) manifiesta claramente que la psicoterapeuta tiene la sensación de estar en un lugar peligroso: “Estoy en un barrio peligroso (...). Ella quiere robarme. Y se encontraba o quería encontrarse, si yo la dejaba entrar, con un chico que iba a entrar por el patio a robarme, ambos eran flaites”.

La asociación personal de la psicoterapeuta: “La idea y vivencia de estar en peligro, por estar en un espacio que no es mío”. La amplificación del contenido onírico muestra que los ladrones nos pueden quitar lo que más valoramos, ya sea algo físico o algo más espiritual (Archive for Research in Archetypal Symbolism ARAS, s/f, p.480).

Olympia describe en el protocolo de auto reporte que el contexto de *impasse* de la serie está relacionado con la ruptura del acuerdo económico entre la paciente y ella (Anexo 3), la paciente decide dejar por un tiempo el proceso psicoterapéutico comunicándolo por correo electrónico después que acordaran durante la sesión terapéutica un cambio en el valor de la sesión. En la descripción que hace Olympia respecto a la situación de *impasse*, señala que paralelo al trabajo psicoterapéutico que estaba haciendo con su paciente, esta acudía a sesiones con una psiquiatra, de arancel muy elevado y por motivos de una intervención quirúrgica, sin embargo, la evaluación se salió del marco de referencia y se vinculó con el proceso psicoterapéutico que llevaba Olympia con la paciente. En palabras de Olympia “Finalmente la psiquiatra después de dos consultas le sugiere que por ahora no le puede autorizar a operarse, pero le cambia la medicación que ella traía y le sugiere que trabajen en psicoterapia. Cabe señalar que la psiquiatra estaba en conocimiento de su proceso psicoterapéutico, incluso le hizo comentarios sobre sus avances y sobre lo bajo de su acuerdo económico conmigo. Le pidió mi mail pero en ningún momento entró en contacto conmigo. Al mes y medio aproximadamente de estos sucesos, yo converso con mi paciente y le comento la posibilidad de variar nuestro acuerdo económico, que aun así seguía siendo menos de la mitad del arancel con la psiquiatra. Ella me comenta que lo cree



factible. Las sesiones venideras se ausenta (2) por motivos particulares y luego me escribe y me comenta que no seguirá el proceso”.

En el contenido afectivo de la serie (2.1) aparece el temor, el miedo de estar en un lugar peligroso, desconocido, en donde hay dos personas que quieren robarle algo que le pertenece, que puede ser material o que puede ser espiritual. Si vinculamos el contexto de la serie aparece el temor de Olympia a perder algo material como la paciente o como el dinero que la paciente le proporciona, o también algún tipo de pérdida más intangible, que puede tener que ver por ejemplo con su prestigio como psicoterapeuta.

Respecto a los elementos junguianos que aparecen en la serie de Olympia y que se vinculan a la vulnerabilidad, podemos ver que aparecen aspectos sombríos que están relacionados con aquel lugar que Olympia teme y rechaza en la serie de sueños y con aquellos dos “flaites” que se estaban complotando para quitarle lo que era suyo. Pudiéramos interpretar que aquellos flaites que se complotan en contra de Olympia, son la paciente y la psiquiatra, quienes están siendo cómplices y le están quitando su lugar, su posición de psicoterapeuta, con todo lo que ello implica, una pérdida material y espiritual, o en otras palabras, una pérdida tangible e intangible.

Es probable que el proceso transferencial de Olympia con su paciente haya implicado que Olympia se hubiese podido conectar con sus aspectos más sombríos como el temor a sentirse rechazada frente a la pérdida inminente de perder a su paciente, así como también a la sensación de no estar sintiéndose valorada como psicoterapeuta y haberlo podido explicitar en la relación terapéutica, de manera que a partir de la aceptación de sentirse vulnerada, por la paciente y por la psiquiatra, hubiese podido mostrar esto en la relación terapéutica para trabajarlo en el proceso psicoterapéutico. En este sentido lo que Olympia hace al subir el arancel, independiente que haya sido una medida justa, es contactarse más bien con la máscara de la psicoterapeuta, que necesita identificarse con una psicoterapeuta más bien exitosa.

El verdadero riesgo de Olympia, es no contactarse con su sombra, con la condición de vulnerabilidad de ser psicoterapeuta y unilateralizar su consciencia en el opuesto de la máscara, es decir, del éxito psicoterapéutico. Una manera de integrar los opuestos en este contexto de *impasse* hubiese sido que Olympia hubiese aceptado no sólo su éxito como

psicoterapeuta, sino también su condición de vulnerabilidad al temer perder a su paciente por otra profesional.

Por otra parte, se constituye como parte del estado de vulnerabilidad la experiencia de desconexión afectiva, que en el contenido onírico de Soledad (1) aparece de la siguiente manera: “Estás hablando casi sin respirar, como si no quisieras dejar espacio para que hablemos de lo que sientes”.

La asociación personal de Soledad respecto a su contenido onírico es la siguiente: “Sofi tiene la tendencia a empezar las sesiones hablando mucho y dejando poco espacio para la proposición de temas a trabajar, por lo que el sueño me dio la sensación que tenía que comenzar hablando yo y proponiendo hablar de ciertas cosas que Sofi tiende a pasar por alto, como sus sentimientos más profundos. Las últimas sesiones con ella, había comenzado a existir una sensación que nos estábamos perdiendo en trivialidades en vez de ir hacia lo importante”.

La amplificación del contenido onírico muestra que nuestros estados emocionales aparecen reflejados en las distintas respiraciones que realizamos, como por ejemplo cuando respiramos entrecortadamente estamos sintiendo pánico, o cuando hacemos un gran suspiro estamos sintiendo un hondo pesar que no podemos verbalizar. Respirar es crucial para vivir, al morir, lo que hacemos, es perder el aliento. “Dado que la respiración le da vigor al cuerpo, se la equipara con el alma, que, según se cree, alza el vuelo con el último hálito de vida.” (Archive for Research in Archetypal Symbolism ARAS, s/f, p .16).

Soledad describe su situación de *impasse* señalando que la paciente cambia el día de la sesión, situación que es frecuente con esa paciente, sin embargo esta vez, le escribe el mismo día de la supuesta sesión pero solicitando la hora para este próximo viernes porque “necesita ir”. En palabras de Soledad: “Llega entonces el viernes con una actitud inquieta, ansiosa, muy mental. Es habitual en la paciente hablar bastante en sesiones pero esta vez se nota una cualidad distinta, habla muy rápido, sin dejar espacios, con un lenguaje corporal que transmite ansiedad. Al preguntarle acerca de su mensaje y de su “necesito ir”, le baja el perfil a la situación diciendo que solo quería contarme algunas cosas y no podía esperar a la otra semana (la mayoría de las cosas que me habla muy triviales y no acordes a su necesidad transmitida en el mensaje)”.

El contenido onírico muestra a la psicoterapeuta lo importante que es para la paciente y la relación terapéutica, que Soledad le muestre lo que está sintiendo. Probablemente Sofi no quiere conectarse con sus sentimientos más profundos porque la deja en un gran estado de vulnerabilidad, sin embargo, el transitar por este estado, ayudará a que Sofi pueda ir saliendo de la máscara (las trivialidades, desconexión afectiva) y vaya integrando a la consciencia sus aspectos más vulnerables, más sombríos, aquellos que rechaza. Probablemente Sofi tenga mucho miedo a sufrir y a conectarse con sus sentimientos más profundos, sin embargo, si no lo hace, difícilmente pueda avanzar en su proceso psicoterapéutico.

En este caso, lo que le muestra el sueño a Soledad se transforma en una posibilidad real de intervenir frente al contexto de *impasse*. Señala Soledad respecto al sueño: “La idea de un sueño afirmativo sobre la sensación post sesión en que sentí que era importante una intervención respecto a estos “síntomas” con los que Sofi llegó. Luego del sueño, me dije: tengo que decírselo en la próxima sesión, no puedo dejarlo pasar.

Dentro de la condición de vulnerabilidad, también encontramos al estado emocional de ansiedad, el siguiente es el contenido onírico del sueño de Isabel (4): “Me llama la secretaria de mi unidad para decirme que un paciente me está esperando. Luego de eso siento el nerviosismo mientras hablo con la subdirectora y ese apuro de tener que irme a la unidad para llegar a tiempo a atender al paciente”.

La asociación personal que hace Isabel: “Lo que se plasma en el sueño, es mi ansiedad respecto a entregar una atención de calidad a mis pacientes. El hecho de que la secretaria me haya estado llamando para avisar que llegó mi paciente, refleja el monto de ansiedad con el que yo trabajo en la institución. En este sentido la institución aparece también como un espacio un tanto ansiógeno dado que se deben cumplir metas, hay encuestas de satisfacción usuario, entre otras cosas, todos aspectos que tienen relación a probar que yo soy una buena profesional y que debo cumplir las expectativas no sólo del paciente sino que también de la institución donde trabajo. Unido a la ansiedad me parece que también se refleja la exigencia asociada al trabajo que uno realiza como psicoterapeuta, que se ve reflejada en tratar de cumplir con todo y hacerlo todo bien. En

este caso, cumplir con el paciente, con la institución pero también con lo que yo espero de lo que un psicoterapeuta debe ser o hacer.”

Este sueño no tiene amplificaciones.

El contexto de *impasse* que describe Isabel, está relacionado “con muchos aspectos ansiógenos y de exigencia que aparecen en mi trabajo cada cierto tiempo y que para mí es muy importante estar revisándolos permanentemente ya sea en espacio de supervisión o con mis colegas en el trabajo”, no describe un proceso de *impasse* propiamente tal.

La condición de vulnerabilidad impresiona en este sueño debido que la ansiedad referida por Isabel es un estado que la acompaña de forma permanente tanto con sus pacientes como con su trabajo diario en la institución y es una condición de riesgo de la que Isabel logra tener consciencia a través del sueño. Pareciera que Isabel se identificara de manera constante con la máscara del psicoterapeuta “perfecto”, aquel que no comete errores, que es infalible y no permite que se conecte con aquellos aspectos sombríos que rechaza, como la impuntualidad o cualquier otro aspecto que la saque del deber ser permanente del psicoterapeuta. En este sentido, se percibe una tensión de los opuestos a través de la consciencia unilateralizada de Isabel a partir de la actitud de perfección que demuestra. Para que los opuestos puedan ir integrándose, sería necesario que Isabel comenzara a tomar consciencia de aquellos aspectos que rechaza, en este contexto del sueño se grafica en la impuntualidad, pero podrían ser otros elementos que están relacionados con lo mismo. Quizá sería bueno a modo de ejemplo que pudiera compartir con sus pacientes las situaciones que en la relación terapéutica le generan ansiedad, así como por ejemplo la impuntualidad. De esta forma se estaría contactando con aquellos aspectos que rechaza y podría ponerlos en la relación, de manera que la psicoterapeuta pudiera ir entrando en contacto con los aspectos más sombríos e ir tomando consciencia como estos dificultan el proceso psicoterapéutico. Al explicitar estos contenidos en la relación, se comienzan a integrar los opuestos porque claramente se comienza a desidentificar de la máscara perfeccionista y en consecuencia lo más probable es que comience a disminuir la ansiedad con que está llevando las relaciones y procesos psicoterapéuticos. En esta misma línea, el hecho que pueda mostrar lo que le pasa en la

relación terapéutica va a contribuir a que los pacientes disminuyan su propia ansiedad, pues en el proceso transferencial lo más probable es que uno de los elementos que está comunicando a los pacientes a través de la auto revelación inconsciente, es que no se puede fallar, que hay que ser perfecto, situación que debe estar generando una gran ansiedad también en los pacientes, quienes deben estar buscando la aprobación de la psicoterapeuta y deben estar perpetuando situaciones transferenciales que les han generado un gran malestar.

En este caso, la condición de vulnerabilidad nuevamente se manifiesta como un elemento sombrío, pues es rechazada por ser considerada inaceptable para la psicoterapeuta. Sin embargo, y como manifiesta Isabel, el contenido onírico del sueño le muestra que debe tomar consciencia de su ansiedad y el malestar que le genera. Actualmente Isabel señala que en su desempeño como psicoterapeuta, busca espacios ya sea de supervisión u otras instancias para atender a estos contenidos que pudieran estar dificultando sus relaciones y procesos psicoterapéuticos.

Como otra manera de condición de vulnerabilidad la constituye la pérdida de posición. El contenido onírico de este estado se ilustra por Olympia (2.1): “En el intento de salir, en un momento caigo en un lugar encerrado, me caigo al suelo y estoy como un animalito en cuatro patas”.

Olympia tiene la siguiente asociación personal: “Una especie de dificultad en contactar mis recursos, lo hago desde un lugar límite”.

El contenido afectivo es de desconcierto, el cambiar de posición sin pretenderlo o quererlo, prácticamente a la fuerza, implica sentirse vulnerable y expuesta a una situación que desconoce, y esa situación implica un riesgo, una posibilidad de sufrir.

El contenido onírico se amplifica “Todo en este mundo está sujeto a la severa ley de la gravedad y, por lo tanto, a caer. [...]La caída no es algo que uno busque. Cuando caemos, perdemos el control y nos vemos catapultados a un nuevo estado.”(Archive for Research in Archetypal Symbolism ARAS, s/f, p.434).

El contexto de *impasse* para esta serie de sueños es el mismo que se señaló anteriormente para Olympia (ruptura de acuerdo económico), en este caso, la psicoterapeuta manifiesta una dificultad para contactar con sus recursos, lo hace solamente desde una situación límite, desde una situación vulnerable, desde un contexto que implica riesgo para ella. Sin embargo, el riesgo, la vulnerabilidad, no están en la consciencia de la psicoterapeuta.

La caída que aparece como contenido onírico podríamos interpretarla como pérdida de posición. De ser psicoterapeuta de la paciente, ya no es más su psicoterapeuta, sino que hay otra profesional que la sustituye. Esta pérdida de posición implica un estado de vulnerabilidad, de riesgo, si esta paciente me dejó quizá podrían dejarme otras u otros pacientes. De estar en una posición de psicoterapeuta para su paciente, de pronto y sin quererlo, se enfrenta a un nuevo estado, a una caída en su posición, en donde hay pérdida de control, un estado de desconcierto.

Cuando creemos que sólo nosotros podemos ayudar, cuando creemos que somos grandes psicoterapeutas, nos podemos encontrar con una situación que no nos esperamos. Evidentemente algo sucedió en la relación psicoterapéutica que permitió que Olympia dejara de ser la psicoterapeuta de su paciente. Probablemente hubo otros elementos transferenciales previos que señalaron el advenimiento del *impasse*. No es motivo de esta investigación dilucidarlo, sin embargo señalar que probablemente el unilateralizar la consciencia en la actitud de sanadores o salvadores, nos enfrenta a no ver que a veces no somos nosotros las personas más idóneas para llevar a cabo un proceso psicoterapéutico determinado o que el proceso psicoterapéutico nos cuesta y necesitamos explicitarlo en la relación terapéutica. El integrar aspectos más sombríos como reconocer aunque nos avergüence que tenemos dificultades para ayudar a ciertos pacientes, probablemente haga que la relación terapéutica sea más genuina y pueda incluso generar un movimiento transferencial que permita el avance de la psicoterapia. Tener esa mayor consciencia hace que podamos establecer relaciones psicoterapéuticas desde una condición de mayor humildad, y esto lo que probablemente puede permitirnos es experimentar una mayor sensación de libertad, al tomar o renunciar a procesos psicoterapéuticos sin que ello signifique un cuestionamiento a nuestro desempeño como psicoterapeutas.

Otra amplificación donde se puede apreciar bien el contenido de unilateralización de la consciencia.

Caemos cuando nos alejamos de la tierra, cuando estamos en las nubes y cuando renunciamos a nuestro estado humano natural. Subir demasiado es peligroso. Empezamos a creer que somos más de lo que realmente somos: más especiales, más sabios, más poderosos, más importantes. Ahí es donde acecha el peligro de la caída. (Archive for Research in Archetypal Symbolism ARAS, s/f, p.434)

El estado de trauma emocional también constituye a la categoría de vulnerabilidad. El contenido onírico pertenece a la serie de sueños de Laura (5.1): “Lo que más llama mi atención es que en el bajo vientre había un hoyo gigantesco, como si le hubieran disparado con una tremenda escopeta. Me quedo mirando ese orificio que sangraba, la sensación es que el muchacho se estaba desangrando, pero yo no me movía, no hacía nada, sólo me quedaba impactada con esa tremenda abertura negra, estaba imantada como hacia ese lugar”. La asociación personal de la psicoterapeuta es la siguiente: “Siento que aparece la vulnerabilidad de aquella persona abatida, yo tengo dificultad con mi propia vulnerabilidad, generalmente estoy en el polo de la fortaleza y me contacto poco con mi ser más sensible. En ese contexto relaciono el sueño con la dificultad que tuve para empatizar con la paciente que lo estaba pasando mal, que tenía miedo. El sueño me muestra que somos vulnerables que nos podemos morir por un asalto, por una riña y que el sentir miedo es parte de nuestra subjetividad. También aparece mi dificultad para poder ayudar a mi paciente que está sufriendo, no hago nada, permanezco en una especie de desconexión, en un estado de hipnosis, estaba impactada en alguna parte de mí, pero sin capacidad de reacción”.

El contenido afectivo es de impacto emocional.

Las amplificaciones para el contenido onírico son: “el negro es primordial en muchos tipos de transformación (...) ese alejamiento o introspección, o incluso una oscura noche del alma, la luminosa oscuridad del entendimiento de uno mismo.” (Archive for Research in Archetypal Symbolism ARAS, s/f, p.658).

El contexto de *impasse* para el sueño es el siguiente, es una paciente adolescente (15<sup>a</sup>), llevada por su madre debido a deserción escolar. La paciente es muy consentida por

sus padres y muy dependiente de ellos. En la fecha de sesión del *impasse* estaba iniciando un nuevo proceso escolar. La familia es de escasos recursos y la madre hizo un gran esfuerzo por comprarle su nuevo uniforme escolar. Durante el verano se trabajó en propiciar habilidades sociales para que se reinsertara nuevamente en el colegio. En palabras de Laura: “para esa sesión me comenta que no quiere ir más a este nuevo colegio porque es muy lejos, se demora una hora y además que la asaltaron en la micro, así que estaba decidida a no volver. Durante la sesión repitió muchas veces que no quería volver al colegio, que le daba miedo. Yo iba sintiendo durante la sesión que me iba molestando cada vez más con ella, incluso dude que la historia del asalto fuera verdad. No logré empatizar con su temor o con su angustia o con la desesperación de no ir al colegio aunque hubiera existido el asalto”.

El contenido afectivo es de impacto emocional, la psicoterapeuta no logra reaccionar, se queda absorta abstraída por aquella imagen que genera en ella probablemente la activación de un complejo, Laura describe en el relato del sueño como la imagen onírica le provoca un intenso episodio psíquico que seguramente está tan inconsciente para la psicoterapeuta que no logra relacionarlo en la descripción ni con recuerdos, ni pensamientos, sólo es capaz de describir el contenido afectivo como de shock emocional. Por otra parte estas imágenes oníricas que experimenta Laura en su serie de sueños (5.1) y que está relacionado con la constelación de un complejo para la psicoterapeuta, constituyen a la vez imágenes arquetípicas. Como por ejemplo:

#### Agujero

Símbolo de la abertura a lo desconocido: «lo que desemboca al otro lado (más allá, con respecto a lo concreto) o lo que desemboca en lo escondido (más allá, con respecto a lo aparente...). En el plano de lo imaginario, el agujero es más rico de significación que el simple vacío: está preñado de todas las potencialidades de aquello que lo llenaría o de aquello que pasaría por su abertura; es como la espera o la repentina revelación de una presencia. (Chevalier, Gheerbrant, 1986, p.65)

La vulnerabilidad en este caso se constituye a partir de la activación del complejo de Laura que probablemente nos está hablando, por la intensidad de la reacción, de una



experiencia traumática que vivió. La herida como amplificación aparece enfatizando el trauma y la posibilidad de transformación que está tiene:

La herida es una laceración o brecha en el cuerpo físico o en el tejido psíquico. Sea del tipo que sea, es un trauma. [...]En latín herida es *vulnus*: representa cortes, perforaciones, rasgones, grietas y desgracias; visible e invisible, revela y expone nuestras vulnerabilidades. En términos míticos la herida como abertura es también la puerta a la transformación potencial, y una ventana a la historia condensada. (Archive for Research in Archetypal Symbolism ARAS, s/f, p.734)

En ese contexto, el sueño revela a la psicoterapeuta que su dificultad para empatizar con la paciente o esta supuesta desconexión afectiva que ella sintió con la paciente, tiene que ver con un proceso transferencial inconsciente que activó la psicoterapeuta producto de la situación de *impasse*. A través del sueño se explicita la intensidad de la experiencia y la constelación del complejo, probablemente Laura, tendrá que abordar esta situación en su propio proceso psicoterapéutico.

No hay que descuidar ni hacer caso omiso de la herida, sino que hay que examinarla, evaluarla, prestarle atención, limpiarla y tal vez coserla o sonarla con cuidado. Las heridas están expuestas a la infección, y pueden supurar y envenenar el organismo. (Archive for Research in Archetypal Symbolism ARAS, s/f, p.734)

Las imágenes arquetípicas mediante sus amplificaciones pueden ser un primer paso para comenzar a integrar a la consciencia aquellos aspectos más inconscientes. Como otra amplificación aparece la sangre, símbolo de la muerte, de lo desconocido, de lo más inconsciente e inexplorado: “(...) la sangre evoca el precioso valor de la vida siempre y cuando siga contenida en nuestros cuerpos, pero cuando se escapa en ardientes y rojos borbotones, se congela en un sombrío e inolvidable símbolo de la muerte.” (Archive for Research in Archetypal Symbolism ARAS, s/f, p .396).

Con respecto a la relación terapéutica, es importante que la psicoterapeuta le manifieste en algún grado, la dificultad que tuvo para empatizar con ella, porque a pesar que no fue explícita la molestia de la psicoterapeuta, igualmente como lo vimos en el capítulo de la persona del terapeuta, es imposible no auto develarse.

### 5.3.2 Empoderamiento

El empoderamiento aparece como la segunda categoría del levantamiento.

Está constituido por el establecimiento de límites. En el contenido onírico de Olympia de la serie (2.1) aparece lo siguiente: “Lucha forzosa con una chica que quiere entrar en ese espacio y robarme”.

Las asociaciones personales que Olympia señala respecto al contenido onírico son: “La sensación de pelear para instalar límites claros de resguardo” y “La necesidad de resguardar mis límites para poder garantizar mi bienestar”.

El contenido afectivo es de rabia-agresividad.

El contenido onírico se amplifica de la siguiente manera: Lucha “Captación de poderes, vencedor acrecentado en fuerzas” (Chevalier, Gheerbrant, 1986, p.658).

El contexto de *impasse* es el mismo que vimos anteriormente en la categoría de vulnerabilidad (ruptura acuerdo económico), en esta categoría, aparece la necesidad de la psicoterapeuta de establecer límites en la relación terapéutica para resguardarse y fortalecerse. En este plano, el encuadre y re encuadre aparecen como elementos centrales para el establecimiento de límites necesarios para llevar a cabo la relación y el proceso psicoterapéutico, para el abordaje de situaciones que se salen del marco establecido y como una forma de profundizar en el proceso transferencial entre psicoterapeuta y paciente.

Aparece el complejo paterno de la psicoterapeuta a través de esta lucha forzosa por preservar sus cosas personales. Hay una evidente conducta de Olympia asociada a la protección y al resguardo de sus bienes. Con una clara concepción que el robo es algo incorrecto y que además la va a perjudicar.

El empoderamiento se establece como una forma de poder, de autoridad, es decir, que la psicoterapeuta debe empoderarse para establecer límites adecuados en la relación terapéutica de manera que estos mantengan el resguardo de la paciente y también de la psicoterapeuta.

Como una forma de empoderamiento y de resguardarse frente a la paciente, Olympia decide subir el arancel de la consulta, esa medida es lo que la psicoterapeuta

probablemente necesitó para mantener en ese momento su poder y fortalecerse frente a la situación de *impasse* con la paciente.

Como otro elemento constitutivo del empoderamiento aparece la preservación de la integridad psicofísica. El contenido onírico que aparece es en la serie de Laura (5.2): “(...) Me instalo ahí y aparece la familia de mi paciente, me comienza a cantar, como a convencer de algo, yo me empiezo a sentir muy presionada y quiero salir, pero la puerta estaba cerrada con llave, agarro una escoba y empiezo a luchar como en una especie de arte marcial, hasta que de pronto aparece mi paciente riéndose”.

Las asociaciones personales de la psicoterapeuta son las siguientes: “la sensación de exposición, de tirarme a los leones, donde no hay nada que pueda salvarte, aparece la desconfianza en los otros, en el medio ambiente. La familia de mi paciente convenciéndome, la sensación que eran evangélicos y me querían evangelizar y yo negándome a entrar como en esa secta, la necesidad de preservar mi integridad”. El contenido afectivo son sentimientos de sobrevivencia, de ataque o huida.

Las ampliaciones para este contenido onírico son:

Escoba

Las escobas que ahuyentan el polvo podrían también, en efecto, contrariar y ahuyentar a los huéspedes invisibles o a los genios protectores del hogar. [...] Pero cuando la escoba invierte su papel protector se convierte en instrumento maléfico y así montadas en el palo de la escoba las brujas de todos los países salen por las chimeneas. Símbolo fálico tal vez, pero también y sobre todo símbolo de los poderes que la escoba debería haber vencido, pero que se agarran a ella y consigo la arrastran. (Chevalier, Gheerbrant, 1986, p.462)

El contexto de *impasse* para esta serie de sueños de Laura (5.2) lo vimos en la categoría de vulnerabilidad, habría que mencionar que se adiciona al primer relato de *impasse* el hecho que la paciente no volviera a la sesión, situación totalmente infrecuente para esa paciente.

Una forma de empoderamiento es defenderse, para la psicoterapeuta el contenido onírico está relacionado con preservar su integridad psicofísica, aparece como imagen onírica, el arte marcial con la escoba. Aparentemente en los relatos realizados por la psicoterapeuta no se evidencian signos de conflicto evidente, sin embargo, a nivel inconsciente, la psicoterapeuta debe haber sentido temor dentro de la relación terapéutica, ya sea con la paciente y/ o con la familia de la paciente, y en este contexto aparecen contenidos oníricos relacionados con el complejo paterno, elementos de protección para preservar la integridad psicofísica y el arte marcial como un objeto de lucha, como un símbolo de poder y autoridad.

No sabemos qué sucedió con la díada terapéutica, pero queda claro la importancia que en la relación terapéutica se preserve la integridad psicofísica de ambos participantes. Es posible que todos estos aspectos estén muy inconscientes en el proceso transferencial de la relación, sin embargo, a través del análisis de los sueños tanto del paciente, como del psicoterapeuta, se pueda hacer un acercamiento a aquellos contenidos que son menos accesibles a la consciencia, de manera de poder ir integrándolos al proceso psicoterapéutico y se logren avances en la psicoterapia.

Como otro elemento constitutivo del empoderamiento, aparece la autonomía. El contenido onírico aparece en la serie de Olympia (2.2): “pero lo latente en mi decisión, era que ese no era mi proyecto, en el sueño yo necesitaba implicarme en el proyecto de tener un espacio, mi casa, veía que ella tenía la de ella, ella ya lo tenía resuelto eso y yo no”.

Respecto a sus asociaciones personales: “La conexión con mis proyectos personales. El poner un límite con el otro que me permita desarrollarlos. La idea de que en ocasiones el otro entra en mi espacio y se me hace difícil establecer los límites para no sentirme invadida y/ o que no interfiera en la realización de mis proyectos. Poner límites claros e importantes en relación a mi proyecto, mi espacio y el del otro”.

Contenido afectivo, sentimientos de autonomía e independencia.

No tiene amplificaciones.

El contexto de *impasse* es el mismo que para la serie (2.1) (ruptura acuerdo económico). En palabras de Olympia: “En un par de sesiones aparecen contenidos donde la psiquiatra trabaja fuera del marco de la evaluación para la intervención quirúrgica y se comienza a vincular con el proceso psicoterapéutico de la paciente. En este contexto le refiero la necesidad de limitar los procesos, entendiendo que su psicoterapia es un evento y su posible operación otro. La paciente además de psicoterapia estaba con estabilizadores del ánimo, prescritos por un profesional con quién yo mantenía comunicación. Finalmente la psiquiatra después de dos consultas le sugiere que por ahora no le puede autorizar a operarse, pero le cambia a medicación que ella traía y le sugiere que trabajen en psicoterapia. Cabe señalar que la psiquiatra estaba en conocimiento de su proceso psicoterapéutico, incluso le hizo comentarios sobre sus avances y sobre lo bajo de su acuerdo económico conmigo. Le pidió mi mail pero en ningún momento entró en contacto conmigo”.

Al relacionar el contenido onírico, las asociaciones personales y la situación de *impasse*, pareciera que la necesidad de autonomía de Olympia, está dada por la intromisión e injerencia que empieza a tener la psiquiatra (de la evaluación) en la relación y proceso psicoterapéutico que llevaba Olympia con su paciente. En este contexto, el preservar el espacio psicoterapéutico libre de intromisiones, manteniendo la autonomía, se convierte en una necesidad básica que debe tener un proceso psicoterapéutico.

En el contenido onírico de la serie (2.2) aparecen nuevamente elementos del complejo paterno, donde se propicia la autonomía, la importancia de mantener normas y reglas, en donde no se interfiera en el proyecto del otro, sino que se mantenga y se fomente la independencia.

Olympia de alguna manera en su contexto de *impasse* logra tener claridad respecto a este tema e incluso se lo explicita a su paciente, sin embargo hay otros elementos en juego más inconscientes, elementos sombríos, que ya vimos en la categoría vulnerabilidad que no permiten que esta situación se resuelva.

Como último elemento que constituye el empoderamiento aparece la agresividad, el contenido onírico es de la serie de Laura (5.1): “En el bajo vientre había un hoyo gigantesco, como si le hubieran disparado con una tremenda escopeta”.

Las asociaciones personales que hace la psicoterapeuta “(...) nos podemos morir por un asalto, por una riña y que el sentir miedo es parte de nuestra subjetividad”.

El contenido afectivo es la agresividad.

El contenido onírico tiene la siguiente amplificación: Arma de fuego (Escopeta) “(...) Los sueños de armas son reveladores de conflictos interiores.”(Chevalier, Gheerbrant, 1986, p.p.139-140).

En nuestros sueños y fantasías, el arma de fuego concentra nuestro miedo de un mismo desconocido o canaliza la agresión de violentos complejos que amenazan con aniquilar nuestras defensas, pero también fortalece la capacidad del yo para dominar y frenar la constante amenaza del delito. Como muestran las noticias, los homicidios, suicidios y asesinatos cada vez proyectan más sombras sobre las demás funciones del arma y eclipsan la maestría inventiva que la convirtió en muchos casos en objeto de coleccionista. (Archive for Research in Archetypal Symbolism ARAS, s/f, p .498)

El contexto de *impasse* para este contenido lo vimos en la categoría de vulnerabilidad (distanciamiento afectivo psicoterapeuta).

Aparecen elementos de agresividad en el contenido onírico, como el disparo de la escopeta, o como por ejemplo, la riña que menciona en la asociación personal. Estos son elementos que dan cuenta de aspectos más sombríos de la psicoterapeuta. Hay una agresividad que se está proyectando pero que no aparece de forma tan evidente en el *impasse*. En el *impasse* aparece que no le creyó a la paciente o que subestimó el relato que la paciente le describió, sin embargo, pareciera que la psicoterapeuta sintió rabia y su agresividad quedó en la sombra. Sería importante que Laura pudiera mostrar de alguna manera estos elementos a la paciente, que le señale que el hecho que nuevamente posponga su reinsertión al colegio es un elemento que le genera molestia, de esta forma, en la

relación terapéutica podrían abordar de manera consciente estos elementos que aparecieron en el inconsciente de la psicoterapeuta mediante la serie de sueños.

En el proceso transferencial de Laura con la paciente, la agresividad es un elemento sombrío que también aparece como un aspecto del complejo paterno.

La agresividad como parte del empoderamiento señala poder, autoridad, cuando es un aspecto consciente se puede utilizar como recurso, cuando nos identificamos con la agresividad nos unilateralizamos y nos quedamos prendados de la máscara de la violencia, cuando rechazamos la agresividad que hay en nosotros, la ocultamos y vamos proyectando la agresividad por el mundo, conviene integrar la agresividad como un aspecto más de nuestra psique y utilizarla cuando la necesitemos.

### **5.3.3 Estado de confusión**

La siguiente categoría está constituida por el estado de desorientación. El contenido onírico viene de la serie de Olympia (2.1): “Encuentro intermitente con la hija, intentando salir. Intentos frustrados de salir de aquel lugar”.

La psicoterapeuta hace la siguiente asociación personal: “Especie de extravío de mí misma, en situaciones que me son difíciles de manejar”.

El contenido afectivo es de desorientación.

El contenido onírico no se amplifica.

El contexto del *impasse* es el mismo que vimos anteriormente en Olympia (ruptura acuerdo económico).

El contenido onírico muestra que probablemente la situación previa al *impasse* y el *impasse* mismo con su paciente, fue generando en la psicoterapeuta un estado de desorientación, que probablemente generó una inflación de su yo para sostenerse. Y esta inflación de su yo, hace que Olympia sienta un extravío de sí misma, de su centro. Mientras más la psicoterapeuta se identifique con la máscara de la psicoterapeuta, más se aleja de su centro, de su sí mismo.

Probablemente en la relación terapéutica, en el proceso transferencial, la inflación del yo de la psicoterapeuta que supone un alejamiento de su sí mismo, produce el distanciamiento afectivo con la paciente y provoca finalmente la situación de *impasse* que ya conocemos.

El estado de desorientación en este caso implica un alejamiento del sí mismo producto de una inflación del yo de la psicoterapeuta.

También conforma al estado de confusión, la oscuridad. El contenido onírico aparece en la serie de sueños de Laura (5.2): “La sensación que tuve en el sueño es de estar como en un laberinto, sé que era mi trabajo y tenía que pasar por muchos lugares, abrir y cerrar consultas, una consulta me llevaba a la otra consulta. Me sentía oprimida, el lugar era oscuro, como sin escapatoria”.

Las asociaciones personales de la psicoterapeuta son: “El laberinto pienso que tiene que ver con la sensación de sin salida que probablemente me genera la paciente, porque es una paciente que tiene dificultades de comprensión, entonces siento que me siento atrapada con ella, en la situación. Lo mismo la sensación de sin escapatoria, de sentirme oprimida. La oscuridad, también algo que no me está dejando ver cómo ayudar a la paciente”.

El contenido afectivo es de sentirse atrapada, sin salida, oprimida, sin escapatoria.

Las ampliaciones para este contenido son: “El laberinto simboliza el objetivo psicoterapéutico de avanzar a tientas por el sufrimiento, la oscuridad y la confusión; de construir una mayor capacidad de *insight* y perspectiva, expandiendo así la personalidad.” (Archive for Research in Archetypal Symbolism ARAS, s/f, p.714).

“El laberinto conduce también al interior de sí mismo, hacia una suerte de santuario interior y oculto donde reside lo más misterioso de la persona humana.” (Chevalier, Gheerbrant, 1986, p.p.621-622).



A lo largo de nuestras vidas en los diarios ritmos circadianos del sueño y de la vigilia, el proceso creativo del juego y de la invención, el pensamiento a la espera de salir de las profundidades del inconsciente o durante los períodos de introversión, cuando se sosiega el encanto del mundo exterior y lo transpersonal se encuentra en el horizonte de la consciencia. En el proceso, la oscuridad se convertirá en la misteriosa y conocida fuente de transformación e inspiración, crecimiento y curación a la que volvemos agradecidos una y otra vez. (Archive for Research in Archetypal Symbolism ARAS, s/f, p.102)

La situación de *impasse* para este contenido onírico es distanciamiento afectivo psicoterapeuta e inasistencia de la paciente a la sesión, lo vimos en las categorías anteriores Laura (5.2).

El contenido onírico, las asociaciones personales, las amplificaciones y el contexto de *impasse* están relacionados con la dificultad que tiene la psicoterapeuta de poder ver a la paciente y conectarse con su propio interior, su sí mismo.

El laberinto aparece como la psique de la psicoterapeuta y el yo de la psicoterapeuta dentro del laberinto movilizándose por encontrar algo, una respuesta que la ayude, que la oriente, que la saque de esa sensación de sin salida y opresión que siente. La oscuridad aparece como la profundidad del inconsciente de la psicoterapeuta, donde está totalmente sumergida y no logra ver más allá, no sabe cómo ayudar, que hacer, está totalmente sumida en la oscuridad. El proceso transferencial al menos para la psicoterapeuta es inconsciente, no sabe cómo ayudar, no encuentra la salida. La respuesta probablemente está en la reconexión con su centro, con el centro del laberinto, el proceso para ayudar a la paciente requiere conectarse con su sí mismo, con sus afectos, es desde ahí que podrá salir del laberinto y de la oscuridad, al ir integrando a la consciencia la afectividad con la paciente.

Como un último aspecto de la categoría confusión, aparece el desconocimiento. El contenido onírico aparece en la serie de Olympia (2.1) y es el siguiente: “buscando a mi hija, es una especie de páramo”.

Las asociaciones personales que hace la psicoterapeuta son: “De estar en peligro por estar en un espacio que no es mío, por estar en un territorio desconocido, en el que me veo forzada a estar”.

El contenido afectivo es la falta de pertenencia, el desconocimiento.

Las amplificaciones son: Páramo (Desierto)

Como paisaje psíquico, el desierto suele ejemplificar prolongados períodos de enajenación, sequía espiritual y tedio creativo, desorientación y agotamiento, y también mortificación, purificación, redención e iniciación. [...] el desierto era un espacio de transición para vagar, exiliarse, ponerse a prueba, y esperar el porvenir [...] aun siendo un lugar adverso, también es un punto de encuentro. (Archive for Research in Archetypal Symbolism ARAS, s/f, p.116)

El contexto de *impasse* es nuevamente la ruptura de acuerdo económico.

El contenido onírico, las asociaciones personales, las amplificaciones y el *impasse* en este caso, están relacionados con el desconocimiento, la falta de pertenecer a un lugar común, a un lugar de encuentro que sea conocido, seguro, predecible, donde sea cómodo y agradable estar. Se puede interpretar que para Olympia y su paciente, el espacio terapéutico había dejado de ser un lugar de encuentro y se había convertido en un lugar más bien obligado y desagradable. El desencuentro entonces, se configuró como un aspecto más bien sombrío para ambas, donde lo comenzó rechazando la paciente y posteriormente la psicoterapeuta al no cerrar el proceso psicoterapéutico.

El espacio terapéutico no necesariamente tiene que ser un lugar de encuentro permanente, es más, en el desencuentro pueden aparecer elementos que posibiliten estados de integración y transformación. Lo importante es que en el proceso transferencial se pueda abordar el desencuentro y no quede solamente relegado a la sombra como algo que queremos evitar a toda costa, sino que pueda ser utilizado como una posibilidad de integrar aspectos inconscientes a la consciencia.

#### 5.3.4. Afectividad

La siguiente categoría la conforma la condición de acogida. El contenido onírico aparece en el sueño de Susana (3) y es el siguiente: “En el comedor de la casa preocupada de ir acogiendo a los invitados”.

Las asociaciones personales que hace Susana son: “Es que el contexto familiar, distendido y la atmósfera del sueño, se contraponen de alguna manera con la sensación provocada después del *impasse*, puesto que me quedé preocupada por ella, con la sensación de haber realizado una intervención demasiado directiva que la hizo sentir poco acogida”.

El contenido afectivo son sentimientos de acogida.

Las amplificaciones son: Comedor (Mesa) “(...) es un medio potencial para la animación, para reunir compañía y relacionarse, ya sea en la armonía o en la discordia. Las comidas familiares alrededor de la mesa evocan la realidad con la pretensión de una vida familiar cohesionada (...)” (Archive for Research in Archetypal Symbolism ARAS, s/f, p.584).

El contexto de *impasse* para este sueño en palabras de Susana: “Realicé una intervención a propósito de una situación familiar grave (hecho de violencia física entre su padre y su hermano), que ya veníamos analizando por varias sesiones, producto de que ella lo traía como principal fuente de sufrimiento por esos días, a ella la aquejaba mucho el hecho de que su padre y hermano no se hablaran desde el día que esto aconteció. (...) La intervención que realicé fue señalarle que a mi juicio probablemente sus padres tenían dificultades en problematizar los diferentes incidentes familiares, discusiones, peleas u otros conflictos y que por lo general no hablaban directamente con los implicados, sino que, había una tendencia a exteriorizarlos y/o derivarlos como un tema a resolver por parte de algún profesional médico o del área de la salud mental, poniendo en ellos la mediación del tema en conflicto y las intervenciones apropiadas y a posterior resolución, independientemente de tema en cuestión. En el momento no la percibí incómoda o en desacuerdo con mi intervención, pero a la hora de retomar las sesiones, que por un tiempo

estarían suspendidas producto de sus exámenes finales, ella no volvió a contactarme como lo había hecho en otras ocasiones, en las mismas circunstancias (debo señalar que es una paciente que llevaba en terapia más de 4 años)”.

El contenido onírico, las asociaciones personales, las amplificaciones y la situación de *impasse* muestran que probablemente la paciente de Susana efectivamente no se sintió acogida por la psicoterapeuta sino que incluso se sintió juzgada por ella. El contenido onírico le muestra a Susana que lo que estaba necesitando la paciente era sentirse acogida, contenida, apoyada. En este contexto aparece en el sueño el complejo materno que muestra que lo que estaba necesitando la paciente era sentirse cuidada, contenida, acompañada.

En el proceso transferencial que la psicoterapeuta tiene con su paciente lo que se establece en ella es su complejo paterno, a través de la intervención más directiva que realiza Susana; y lo que queda en el inconsciente es su complejo materno. Solo logra ver la necesidad del establecimiento del complejo materno con su paciente a partir del sueño que tiene. En ese momento lo que necesitaba la relación terapéutica era la afectividad para que la paciente pudiera sentirse acogida y se sintiera segura para desplegar sus contenidos más inconscientes, probablemente la paciente rechace los contenidos que tienen que ver con el complejo paterno, ya que pareciera según describió Susana, que hay relaciones agresivas entre la familia, así que probablemente la paciente tenga en la sombra estos contenidos más agresivos y por lo tanto el rechazo que tuvo hacia la psicoterapeuta tuvo que ver con ese contenido.

El siguiente aspecto que conforma a la afectividad es la condición de sensibilidad.

El contenido onírico aparece en el sueño de Soledad (1): “Muchas gracias por decírmelo, necesitaba que alguien me lo dijera”.

Las asociaciones personales que hace Soledad son: “La idea de un sueño afirmativo sobre la sensación post sesión en que sentí que era importante una intervención respecto a estos “síntomas” con los que Sofi llegó. Luego del sueño, me dije: tengo que decírselo en la próxima sesión, no puedo dejarlo pasar. Sofi tiene la tendencia a empezar las sesiones hablando mucho y dejando poco espacio para la proposición de temas a trabajar, por lo que

el sueño me dio la sensación que tenía que comenzar hablando yo y proponiendo hablar de ciertas cosas que Sofi tiende a pasar por alto, como sus sentimientos más profundos”.

El contenido afectivo es el sentimiento de alivio de la paciente.

Estos contenidos oníricos no se amplifican.

El contexto de *impasse* se señaló en la categoría de vulnerabilidad, como desconexión afectiva de la paciente.

El contenido onírico, junto a las asociaciones personales de la psicoterapeuta muestra que es importante que la relación terapéutica sea un espacio en donde haya un encuentro cercano y sensible. La relación terapéutica requiere que se establezca el complejo materno, que permita que se hable de los sentimientos más profundos y donde la psicoterapeuta pueda acoger esos sentimientos o propiciarlos cuando no estén en la consciencia y estén más en la sombra como sucedió en el caso de la paciente de Soledad.

La relación terapéutica requiere de sensibilidad, de captar los estados emocionales de los pacientes, de empatizar con lo que les está pasando, de no dejar pasar algo que puede ser tan importante como la emergencia de sus sentimientos más profundos. Si no hay sensibilidad de parte del psicoterapeuta, un sueño puede no servir de mucho. Y para que haya sensibilidad en un psicoterapeuta y en un paciente, es necesario que haya una conexión profunda con su self, sino hay conexión, es probable que el ego se sobre identifique con la máscara y el self quede en la sombra, con un ego totalmente desconectado de los sentimientos más profundos. Es importante que la relación terapéutica propicie la conexión con su self, la relación con sus sentimientos. En el caso de Soledad, el sueño le mostró lo relevante que era que la paciente se conectara con sus sentimientos, con su respiración, con su corporalidad. En sus reflexiones posteriores (dentro del protocolo de auto reporte) Soledad señala que cuando volvió la paciente a la siguiente sesión, se reprodujo la escena del sueño y que en esas circunstancias la paciente por primera vez lloró después de un año de psicoterapia.

Otro elemento que configura la afectividad es la confianza. En el contenido onírico de la serie de Laura ( 5.2) aparece “estaba haciendo una clase casi echado en el piso en una

esquina al lado de una puerta y a los 2 lados de la puerta habían unos mastines, echados también, muy tranquilos, como guardianes de Felipe, hablaban, me decían algo, pero no recuerdo que era exactamente, pero me tranquilizaban”.

Las asociaciones personales que hace Laura son: “Los mastines (siento que son símbolos arquetípicos) los relaciono con sabiduría, con calma, con esperanza, es como a pesar de esta sensación de encierro, de oscuridad, hay salida, hay esperanza, como si me dijera entra en tu sombra, esa es la única salida”.

El contenido afectivo es confianza y seguridad.

Las amplificaciones son: Perro (Mastines) “La primera función mítica del perro, universalmente aceptada, es la de psicopompo, guía del hombre en la noche de la muerte, tras haber sido su compañero en el día de la vida (...).” (Chevalier, Gheerbrant, 1986, p.p. 816-817).

También se amplifica: Guardianes de las puertas “(...) Se trata a la vez de impedir la entrada al recinto sagrado a las fuerzas impuras, maléficas, y de proteger el acceso de los aspirantes que son dignos de ella.” (Chevalier, Gheerbrant, 1986, p.p. 855-856).

El contexto de *impasse* ya lo hemos mencionado anteriormente (desconexión afectiva psicoterapeuta).

El contenido onírico de la serie de Laura (5.2), probablemente muestra una gran profundidad del inconsciente, pues detrás de aquella puerta que cuida Felipe y los perros, está la muerte. Sin embargo, no aparece el miedo a la muerte, sino todo lo contrario, aparece la confianza, la tranquilidad frente a este proceso de transformación.

Para poder abordar la profundidad del inconsciente, tanto individual como colectivo, con sus aspectos sombríos, sus distintos complejos, se requiere de una relación terapéutica que genere la confianza suficiente para trabajar esos contenidos. La confianza se transmite en el proceso transferencial, si el paciente no siente que su psicoterapeuta es confiable, consciente e inconscientemente, el paciente no confiará y se producirá probablemente un distanciamiento, o una relación terapéutica desde la máscara. Se

requiere que el complejo materno se establezca en el psicoterapeuta y genere una relación de confianza, donde el paciente sienta la cercanía con su psicoterapeuta y se sienta cuidado, nutrido, contenido por éste.

En el caso de Laura, la situación con su paciente no fue así, Laura tuvo dificultad con su paciente para cuidarla y contenerla, se estableció en la sesión su complejo paterno al no empatizar y al cuestionar la actitud de la paciente de no querer volver a ir al colegio. Con el establecimiento del complejo paterno produjo que la paciente no volviera a la sesión, siendo que nunca había faltado.

### **5.3.5. Consciencia**

La siguiente y última categoría emergente, está constituida por la abertura.

El contenido onírico pertenece a la serie de Laura (5.1):“Iba relativamente cerca del conductor y mirando por la ventana hacia adelante (...) miro hacia esa vereda y observo a un muchacho caído y lo que más llama mi atención es que en el bajo vientre había un hoyo gigantesco (...). Me quedo mirando ese orificio que sangraba, la sensación es que el muchacho se estaba desangrando, pero yo no me movía, no hacía nada, sólo me quedaba impactada con esa tremenda abertura negra, estaba imantada como hacia ese lugar.”

Las asociaciones personales son: “Relaciono el sueño con la dificultad que tuve para empatizar con la paciente que lo estaba pasando mal, que tenía miedo” “Al hacer el protocolo me doy cuenta que la fecha del sueño coincide con la muerte de Stephen Hawking (14 de marzo), siento que la investigación que realizó respecto a los hoyos negros, justo coincide con la imagen del sueño, pienso que es un tema más arquetípico, que no sólo está relacionado con un tema personal mío respecto a mi paciente y la sesión de *impasse*, sino que también hay algo más universal”.

El contenido afectivo es de expectación.

Las amplificaciones son:

Ventana

La ventana es un umbral transparente. Una abertura en una pared material que deja entrar el aire, la luz de la luna y del sol, los colores del mundo, la oscuridad de la noche. La ventana es donde se encuentran y cruzan el interior con el exterior, uniendo dos mundos y sus elementos. [...] las ventanas contribuyeron a la regulación del calor, la luz y el aire, y adquirieron el significado de un intervalo de tiempo en el que algo puede ocurrir. [...] Las ventanas son un marco de imágenes de clamorosa potencia psíquica. [...] ventana a la eternidad, era una expansión espiritual a través de la cual el alma abordaba a cuestión de la dimensión inconsciente de la psique, el “flujo divino” dador de autoconocimiento. (Archive for Research in Archetypal Symbolism ARAS, s/f, p.564)

El contexto de *impasse* para esta serie de Laura (5.1) es el de desconexión afectiva, mencionado anteriormente.

El contenido onírico revela la posibilidad de tener una mayor abertura en la relación terapéutica, de abrirse a una mayor visión entre el mundo interior y exterior, donde la psique puede integrar a la consciencia contenidos inconscientes. Esta abertura implica un puente donde se puede ir transitando desde el espacio inconsciente al espacio consciente y una posibilidad de integrarse a una mayor consciencia. Laura describe que la situación que produjo el *impasse* fue la desconexión afectiva, la imposibilidad de conectarse con su self, con sus afectos. En la categoría de vulnerabilidad, vimos que estaba relacionado probablemente con un trauma que hizo que entrara en un shock emocional y se constelara un complejo. El contenido onírico de la ventana muestra la posibilidad de una mayor abertura, de una mayor consciencia, de una mayor posibilidad de autoconocimiento a partir de un acercamiento a los aspectos más inconscientes y más sombríos de la psicoterapeuta, aquellos elementos que produjeron esta desconexión afectiva con la paciente. La imagen de la ventana muestra además la vastedad del inconsciente, la incerteza o incertidumbre de su profundidad. A través del umbral de la ventana podemos mirar una parte de la abertura, pero esa abertura es mucho más que lo que alcanzamos a ver, o reconocer. Sin embargo, es igualmente una posibilidad. Una posibilidad de ir acercándonos a lo inconsciente, de que se vaya revelando el contenido sombrío y se pueda ir esclareciendo. Este contenido onírico además, muestra una imagen arquetípica a través del símbolo de la ventana, está posibilidad de conectar el mundo interior con el mundo exterior es un espectro de



experiencia del inconsciente colectivo y en consecuencia una posibilidad de conexión espiritual.

Otro elemento constitutivo de la consciencia es la claridad. El contenido onírico es del sueño de Susana (3): “(...) entre ellos veo a mi paciente participando entre los invitados de la celebración, aunque yo en el mismo sueño tenía consciencia ella era mi paciente y no mi familiar, no cuestionaba su presencia en mi casa.”

Las asociaciones personales son: “me quedé preocupada por ella, con la sensación de haber realizado una intervención demasiado directiva”.

El contenido afectivo es de claridad, lucidez.

El contenido no se amplifica.

El contexto de *impasse* lo vimos anteriormente en la categoría afectividad y está referido a la paciente que no vuelve a la psicoterapia y que la psicoterapeuta lo asocia a que hizo una intervención muy directiva.

El contenido onírico muestra un momento de lucidez en el sueño, porque dentro del sueño la psicoterapeuta es consciente de su paciente. Por lo tanto, la consciencia aparece como una experiencia dentro del sueño. El sueño evidencia con mucha lucidez, la compensación de la actitud de la psicoterapeuta y muestra el proceso transferencial complementado, donde el complejo materno aparece establecido, mediante una actitud de acogida y de contención de la psicoterapeuta hacia la paciente.

Lo último que constituye a la categoría consciencia es develar. Aparece en el contenido onírico de Soledad (1): “Sueño que estoy con la paciente en un espacio vacío, no hay nada alrededor, la escena ocurre sobre un fondo negro, como un telón de teatro, no hay mucha luz, no hay más elementos que ella y yo”.

Las asociaciones personales son: “La idea de un sueño afirmativo sobre la sensación post sesión en que sentí que era importante una intervención respecto a estos “síntomas” con los que Sofi llegó. Luego del sueño, me dije: tengo que decírselo en la próxima sesión, no puedo dejarlo pasar”. “Quizá solo comentar que en la sesión siguiente, de algún modo

se reprodujo la escena del sueño, donde le dije a la Sofi algo parecido a lo que le dije en el sueño. Fue la primera vez que Sofi lloró en sesión desde que la atiendo (casi 1 año). Varios temas salieron a la luz, dentro de ellos, Sofi reconoció estar extrañando mucho a su hermana”.

Contenido afectivo es de apertura.

Las ampliaciones son:

El propio fenómeno de la *catarsis*, reposa en una transposición simbólica de la situación realmente vivida por un sujeto, pero inexpresada y a menudo inconsciente, al nivel de una situación imaginaria, donde los frenos ya no tienen las mismas razones para funcionar, donde la espontaneidad se da libre curso, y donde en consecuencia lo inconsciente poco a poco se desvela y el complejo se resuelve. Si el símbolo desempeña plenamente su papel inductor se opera una especie de liberación (*catharsis*) y algo de las profundidades de lo inconsciente puede acceder a la luz de la expresión. (Chevalier, Gheerbrant, 1986, p.982)

El contexto de impasse es la desconexión afectiva de la paciente.

El contenido onírico revela que es un momento de purificación, de catarsis, tanto para la paciente como para la psicoterapeuta, ambas están en esta obra de teatro, que es el espacio terapéutico. Sofi representando su máscara, la máscara de la superficialidad, de la desconexión, sin embargo, la psicoterapeuta en un momento le dice a la paciente que está hablando casi sin respirar, como si no quisiese conectarse con sus sentimientos más profundos, a lo que la paciente responde que alivio que me lo dijeras. Sale la máscara con sus trivialidades hacia afuera de la función y entra la sombra, aquella que Sofi estaba ocultando, sin embargo, al develarse a la consciencia de Sofi, ayuda a que sienta alivio por volver a conectarse con sus sentimientos. Hay un movimiento del eje yo /self, en donde hay una acción que va desde la sobre identificación con el yo, a través de la máscara, pasando por la sombra, al ir reconociendo los aspectos más sombríos y camina también hacia la conexión con el sí mismo, lo que implica un movimiento hacia la totalidad. Al comenzar la paciente a reconectarse con su sí mismo a través de experimentar sentimientos

profundos como el dolor, implica para la paciente el comienzo de un camino. El moverse hacia la totalidad es al mismo tiempo un movimiento que implica transformación. “el negro es primordial en muchos tipos de transformación [...] ese alejamiento o introspección, o incluso una oscura noche del alma, la luminosa oscuridad del entendimiento de uno mismo.” (Archive for Research in Archetypal Symbolism ARAS, s/f, p.658). Este tránsito que sucede en esta relación terapéutica, es una acción de liberación y limpieza para la paciente, de sacarse algo que la mantenía sin flujo, sin aire, la sensación de estar contaminada y/o esclavizada, sin sentir, es como si en parte hubiese estado muerta “sin aliento”. “(...) El espectador es purgado, purificado de aquello que lo esclavizaba. El teatro contribuye así a desanudar complejos.”(Chevalier, Gheerbrant, 1986, p.981).

El develar entonces se transforma en un movimiento importante para la consciencia.

El propio fenómeno de la *catarsis*, reposa en una transposición simbólica de la situación realmente vivida por un sujeto, pero inexpresada y a menudo inconsciente, al nivel de una situación imaginaria, donde los frenos ya no tienen las mismas razones para funcionar, donde la espontaneidad se da libre curso, y donde en consecuencia lo inconsciente poco a poco se desvela y el complejo se resuelve. Si el símbolo desempeña plenamente su papel inductor se opera una especie de liberación (*catharsis*) y algo de las profundidades de lo inconsciente puede acceder a la luz de la expresión. (Chevalier, Gheerbrant, 1986, p.982)

## 6. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Analizar los contenidos oníricos de los sueños y series de sueños de los psicoterapeutas en contexto de *impasse* terapéutico, ha sido un trabajo de profundización significativo. En primer lugar, porque la inmersión en la teoría analítica, desde la conceptualización de la estructura psíquica a la interpretación junguiana de sueños, ha implicado un aprendizaje

extenso y complejo. En segundo lugar, porque el análisis del contenido onírico a través de estos siete sueños de las psicoterapeutas, ha significado la posibilidad de descubrir empíricamente, que los sueños y las series de sueños si tienen algo que decirnos no sólo a los psicoterapeutas, sino que también, a todos quienes estén dispuestos a comprender desde otra perspectiva la psique.

Lo primero relevante que hay que destacar, es que en todos los contenidos oníricos de los sueños y series de sueños de esta investigación, aparece la experiencia de la situación de *impasse* terapéutico. En cuatro de los siete sueños que se abordaron en esta investigación, aparece el paciente y el psicoterapeuta como contenido onírico en una relación interpersonal. En los otros tres sueños lo que aparece es la representación intrapsíquica del contexto de *impasse*, pero en otra relación interpersonal, no la relación terapéutica.

En la misma línea de lo señalado recientemente, lo que se quiere discutir en primera instancia es que independientemente que aparezca o no aparezca la relación terapéutica como contenido onírico, el hecho que aparezca la experiencia de *impasse* en cuatro de los siete sueños y además representada en la psique del psicoterapeuta, en los otros tres sueños, señalan que hay una interacción que es parte de la relación terapéutica y que no se puede separar al analizarlo sólo como intrapsíquico. Jung (1946) plantea en su teoría del campo transformativo la influencia mutua que existe entre paciente y psicoterapeuta y señala que el psicoterapeuta tiene cierta resistencia a admitir que se siente afectado por el paciente e incluso enfatiza que mientras más inconsciente sea, más se puede contaminar psíquicamente y terminar rechazando al paciente. En este sentido, en los sueños y series de sueños de esta investigación, se evidencia que aparece contenido onírico inconsciente para las psicoterapeutas y en las dos series de sueños, aparece como contenido onírico, las psicoterapeutas rechazando al paciente. Estos contenidos se hicieron conscientes a partir del análisis junguiano de sueños, junto al análisis de contenido. Por lo tanto, esta investigación constata lo planteado por Jung (1946) en su teoría del campo transformativo, respecto a la influencia mutua dentro de la relación terapéutica. Kron & Avny (2003) señalan que sólo puede concebirse que sea una relación interpersonal si esta aparece en el

sueño, si no aparece la relación, refieren solamente es un aspecto intrapsíquico del psicoterapeuta. El análisis de esta investigación demuestra que lo intrapsíquico no puede verse como un fenómeno aislado, sino que necesariamente debe verse como parte del proceso transferencial o, más ampliamente, relacional, entre paciente y psicoterapeuta. Por lo tanto, el análisis de esta investigación apoya parcialmente lo propuesto por los autores Kron & Avny (2003). Jung (1946) señala que los procesos de transferencia en el campo transformativo son indivisibles, por lo tanto, este espacio es un lugar común y compartido entre las psiques del paciente y el psicoterapeuta.

Siguiendo con Kron & Avny (2003) en la discusión y en segunda instancia, en los contenidos oníricos de los sueños y series de sueños analizadas, no aparece el rol invertido de psicoterapeuta – paciente. No aparece un intercambio de roles, ni una asistencia del paciente hacia el psicoterapeuta, sino que aparecen los roles tal cual son. El psicoterapeuta aparece atento a las necesidades del paciente en tres sueños. En otro contenido onírico de una de las series aparece el psicoterapeuta en conflicto activo con el paciente.

A través de la investigación realizada se da respuesta a los objetivos principales y específicos propuestos al inicio de este estudio:

(1) Analizar los contenidos oníricos que aparecen en los sueños y series de sueños de los psicoterapeutas durante los episodios de *impasse* terapéutico mediante la interpretación junguiana de sueños.

Se analizan en profundidad los contenidos oníricos de todos los sueños y series de sueños de las psicoterapeutas en contexto de *impasse* terapéutico a partir de las categorías predeterminadas referidas a las etapas de interpretación junguiana de sueños, así como de otros elementos de la psicología analítica (eje ego/self, aspectos sombríos, máscara, complejos y arquetipos) y también aspectos del proceso transferencial que abarcan los fenómenos consciente e inconsciente (individuales y colectivos).

(2) Describir los contenidos oníricos de los sueños y las series de sueños de los psicoterapeutas durante episodios de *impasse*.

(3) Describir el contenido de las asociaciones personales de los psicoterapeutas en relación a sus sueños y series de sueños.

Se describen tanto los contenidos oníricos, como el contenido de las asociaciones personales de los sueños y series de sueños de las psicoterapeutas durante el contexto de *impasse* terapéutico en una de las tablas de las categorías predeterminadas referidas a las etapas de la interpretación junguiana, luego se realiza una inmersión en estos contenidos y emergen en primera instancia las distintas unidades de análisis temáticas, que permiten que se levanten las categorías y se descubran los principales hallazgos de esta investigación.

(4) Identificar en las asociaciones personales de los contenidos oníricos de los psicoterapeutas elementos del proceso transferencial.

(5) Discutir los contenidos oníricos y las asociaciones personales de las psicoterapeutas en relación a los episodios de *impasse*.

Se identifican en las asociaciones personales de los contenidos oníricos de las psicoterapeutas distintos elementos del proceso transferencial y se discuten tanto los contenidos oníricos, como las asociaciones personales de las psicoterapeutas en relación a los episodios de *impasse* terapéuticos. Este material se encuentra a continuación, como parte de la descripción de los hallazgos de esta investigación.

Dentro de los hallazgos más significativos de ésta investigación, se encontró a la vulnerabilidad como un estado compartido en seis de los siete sueños. En Kron & Avny (2003) también aparece lo vulnerable como uno de los hallazgos más significativos respecto a las experiencias compartidas por los psicoterapeutas. En la presente investigación aparece como una experiencia emocional e incluye: desconexión afectiva, ansiedad, miedo, pánico e impacto emocional. La vulnerabilidad además aparece como una sensación de peligro, una pérdida de posición y una vivencia de abuso emocional y físico. La vulnerabilidad se configura como un elemento sombrío en donde tanto la figura de la psicoterapeuta como la figura de la paciente rechazan sentirse vulnerables y lo que hacen es identificarse con la máscara. Así, la tensión de los opuestos aumenta y se produce una situación de *impasse* terapéutico. A partir del análisis del contenido onírico, la

vulnerabilidad aparece como un aspecto sombrío que puede comenzar a ser visto y a ser atendido dentro de la relación terapéutica, de manera de poder ir integrándola a la consciencia de la psicoterapeuta y de la paciente. Al ir asimilando estos contenidos, tanto la paciente como la psicoterapeuta, pueden progresivamente ir trascendiendo la división que hay entre lo consciente y lo inconsciente y así ir avanzando mediante el proceso psicoterapéutico de la paciente y con el propio desarrollo personal de la psicoterapeuta, hacia la individuación.

Como otro hallazgo importante en la investigación se constituye la condición de empoderamiento, que incluye: establecimiento de límites, preservación de la integridad psicofísica, autonomía y agresividad. Estos contenidos oníricos aparecen en ambas series de sueños de dos de las psicoterapeutas. El empoderamiento se configura como el establecimiento del complejo paterno dentro de la relación psicoterapéutica, se instala como una forma de poder y autoridad, donde existe la necesidad de establecer normas, límites y una mayor autonomía en la interacción. Aparece la rabia, la agresividad, pero también temor, sentimientos básicos de sobrevivencia, necesidad de resguardo y protección de la psicoterapeuta como contenidos muy sombríos en el proceso transferencial. La paciente y otras figuras significativas relacionadas con el *impasse* (psiquiatra y familia paciente) aparecen invadiendo o agrediendo el espacio psicoterapéutico.

Como otro hallazgo relevante, aparece el estado de confusión que está constituido por la desorientación, la oscuridad y el desconocimiento. En este estado aparece un distanciamiento en el eje ego/ self, pues la psicoterapeuta aparece desorientada, a oscuras, en desconocimiento de su centro, de su sí-mismo. Hay un distanciamiento que no le permite saber, ni ver, ni encontrar. Es un estado de confusión personal y colectivo que requiere de reconectarse, de acercarse al centro, de encontrarlo para salir a la luz y poder intentar comprender el proceso transferencial. Es probable que una buena manera de trabajar la confusión sería hablar de ella en la relación terapéutica, a través de metacomunicaciones o autorevelaciones, como lo han planteado diversos autores como Safran & Muran (2000) reconociendo el estado de desorientación o de oscuridad que se

está experimentando en el proceso psicoterapéutico para poder abordarlo en ese espacio, posterior a su elaboración en el espacio de supervisión.

Otro hallazgo significativo lo constituye la afectividad, que incluye la condición de acogida, de sensibilidad y de confianza. Este hallazgo nace a partir de la importancia que en la relación terapéutica se establezca el complejo materno. Los contenidos oníricos muestran la importancia de la afectividad para iniciar y mantener una buena relación psicoterapéutica. Lo importante que la paciente pueda confiar en los distintos niveles del proceso transferencial, lo relevante que la psicoterapeuta sea sensible y logre ver y sentir a la paciente, así como también pueda acogerla, contenerla y acompañarla en el proceso psicoterapéutico. En esta línea, se constata lo que señalan los autores Cambray & Carter (2004) quienes relevan a la relación terapéutica como una relación continua que sea capaz de contener, para que en el presente relacional terapéutico, las experiencias traumáticas del pasado tengan la oportunidad de volver a construirse mediante una experiencia terapéutica afectiva.

Como último hallazgo aparece la consciencia, que comprende la abertura, la claridad y el develar. Aparece la necesidad de la psique de abrir un puente entre la inconsciencia y la consciencia. La posibilidad que el contenido que está en la sombra se vaya esclareciendo al ir integrándose a la consciencia, generando potencialmente un mayor autoconocimiento de los aspectos más sombríos e inconscientes de la psicoterapeuta, y de aspectos relacionales que pueden estar perturbando e interfiriendo en la relación terapéutica. Así, este contenido buscaría generar un movimiento del eje ego/ self que permita, la desidentificación con la máscara y un acercamiento al sí-mismo, de manera de ir acercándose a la totalidad.

En consecuencia, en la presente investigación aparece la necesidad que las psicoterapeutas se acerquen a sus aspectos más sombríos e inconscientes, de manera que puedan ir reconociéndolos y viendo como ellos están afectando o interfiriendo en la relación terapéutica. Aparece la necesidad que las psicoterapeutas se acerquen a su sí-mismo como una manera de ir recobrando su orientación, su conocimiento personal e interpersonal y su claridad en el proceso transferencial. Sería interesante también plantear,



que la posibilidad de soñar y estar atentas a sus sueños nos habla de al menos una actitud de la consciencia de las psicoterapeutas de estar disponible y atenta frente a estos fenómenos, lo que les permite tener mayor información para modificar y/o corregir la actitud y la forma de estar en la relación terapéutica.

También aparece el establecimiento de ambos complejos: paterno y materno. Por un lado el paterno, porque se requiere que la psicoterapeuta pueda establecer límites y normas en la relación terapéutica de manera de cuidarse y preservar su empoderamiento y autonomía; y por otro lado, el establecimiento del complejo materno, de manera que la psicoterapeuta sea una figura afectiva, capaz de acoger, sensibilizarse y dar confianza al paciente. También y de manera relevante, la posibilidad que la psicoterapeuta pueda acceder no sólo al nivel individual de su consciencia, sino que también abrirse a la posibilidad de poder integrar elementos más colectivos.

Para finalizar la discusión, es relevante señalar que todos los sueños y series de sueños que se analizaron en esta investigación actúan de manera compensatoria a la consciencia, tanto al mostrar contenidos oníricos interpersonales respecto a la relación entre paciente y psicoterapeuta, como también al mostrar contenidos intrapsíquicos de las psicoterapeutas respecto a la relación terapéutica, pero en otras interacciones. Por lo tanto, en este punto se constata la hipótesis que Jung (1991c) tiene respecto a la función de compensación de los sueños, pues considera que a través de la energía de lo simbólico el material inconsciente llega a la consciencia. En la misma línea de discusión, esta investigación reafirma lo que Aron (1991) señala, que mediante la función compensatoria de los sueños, no solamente se equilibran los contenidos intrapsíquicos de los psicoterapeutas, sino que además se equilibran las situaciones interpersonales dentro de la relación terapéutica. Así también lo señala el estudio de Kron & Avny (2003) respecto que mediante la función de compensación, los sueños de los psicoterapeutas transmiten información importante sobre la relación terapéutica, ya que a través de los sueños y series de sueños, los psicoterapeutas pueden profundizar su comprensión respecto de los pacientes, de la relación terapéutica y también respecto de su propia actitud hacia los pacientes. En esta misma línea, es importante mencionar que cinco de los siete sueños y

series de sueños ocurrieron en la misma noche del episodio de *impasse*. Este hecho es relevante para constatar como un elemento significativo, la necesidad que en la misma noche la psique requiere equilibrar la unilateralidad del estado consciente del psicoterapeuta.

Por otra parte, cabe destacar que durante el desarrollo de la investigación se tuvo que re-definir el tema a investigar, debido que la muestra de las series de sueños de las psicoterapeutas era insuficiente para el análisis. Es probable que las series de sueños requieran de al menos un año para su registro y posterior análisis. Es por esta razón, que tuvo que incluirse a los sueños aislados de las psicoterapeutas junto a las series de sueños como parte del tema de investigación. En coherencia, las principales limitaciones de la presente investigación están relacionadas con la esencia o naturaleza de la exploración, es decir, la posibilidad que los psicoterapeutas recuerden y registren sus sueños y series de sueños y más aún, con la especificación solicitada respecto a recordar sueños acerca de *impasse* terapéuticos. Es probable que más psicoterapeutas hayan soñado, pero no necesariamente acerca de sus *impasse*.

A partir de los datos obtenidos, se considera importante plantear las proyecciones de esta investigación a resultados de estudios de sueños y series de sueños más a largo plazo respecto a procesos psicoterapéuticos de más tiempo. Por otra parte, debido que el registro de la información solamente fue realizado por psicoterapeutas mujeres, sería muy interesante analizar el contenido onírico de los sueños y series de sueños de psicoterapeutas hombres y contrastarlos con esta investigación, de manera de poder profundizar a través de los contenidos oníricos y las asociaciones personales, las diferencias o similitudes que existen entre las relaciones terapéuticas que desarrollan psicoterapeutas hombres y psicoterapeutas mujeres.

En coherencia, los sueños y series de sueños de las psicoterapeutas analizados en esta investigación a la luz de la interpretación junguiana (categorías predeterminadas) y mediante el análisis de contenido (categorías emergentes), entregan información valiosa para ser abordada psicoterapéuticamente dentro de la relación terapéutica, como una manera de ver y atender a los contenidos que no están siendo conscientes por los

psicoterapeutas y que como hemos visto pueden generar episodios de *impasse* terapéuticos que requieren ser abordados y elaborados en pos del desarrollo e individuación de los pacientes, y para el enriquecimiento de la praxis de los psicoterapeutas.

Es importante que los psicoterapeutas acepten el involucramiento en los distintos niveles con sus pacientes, de manera de acceder a niveles de comprensión más profunda acerca de lo que sucede en el espacio y relación terapéutica. En este contexto, el psicoterapeuta es quién tiene la mayor responsabilidad de intentar descubrir y comprender sus propios contenidos inconscientes y una buena manera de hacerlo es mediante los sueños y series de sueños. El atender a estos contenidos oníricos puede ayudar a una mejor comprensión del proceso transferencial y ayudar en el desarrollo y avance del proceso psicoterapéutico.

## 7. BIBLIOGRAFÍA

- Alemaný, C. (1997). *Psicoterapia Experiencial y Focusing: La aportación de E.T. Gendlin*. Bilbao: Editorial Descleé de Brouwer.
- Amenázaga, A., Dávila, Y., Vilches-Álvarez, O. (2014). Los Momentos Difíciles en Psicoterapia: Una oportunidad para el cambio. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, vol. XXIII, 2,131-144.
- Archive for Research in Archetypal Symbolism ARAS (s/f). *The book of symbols*
- Aron, L. (1991). The patient's experience of the analyst's subjectivity. *Psychoanalytic Dialogues*, 1(1): 29-51.
- Aron, L. (1996). *Meeting of Minds: Mutually in Psychoanalysis*, Hillsdale, NJ. The Analytic Press.
- Baldwin, M. (2008). *The use of Self in therapy*. New York: The Haworth Press.
- Blechner, M. (1995). The patient's dreams and the countertransference. *Psychoanalytical Dialogues*, 5(1): 1-25.
- Buber, M. (2006). *Yo y tú*. Buenos Aires: Ediciones Lilmod.
- Burgos, E. (2013). Efectos de la problemática presentada por el paciente en la vida personal de psicólogos novatos y experimentados y sus mecanismos para elaborar los procesos y/o cuestionamientos elicitados. Memoria, Universidad de Chile, Santiago, Chile.
- Cambray, J. & Carter, L. (2004). *Analytical Psychology. Contemporary perspectives in Jungian Analysis*. Hove & New York: Brunner-Routledge.
- Carvajal, Carla. (2012). *Desarrollo de la persona Del terapeuta y su influencia en el quehacer profesional: desde La Mirada de los experimentados*. Tesis de grado, Universidad de Chile, Santiago, Chile.
- Chevalier, J., Gheerbrant, A. (1986). *Diccionario de los símbolos*. Barcelona: Ed. Herder.
- Dieckmann, H. (1991). *Methods in Analytical Psychology*. Illinois: Chiron Publication.
- Etchegoyen, H. (1986). *Los fundamentos de la técnica psicoanalítica*. Buenos Aires: Amorrortu.

- Fernández- Álvarez, H. (2002). La persona del terapeuta. Balance y perspectivas. Comunicación personal. Congreso puentes y miradas: *tendiendo puentes entre la investigación y la clínica*. Reñaca 8,9, 10 y 11 de Agosto.
- Frey-Rohn, L. (1991). *De Freud a Jung*. México: Fondo de la cultura económica.
- Galiás, I. (2000). Psicopatología das Relacoes Assimétricas. *Junguiana*, 18: 113-130.
- González, A. (2017). *Relación terapéutica y angustia existencial en un contexto caracterizado por poseer un espíritu moderno*. Memoria para optar al título de psicólogo.
- Hall, J. (1986). *La experiencia junguiana, análisis e individuación*. Santiago de Chile: Cuatro vientos.
- Hall, J. (1995). *La experiencia junguiana*. Santiago de Chile: Cuatro vientos.
- Hartmann, E. (2000). The psychology and physiology of dreaming. A new synthesis. In *Dreams 1900-2000. Science, Art and the Unconscious Mind*. Ed.L. Gamwell.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2006). *Metodología de la investigación*. México: Mc Graw-Hill / Interamericana Editores.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. México: Mc Graw-Hill / Interamericana Editores.
- Herrera, P., Fernández, O., Krause J., Vilches, O., Valdés, N., & Dagnino, P. (2009). Revisión Teórica y Metodológica de las Dificultades en Psicoterapia: Propuesta de un Modelo Ordenador. *Terapia psicológica*, 27(2), 169-179. Extraído de: <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082009000200003>
- Hill, C. & Knox. (2009). Procesing the therapeutic relationship. *Psychotherapy Research*, 19 (1), 13-29.
- Hobson, J. A. & Pace-Schott, E. F. (1999). Response to commentaries on the new psychology of sleep: implications for neuropsychanalysis. *Neuropsychanalysis*, 1,2, 206–24.
- Jacobi, J. (1974). *Complex, Archetype, Symbol in the Psychology of the C.G. Jung*. Princeton: Bollingen series.
- Jacobi, J. (1976). *La psicología de C.G. Jung*, 3ªed. (Trad. del alemán por J.M. Sacristán). Madrid: Espasa Calpe.
- Jacobi, J. (1983). Los dos tipos de individuación. En *The Way of Individuation* (pp. 15-20). Nueva York: Meridian.

- Jung, C. G. (1916/1958). La función trascendente. En C. G. Jung (2004), *La dinámica de lo inconsciente*, OC 8 (pp. 69-95). Madrid: Trotta.
- Jung, C. G. (1918). Sobre lo Inconsciente. En C. G. Jung (2001), *Civilización en Transición*, OC 10, (pp. 3-27). Madrid: Trotta.
- Jung, C. G. (1921/1937). El valor terapéutico de la abreacción. En C.G. Jung (2002), *La práctica de la psicoterapia*, OC 16, (pp.129-138). Madrid: Trotta.
- Jung, C. G. (1929/1950b). Los problemas de la psicoterapia moderna. En C. G. Jung (2002), *Práctica de la psicoterapia*, OC16 (pp. 57-78). Barcelona: Trotta.
- Jung, C.G. (1933/1947). El significado de la Psicología para el presente. En C. G. Jung (2001), *Civilización en transición*, OC 10 (131-151). Madrid: Trotta
- Jung, C.G. (1934/1948). La aplicabilidad práctica del análisis de los sueños. En C. G. Jung, *La práctica de la psicoterapia*, OC 16 (pp. 139-158). Madrid: Trotta.
- Jung, C. G. (1935a). Consideraciones de principio acerca de la psicoterapia práctica. En C. G. Jung (2002), *Práctica de la psicoterapia*, OC 16 (pp. 7-24). Barcelona: Trotta.
- Jung, C. G. (1935b). ¿Qué es la psicoterapia? En C. G. Jung (2002), *Práctica de la psicoterapia*, OC 16 (pp.25-32). Barcelona: Trotta.
- Jung, C.G. (1946/1954). La Psicología de la Transferencia. En C. G Jung (1946), *La práctica de la psicoterapia*, OC 16 (pp. 159-303). Madrid: Trotta.
- Jung, C.G. (1953). *Psicología y Alquimia*. Buenos Aires: Paidós
- Jung, C.G. (1951). Cuestiones fundamentales de la psicoterapia. En C.G. Jung (2002), *La práctica de la psicoterapia*, OC 16 (pp.113-125). Madrid: Trotta.
- Jung, C.G. (1964). *Recuerdos, sueños, pensamientos*. Barcelona: Seix Barral.
- Jung, C.G. (1978). Definiciones: símbolo. En C. G. Jung, *Tipos Psicológicos* (pp.554-563). Buenos Aires: Editorial Sudamericana.
- Jung, C.G. (1991c). El análisis del inconsciente. En C.G.Jung, *Recuerdos, sueños, pensamientos*. (pp.204-237). Barcelona: Seix Barral.
- King, P. (1973). The therapist-patient relationship. *Journal of Analytical Psychology*, 18 (1), 1-8.
- Krause, M. (2005). *Psicoterapia y cambio. Una Mirada desde la subjetividad*. Santiago: Ediciones Universidad Católica de Chile.
- Kron, T. & Avny, N. (2003). Psychotherapists' dreams about their patients. *Journal of Analytical Psychology*, 48: 317-339

- Mattoon, M. A. (1980). *El análisis junguiano de los sueños*. Buenos Aires: Paidós
- Moncada., Olivos, P. y Rojas, G. (2003). ¿Es la variable del terapeuta estudiada en Chile? Reflexiones en torno a las investigaciones empíricas de postgrado en psicoterapia. *Psiquiatría y salud mental*, 20(3), 173-182.
- Orange, D. (2012). *Pensar la práctica clínica. Recursos filosóficos para el psicoanálisis contemporáneo y las psicoterapias humanistas*. (Trad. A. Sassenfeld y F. Huneeus). Santiago: Cuatro Vientos.
- Orlinsky, D. & Ronnestad, M. (2005). *How psychotherapists develop. A study of therapeutic work and professional growth*. Washington, DC: American Psychological Association
- Porre, M. (2014). El proceso de convertirse en madre: series oníricas, análisis simbólico y campo transformativo. *Revista Temáticas Junguianas*, 1, 141-164.
- Porre, M. (2015). Sueños del paciente y sueños del analista: Procesos y conflicto de inconsciente a inconsciente en el seno del campo transformativo. *Revista Temáticas Junguianas*, 2: 61-76.
- Porre, M. (2018). Relación terapéutica, campo transformativo y fenómenos relacionales inconscientes. Manuscrito no publicado. Santiago de Chile.
- Recuero, M.A. (1998). *Los modelos terapéuticos de Carl Jung y Carl Rogers. Una comparación en la perspectiva de la integración* (tesis para optar al grado de Doctor en Psicología). Universidad Pontificia de Salamanca, Salamanca, España.
- Safran, J. & Muran, J. (2000) *Negotiating the Therapeutic Alliance. A Relational Treatment Guide*. New York: The Guilford Press.
- Samuels, A. (1985). The analytical process. En A. Samuels, *Jung and the postjungians*, (pp. 173-206). New York: Brunner-Routledge.
- Samuels, A. (2015). El proceso Analítico. En E. Jung y los Post-Junguianos (pp. 203-242). Madrid: Manuscritos.
- Sassenfeld, A. & Moncada, L. (2006). Fenomenología y psicoterapia humanista-existencial. *Revista de psicología de la Universidad de Chile*, XV (1), 89-104.
- Sharp, D. (1997). *Jung Lexicon. A Primer of Terms & Concepts*. Toronto: Innercity books.
- Stern, D., Sander, L., Nahum, J., Harrison, A., Lyons-Ruth, K., Morgan, A., Bruschiweiler-Stern, N. & Tronick, E. (1998) Non-Interpretive mechanisms in Psychoanalytic Therapy. The something more than interpretation. *International Journal of Psycho-Analysis*. 79, 903-921.

- Stevens, A. (1994). El desarrollo personal y las etapas de la vida. En A. Stevens, *Jung o la búsqueda de la identidad* (pp. 67-87). Madrid: Debate.
- Stevens, J. (1976). *El darse cuenta: sentir, imaginar, vivenciar*. Santiago de Chile: Editorial cuatro vientos.
- Stolorow, R. & Atwood, G. (2004). *Los contextos del ser. Las bases intersubjetivas de la vida psíquica*. Barcelona: Ed. Herder.
- Szmulewicz, T. (2013). La persona del terapeuta: eje fundamental de todo proceso psicoterapéutico. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 51 (1):
- Tolosa, S. (2010). El mito de Quirón, la actitud terapéutica y la perspectiva fenomenológica del analista. *Revista Encuentros*, 18-26.
- Von Franz, M.-L. (1964). El proceso de individuación. En C.G. Jung (Ed.), *El hombre y sus símbolos*. Barcelona: Luis de Caralt.
- Wilkinson, M. (2006). The dreaming mind-brain: a Jungian perspective. *Journal of Analytical Psychology*, 51, 43-59.
- Winkler, M., Cáceres, C., Fernández, I. y Sanhueza, J. (1989). Factores inespecíficos de la psicoterapia y efectividad del proceso terapéutico: una sistematización. *Revista Terapia Psicológica*, 8 (11), 34-40.
- Zweig, C. y Abrams, J. (1991). *Encuentro con la sombra*. Barcelona: Editorial Kairós.



## 8. ANEXOS

### Anexo -1

#### CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

**Usted ha sido invitado a participar en el estudio titulado “Análisis de los contenidos oníricos que aparecen en la serie de sueños de los terapeutas mediante la interpretación junguiana de sueños durante episodios de *impasse* terapéuticos” a cargo de la tesista Tania Láscar Cortés, estudiante de Magíster en Psicología Clínica adultos, línea humanista existencial, Universidad de Chile.**

**El objetivo de esta carta es ayudarlo a tomar la decisión de participar en la presente investigación.**

#### **¿Cuál es el propósito de esta investigación?**

El propósito de la investigación es analizar los contenidos oníricos que aparecen en los sueños que tienen los terapeutas durante episodios de *impasse* terapéuticos. Se busca hacer un aporte a la mirada y práctica clínica al integrar el análisis de los contenidos de los sueños como una manera de profundizar en los aspectos que este material de origen inconsciente, puede aportar a la comprensión de fenómenos que no están siendo conscientes y que pudieran estar afectando la relación terapéutica y el proceso de la psicoterapia.

#### **¿En qué consiste su participación y cuánto durará?**

A usted como terapeuta se le entregará digitalizado un modelo de protocolo de auto reporte en donde se le solicitará registrar sus sueños y las asociaciones personales de estos contenidos, incorporado la fecha del sueño. Cada protocolo de auto reporte corresponderá a un sueño. Lo más probable es que usted rellene varios protocolos con sus sueños. Este registro debe hacerse durante el tiempo que dure la recabación de información, aproximadamente entre dos a tres meses desde iniciado este proceso. Adicionalmente, se le pedirá registrar episodios de *impasse* terapéuticos, así como describir esta situación en profundidad consignando fechas. Los episodios de *impasse* pueden estar referidos a uno o

más pacientes, lo que debe quedar explicitado en el protocolo, hay un ítem para ello. Así también si el terapeuta relaciona uno o varios de sus sueños con la situación de *impasse*, esto debe quedar claramente especificado.

### **¿Qué riesgos corre al participar?**

Ninguno.

### **¿Qué beneficios puede tener su participación?**

Tendrá por una parte un beneficio indirecto al participar en este estudio, ya que los resultados de esta investigación favorecerán al desarrollo del conocimiento científico, y por otra parte tendrá un beneficio directo ya que la investigación supone el análisis de los contenidos oníricos de sus sueños, información que estará disponible posteriormente para que usted como terapeuta pueda profundizar en ella, de manera de ayudar a su relación terapéutica, al proceso y avance de la psicoterapia.

### **¿Qué pasa con la información y datos que usted entregue?**

La información de los contenidos oníricos y las asociaciones personales deberá ser registrada en un protocolo de auto reporte, con información básica (edad, sexo, años de ejercicio de la profesión y algún dato que el terapeuta considere relevante) y un nombre de fantasía (para saber que el material corresponde al mismo participante). La información que nos entregue será completamente anónima y confidencial, no será publicada en forma alguna que permita su identificación y sólo será utilizada con fines de investigación y docencia especializada, para éste u otros estudios vinculados. Asimismo, toda la información será debidamente almacenada y resguardada a cargo de la tesista responsable.

### **¿Es obligación participar?**

Se le ha pedido participar en esta actividad en forma voluntaria. Tiene el derecho a abandonar el estudio sin necesidad de dar ningún tipo de explicación y sin que ello signifique ningún perjuicio para usted. También es posible que no recuerde sueños o que

no registre episodios de *impasse* durante el tiempo de recabación de la información, lo que tampoco significará ningún perjuicio para usted.

**¿A quién puede contactar para saber más de este estudio o si le surgen dudas?**

Si tiene cualquier duda acerca de esta investigación, puede contactar a la tesista responsable Tania Láscar Cortés (su teléfono es el 998744059 y su e-mail es [laskartanya@gmail.com](mailto:laskartanya@gmail.com)) o a profesora patrocinante Madeleine Porre Ibacache (su teléfono es el 999692999 y su e-mail es [madeporre@gmail.com](mailto:madeporre@gmail.com) ).

HE TENIDO LA OPORTUNIDAD DE LEER ESTA DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO, HACER PREGUNTAS ACERCA DE LA INVESTIGACIÓN Y ACEPTO PARTICIPAR EN ESTE ESTUDIO.

-----

Firma del (de la) Participante

-----

Fecha

-----

Nombre del (de la) Participante

-----

Firma de la Investigadora

-----

Fecha.

## Anexo-2

### Datos personales de los psicoterapeutas para protocolo de auto reporte

Nombre fantasía psicoterapeuta	Soledad Lara
Década de vida en que se encuentra	30-40
Género	Femenino
Años aproximados de ejercicio como psicoterapeuta	5 años
Observación relevante	

Datos personales de los psicoterapeutas para protocolo de auto reporte

Nombre fantasía psicoterapeuta	Olimpia Pérez.
Década de vida en que se encuentra	Los 40
Género	Femenino
Años aproximados de ejercicio como psicoterapeuta	10 años
Observación relevante	

Datos personales de los psicoterapeutas para protocolo de auto reporte

Nombre fantasía psicoterapeuta	Isabel Soto
Década de vida en que se encuentra	30-40
Género	Femenino
Años aproximados de ejercicio como psicoterapeuta	7 años
Observación relevante	

Datos personales de los psicoterapeutas para protocolo de auto reporte

Nombre fantasía psicoterapeuta	SUSANA
Década de vida en que se encuentra	40
Género	FEMENINO
Años aproximados de ejercicio como psicoterapeuta	5 AÑOS
Observación relevante	

Datos personales de los psicoterapeutas para protocolo de auto reporte

Nombre fantasía psicoterapeuta	Laura Labarca
Década de vida en que se encuentra	40-50
Género	Femenino
Años aproximados de ejercicio como psicoterapeuta	6 años
Observación relevante	



**Anexo-3**Protocolo de auto reporte

## A) Datos del auto reporte

Nombre y Apellido fantasía psicoterapeuta	Soledad Lara
Fecha de <i>impasse</i>	22 de Dic 2017
Número de sueño	1
Fecha de sueño	22 de Dic. 2017 durante la noche

B) Distinción del *impasse*: Marque él o los casilleros que identifique con su situación de *impasse* terapéutico.

FALTA AL ENCUADRE O CONTRATO	Cambia horario paciente	X
	Cambia horario psicoterapeuta	
	Atraso paciente	
	Atraso psicoterapeuta	
	Inasistencia paciente	
	Inasistencia psicoterapeuta	

	Ruptura acuerdo económico	
	Ruptura confidencialidad	
	Falta a los objetivos o metas acordadas.	
	Otros ( especificar)	

ASPECTOS MÁS SUBJETIVOS	Desmotivación al atender	
	Sensación de aburrimiento en la sesión.	X
	Sentimientos de impotencia respecto al proceso psicoterapéutico.	
	Sensación de no avanzar o de estancamiento en la terapia.	
	Sensación de distanciamiento afectivo entre psicoterapeuta y paciente.	
	Momento de tensión o confrontación en la terapia.	
	Sensación de desajuste o desencuentro en cuanto al “timing” entre paciente y psicoterapeuta.	
	Sensación de quiebre o ruptura de la alianza terapéutica.	
	Otros ( especificar)	
	Sensación de cansancio o agotamiento psíquico (lo que también podría ser una sensación contra transferencial)	X

C) Describir la situación de *impasse* terapéutico. A continuación describa la situación de *impasse* terapéutico referida al sueño registrado e identificada en él o los casilleros de más arriba. (No se limite al espacio señalado, escriba la mayor cantidad de información posible).

La paciente cambia el día de la sesión. En un principio cancela la hora (que es los días jueves). Ya había ocurrido la situación varias veces de cancelación de hora, pero esta vez, me escribe el mismo jueves preguntándome si acaso podría atenderla el viernes porque “necesita ir”. Llega entonces el viernes con una actitud inquieta, ansiosa, muy mental. Es habitual en la paciente hablar bastante en sesiones pero esta vez se nota una cualidad distinta, habla muy rápido, sin dejar espacios, con un lenguaje corporal que transmite ansiedad. Al preguntarle acerca de su mensaje y de su “necesito ir”, le baja el perfil a la situación diciendo que solo quería contarme algunas cosas y no podía esperar a la otra semana (la mayoría de las cosas que me habla muy triviales y no acordes a su necesidad transmitida en el mensaje). Durante la sesión comienzo primero a sentir aburrimiento que luego se transforma en una sensación de cansancio y agotamiento, pienso en esto como un sensación contra transferencial pero no hago le hago devolución sobre esta sensación, sentí que no me iba a escuchar, ni tampoco dejaba espacio para ningún tipo de intervención. Me quedo callada toda la sesión. Al finalizar, cuando la paciente ya se había ido, varias hipótesis dan vueltas en mi cabeza y siento que perdí la oportunidad de intervenir en el momento más propicio, sobre todo cuando la sesión tenía de trasfondo un “necesito ir”.

D) Relatar y describir el sueño que está relacionado con la situación de *impasse* terapéutico referida más arriba. (No se limite al espacio señalado, escriba la mayor cantidad de información posible)

Ese mismo día en la noche sueño que estoy con la paciente en un espacio vacío, no hay nada alrededor, la escena ocurre sobre un fondo negro como un telón de teatro, no hay mucha luz, no hay más elementos que ella y yo.

En el sueño le digo: “Sofi, estás muy mental, estás hablando casi sin respirar, como si no quisieras dejar espacio para que hablemos de lo que sientes”. Ella se sonroja y con algo de vergüenza me dice: Muchas gracias por decírmelo, necesitaba que alguien me lo dijera.

E) Anotar la mayor cantidad de asociaciones personales que tenga usted con respecto al sueño y a la situación de *impasse* terapéutico. Puede ser una imagen, una palabra, no necesariamente debe anotar una idea completa. (No se limite al espacio señalado, escriba la mayor cantidad de información posible).

Mis asociaciones sobre el sueño y la situación de *impasse* más que nada tienen que ver con la idea de un sueño afirmativo sobre la sensación post-sesión en que sentí que era importante una intervención respecto a estos “síntomas” con los que Sofi llegó. Luego de sueño, me dije: tengo que decírselo en la próxima sesión, no puedo dejarlo pasar. Sofi tiene la tendencia a empezar las sesiones hablando mucho y dejando poco espacio para la proposición de temas a trabajar, por lo que el sueño me dio la sensación que tenía que comenzar hablando yo y proponiendo hablar de ciertas cosas que Sofi tiende a pasar por alto, como sus sentimientos más profundos. Las últimas sesiones con ella, había comenzado a existir una sensación de que nos estábamos perdiendo en trivialidades en vez de ir hacia lo importante.

Creo que el sueño me ayudó a ver ese “necesito ir”, que de algún modo tenía que ver con mostrarme sus defensas, aquellas que no le estaban permitiendo conectarse con lo que realmente le está pasando.

F) Si el sueño descrito en este protocolo es parte de una serie de sueños ¿Cómo lo relaciona con los sueños anteriores? Señale cual o cuales son los sueños con que relaciona este sueño, para ello escriba el número del sueño que identifique con la serie de sueños (Ítem A) (No se limite al espacio señalado, escriba la mayor cantidad de información posible).

G) Reflexión o descubrimiento que quiera compartir después de realizar el protocolo de auto reporte. (No se limite al espacio señalado, escriba la mayor cantidad de información posible).

Al realizar el protocolo pude reflexionar con más profundidad sobre cuál es el problema de fondo de Sofi y surgió una hipótesis nueva la cual no había pensado antes. Mientras escribía el sueño y pensaba ¿qué siente Sofi? ¿De qué no está pudiendo hablar? Recordé que hace no mucho su hermana, a quien Sofi considera una segunda mamá, se fue a vivir a Barcelona. A pesar de hablar el tema pero de forma racionalizada, el duelo por su hermana no está siendo sentido.

H) Comentarios u observaciones. (No se limite al espacio señalado, escriba la mayor cantidad de información posible).

Quizás solo comentar que en la sesión siguiente, de algún modo se reprodujo la escena del sueño, donde le dije a Sofi algo parecido a lo que le dije en el sueño.

Fue la primera vez que Sofi lloró en sesión desde que la atiendo (casi 1 año). Varios temas salieron a la luz, dentro de ellos, Sofí reconoció estar extrañando mucho a su hermana.

Protocolo de auto reporte

A) Datos del auto reporte

Nombre y Apellido fantasía psicoterapeuta	Olympia Pérez
Fecha de <i>impasse</i>	19-10-2017
Número de sueño	1
Fecha de sueño	19-10-2017

B) Distinción del *impasse*: Marque él o los casilleros que identifique con su situación de *impasse* terapéutico.

FALTA AL ENCUADRE O CONTRATO	Cambia horario paciente	
	Cambia horario psicoterapeuta	
	Atraso paciente	
	Atraso psicoterapeuta	
	Inasistencia paciente	
	Inasistencia psicoterapeuta	
	Ruptura acuerdo económico	X

	Ruptura confidencialidad	
	Falta a los objetivos o metas acordadas.	
	Otros ( especificar) La paciente decide dejar por un tiempo el proceso terapéutico comunicándolo fuera del espacio, por mail, después de acordar un cambio en el valor de la sesión	

ASPECTOS MÁS SUBJETIVOS	Desmotivación al atender	X
	Sensación de aburrimiento en la sesión.	
	Sentimientos de impotencia respecto al proceso psicoterapéutico.	
	Sensación de no avanzar o de estancamiento en la terapia.	
	Sensación de distanciamiento afectivo entre psicoterapeuta y paciente.	X
	Momento de tensión o confrontación en la terapia.	
	Sensación de desajuste o desencuentro en cuanto al “timing” entre paciente y psicoterapeuta.	
	Sensación de quiebre o ruptura de la alianza terapéutica.	X
	Otros ( especificar)	

C) Describir la situación de *impasse* terapéutico. A continuación describa la situación de *impasse* terapéutico referida al sueño registrado e identificada en él o los casilleros de más arriba. (No se limite al espacio señalado, escriba la mayor cantidad de información posible).

La paciente comienza una evaluación multidisciplinaria por un equipo de salud, para una operación gástrica (manga gástrica), por temas de exceso de peso corporal. En este proceso asiste a consulta psiquiátrica, el costo en particular de esta profesional es elevado, un poco más de tres veces el acuerdo económico de su proceso terapéutico conmigo. Este acuerdo llevaba ya un poco más de un año y medio y la paciente refiere no poder pagar más.

En un par de sesiones aparecen contenidos donde la psiquiatra trabaja fuera del marco de la evaluación para la intervención quirúrgica y se comienza a vincular con el proceso psicoterapéutico de la paciente. En este contexto le refiero la necesidad de limitar los procesos, entendiendo que su psicoterapia es un evento y su posible operación otro.

La paciente además de psicoterapia estaba con estabilizadores del ánimo, prescritos por una profesional con quien yo mantenía comunicación.

Finalmente la psiquiatra después de dos consultas le sugiere que por ahora no le puede autorizar el operarse, pero le cambia la mediación que ella traía y le sugiere que trabajen en psicoterapia.

Cabe señalar que la psiquiatra estaba en conocimiento de su proceso terapéutico, incluso le hizo comentarios sobre sus avances y sobre lo bajo de su acuerdo económico conmigo. Le pidió mi mail pero en ningún momento entró en contacto conmigo.

Al mes y medio aproximadamente de estos sucesos, yo converso con mi paciente y le comento la posibilidad de variar nuestro acuerdo económico, que aun así seguía siendo menos de la mitad del arancel con la psiquiatra. Ella me comenta que lo cree factible. Las sesiones venideras se ausenta (2) por motivos particulares y luego me escribe y me comenta que no seguirá el proceso. Reconoce los avances importantes en este tiempo y decide seguir solo con tratamiento psiquiátrico.

En este contexto le comento la necesidad de un pequeño cierre, ella accede, pero finalmente yo no puedo disponer del tiempo.



D) Relatar y describir el sueño que está relacionado con la situación de *impasse* terapéutico referida más arriba. (No se limite al espacio señalado, escriba la mayor cantidad de información posible).

Estoy en un barrio peligroso buscando a mi hija, es una especie de paramo, la encuentro y juntas intentamos salir de ahí. Luego ella se separa a ratos de mí. En el intento de salir, en un momento caigo en un lugar encerrado, me caigo al suelo y estoy como un animalito en cuatro patas.

Luego estoy en este mismo barrio peligroso, pero en una vivienda muy precaria, no es mi casa, pero hay cosas mías. Ahí tengo que hacer fuerza con una chica que quiere entrar en el espacio en el que yo estoy, en la casa, ella quiere robarme. Y se encontraba o quería encontrarse, si yo la dejaba entrar, con un chico que iba a entrar por el patio a robarme, ambos eran flaites.

E) Anotar la mayor cantidad de asociaciones personales que tenga usted con respecto al sueño y a la situación de *impasse* terapéutico. Puede ser una imagen, una palabra, no necesariamente debe anotar una idea completa. (No se limite al espacio señalado, escriba la mayor cantidad de información posible).

La sensación de pelear para instalar límites claros de resguardo.

La idea y vivencia de estar en peligro por estar en un espacio que no es mío, por estar en un territorio desconocido, en el que me veo forzada a estar.

Una especie de dificultad en contactar mis recursos, los logro administrar desde un lugar límite.

Una especie de extravío de mí misma, en situaciones que me son difíciles de manejar.

La sensación de lograr un escenario favorable para mí a pesar de la dificultad.

F) Si el sueño descrito en este protocolo es parte de una serie de sueños ¿Cómo lo relaciona con los sueños anteriores? Señale cual o cuales son los sueños con que relaciona este sueño, para ello escriba el número del sueño que identifique con la serie de sueños (Ítem A) (No se limite al espacio señalado, escriba la mayor cantidad de información posible).

No es parte de una serie.

G) Reflexión o descubrimiento que quiera compartir después de realizar el protocolo de auto reporte. (No se limite al espacio señalado, escriba la mayor cantidad de información posible).

La necesidad de resguardar mis límites para poder garantizar mi bienestar, el poder administrar mis recursos de forma estable, auto regulada. Todo esto como una responsabilidad de mi trabajo personal y profesional.

A pesar de la dificultad en la que en ocasiones me puedo ver obligada a estar la posibilidad de tener los recursos para lidiar con todo lo difícil que acá acontece.

H) Comentarios u observaciones. (No se limite al espacio señalado, escriba la mayor cantidad de información posible).

Protocolo de auto reporte

A) Datos del auto reporte

Nombre y Apellido fantasía psicoterapeuta	Olympia Pérez
Fecha de <i>impasse</i>	19-10-2017
Número de sueño	1
Fecha de sueño	19-10-2017

B) Distinción del *impasse*: Marque él o los casilleros que identifique con su situación de *impasse* terapéutico.

FALTA AL ENCUADRE O CONTRATO	Cambia horario paciente	
	Cambia horario psicoterapeuta	
	Atraso paciente	
	Atraso psicoterapeuta	
	Inasistencia paciente	
	Inasistencia psicoterapeuta	
	Ruptura acuerdo económico	X

	Ruptura confidencialidad	
	Falta a los objetivos o metas acordadas.	
	Otros ( especificar) La paciente decide dejar por un tiempo el proceso terapéutico comunicándolo fuera del espacio, por mail, después de acordar un cambio en el valor de la sesión	

ASPECTOS MÁS SUBJETIVOS	Desmotivación al atender	X
	Sensación de aburrimiento en la sesión.	
	Sentimientos de impotencia respecto al proceso psicoterapéutico.	
	Sensación de no avanzar o de estancamiento en la terapia.	
	Sensación de distanciamiento afectivo entre psicoterapeuta y paciente.	X
	Momento de tensión o confrontación en la terapia.	
	Sensación de desajuste o desencuentro en cuanto al “timing” entre paciente y psicoterapeuta.	
	Sensación de quiebre o ruptura de la alianza terapéutica.	X
	Otros ( especificar)	

C) Describir la situación de *impasse* terapéutico. A continuación describa la situación de *impasse* terapéutico referida al sueño registrado e identificada en él o los casilleros de más arriba. (No se limite al espacio señalado, escriba la mayor cantidad de información posible).

La paciente comienza una evaluación multidisciplinaria por un equipo de salud, para una operación gástrica (manga gástrica), por temas de exceso de peso corporal. En este proceso asiste a consulta psiquiátrica, el costo en particular de esta profesional es elevado, un poco más de tres veces el acuerdo económico de su proceso terapéutico conmigo. Este acuerdo llevaba ya un poco más de un año y medio y la paciente refiere no poder pagar más.

En un par de sesiones aparecen contenidos donde la psiquiatra trabaja fuera del marco de la evaluación para la intervención quirúrgica y se comienza a vincular con el proceso psicoterapéutico de la paciente. En este contexto le refiero la necesidad de limitar los procesos, entendiendo que su psicoterapia es un evento y su posible operación otro.

La paciente además de psicoterapia estaba con estabilizadores del ánimo, prescritos por una profesional con quien yo mantenía comunicación.

Finalmente la psiquiatra después de dos consultas le sugiere que por ahora no le puede autorizar el operarse, pero le cambia la mediación que ella traía y le sugiere que trabajen en psicoterapia.

Cabe señalar que la psiquiatra estaba en conocimiento de su proceso terapéutico, incluso le hizo comentarios sobre sus avances y sobre lo bajo de su acuerdo económico conmigo. Le pidió mi mail pero en ningún momento entró en contacto conmigo.

Al mes y medio aproximadamente de estos sucesos, yo converso con mi paciente y le comento la posibilidad de variar nuestro acuerdo económico, que aun así seguía siendo menos de la mitad del arancel con la psiquiatra. Ella me comenta que lo cree factible. Las sesiones venideras se ausenta (2) por motivos particulares y luego me escribe y me comenta que no seguirá el proceso. Reconoce los avances importantes en este tiempo y decide seguir solo con tratamiento psiquiátrico.

En este contexto le comento la necesidad de un pequeño cierre, ella accede, pero finalmente yo no puedo disponer del tiempo.

D) Relatar y describir el sueño que está relacionado con la situación de *impasse* terapéutico referida más arriba. (No se limite al espacio señalado, escriba la mayor cantidad de información posible).

En el sueño estoy con una amiga, en su casa, ella está embarazada, es una amiga importante que representa para mí un lugar calmo, seguro. Estamos en su casa, que también es un espacio tranquilo en el que me agrada estar. Hay una mecedora (a mí me gusta este objeto, me traslada a mi primera infancia).

Todo el sueño es ella un poco persiguiéndome, insistiendo en que armemos juntas un proyecto que es más bien de ella y no mío. Quería que la acompañara a pedir un dinero, especie de préstamo trucho, ella es una persona muy correcta.

Yo le decía que no, lo trucho me asustaba, pero lo latente en mi decisión, era que ese no era mi proyecto, en el sueño yo necesitaba implicarme en el proyecto de tener un espacio, mi casa, veía que ella tenía la de ella, ella ya lo tenía resuelto eso y yo no, pero me costaba mucho decirlo así, ponerle límites claros y decirle que no la iba a acompañar en su deseo.

E) Anotar la mayor cantidad de asociaciones personales que tenga usted con respecto al sueño y a la situación de *impasse* terapéutico. Puede ser una imagen, una palabra, no necesariamente debe anotar una idea completa. (No se limite al espacio señalado, escriba la mayor cantidad de información posible).

El separarme del otro me es difícil en ocasiones.

La conexión con mis proyectos personales. El poner un límite con el otro que me permita desarrollarlos. La idea de que en ocasiones el otro entra en mi espacio y se me hace difícil establecer los límites para no sentirme invadida y/o que no interfiera en la realización de mis proyectos.

Poner límites claros e importantes en relación a mi proyecto, mi espacio y el del otro.

La autovaloración, el poner esta en relación a la valoración del otro. En este caso el papel del dinero.

Lo simbólico del dinero en relación a la valoración de mi desempeño.

F) Si el sueño descrito en este protocolo es parte de una serie de sueños ¿Cómo lo relaciona con los sueños anteriores? Señale cual o cuales son los sueños con que relaciona este sueño, para ello escriba el número del sueño que identifique con la serie de sueños (Ítem A) (No se limite al espacio señalado, escriba la mayor cantidad de información posible).

No es parte de una serie.

G) Reflexión o descubrimiento que quiera compartir después de realizar el protocolo de auto reporte. (No se limite al espacio señalado, escriba la mayor cantidad de información posible).

Me quedo con la necesidad de poner en práctica la revisión permanente de las sensaciones que se van dando en el ejercicio de la profesión. Revisar la dinámica vincular que se va co construyendo permanentemente durante un proceso terapéutico, como me voy sintiendo en este. Desde esta posibilidad chequear mis temáticas personales, mis nudos vitales.

H) Comentarios u observaciones. (No se limite al espacio señalado, escriba la mayor cantidad de información posible).

Protocolo de auto reporte

A) Datos del auto reporte

Nombre y Apellido fantasía psicoterapeuta	Isabel Soto
Fecha de <i>impasse</i>	29 Enero 2018
Número de sueño	1
Fecha de sueño	29 enero 2018 durante la noche

B) Distinción del *impasse*: Marque él o los casilleros que identifique con su situación de *impasse* terapéutico.

FALTA AL ENCUADRE O CONTRATO	Cambia horario paciente	
	Cambia horario psicoterapeuta	
	Atraso paciente	
	Atraso psicoterapeuta	
	Inasistencia paciente	
	Inasistencia psicoterapeuta	
	Ruptura acuerdo económico	



	Ruptura confidencialidad	
	Falta a los objetivos o metas acordadas.	
	Otros ( especificar)	

ASPECTOS MÁS SUBJETIVOS	Desmotivación al atender	
	Sensación de aburrimiento en la sesión.	
	Sentimientos de impotencia respecto al proceso psicoterapéutico.	
	Sensación de no avanzar o de estancamiento en la terapia.	
	Sensación de distanciamiento afectivo entre psicoterapeuta y paciente.	
	Momento de tensión o confrontación en la terapia.	
	Sensación de desajuste o desencuentro en cuanto al “timing” entre paciente y psicoterapeuta.	
	Sensación de quiebre o ruptura de la alianza terapéutica.	
	Otros ( especificar)	
	Ansiedad de atender a los pacientes con calidad de atención adecuada	X

C) Describir la situación de *impasse* terapéutico. A continuación describa la situación de *impasse* terapéutico referida al sueño registrado e identificada en él o los casilleros de más arriba. (No se limite al espacio señalado, escriba la mayor cantidad de información posible).

Si bien no hay un *impasse* terapéutico con el que pueda asociar el sueño, si me parece que el sueño refleja muchos aspectos ansiógenos y de exigencia que aparecen en mi trabajo cada cierto tiempo y que para mí es muy importante estar revisándolos permanentemente ya sea en espacio de supervisión o con mis colegas en el trabajo.

D) Relatar y describir el sueño que está relacionado con la situación de *impasse* terapéutico referida más arriba. (No se limite al espacio señalado, escriba la mayor cantidad de información posible).

Estaba yo en mi institución, y me dirijo a quien es la subdirectora administrativa, no recuerdo qué fue lo que hablamos pero estoy ahí con ella durante un rato y me llama la secretaria de mi unidad para decirme que un paciente me está esperando. Luego de eso siento el nerviosismo mientras hablo con la subdirectora y ese apuro de tener que irme a la unidad para llegar a tiempo a atender al paciente.

E) Anotar la mayor cantidad de asociaciones personales que tenga usted con respecto al sueño y a la situación de *impasse* terapéutico. Puede ser una imagen, una palabra, no necesariamente debe anotar una idea completa. (No se limite al espacio señalado, escriba la mayor cantidad de información posible).

Me parece que lo que se plasma en el sueño es mi ansiedad respecto a entregar una atención de calidad a mis pacientes. El hecho de que la secretaria me haya estado llamando para avisar que llegó mi paciente, refleja el monto de ansiedad con el que yo trabajo en la institución. En este sentido la institución aparece también como un espacio un tanto ansiógeno dado que se deben cumplir metas, hay encuestas de satisfacción usuario, entre otras cosas, todos aspectos que tienen relación a probar que yo soy una buena profesional y que debo cumplir las expectativas no sólo del paciente sino que también de la institución donde trabajo.

Unido a la ansiedad me parece que también se refleja la exigencia asociada al trabajo que uno realiza como psicoterapeuta, que se ve reflejada en tratar de cumplir con todo y hacerlo todo bien. En este caso, cumplir con el paciente, con la institución pero también con lo que yo espero de lo que un psicoterapeuta debe ser o hacer.

F) Si el sueño descrito en este protocolo es parte de una serie de sueños ¿Cómo lo relaciona con los sueños anteriores? Señale cual o cuales son los sueños con que relaciona este sueño, para ello escriba el número del sueño que identifique con la serie de sueños (Ítem A) (No se limite al espacio señalado, escriba la mayor cantidad de información posible).

No es parte de una serie de sueños.

G) Reflexión o descubrimiento que quiera compartir después de realizar el protocolo de auto reporte. (No se limite al espacio señalado, escriba la mayor cantidad de información posible).

Al realizar el protocolo pude reflexionar en que si bien me satisface mucho mi trabajo, siempre es necesario estar mirándose y tratando de entender los puntos ciegos con los que uno se encuentra al momento de atender a un paciente. Por otro lado, no había profundizado tanto en lo que representa la institución donde yo trabajo, institución un tanto amenazante a ratos y en otro momentos un espacio de mucho aprendizaje

H) Comentarios u observaciones. (No se limite al espacio señalado, escriba la mayor cantidad de información posible).

Protocolo de auto reporte

A) Datos del auto reporte

Nombre y Apellido fantasía psicoterapeuta	SUSANA
Fecha de <i>impasse</i>	28/11/2017
Número de sueño	1
Fecha de sueño	08/02/2017

B) Distinción del *impasse*: Marque él o los casilleros que identifique con su situación de *impasse* terapéutico.

FALTA AL ENCUADRE O CONTRATO	Cambia horario paciente	
	Cambia horario psicoterapeuta	
	Atraso paciente	
	Atraso psicoterapeuta	
	Inasistencia paciente	
	Inasistencia psicoterapeuta	
	Ruptura acuerdo económico	

	Ruptura confidencialidad	
	Falta a los objetivos o metas acordadas.	
	Otros ( especificar) ...No retomó sus sesiones de psicoterapia ..... ..... .....	X

ASPECTOS MÁS SUBJETIVOS	Desmotivación al atender	
	Sensación de aburrimiento en la sesión.	
	Sentimientos de impotencia respecto al proceso psicoterapéutico.	
	Sensación de no avanzar o de estancamiento en la terapia.	
	Sensación de distanciamiento afectivo entre psicoterapeuta y paciente.	
	Momento de tensión o confrontación en la terapia.	
	Sensación de desajuste o desencuentro en cuanto al “timing” entre paciente y psicoterapeuta.	X
	Sensación de quiebre o ruptura de la alianza terapéutica.	X
	Otros ( especificar)	

C) Describir la situación de *impasse* terapéutico. A continuación describa la situación de *impasse* terapéutico referida al sueño registrado e identificada en él o los casilleros de más arriba. (No se limite al espacio señalado, escriba la mayor cantidad de información posible).

Realicé una intervención a propósito de una situación familiar grave (hecho de violencia física entre su padre y hermano), que ya veníamos analizando por varias sesiones, producto de que ella lo traía como principal fuente de sufrimiento por esos días, a ella la aquejaba mucho el hecho de que su padre y hermano no se hablaran desde el día que esto aconteció. Como consecuencia de este hecho de violencia su hermano abandonó el hogar familiar, decidiéndose ir a la casa del su tío, hermano de su madre. Desde el hecho habían transcurrido más de dos meses entre los cuales no existió ningún tipo de comunicación padre e hijo, de acuerdo al relato de mi paciente, esta conducta, por parte de su padre, la tenía muy angustiada porque no podía entender que su papá se quedara inmovilizado ante el paso del tiempo y la aproximación de las celebraciones de fin de año, sin hacer nada para que su hermano volviera a casa, él justificaba su conducta como una decisión de acatar una recomendación del psiquiatra que atendía a su hermano.

La intervención que realice fue señalarle que a mi juicio probablemente sus padres tenía dificultades en problematizar los diferentes incidentes familiares, discusiones, peleas u otros conflictos y que por lo general no hablaban directamente con los implicados, sino que, había una tendencia a exteriorizarlos y/o a derivarlos como un tema a resolver por parte de algún profesional médico o del área de salud mental, poniendo en ellos la mediación del tema en conflicto y las intervenciones apropiadas y la posterior resolución, independientemente del tema en cuestión.

En el momento no la percibe incómoda o en desacuerdo con mi intervención, pero a la hora de retomar la sesiones, que por un tiempo estarían suspendidas producto de sus exámenes finales, ella no volvió a contactarme como lo había hecho en otras ocasiones, en las mismas circunstancias (Debo señalar que es una paciente que llevaba en terapia más de 4 años).

Dejé pasar unos días antes de tratar de contactarla y al hacerlo mi mensaje no fue reportado como recibido, lo que me dio a entender que o cambió de celular o que ya no figuró en sus contactos, el mismo mensaje lo envié a su correo del que tampoco recibí respuesta.

D) Relatar y describir el sueño que está relacionado con la situación de *impasse* terapéutico referida más arriba. (No se limite al espacio señalado, escriba la mayor cantidad de información posible).

El sueño del *impasse* se produjo en mis días de vacaciones, pasada varias semanas de la falta de asistencia a sus sesiones y dando yo por hecho que se había producido el término de sus sesiones de terapia habituales, sin aviso de parte de ella.

El sueño tenía que ver con la celebración de un almuerzo familiar en vacaciones, enmarcado en una instancia de distensión y de encuentro de personas de mi familia nuclear y familiares cercanos con los cuales mantengo una relación estrecha. Me encontraba en el comedor de mi casa preocupada de ir acogiendo a los invitados, cuando entre ellos veo a mi paciente participando entre los invitados de la celebración, aunque yo en el mismo sueño tenía conciencia ella era mi paciente y no mi familiar, no cuestionaba su presencia en mi casa, no fue sino al momento casi de despertar, entre el sueño y la vigilia donde me cuestioné el hecho de que ella estuviera ahí al segundo de esta percepción desperté de mi sueño.

E) Anotar la mayor cantidad de asociaciones personales que tenga usted con respecto al sueño y a la situación de *impasse* terapéutico. Puede ser una imagen, una palabra, no necesariamente debe anotar una idea completa. (No se limite al espacio señalado, escriba la mayor cantidad de información posible).

Primera vez que figura dentro de un sueño un paciente.

No me había pasado antes que una paciente diera por terminada su terapia sin una sesión de cierre o sin previo aviso.

Mi asociación personal principal es que el contexto familiar, distendido y la atmósfera del sueño, se contraponen de alguna manera con la sensación provocada después del *impasse*, puesto que me quedé preocupada por ella, con la sensación de haber realizado una intervención demasiado directiva que la hizo sentir poco acogida.

Me quedo con una suerte de pregunta, ¿la relación terapéutica habrá necesitado este *impasse* para que surgiera en ella la decisión de abandonar la terapia, que se pudiera interpretar como un gesto de autonomía? Como terapeuta ¿tenía yo también el deseo de que esto pasara? Todo esto tomando en cuenta que la autonomía era el pilar principal del trabajo terapéutico.



F) Si el sueño descrito en este protocolo es parte de una serie de sueños ¿Cómo lo relaciona con los sueños anteriores? Señale cual o cuales son los sueños con que relaciona este sueño, para ello escriba el número del sueño que identifique con la serie de sueños (Ítem A) (No se limite al espacio señalado, escriba la mayor cantidad de información posible).

G) Reflexión o descubrimiento que quiera compartir después de realizar el protocolo de auto reporte. (No se limite al espacio señalado, escriba la mayor cantidad de información posible).

Al realizar el protocolo de auto reporte pude descubrir que parte de mi motivación inconsciente revelada en el sueño podría tener que ver con mi necesidad y por qué no decirlo, desde lo intersubjetivo, la de ella también, de incorporarla en algún punto, a mi ambiente familiar, en el que si lo analizo a mi sentir, es un ambiente más cercano, donde prima por lo general una conversación más espontanea, distendida, cargada de energía, que incluye discusiones de por medio, intensas en ocasiones, como la de la “típica familia italiana”, todo esto como una manera de sacarla de su padecer por la distancia surgida física y emocional entre su padre y su hermano.

H) Comentarios u observaciones. (No se limite al espacio señalado, escriba la mayor cantidad de información posible).

Protocolo de auto reporte

A) Datos del auto reporte

Nombre y Apellido fantasía psicoterapeuta	Laura Labarca
Fecha de <i>impasse</i>	15-03-2018
Número de sueño	1
Fecha de sueño	15-03-2018

B) Distinción del *impasse*: Marque él o los casilleros que identifique con su situación de *impasse* terapéutico.

FALTA AL ENCUADRE O CONTRATO	Cambia horario paciente	
	Cambia horario psicoterapeuta	
	Atraso paciente	
	Atraso psicoterapeuta	
	Inasistencia paciente	
	Inasistencia psicoterapeuta	
	Ruptura acuerdo económico	

	Ruptura confidencialidad	
	Falta a los objetivos o metas acordadas.	
	Otros ( especificar) ..... ..... .....	

ASPECTOS MÁS SUBJETIVOS	Desmotivación al atender	
	Sensación de aburrimiento en la sesión.	
	Sentimientos de impotencia respecto al proceso psicoterapéutico.	
	Sensación de no avanzar o de estancamiento en la terapia.	
	Sensación de distanciamiento afectivo entre psicoterapeuta y paciente.	X
	Momento de tensión o confrontación en la terapia.	
	Sensación de desajuste o desencuentro en cuanto al “timing” entre paciente y psicoterapeuta.	
	Sensación de quiebre o ruptura de la alianza terapéutica.	
	Otros (especificar)..... .....	

C) Describir la situación de *impasse* terapéutico. A continuación describa la situación de *impasse* terapéutico referida al sueño registrado e identificada en él o los casilleros de más arriba. (No se limite al espacio señalado, escriba la mayor cantidad de información posible).

Paciente adolescente (15 a) que es llevada por su madre debido a deserción escolar. La paciente es muy impulsiva, tiene muy baja tolerancia la frustración, ha sido muy consentida por sus padres y actualmente es muy dependiente de ellos. En la fecha de la sesión de *impasse* estaba iniciando un nuevo proceso escolar, en un nuevo colegio. La familia es de escasos recursos y la mamá hizo un gran esfuerzo por comprarle uniforme y todo lo que pedía el colegio para iniciar este nuevo año escolar. Habíamos estado trabajando en el verano las temáticas anteriormente mencionadas, junto a propiciar habilidades sociales para que ella pudiera insertarse nuevamente en el colegio. Sin embargo, para esa sesión me comenta que no quiere ir más a este nuevo colegio porque es muy lejos, se demora una hora y además que la asaltaron en la micro, así que estaba decidida a no volver. Durante la sesión repitió muchas veces que no quería volver al colegio, que le daba miedo. Yo iba sintiendo durante la sesión que me iba molestando cada vez más con ella, incluso dude que la historia del asalto fuera verdad. No logré empatizar con su temor o con su angustia o con la desesperación de no ir al colegio aunque hubiera existido el asalto.

D) Relatar y describir el sueño que está relacionado con la situación de *impasse* terapéutico referida más arriba. (No se limite al espacio señalado, escriba la mayor cantidad de información posible).

En el sueño estaba yo arriba de una micro, era de noche, iba parada, estaba bastante llena la micro, iba relativamente cerca del conductor y mirando por la ventana hacia adelante. De pronto el conductor frena bruscamente porque frente a él, aparecen cruzando la calle unos jóvenes, quienes miraban hacia la vereda que habían dejado. Miro hacia esa vereda y observo a un muchacho caído y lo que más llama mi atención es que en el bajo vientre había un hoyo gigantesco, como si le hubieran disparado con una tremenda escopeta. Me quedo mirando ese orificio que sangraba, la sensación es que el muchacho se estaba desangrando, pero yo no me movía, no hacía nada, sólo me quedaba impactada con esa tremenda abertura negra, estaba como imantada hacia ese lugar. Miraba luego al muchacho y veía que se le iba yendo la vida, miraba sus manos que se iban debilitando y yo seguía como espectador. En el sueño me cuestionaba a mí misma por qué no iba ayudar, la micro estaba detenida, podría haberlo hecho, pero estaba en un estado de sopor, como hipnotizada por ese hoyo negro.

E) Anotar la mayor cantidad de asociaciones personales que tenga usted con respecto al sueño y a la situación de *impasse* terapéutico. Puede ser una imagen, una palabra, no necesariamente debe anotar una idea completa. (No se limite al espacio señalado, escriba la mayor cantidad de información posible).

Siento que aparece la vulnerabilidad de aquella persona que fue abatida, yo tengo dificultad con mi propia vulnerabilidad, generalmente estoy en el polo de la fortaleza y me contacto poco con mi ser más sensible. En ese contexto relaciono el sueño con la dificultad que tuve para empatizar con la paciente que lo estaba pasando mal, que tenía miedo. El sueño me muestra que somos vulnerables que nos podemos morir por un asalto, por una riña y que el sentir miedo es parte de nuestra subjetividad. También aparece mi dificultad para poder ayudar a mi paciente que está sufriendo, no hago nada, permanezco en una especie de desconexión, en un estado de hipnosis, estaba impactada en alguna parte de mí, pero sin capacidad de reacción.

La sensación de andar en micro, no es algo frecuente en mí. Yo generalmente ocupo auto y manejo. En la micro soy llevada, paso por lugares peligrosos, en el auto yo decido por donde pasar. También siento que falta empatía y ligereza de mi parte para poder comprender lo que es andar en una micro en la mañana oscura por poblaciones.

F) Si el sueño descrito en este protocolo es parte de una serie de sueños ¿Cómo lo relaciona con los sueños anteriores? Señale cual o cuales son los sueños con que relaciona este sueño, para ello escriba el número del sueño que identifique con la serie de sueños (Ítem A) (No se limite al espacio señalado, escriba la mayor cantidad de información posible).

No, por el momento.

G) Reflexión o descubrimiento que quiera compartir después de realizar el protocolo de auto reporte. (No se limite al espacio señalado, escriba la mayor cantidad de información posible).

Al hacer el protocolo me doy cuenta que la fecha del sueño coincide con la muerte de Stephen Hawking (14 de marzo), siento que la investigación que realizó respecto a los hoyos negros, justo coincide con la imagen del sueño, pienso que es un tema más arquetípico, que no sólo está relacionado con un tema personal mío respecto a mi paciente y la sesión de impasse, sino que también hay algo más universal.

H) Comentarios u observaciones. (No se limite al espacio señalado, escriba la mayor cantidad de información posible).

Protocolo de auto reporte

A) Datos del auto reporte

Nombre y Apellido fantasía psicoterapeuta	Laura Labarca
Fecha de <i>impasse</i>	24-03-2018
Número de sueño	2
Fecha de sueño	24-03-2018

B) Distinción del *impasse*: Marque él o los casilleros que identifique con su situación de *impasse* terapéutico.

FALTA AL ENCUADRE O CONTRATO	Cambia horario paciente	
	Cambia horario psicoterapeuta	
	Atraso paciente	
	Atraso psicoterapeuta	
	Inasistencia paciente	x
	Inasistencia psicoterapeuta	
	Ruptura acuerdo económico	

	Ruptura confidencialidad	
	Falta a los objetivos o metas acordadas.	
	Otros ( especificar)	

ASPECTOS MÁS SUBJETIVOS	Desmotivación al atender	
	Sensación de aburrimiento en la sesión.	
	Sentimientos de impotencia respecto al proceso psicoterapéutico.	
	Sensación de no avanzar o de estancamiento en la terapia.	
	Sensación de distanciamiento afectivo entre psicoterapeuta y paciente.	x
	Momento de tensión o confrontación en la terapia.	
	Sensación de desajuste o desencuentro en cuanto al “timing” entre paciente y psicoterapeuta.	
	Sensación de quiebre o ruptura de la alianza terapéutica.	
	Otros ( especificar) ..... ..... .....	



C) Describir la situación de *impasse* terapéutico. A continuación describa la situación de *impasse* terapéutico referida al sueño registrado e identificada en él o los casilleros de más arriba. (No se limite al espacio señalado, escriba la mayor cantidad de información posible).

La situación de *impasse* es la misma que describí en el sueño anterior, pero ahora le agrego que la paciente no llegó a la siguiente sesión. El *impasse* que describí anteriormente tenía que ver con que la paciente me contaba que había sido asaltada en la micro y yo no le había dado importancia porque la paciente venía con una historia de rechazo y deserción escolar, entonces prácticamente no le creí. En esta siguiente sesión ella no vino, cambio la hora, sin embargo, yo sentí que ese cambio estaba relacionado con la situación que había ocurrido en la sesión anterior, donde probablemente ella sintió que no tomé en consideración el tema del asalto, entonces sencillamente optó por no venir y cambiar la hora.

D) Relatar y describir el sueño que está relacionado con la situación de *impasse* terapéutico referida más arriba. (No se limite al espacio señalado, escriba la mayor cantidad de información posible).

Tengo la impresión que el sueño es muy largo y no recuerdo muy bien casi nada del sueño, más que el final. La sensación que tuve en el sueño es como de estar en un laberinto, sé que era mi trabajo y tenía que pasar por muchos lugares, abrir y cerrar consultas, una consulta me llevaba a la otra consulta. Me sentía oprimida, el lugar era oscuro, como sin escapatoria. Me acuerdo que en un momento entraba a una especie de sala donde había un profesor que había tenido en la Universidad en pre grado y que fue importante para mí, era Felipe Banderas, que estaba haciendo una clase casi echado en el piso en una esquina al lado de una puerta y a los 2 lados de la puerta habían unos mastines, echados también, muy tranquilos, como guardianes de Felipe, hablaban, me decían algo, pero no recuerdo que era exactamente, pero me tranquilizaban. Después de esto sigo avanzando en este laberinto de consultas, hasta que aparece un hombre grande como un guardia y me lleva hacia una sala, él estaba con mi jefa y ambos me dicen que me quede en esta sala-consulta, que voy a estar bien, que hay unas personas que querían hablar conmigo y me estaban esperando. Me instalo ahí y aparece la familia de mi paciente, me comienza a cantar, como a convencer de algo, yo me empiezo a sentir muy presionada y quiero salir, pero la puerta estaba cerrada con llave, agarro una escoba y empiezo a luchar como en una especie de arte marcial, hasta que de pronto aparece mi paciente riéndose, se acerca a mí y veo en su frente que tenía un triángulo rojo con un ojo como egipcio en él y siento que me están haciendo magia negra, así me despierto, gritando que me están haciendo magia negra.

E) Anotar la mayor cantidad de asociaciones personales que tenga usted con respecto al sueño y a la situación de *impasse* terapéutico. Puede ser una imagen, una palabra, no necesariamente debe anotar una idea completa. (No se limite al espacio señalado, escriba la mayor cantidad de información posible).

El laberinto pienso que tiene que ver con la sensación de sin salida que probablemente me genera la paciente, porque es una paciente que tiene dificultades de comprensión, entonces siento que me siento atrapada con ella, en la situación.

Lo mismo la sensación de sin escapatoria, de sentirme oprimida.

La oscuridad, también algo que no me está dejando ver cómo ayudar a la paciente.

Felipe Banderas lo relaciono mucho al trabajo de lo sombrío, de aquella parte que nos da vergüenza, que no quiero aceptar, quizá no quiero aceptar que tengo dificultades para ayudarla.

Los mastines (siento que son símbolos arquetípicos) los relaciono con sabiduría, con calma, con esperanza, es como a pesar de esta sensación de encierro, de oscuridad, hay salida, hay esperanza, como si me estuviera diciendo entra en tu sombra, esa es la única salida.

El hombre grande, guardia, mi jefa, lo relaciono como a seres que están que existen que es algo que no puedo manejar, que sucede, el que me lleven a una situación desconocida, como la sensación de exposición, de tirarme a los leones, donde no hay nada que pueda salvarte, aparece la desconfianza en los otros, en el medio ambiente.

La familia de mi paciente convenciéndome, la sensación que eran evangélicos y que me querían evangelizar y yo negándome a entrar como en esa secta, la necesidad de preservar mi integridad. La necesidad de escapar, de huir, frente a lo desconocido, pero que implica algo malo.

El arte marcial, la lucha no violenta, sino más astuta por preservar mi integridad y no perderme o no convertirme, la sensación que quieren dañarme, que quieren hacerme magia negra.

El triángulo rojo con el ojo egipcio me parece que es un símbolo más arquetípico, de una visión que va más allá de las apariencias, la sensación quizá que la paciente sintió que yo no tomé en serio lo que me narró del asalto.

F) Si el sueño descrito en este protocolo es parte de una serie de sueños ¿Cómo lo relaciona con los sueños anteriores? Señale cual o cuales son los sueños con que relaciona este sueño, para ello escriba el número del sueño que identifique con la serie de sueños (Ítem A) (No se limite al espacio señalado, escriba la mayor cantidad de información posible).

Este es el segundo sueño que tengo respecto a la situación de impasse que tuve con la paciente, si bien en el primer sueño mi paciente no aparece, aparece la temática del asalto y me conecto inmediatamente con la paciente, en este sueño aparece ella claramente.

Este es el sueño número 2 q identifico con el anterior. Por la misma situación de impasse, en el sueño anterior sentí angustia, que no fui empática con mi paciente, que no me conecté con mi propia vulnerabilidad, aquí me conecté más con el temor, sentí miedo, como si me fueran a dañar y me tuviera que proteger.

G) Reflexión o descubrimiento que quiera compartir después de realizar el protocolo de auto reporte. (No se limite al espacio señalado, escriba la mayor cantidad de información posible).

No sé, es confuso lo que siento, creo que fue un sueño muy potente. Por un lado siento que me tengo que acercar a mis aspectos más oscuros , más sombríos, que me pueden servir con mis pacientes, pero que tengo que protegerme al mismo tiempo y no exponerme, tener auto cuidado, para evitar la confusión.

H) Comentarios u observaciones. (No se limite al espacio señalado, escriba la mayor cantidad de información posible).