

PSICOANÁLISIS DE BASE ANTROPOLÓGICA

LOS SUEÑOS-I

Francisco Javier Sedano Pérez
Psicoanalista



INSTITUTO PSICOANALÍTICO DE SALAMANCA

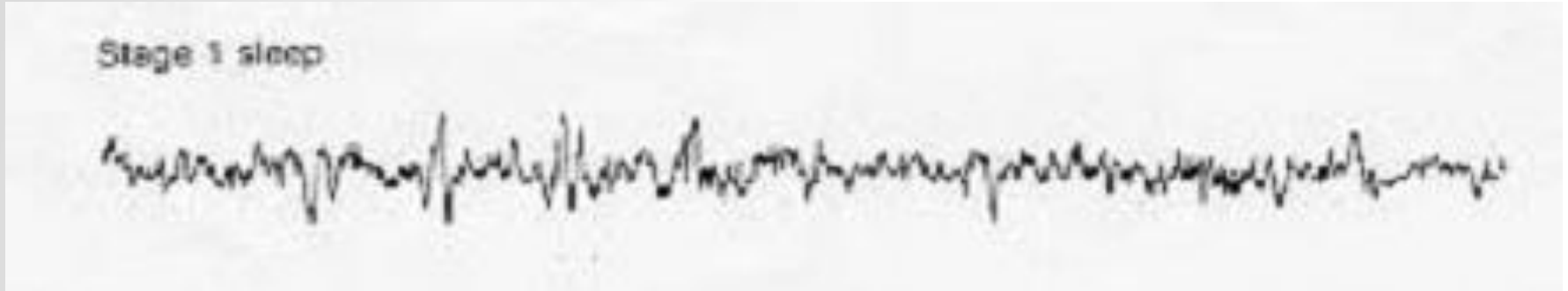
Las ondas cerebrales



Etapas del sueño

- ▶ Desde el estado de vigilia, al comenzar a dormir, pasamos pasan a través de cinco etapas: 1, 2, 3, 4, y sueño REM o “MoR” (movimiento rápido de los ojos).
- ▶ Estas etapas progresan cíclicamente desde 1 hasta MoR luego comienzan nuevamente con la etapa 1. Un ciclo de sueño completo toma un promedio de 90 a 110 minutos.
- ▶ Los primeros ciclos de sueño cada noche tienen sueños MoR relativamente cortos y largos períodos de sueño profundo pero más tarde en la noche, los períodos de MoR se alargan y el tiempo de sueño profundo descende.

Primera etapa del sueño



Adormecimiento: es un estado de somnolencia que dura unos minutos. Es la transición entre la vigilia y el sueño.

Se pueden dar alucinaciones tanto en la entrada como en la salida de esta fase. (5 % del tiempo total del sueño).

En esta etapa, los ojos se mueven lentamente y la actividad muscular se enlentece. Durante esta etapa, muchas personas experimentan contracciones musculares repentinas precedidas de una sensación de estar cayendo.

Segunda etapa

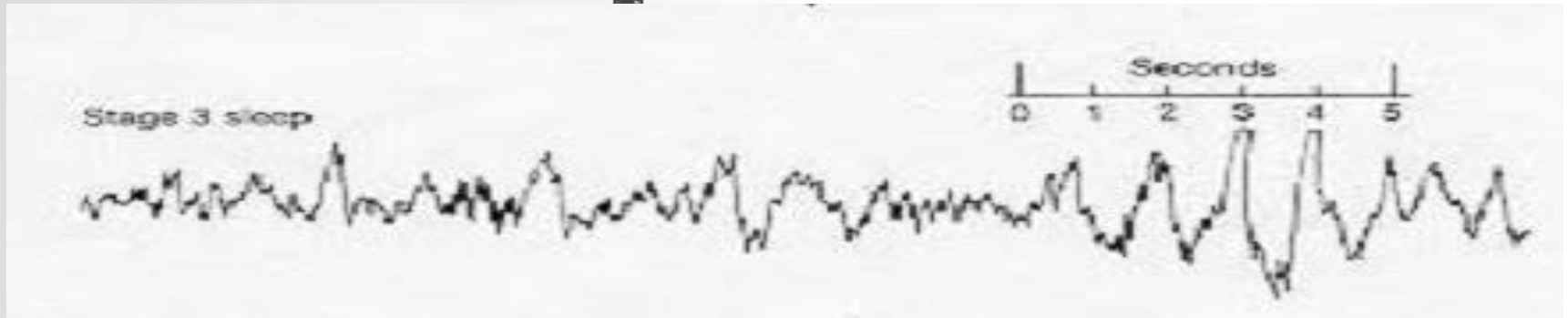


Sueño ligero: Disminuyen tanto el ritmo cardíaco como el respiratorio. Sufrimos variaciones en el tráfico cerebral, períodos de calma y súbita actividad, lo cual hace más difícil despertarse. (50 % del tiempo).

Se llega a un proceso en el cual nuestras pulsaciones son extremadamente bajas y el sueño es tan profundo que el cerebro presenta dificultades para registrar contacto con el cuerpo, por lo que manda un impulso para corroborar que dicha conexión entre el cerebro y el cuerpo esté en normal funcionamiento. Éste impulso produce una reacción: *"Soñar que caemos"*.

En la misma surgen esporádicamente dos grafo-elementos típicos del EEG del sueño: las espigas del sueño (ondas puntiagudas) y los complejos K (picos repentinos).

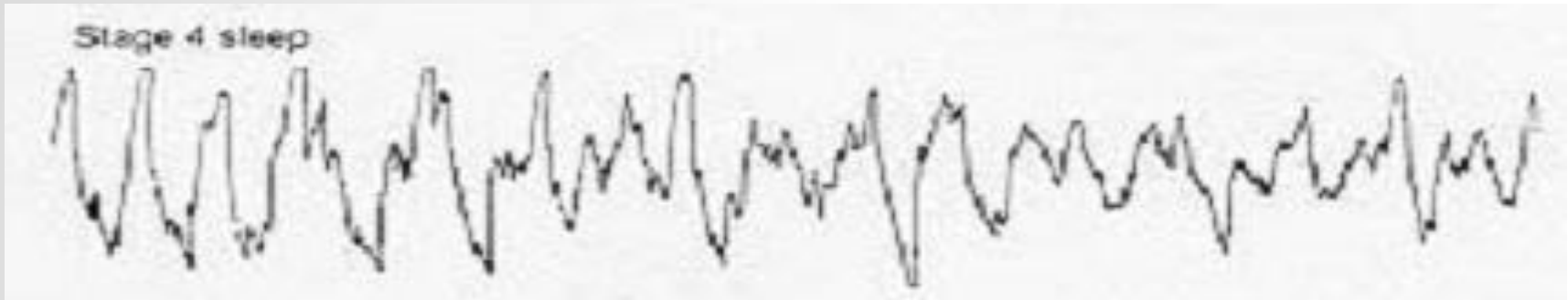
Tercera etapa



Las ondas cerebrales extremadamente lentas llamadas *ondas delta* se intercalan con ondas más pequeñas, más rápidas.

Es una etapa de transición hacia el sueño profundo. Pasamos unos 2 - 3 minutos aproximadamente en esta fase.

Cuarta etapa

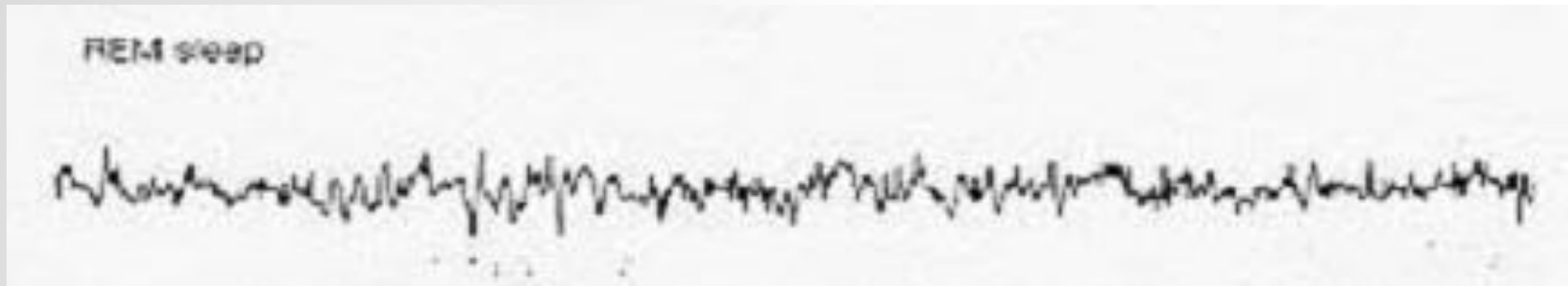


Sueño Delta: Fase de sueño lento, las ondas cerebrales en esta fase son amplias y lentas así como el ritmo respiratorio.

Cuesta mucho despertarnos estando en esta fase que dura unos 20 minutos aproximadamente.

No suelen producirse sueños. (20 % del tiempo total del sueño).

Sueño “MOR” Movimiento ocular rápido



Sueño MOR: el cerebro está muy activo, el tronco cerebral bloquea las neuronas motrices de manera que no nos podemos mover.

REM proviene de la frase en inglés *Rapid Eye Movement* (Movimiento Ocular Rápido), debido al característico movimiento de los globos oculares bajo los párpados. También podemos nombrarla en español como MOR.

Ésta es la fase donde soñamos y captamos gran cantidad de información de nuestro entorno debido a la alta actividad cerebral que tenemos.

Ciclos del sueño

- ▶ Después de pasar por estas etapas, durante unos 70 a 120 minutos, suele presentarse la primera fase REM (Rapid Eye Movement, Movimiento Rápido de Ojos, en español: MoR).
- ▶ El tiempo que se tarda en iniciar esta fase nos dará la latencia MoR.
- ▶ El sueño MoR ocupa el 20% del tiempo total del sueño en el adulto, aunque varía con la edad, siendo mayor en los niños y en él se observan descargas de movimientos oculares rápidos y una abolición completa del tono muscular, la frecuencia respiratoria y el pulso se hacen más rápidos e irregulares.
- ▶ Luego, las diferentes fases del sueño se alternan cíclicamente a lo largo de la noche, durante la primera parte del sueño predomina el sueño NoMoR y durante la segunda los periodos MoR se van haciendo más largos.
- ▶ Durante el sueño normal aparecen periodos de vigilia tan breves que pueden no ser recordados al día siguiente.

Sueños de las distintas fases

- ▶ Los sueños que se reportan cuando uno se despierta en la fase MoR del sueño son típicamente
 - Más largos, más nítidos perceptivamente (llegando a tomar la forma de alucinaciones)
 - Más animados motóricamente, que cambian rápidamente de escena
 - Son más raros y estrafalarios, más cargados emocionalmente
 - Están menos relacionados con nuestra vida normal que los que se narran cuando nos despertamos en la fase NoMoR.
- ▶ Por el contrario los que surgen del despertar en las fases NoMor
 - contienen más representaciones de nuestras preocupaciones cotidianas
 - son más de tipo pensamiento y menos como imágenes

Características de los sueños MoR

sueño paradójico-1

- ▶ Contienen percepciones alucinatorias.
- ▶ Las imágenes cambian rápidamente y son raras y extrañas, aunque también se refieren a nuestra vida cotidiana.
- ▶ Son tan vívidos que a veces nos hacen dudar si estamos dormidos o despiertos.
- ▶ La reflexión racional en los sueños está ausente o muy reducida, aunque actualmente se piensa que la reflexión, el autocontrol y otras formas meta/cognitivas son más comunes de lo que se pensaba.
- ▶ A los sueños les falta estabilidad en la orientación, así los lugares, las épocas y las personas se fusionan de forma plástica incongruente y discontinua.
- ▶ Los sueños crean historias para integrar todos los elementos del sueño en una narrativa más lógica.

Características de los sueños MOR

sueño paradójico-2

- ▶ Los sueños incrementan e intensifican las emociones, especialmente el miedo y la ansiedad, que pueden incluso marcar la narrativa del sueño.
- ▶ Los sueños muestran una incorporación incrementada de programas instintivos, especialmente los relacionados con luchar o huir que pueden actuar también como organizadores de la cognición en el sueño.
- ▶ El control voluntario está muy atenuado.
- ▶ Sin embargo otras formas de control más corrientes pueden ser más comunes en el sueño.
- ▶ Una de las razones de que las descripciones de los sueños MOR sean más largos es que tienen que explicarse las imágenes raras que lo componen.

Procesos MoR

Según Hobson (2000)

- ▶ La entrada salida del sistema cambia, se corta la llegada de estímulos exteriores y la salida de órdenes motoras a la médula espinal, desactivándose las neuronas piramidales que transmiten las órdenes del movimiento. En consecuencia se produce una bajada del tono muscular.
- ▶ Se activan algunas partes del tronco cerebral que a su vez activan distintas partes del cerebro lo que provoca una activación caótica de diversas partes del cerebro.
- ▶ Se desactivan las partes de la corteza cerebral frontal que controlan la reflexión y el pensamiento.
- ▶ Todo esto se refleja en un cambio del sistema neuro-modulador que pasa de ser aminérgico en la vigilia a ser colinérgico durante el sueño, con lo que se activan y desactivan determinados caminos neuronales.

Relación entre las funciones fisiológicas del sueño y sus contenidos

- ▶ Las alucinaciones visuales intensas se deben a la activación del cortex visual.
- ▶ Las emociones intensas, especialmente ansiedad, regocijo, y rabia se deben a la activación de la amígdala y otras estructuras del sistema límbico.
- ▶ La relevancia de las imágenes del sueño es debida a la activación del cortex paralímbico por la amígdala.
- ▶ La ilusión de que estamos despiertos, la falta de pensamiento dirigido, la pérdida de la conciencia reflexiva y la falta de insight relativa a las experiencias, ilógicas e imposibles del sueño, se deben a la combinación, y posiblemente efectos relacionados de la demodulación aminérgica y la desactivación selectiva de la corteza frontal.
- ▶ Las cogniciones raras y estrafalarias del sueño se deben a la inestabilidad orientativa causada por la naturaleza caótica del proceso de activación del tronco cerebral y a la ausencia del control frontal y de la memoria episódica, debidos en parte a los fallos en la modulación aminérgica

Funciones psicológicas del sueño-1

Según la TCC

- ▶ La principal función del sueño es reparar el organismo para poder seguir la vida en condiciones óptimas.
- ▶ Es una función fisiológica, pero en el sueño aparecen materiales cognitivos de difícil interpretación y con un alto contenido emocional, a los que se muchas veces se les da muy diversas interpretaciones.
- ▶ Algunos autores lo consideran como un producto fisiológico que debería ser olvidado cuanto antes, como así sucede en realidad (Hobson, 1997).
- ▶ Otros autores siguen manteniendo y fundamentando fisiológicamente la teoría de Freud de que son deseos reprimidos que surgen en momentos en los que baja la censura (Solms, 1997).

Funciones psicológicas del sueño-2

Según la TCC

- ▶ La función psicológica que más consenso ha despertado ha sido que el sueño MoR:
 - consolida nuestra memoria
 - la recuperación de nuestros recuerdos es más efectiva después de un buen sueño.
- ▶ Sin embargo, ni siquiera esta función es aceptada de forma universal (Vertes, 2000)
- ▶ Este autor propone que la función primaria del sueño MoR es puramente fisiológica y consiste en proporcionar al cerebro una estimulación que necesita para recuperarse del sueño profundo.

El experimento de Seligman

- ▶ Punto de partida: En el sueño las actividades cognitivas tienen una organización caótica y que nuestro cerebro no está dispuesto a admitir el caos.
- ▶ En esta línea Seligman (1987) describe un experimento en el que simultáneamente a la emisión de una melodía se mostraba a los sujetos unas luces que se encendían y apagaban de forma totalmente aleatoria, la gran mayoría de los sujetos afirmaban que el comportamiento de las luces seguía a la melodía.
- ▶ La conclusión de este experimento es que nuestro cerebro está tan entrenado para dar significado a lo que percibe que no puede aceptar las percepciones sin orden ni sentido y que si lo que ve o siente no lo tiene, nuestro cerebro lo crea.

Seligman (1987)

- ▶ Siguiendo este razonamiento, la **interpretación** que da Seligman (1987) de los sueños es que *son una elaboración cognitiva que intenta dar coherencia a los estímulos caóticos* que generan las funciones fisiológicas que se han descrito en los puntos anteriores.
- ▶ El intento de racionalizar el sueño comienza en el mismo momento en que se produce y continúa cuando se narra o se escribe para consolidar su recuerdo.
- ▶ Seligman distingue dos tipos de contenidos en el sueño:
 - A) aquellos que tienen una alta definición visual o contenido emocional que corresponden a estímulos muy concretos e identificables y
 - B) aquellos otros fases que son más borrosas y verbales que correspondería ya a un intento de explicar la transición entre dos estímulos visuales o emocionales nítidos.

Interpretación de consenso

- ▶ Independientemente de la teoría psicológica que se emplee en la interpretación se han seguido dos principios básicos (Pesant y Zadra, 2004):
- ▶ Una descripción detallada del contenido manifiesto del sueño.
- ▶ La generación de asociaciones
 - La asociación libre del psicoanálisis es manera de realizar dicha asociación. Empleándola, la persona que quiere interpretar su sueño genera todas las asociaciones que le vienen a la cabeza, sin ninguna censura, hasta que se produce la sensación de que se ha encontrado el significado al sueño. Este método puede llevar lejos del contenido manifiesto del sueño. Muchos autores emplean otras formas que permiten estar más cerca de lo que se ha soñado.
 - Otro método es la ampliación del contenido del sueño. En la que la persona va ampliando el contenido que recuerda del sueño, o añadiendo nuevos elementos de forma libre y/o racional.
- ▶ Por último pueden generarse por preguntas directas tanto de la persona como del terapeuta.

Neuroimagen de los sueños

- ▶ Gracias a una nueva investigación (2011) del equipo de psiquiatría del [Instituto Max Planck](#) de Munich, Alemania, los investigadores han podido presentar las **primeras evidencias de que, "es posible acceder al contenido del sueño utilizando técnicas de neuroimagen ya que las áreas del cerebro se activan igual en los sueños que cuando se ejecutan esas tareas reales durante la vigilia"**.
- ▶ Según explica Czisch, la acción de soñar "no es solo ver una película del sueño" ya que son numerosas las regiones cerebrales que se 'activan' o 'encienden' cuando soñamos.
- ▶ Gracias a este hallazgo, **ahora pueden estudiarse aquellas reacciones neuronales que provocan los sueños e "investigar cómo cambia la actividad cerebral en el momento que alguien se convierte en un soñador lúcido"**.
- ▶ Esto, en combinación con la neuroimagen y el estudio de los patrones de la actividad cerebral, en un futuro podría ayudar a dar una imagen muy real de lo que el sujeto está soñando en ese momento. Dentro de 10 años podremos VER los sueños.

Esquema Referencial Conceptual y Operativo (ERCO) del Psicoanálisis de base antropológica

- 1.- Presupuestos y Principios Teóricos
 - 2.- Principios Dinámico-Estructurales
 - 3.- Principios Comunicacionales
 - 4.- Recursos del Sistema:
 - A) Comunicación
 - B) Expresión
 - C) Interpretación
- ▶ La interpretación de los sueños

Axiomas

- A.- Todo proceso consciente tiene un **correlato inconsciente**.
- B.- El mundo humano es la resultante de un montaje simbólico-signitivo, **emocionalmente internalizado** por la persona y por el grupo.
- C.- Luego las perturbaciones de la personalidad y de las relaciones de esta con el mundo, **pueden ser rectificadas, reversiblemente**, si se reelaboran tanto los registros del montaje simbólico-signitivo del mundo, como los procesos de internalización del mismo, gracias al influjo que sobre el correlato inconsciente de los procesos conscientes puede ejercer la **comunicación transferencial**.

PRINCIPIOS TEÓRICOS

- 1.- **PRINCIPIO ECONÓMICO:** La base libidinal inconsciente del psiquismo se comporta en forma de una energía (sexual y agresivo-defensiva) que tiende a evitar el dolor y aumentar la gratificación.
- 2.- **PRINCIPIO DINÁMICO:** La energía inconsciente se halla en constante proceso evolutivo y puede bloquearse o derivar por vías inadecuadas a causa de obstáculos emergentes.
- 3.- **PRINCIPIO SEMÁNTICO:** Las relaciones dinámicas entre la energía y su mundo se filtran por *códigos significantes polisémicos*. Cada persona tiene una percepción diferente de la realidad, según haya sido codalmente filtrada e investida significativa, axial y emocionalmente.
- 4.- **PRINCIPIO SOCIAL:** La personalidad está inscrita en una trama de relaciones sociales que la *apoyan, estimulan, bloquean o perturban*, mediante proyecciones del entorno social introyectadas por el sujeto.

PRINCIPIOS DINÁMICO-ESTRUCTURALES

- 1.- **PROCESUALIDAD:** Todo proceso existencial humano es dinámico, evolutivo y vectorial (*procede de y tiende a*). Del mismo modo, la recuperación terapéutica se articula en un proceso con diferentes fases.
- 2.- **HOLOGÉNESIS:** La eficacia terapéutica exige compulsar la totalidad (*holos*) de los elementos y factores que han dado lugar a la generación (*genikón*) de una determinada personalidad.
- 3.- **PERFECTIBILIDAD:** *No basta con devolver al paciente su disponibilidad libidinal y dinámica sino que hay que apoyarle mayéuticamente para que se acabe de auto-identificar, amplíe su visión, se integre en un mundo resemantizado y canalice lúcidamente sus impulsos.*

- 4.- **RECUPERABILIDAD:** Las malformaciones, fijaciones y huellas traumáticas de la personalidad son recuperables. La terapia debe *aprovechar la dinámica libidinal* para crear las condiciones favorables de la recuperación y llegar a una reasunción integrativa del sobrante libidinal.
- 5.- **PRINCIPIO ARQUEOLÓGICO-ESTRATIGRÁFICO:** Las huellas mnémicas se superponen en diferentes *estratos* y es preciso acceder *cuidadosamente* a los elementos originarios (*arkáia*) en el pasado más remoto de la formación de la personalidad para *reelaborar* intensamente ese material.
- 6.- **PRINCIPIO DE ESPECIFICIDAD HERMENÉUTICA:** El terapeuta debe *construir el código propio y específico* del caso concreto que está tratando, sobre la base de las confirmaciones *seriales, estructurales y afectivas* del paciente.

PRINCIPIOS COMUNICACIONALES

- 1.- **PRINCIPIO TRANSFERENCIAL:** La *empatía transferencial bidireccional* es un requisito indispensable. Es una adecuada apoyatura emocional que sirve como *anestesia* del miedo infantil que se halla en la base de toda neurosis. Cumple la función de proyectar los *fantasmas* en el terapeuta.
- 2.- **PRINCIPIO SITUACIONAL:** La *situación concreta* es la sesión psicoanalítica, en la que el terapeuta es el elemento **real** ineludible, actuando con una *contratransferencia de proximidad (Mitmenschlichkeit)*. La consulta debe ser un lugar neutro, funcional, sobrio y estético. Es preferible el destartalamiento que recuerde el de un estudio o un taller, que el lujo excesivo, que tiene un cierto carácter de agresión para el paciente. Es preferible que el paciente ignore las particularidades de la vida concreta del terapeuta.

3.- **PRINCIPIO DE ESPONTANEIDAD:** El discurso analítico es *monólogo del paciente* y no diálogo con el terapeuta. La actitud del terapeuta debe ser *receptiva de la espontaneidad* del paciente. Es preferible la pasividad ortodoxa para garantizar la regla fundamental de la *libre asociación*. El T. no habla, no expone teorías, preferencias, opiniones...

Al comenzar, pueden formularse las 5 preguntas de Adler:
1) Principal preocupación, 2) Temor, 3) Primer recuerdo, 4) Sueño más frecuente, 5) ¿Qué haría si no tuviera ese problema?

Avanzado el proceso, el terapeuta puede *activar la comunicación* indicando áreas o niveles de contenido que pueden ser de interés: *Recuerdos de infancia, estados afectivos, sueños, fantasías, imágenes eidéticas, deseos, temores, proyectos y situaciones.*

4.- PRINCIPIO DE CONCRECIÓN:

“Lo concreto se cura con lo concreto”.

Lo inconsciente es íntegramente irracional, es entitativamente pulsional, vegetativo, energético: vive de *presencias reales*, de *positividad* efectiva. Ni le afecta, ni actúa ni reacciona ante lo supuesto, hipotético, abstracto e ideal; por eso no capta ni le motiva la *negación*, ni la formulación negativa de las normas morales.

En palabras de Freud: *“En lo inconsciente no existe la negación, la duda o el grado de certidumbre”.*

Lo inconsciente es impermeable a los conceptos y sólo se deja afectar por *presencias*, de ahí que la evocación concreta sea mucho más eficaz que la palabra abstracta.

5.- PRINCIPIO DE TERRITORIALIDAD: Afecta a cuatro tipos de realidades espaciales: *Residencia, campos, distancias y posición.*

Residencia: Es el territorio propio del paciente, que constela un conjunto de fuerzas emocionales, tensionales, libidinales, significacionales y casi “mágicas” de auto-identificación.

Campos: Son los espacios *reales, simbólicos, imaginarios, lógicos, semánticos y afectivos* dotados de significatividad.

Distancias: Configuran *matices de la relación transferencial* con incidencia en las emociones, asociaciones y simbolización.

Posición: Tendido en el diván, en posición supina, para contribuir a que bajen las defensas y *se entregue a solas consigo mismo* a enfrentarse con su realidad más propia y secreta. Se trabaja la *imagen* no el *esquema* corporal.

6.- **PRINCIPIO DE NEGATIVIDAD:** *“Nada de cuanto es verdaderamente significativo, decisivo y real para la curación es directamente observable o verbalizable, sino que debe ser captado en el reborde negativo de la palabra, como límite de expresabilidad.*

- a) Lo reprimido es lo que menos acceso tiene a la conciencia.
- b) El entramado de la realidad no es perceptible ni comunicable
- c) Nada de cuanto aparece es real; lo real no aparece.
- d) Nada de lo pensable es la verdad total; la verdad total no es pensable.
- e) Nada de lo que es decible es lo que hay que decir; ... (W)
- f) Sensaciones, ideas y palabras son tergiversaciones de lo real.
- g) Sensaciones, ideas y palabras no afectan a lo inconsciente.

RECURSOS DEL SISTEMA

- A) Comunicación
- B) Expresión
- C) Interpretación

*** La interpretación de los sueños en el contexto de la psicoterapia psicoanalítica.

Comunicación

La comunicación transferencial implica la *transformación*, en diverso grado, de la relación inicial, pudiendo apreciarse diferentes *momentos y niveles*.

A) Momentos:

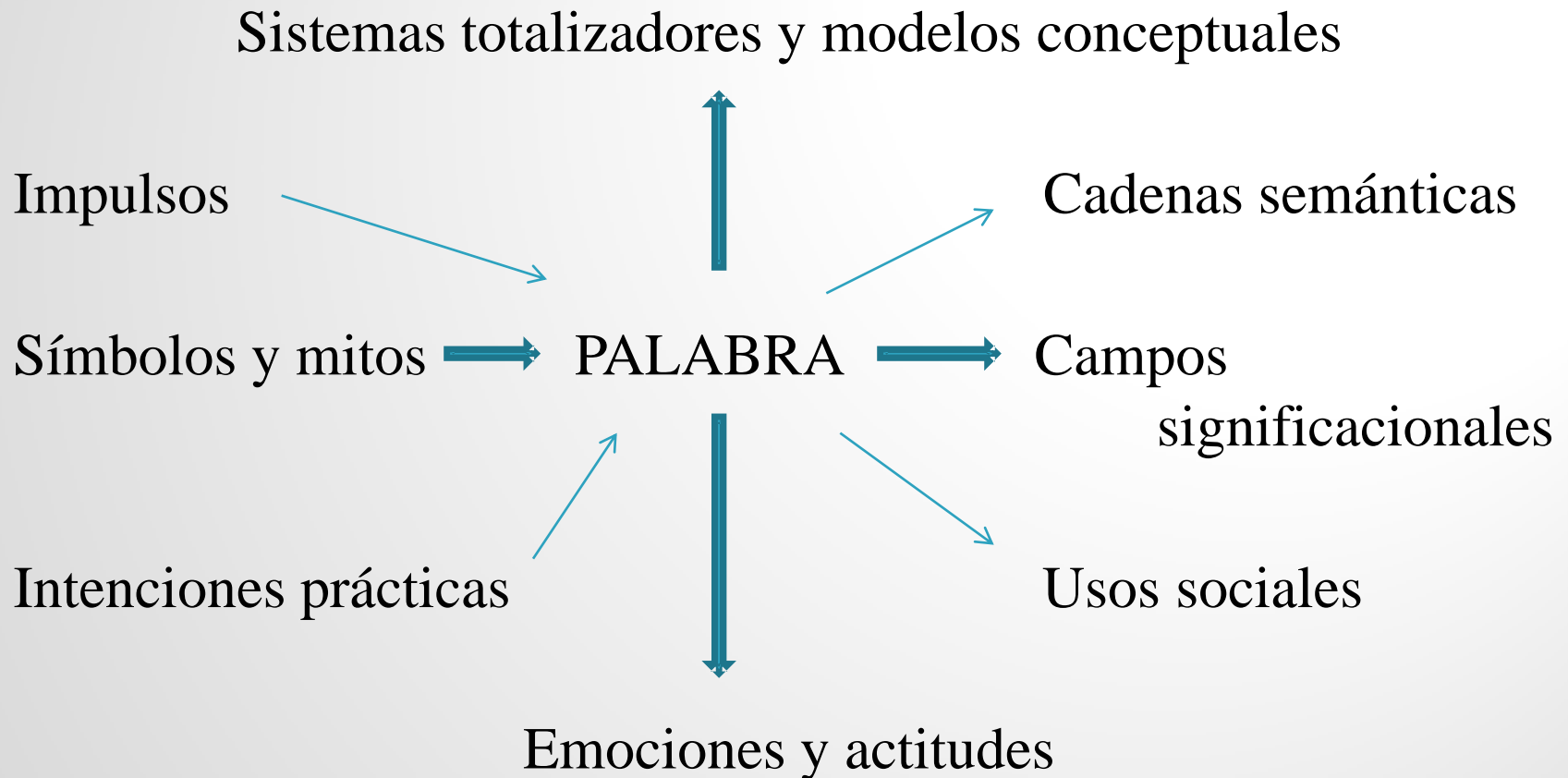
- a) Diferencia, discrepancia y tensión de estados iniciales.
- b) Comunidad parcial de sistemas referenciales y codales.
- c) Proceso articulado de resolución de tensiones:
 - 1.- Recepción de un mensaje.
 - 2.- Participación en un *estado de ánimo* común.
 - 3.- Participación en una *situación* intersubjetiva.
 - 4.- Participación en una *mentalidad* común.

B) Niveles:

- a) Verbo-codal: lengua materna y códigos expresivos.
- b) Conceptual: formalizaciones mentales.
- c) Informacional: *Referentes, intención, sintaxis, código, opinión, proyección y contexto.*
- d) Afectivo: Nivel específico de la transferencia.
- e) Situacional: Dimensión básica del espacio Ψ .
- f) Vivencial: Compartir la *vivencia común* de la sesión.
- g) Pulsional: *Comunicación de inconscientes*, con proyecciones, desplazamientos y simbolización.

EXPRESIÓN

“Constelación sémico práxica de la palabra”



Definiciones de sueños

- ▶ A) Los sueños son **emergencias incontroladas** del fondo mnémico, pulsional y emocional de un sujeto humano.
- ▶ Y este fondo es vida inconsciente (VICS) o depósito de experiencias –no necesariamente traumáticas– que logra a veces expresarse metafóricamente a través de huellas mnémicas de representaciones concretas de lo experimentado en la vigilia.
- ▶ B) son breves y **fragmentarias composiciones metafóricas** de recuerdos e impresiones actuales, más intenciones secretas, sospechas y *presagios*.

Qué NO son los sueños

- ▶ Decir que son “mensajes” –como suele decirse– es abusivo, pues **no los emite nadie y carecen de intención**. Son, como las ecografías o las resonancias magnéticas, reflejo espontáneo de estado de energías, de afectos, de impulsos y de tendencias secretas de cada sujeto o de su grupo (por eso se dan aunque *excepcionalmente* sueños simultáneos de parejas, o colectivos en vísperas de una catástrofe).

Propiedades

- ▶ **1. Presentan, contenidos p a r a d ó j i c o s**, que a la vez **confirman, contradicen , reproducen y hacen variar decisiones, sospechas, opciones, ideas y sentimientos de** la vigilia (*parecen muy fantásticos pero nos transmiten la verdad de lo que nos pasa*).
- ▶ **2. Producen cambios de ánimo o oscilaciones subjetivas:** miedo, esperanza, alegría, sensación de poder, parálisis...
- ▶ **3. No pocas veces son recurrentes : insisten e insisten** durante años -o periódicamente- avisando lo mismo, o presentando análogas imágenes o situaciones *de estructura llamativamente semejante*.

- ▶ **4. A veces contrastan vivamente con lo vivido y trasmutan** todo (o lo principal) en su contrario: una persona o situación queridas y amables aparecen como rechazables y terribles.
- ▶ **5. A veces se imponen y persiguen y no se olvidan, pero** otras veces **se escapan y escurren.**
- ▶ **6. Se refieren siempre a asuntos reales, pero en metáfora.** Podríamos aventurarnos a decir que *no hay sueño ocioso.*
- ▶ **7. Replantan con nitidez problemas olvidados o vistos de** modo poco claro. Ello prueba que no son meros “*restos*” *de la vigilia.*

Tipos de sueños

- ▶ A) Recurrentes/Esporádicos, o Singulares/Masivos;
- ▶ B) Numinosos/Cotidianos;
- ▶ C) Simbólicos/Prosaicos;
- ▶ D) Familiares/Extraños (exóticos legendarios...)
- ▶ E) Axiales/Objetales;
- ▶ F) Dinámicos/Estáticos;
- ▶ G) Situacionales/relacionales,
- ▶ H) Neutrales/Emocionales;
- ▶ I) Instantáneos/ Procesuales;
- ▶ J) Sintácticos – Atácticos.
- ▶ K) Precisos o perfilados – Vagos, difusos o amorfos

Funciones generales

- ▶ Según Freud: “Cumplimiento de deseos” y “emergencia de lo reprimido”
- ▶ Según Cencillo, los sueños tienen 15 funciones:
- ▶ **1.- F. Monitoria:** avisar de algo que está pasando y puede solucionarse
- ▶ **2.- Premonitoria:** presentan algo que va a suceder
- ▶ **3.- Comentativa** de lo que sucede, las decisiones que se han tomado, las relaciones que se mantienen, la situación y cómo se vive la terapia
- ▶ **4.- Compensatoria** de las angustias en cuanto a comprenderse.
- ▶ **5.- Drenativa** de impulsos y compensación de traumas.

Funciones específicas

- ▶ 1. **Recalcar** impresiones sin limitación de tiempo: presente, pasado e incluso futuro.
- ▶ 2. **Comentar los episodios de la terapia.**
- ▶ 3. **Mostrar** la cara *inmanifiesta* de lo afecta al soñante ;
- ▶ 4. **Reflejar** el estado básico de energías y pulsiones;
- ▶ 5. **Denotar** carencias, riesgos, deterioros, alteraciones, cambios y conflictos (o raíces de los mismos;
- ▶ 6. **Suministrar** imágenes sobredeterminadas.
- ▶ 7. **Describir** las estructuras de alguna situación;
- ▶ 8. **Identificar y calificar** metafóricamente al soñante y sus componentes;
- ▶ 9. **Orientar** en la perplejidad;
- ▶ 10. **Anticipar** situaciones o lo que puede llegar a acontecer.

Explicación:

- ▶ “La vida psíquica *está-en-el-mundo* mas no del todo mediatizada por sus sentidos orgánicos, sino que goza de viveza, creatividad y dinamismos de la imaginación y del deseo”.
- ▶ “Nuestro estar-en-el-mundo es dinámica de anticipación y proyecto”.
- ▶ Se vive más el futuro que el presente y vivir demasiado el pasado es anómalo. Amputar el horizonte de futuro es una forma de Depresión.
- ▶ ***Y esto se explica***, porque hay un último estrato de VICS, que Freud no vio, el ***Inconsicente Radical***, que es ***energía psíquica en estado puro y percibe directamente la realidad en sí sin mediaciones*** orgánicas, y por ello se halla en parte *fuera del tiempo y del espacio*.

¿Qué verdades transmiten los sueños?

- ▶ Boss (1953): *“Los sueños pueden reflejar todas las situaciones y relaciones de la vigilia”*.
- ▶ Cencillo (2000): “Los sueños transmiten lo imposible de conocer en la vigilia, como el futuro, el sentido total de “mi” existencia, o las intenciones ajenas. Se trata de un material expresivo por naturaleza, dinámico:
tendencial, desiderativo, y anticipador.

En la terapia...

- ▶ Suministra la hermenéutica del sueño información de primer orden y de *primera mano*, *no directamente* asequible ni siquiera por confidencias muy sinceras del paciente.
- ▶ Su proceso generador es el de una amalgama *afectivo-icónica* de deseos, descompensaciones, conflictos propios o percepción inconsciente de situaciones e intenciones ajenas.