



INTERNATIONAL ASSOCIATION OF COUPLE AND FAMILY PSYCHOANALYSIS  
ASOCIACIÓN INTERNACIONAL DE PSICOANÁLISIS DE PAREJA Y FAMILIA  
ASSOCIATION INTERNATIONALE DE PSYCHANALYSE DE COUPLE ET DE FAMILLE

*Revista internacional de psicoanálisis de pareja y familia*  
ISSN 2105-1038  
Nº 14-2014/1

*Los Sueños en la terapia psicoanalítica  
de familia y pareja*

**EL TRABAJO PSICOANALITICO CON LA PAREJA: EL  
SUEÑO COMO POSIBILIDAD DE FIGURACIÓN DE  
TRAMAS PRIMITIVAS TRAUMÁTICAS COMPARTIDAS**  
DANIELA LUCARELLI

“Cuando la experiencia emocional de un individuo es tan perturbadora que él es incapaz de soñarla (es decir, de hacer un trabajo inconsciente con ella), necesita la ayuda de otra persona para soñar su experiencia no soñable”

Thomas Ogden<sup>1</sup>

**Breve introducción**

En el transcurso del siglo que siguió a la revolución epistemológica realizada por Freud, numerosos autores han contribuido a enriquecer y a transformar la conceptualización y la utilización del sueño en la clínica. Con su teorización acerca del sueño en la *Traumdeutung* (1899), Freud abrió el camino que permitió el conocimiento del funcionamiento psíquico y el estudio del inconsciente.

---

<sup>1</sup> Thomas Ogden, *Rediscovering Psychoanalysis: Thinking and Dreaming, Learning and Forgetting*, Routledge, 2008.

Pasamos de la concepción predominante del sueño como satisfacción alucinatoria del deseo y como función homeostática de descarga a perspectivas que complejizaron la lectura de la formación y de las funciones del sueño. Estas evolucionaron hacia una concepción del sueño que ya no está únicamente ligado a un espacio cerrado en el interior de la dimensión psíquica individual, sino también abierto a los intercambios con los espacios psíquicos de otros sujetos (Anzieu, Ruffiot, Kaës, Nicolò).

Las reelaboraciones del pensamiento freudiano con respecto al sueño comenzaron muy tempranamente: ya Ferenczi había ampliado la concepción de la función del sueño cuando estaba buscando una solución psíquica más adaptada para los acontecimientos traumáticos. El aporte más importante de Ferenczi con respecto a esto fue la intuición que tuvo de situar los sueños dentro de un contexto intersubjetivo, hasta incluso pensar que el relato de un sueño podía llegar a constituir una comunicación para aquellos que lo escuchaban (1920-1932). Según este autor, el sentido de la experiencia analítica está dado por la interacción de los dos psiquismos analista-paciente, en donde los sueños pueden ser leídos como la expresión de esta relación y de las comunicaciones propias a esta interacción psicoanalítica. Desde este punto de vista, Ferenczi puede ser considerada como el precursor de una visión terapéutica centrada en la intersubjetividad (Borgogno, 1999).

Luego, Meltzer y Bion subrayaron, por un lado, la importancia, dentro del proceso psicoanalítico, de la función metabólica del sueño que solicita la capacidad de rêverie del analista (Bion, 1959); y por otro lado, consideraron al sueño como una forma de pensamiento en estado naciente. Nociones tales como la de "trabajo onírico mutuo" o la de "elaborar en paralelo", surgidas de la noción de "continente-contenido", tuvieron un impacto mayor sobre el pensamiento y sobre la teoría psicoanalítica. "Nos damos raramente cuenta de que Bion fue uno de los padres del abordaje intersubjetivo de la técnica psicoanalítica", evoca J.S. Grotstein (2002) – "la hipótesis de que el psicoanalista debe "soñar al analizante"... tiene su precursor infantil correspondiente en el hecho de que la madre, en un estado de rêverie, sueña su hijo."<sup>2</sup> Este

---

<sup>2</sup> NDT : traducción libre.

fenómeno parece estar en fase con la noción winicottiana de preocupación materna primaria que ya había subrayado la importancia del proceso identificatorio de la madre con respecto a su hijo y de las transformaciones psíquicas que se desprenden en un funcionamiento dual. Me parece por otra parte útil evocar aquí, en la perspectiva del tema que queremos tratar, la importancia de las conceptualizaciones ligadas a la profundización del sentido de los orígenes de la vida psíquica y del espacio originario, en particular las de Piera Aulagnier. Según ella, la noción de pictograma de unión-rechazo caracteriza al proceso originario y describe la primerísima puesta en funcionamiento de la substancia común que liga a la madre y al niño juntos en un lugar somato-psíquico compartido, el espacio pecho-boca. En lo que concierne al sueño, sabemos –como lo recuerda Kaës- que se construye, en parte y en ciertas condiciones, en lugares en donde el psiquismo se construye: la experiencia onírica extrae su origen y su sentido de la imbricación de estos espacios psíquicos. La ausencia de una actividad de rêverie materna impide la puesta en marcha de un proceso de integración de las experiencias psíquicas y corporales del niño y la organización de las bases de su capacidad progresiva de soñar. Se mantiene un funcionamiento alucinatorio, que no permite la elaboración onírica familiar e individual.

Actualmente, el eje de la investigación se orienta cada vez más hacia cuestiones que conciernen a la formación del sueño y a sus funciones dentro de los espacios psíquicos comunes y compartidos (Kaës, 2004, p. 48). Sin embargo, la importancia de esas funciones no invalida la idea de que el espacio del sueño es también un espacio personal: se trata de lo que Kaës denomina: “la polifonía del sueño”.

**De la no representación a la representabilidad: el sueño en la pareja como construcción común de representaciones de emociones disociadas**

Teniendo en cuenta las evoluciones conceptuales acerca del sueño cuyo breve resumen histórico realizado más arriba aporta algunos pasajes significativos, actualmente la opinión general de aquellos que trabajan con parejas y familias es que éstos constituyen espacios psíquicos específicos en los cuales se sitúan y se entrelazan, modificándose,

aspectos fundamentales de la vida psíquica de cada uno de los sujetos (Ruffiot, Kaës, Nicolás). Kaës afirma que: "El sueño es una de las materias primas de la intersubjetividad." (2004, p. 24).

Diversos autores han discutido y profundizado los diversos niveles del funcionamiento interno del sujeto y del funcionamiento familiar y de pareja que el sueño puede representar.

En la presente intervención desearía, a partir de un material clínico, ocuparme especialmente del surgimiento del sueño en los tratamientos de las parejas en las cuales el clivaje, la renegación, la expulsión, son los modos de funcionamiento defensivo predominantes, y en las cuales existen procesos significantes que los identifican el uno al otro.

La función de su vínculo parece ser, para utilizar los términos de Ruffiot, la de "tapar un agujero" en la experiencia psíquica originaria, sosteniendo así la incapacidad de transformar, de convertir en psíquico, que tiene uno o los dos miembros de la pareja. Los aspectos originarios traumáticos no representables parecen ser, a veces, alguno de los principales elementos constitutivos del vínculo que los une. La dimensión traumática original debe ser considerada aquí –según los Botella (2004)- como una negatividad. La situación traumática parece haber surgido en la medida en que las capacidades de ligadura de los procesos primarios han fracasado, sin un trabajo de figurabilidad. El carácter traumático de la experiencia se debe a la incapacidad de transformar, de convertir en psíquico un estado que, por esta incapacidad misma, permaneció no ligado. El traumatismo es pues del orden de lo no-ligado: se trata de una ausencia de toda comprensibilidad y de todo contenido, y no de una percepción con contenido traumático. El pictograma negativo, como lo indica P. Aulagnier, no inscribe nada en el psiquismo y sus huellas están forcluidas.

Ruffiot (1981) nos recuerda con respecto a este tema que "el surgimiento del onirismo familiar en su función alfa naciente tiene el mérito de volver a contener las experiencias sin huellas de los primeros tiempos de la vida, eso vivido real no vivenciado en la experiencia, no simbolizable, que se manifiesta solamente como puro afecto."

Con la ayuda de este material clínico<sup>3</sup>, quisiera subrayar especialmente que, luego de un largo recorrido analítico caracterizado entre otras cosas por una mejoría de la relación de la pareja, el surgimiento de un sueño puede ofrecer la posibilidad de dar una forma representativa a la angustia primaria de desmoronamiento compartida, contribuyendo a “tapar el agujero” de representación relacionado con esta última.

El segundo aspecto que quisiera recalcar es el hecho de que a veces, en el interior del proceso terapéutico, el surgimiento de sueños presentados dentro de un espacio psíquico común, en tanto espacio del setting y espacio de inscripción “por fuera del psiquismo individual” (Kaës, 2002), adviene a través de la relación de transferencia/contra-transferencia. “No existe expresión más completa de la experiencia de transferencia que la que se manifiesta a través de un sueño” (Cabré, 2013).

Lo negativo del trauma en efecto solo es detectable en la regresión de la situación analítica, en el encuentro regresivo de los psiquismos, en el proceso de trabajo psíquico complejo que es la figurabilidad del analista. A partir de ésta, él podrá comenzar a dar una forma, en su mente, a los primeros intentos de hipótesis, de construcciones, de dudas que tal vez permitan llevar, en un segundo tiempo, a través de un trabajo de compartir y de intercambiar con los pacientes, a una forma más completa que podríamos definir de tipo interpretativo.

### **Un vínculo para no desmoronarse**

Una pareja de padres, separada desde hace seis años, se dirige a un analista con un pedido de ayuda que concierne la función parental luego de que su hijo de veinte años ha sido hospitalizado por una crisis delirante. El joven percibe desde hace varios meses a sus padres como peligrosos por el hecho de que pueden entrar en su cerebro y robarle sus pensamientos<sup>4</sup>.

---

<sup>3</sup> Este caso clínico ha sido tratado por la Dra. G. Tavazza, con quien he profundizado el material y que me ha autorizado a utilizarlo para esta presentación, lo cual agradezco.

<sup>4</sup> La elección más bien de un setting de pareja que de familia ha sido determinada por la evaluación de diversos aspectos que es imposible profundizar aquí y que tenían en cuenta, entre otras cosas, de la gran necesidad emocional expresada desde el inicio por la pareja, pero también por los pedidos del psiquiatra que se hacía cargo del joven en el momento del break-down. Este tema exigiría una profundización que está por fuera del tema de nuestro encuentro de hoy.

Esto da lugar a un recorrido terapéutico de pareja que dura dos años y que hace surgir inmediatamente preguntas acerca de la naturaleza de su alianza inconsciente, acerca del estado de diferenciación psíquica entre los partenaires y sobre todo acerca de la calidad de sus vínculos con los hijos. La renegación común de los dos padres en cuanto a los signos premonitorios del acontecimiento, así como su dificultad para dar un sentido a dicho acontecimiento, indican claramente que éste es irrepresentable para ellos a nivel psíquico.

Se pone de manifiesto un vínculo de pareja basado sobre la renegación y sobre el rechazo de emociones disociadas e inelaborables, en el registro de la desligadura, en el cual cada uno parecía buscar en el otro una resonancia para su propio trauma familiar y personal "no elaborado".

Sus historias personales hacen surgir contenidos dramáticos (ambas madres eran esquizofrénicas) que ponen en evidencia las características de la organización defensiva de cada uno y la naturaleza de su vínculo. La pareja, en efecto, parece fundar su vínculo inconsciente sobre zonas disociadas que se han constituido a partir de las dimensiones traumáticas originarias de cada uno.

La naturaleza de su conyugalidad estaba fundada, aparentemente, sobre un vínculo consolador-reparador. Como dirá el marido: "No podíamos hacer otra cosa que consolarnos el uno al otro", pero en realidad el vínculo se basaba significativamente sobre la repartición de la disociación de emociones que habían sido vividas, percibidas, pero que permanecían desconocidas, no habiendo podido ser vivenciadas porque había que sobrevivirles.

Luego de aproximadamente un año y medio de tratamiento, cuando la situación crítica ya había sido superada y que, al mismo tiempo, una transformación de los vínculos narcisistas que habían caracterizado a las relaciones familiares había empezado, la paciente manifiesta un estado emotivo intenso de naturaleza depresiva.

En ese contexto, relata un sueño.

Se trata del primer sueño contado durante el recorrido terapéutico de la pareja. El surgimiento del sueño corresponde al nacimiento de una capacidad representativa, con una posibilidad de acceso, tanto a nivel individual como de pareja, a una figurabilidad y, en consecuencia, a una pensabilidad (Bion, 1967).

*“Estoy en una ruta repleta de baches –o más bien, desenterrada-, llena de agujeros y de piedras; la recorro con dificultad para darme cuenta, hacia el final, que la ruta termina en el vacío en el cual corro el riesgo de caerme. Me parece que quedó suspendida balanceándome en el vacío. Miro alrededor mío y veo muy cerca una gran ruta recientemente asfaltada; parece que acabaran de hacerla, tal vez no ha sido utilizada todavía. Angustiada por la idea de moverme y caer en el vacío, me despierto.”*

Al final del relato, llora suavemente. Su ex marido trata de reconfortarla subrayando que el sueño “termina bien”, pero al mismo tiempo afirma que la vida está llena de obstáculos y que a menudo uno se siente solo en el momento de afrontarlos. Se acuerda de haber hecho, él también, sueños en los cuales tenía *la sensación de caerse*, pero se despertaba antes de que esto ocurriera. Asocia el hecho de caer con la pérdida de control, con la imposibilidad de “ser agarrado”, con el peligro de hundirse en la locura. Asocia además, con la gran ruta, la idea del recorrido terapéutico y piensa que se está presentando la posibilidad de tener otra “ruta” más segura. La señora escucha en silencio; solicitada por el terapeuta, dice que se siente bloqueada por la angustia: *“Tal vez sea verdad que existen hoy oportunidades diferentes para enfrentarnos a las propias dificultades personales y las de nuestros hijos, pero el miedo a caer en el vacío es todavía muy intenso”*. Surge el recuerdo para ella de su primer embarazo, cuando “le rezaba a Dios” para que no fuera una niña porque eso la hubiera acercado demasiado a la experiencia trágica vivida con su propia madre esquizofrénica, que consideraba su nacimiento como la causa de su enfermedad. Del mismo modo, el señor recuerda que, siendo adolescente, su padre le había revelado que los primeros trastornos de su madre habían aparecidos después de su nacimiento.

El sueño, aunque traído por uno de los miembros de la pareja, debe ser considerado –por las asociaciones activadas en el otro- como un sueño de pareja (Anzieu, Ruffiot, Kaës, Nicolò), que representa el estado emocional “originario” (Aulagnier) de cada uno a partir del cual se formó probablemente el vínculo. Representa una experiencia común y compartida –disociada- de falta traumática, ligada al sentimiento de “no ser sostenido”, al hecho de sentirse no existir porque falta una figura que sostenga, al riesgo de tornarse loco, de “desmoronarse” (Winnicott,

1964): un desmoronamiento ya advenido y no representado (pictograma negativo).

En otro nivel, desde la perspectiva intrapsíquica de la paciente, el sueño parece manifestar –en el momento en que las transformaciones de los vínculos familiares la privan de las defensas y de los soportes sobre los cuales se había apoyado- el estado psíquico en el cual se encuentra. En efecto, el final de la colusión defensiva de pareja y la diferenciación progresiva de los hijos han hecho surgir este estado interno de “desequilibrio”, determinado por las carencias y los excesos de las funciones maternas y paternas y por su imprevisibilidad, así como por la actividad de desligadura puesta en marcha para defenderse de ello. Esta situación provocó en la paciente una organización interna extremadamente frágil e inconsistente, una no-integración del Yo (Winnicott, 1965) que compensó a través de los mecanismos de defensa tanto intrapsíquicos como interpersonales. Mecanismos utilizados también por el ex marido a través del vínculo inconsciente de pareja y de la identificación narcisista con los hijos que los dos ex esposos pueden ahora reconocer.

La asociación de la nueva ruta con el proceso terapéutico abre una posibilidad, más subjetivante, que sin embargo todavía parece difícil de concretarse por las dificultades de ligadura que presenta. En efecto, el trabajo de ligadura, de reconocimiento de la dependencia del analista, vuelve a poner en contacto con la experiencia traumática original en la cual las interferencias del entorno fueran la causa de “angustias impensables” (Winnicott 1965), contra las cuales hubo que establecer fuertes defensas y que se teme actualmente tener que revivir. El miedo a “caer y precipitarse en el vacío” evoca la agonía original de “caer al infinito”, determinada por el fracaso de la relación materna primaria que han vivido los dos y que se reactualizó en la relación materna con los hijos, en particular el más chico. Cada uno de ellos reconoce la presencia interna condicionante de una teoría delirante primaria (Aulagnier) según la cual el nacimiento del hijo puede dañar gravemente a la madre. Esta teoría delirante inconsciente, que se halla en contradicción con el deseo de transmisión de la vida, engendró una confusión entre la vida y la muerte y llevó a la exigencia de sustraerse de una posición identificatoria que les atribuía la causa de la locura de sus madres.

El sueño indica que la nueva ruta/investidura sobre el análisis aparece como siendo posible, aunque aún peligrosa para usar pues vuelve a poner en contacto con la experiencia traumática primaria que se reactualiza en la transferencia. En el nivel transferencial, existe en efecto la angustia de dañar al analista-madre enloqueciéndola, reviviendo así el “desmoronamiento”. El sentimiento de una amenaza inminente encuentra también una forma expresable para cada uno en el relato de las muertes violentas presentes en las dos familias. La señora evoca el suicidio de su hermano que se tiró por la ventana, poco después del nacimiento del segundo hijo, y el señor el suicidio, de contornos más sombríos, de su propio padre.

Este sueño permitió el reconocimiento de aquello vivido que era similar en las experiencias primarias de los dos ex esposos e hizo emerger la consciencia de que era sobre eso vivido que se había constituido inconscientemente su unión. Ni siquiera la separación había logrado modificar su vínculo inconsciente, aunque cada uno hubiese intentado recuperar una zona de investidura libidinal con nuevas relaciones afectivas.

## Conclusión

Como he podido mostrar, aunque brevemente, a través del material clínico presentado, el sueño en el setting de pareja puede tener una función de construcción de una representación que permita sostener la no inscripción en el psiquismo de uno o de los dos miembros de la pareja. Esos sueños pueden surgir más fácilmente dentro de un proceso terapéutico en el cual la contención y la rêverie del analista han podido sostener la movilización de la capacidad de figurabilidad en la pareja. En el trabajo terapéutico, el analista debe “revestir el material del paciente sirviéndose de su imaginación” (Winnicott, 1959) con la ayuda de pictogramas que pertenecen a su propia experiencia. Es justamente a través del encuentro entre el relato bruto de los pacientes y los pictogramas producidos por el analista que se define el primer nivel de transformación de una historia en suspenso en una nueva historia que podrá tejerse entre el terapeuta y los pacientes (Boccaro, Riefolo, Gaddini, 2000).

Como lo recuerda Grotstein (2002), el sueño tiene una función importante desde el punto de vista de la organización de la vida

psíquica: se encuentra en el centro de la operación psíquica que crea una barrera de contacto entre lo consciente y lo inconsciente (Bion). Cuando las experiencias traumáticas profundas no pensadas pueden tener, gracias al sueño, su narración, y que los vínculos colusivos que fundaron la pareja encuentra así una representabilidad, con la posibilidad de una modificación ulterior o un desanudamiento de los vínculos, nuevos procesos psíquicos se vuelven a poner en marcha.

---

## **Bibliografía**

- Anzieu D. (1976), *Le groupe et l'inconscient*, Paris, Bordas.
- Aulagnier P. (1975), *La violence de l'interprétation. Du pictogramme a l'énoncé*, Paris PUF.
- Auteurs divers (2012), *Rêves, Cauchemars et Mythes en Famille in : Revue de thérapie familiale psychanalytique, 29/Automne 2012*, Paris, In Press.
- Auteurs divers (2006), *La vita onirica della coppia e della famiglia, sous la direction de G. Tavazza*, in: *Interazioni 2-2006/26*, Milan, Franco Angeli.
- Bion W.R. (1992), *Cogitations*, Paris, In Press, 2005.
- Botella C. et S. (2001), *La figurabilité psychique*, Paris, In Press, 2007.
- Freud S. (1899), *L'interprétation du rêve*, dans *Œuvres complètes*, vol. IV, PUF, 2003.
- Grotstein J. (2000), *Who is the Dreamer Who Dreams the Dream? A Study of Psychic Presences*, New York, The Analytic Press.
- Kaës R. (2002), *La polyphonie du rêve. L'expérience onirique commune et partagée*, Paris, Dunod.
- Nicolò A.M. (2000), *Il sogno nella psicoanalisi con la coppia e la famiglia*, in Nicolò A.M., Trapanese G. (sous la direction de), *Quale psicoanalisi per la coppia?*, Milan, Franco Angeli, 2005.
- Ruffiot A. (1981), *Le groupe famille en analyse. L'appareil psychique familial*, in Ruffiot A., Eigner A. et al., *La thérapie familiale psychanalytique*, Paris, Dunod.
- Winnicott D.W. (1945), *Le développement affectif primaire*, in: *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Payot, 1989.
- Winnicott D.W. (1971), *Rêver, fantasmer, vivre*, in *Jeu et réalité*, Paris, Gallimard, 1975.
-

## **El trabajo psicoanalítico con la pareja: el sueño como posibilidad de figuración de entramados primitivos traumáticos compartidos**

### **RESUMEN**

A lo largo del tiempo se ha ido pasando desde un concepto del sueño entendido como fenómeno exclusivamente intrapsíquico hasta una perspectiva en la que el sueño ya no está relacionado sólo con el espacio interior y con una dimensión psíquica individual sino que es expresión de un funcionamiento mental compartido.

A la vez se ha ido también enriqueciendo y ampliando en mucho la manera de pensar la función del sueño: desde función de cumplimiento alucinatorio del deseo o de descarga homeostática hasta llegar a la función "curativa" (Winnicott, 1947), en la que hay recuperación de trazas mnémicas de experiencias traumáticas inclusive transgeneracionales, no pensables y hasta ese momento no simbolizables.

El sueño en el encuadre de pareja puede constituir una representación de primaria importancia que crea imágenes capaces de llenar el vacío de la no-representación y de figurar simbólicamente experiencias de origen pre-simbólico de naturaleza traumática (Cabré, 2013).

Se presenta material clínico en el que resulta evidenciado como memorias traumáticas primitivas, que están en la base del vínculo de pareja, pueden ir emergiendo en un recorrido terapéutico a través de la transferencia /contratransferencia y de la función contenedora y de para-excitación de la analista.

### **Palabras claves**

Figuración – representación - barrera de contacto

---

**Le travail psychanalytique avec le couple : le rêve comme possibilité de figuration de trames primitives traumatiques partagées**

### **RÉSUMÉ**

On est passé, au fil du temps, d'une conception du rêve comme phénomène exclusivement intrapsychique à une perspective où le rêve n'est plus attribuable uniquement à l'espace interne et à une dimension

psychique individuelle, mais est l'expression d'un fonctionnement mental partagé.

En même temps, la manière de penser à la fonction du rêve s'est beaucoup élargie et enrichie : d'une fonction de satisfaction hallucinatoire du désir ou homéostatique de décharge à une fonction curative (Winnicott, 1947), consistant à récupérer les traces mnésiques d'expériences traumatiques même transgénérationnelles, non pensables et jusque-là non symbolisables.

Le rêve dans le setting de couple peut constituer une représentation d'une importance capitale qui crée des images en mesure de combler le vide de la non-représentation et de figurer symboliquement les expériences d'origine présymbolique et de nature traumatique (Cabré, 2013).

Je présenterai du matériel clinique où je montrerai comment les mémoires traumatiques primitives, à la base du lien de couple, peuvent émerger à l'intérieur d'un parcours thérapeutique à travers le transfert et le contre-transfert et la fonction contenante et pare-excitatoire de l'analyste.

### **Mots clés**

Figuration – représentation - barrière de contact

---

### **Psychoanalytical work with couples: the dream as a chance for representing shared primitive traumatic plots**

#### **ABSTRACT**

In the past dreams were considered as an exclusively intrapsychic phenomenon while the current view is that dreams do not only pertain to internal space and to an individual psychic dimension, but are the expressions of a shared mental functioning.

At the same time many the number and types of functions attributed to dreams have increased greatly: from the hallucinated fulfillment of wishes to the homeostatic function of discharge, from "healing" (Winnicott, 1947) to the recovery of mnestic traces of traumatic experiences that cannot be thought or symbolized and can also be transgenerational.

In couple treatments dreams can represent an extremely important representation that creates images that fill the void of non-representation and symbolically portray pre-symbolic and traumatic experiences (Cabré, 2013).

The author presents clinical material that shows how the primitive traumatic memories at the basis of the couple link can emerge through transference and countertransference during treatment as well as the analyst's containing and para-excitational role.

**Key Word**

Figuration – representation - contact barrier.

---