



ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE EL DORMIRSE EN SESIÓN

FABIANA FREIDIN

RESUMEN

Sigmund Freud destaca al sueño como un producto privilegiado para el psicoanálisis, pues constituye la *vía regia* de acceso al inconsciente. El sueño involucra mecanismos que ilustran acerca del funcionamiento del aparato psíquico. El autor distingue el dormir del soñar: el soñar se pone al servicio del dormir, es su “guardián”, garantizando que esta función fisiológica pueda llevarse a cabo.

El artículo que se presenta, aunque se apoya en el marco teórico psicoanalítico, no se refiere al sueño sino que se centra en el fenómeno de pacientes que se duermen en sesión y lo ejemplifica con extractos de tres casos clínicos (dos niños y un adolescente).

Para el análisis de esta cuestión consideran los conceptos freudianos de transferencia, resistencia, repetición y actuación, entre otros, y de Winnicott, los conceptos de

regresión a la dependencia y sostén, entre otros.

Se concluye que cada caso debe ser analizado en su singularidad, y que el fenómeno descrito no debe ser clasificado de antemano, ya que el mismo ilustraría sobre aspectos fundamentales de la subjetividad.

Palabras claves: psicoanálisis, niños, adolescentes, dormirse en sesión.

SOME CONSIDERATIONS ABOUT FALLING ASLEEP IN SESSION

ABSTRACT

Sigmund Freud emphasizes that sleep is a privileged product for psychoanalysis, given that it constitutes “the royal road to the unconscious”. Sleep involves mechanisms which illustrate about the functioning of the psychic system. The author distinguishes between sleeping and dreaming: dreaming offers its services to sleeping, is its “guard”,



guaranteeing that this physiological function can be carried out.

The presented article, although is based on theoretical psychoanalytical framework, does not refer to sleep but focuses on the phenomenon of patients who fall asleep in session and exemplifies it with extracts of three clinical cases (two children and one teenager).

For the analysis of this topic Freudian concepts such as transference, resistance, repetition and acting out, among others, are considered and also Winnicott's concepts of

regression dependence and holding, among others.

It is concluded that each case must be analyzed in its singularity, and that the phenomenon described above must not be classified in advance, because it could illustrate on fundamental aspects of subjectivity.

Keywords: psychoanalysis, children, teenagers, falling asleep in session.



Introducción

El quehacer clínico con niños y adolescentes, desde el marco teórico psicoanalítico, toma en cuenta las coordenadas señaladas por Freud a partir de su labor investigativa y clínica con adultos. Conceptos tales como transferencia, resistencia, repetición; recursos técnicos como señalamientos, interpretaciones, construcciones, entre otros, son los instrumentos de los que dispone un psicoanalista para llevar adelante su práctica.

Abrevando de esta fuente, otros autores enriquecen el bagaje teórico clínico del que disponemos a partir de la lectura de la obra freudiana. Se destacan los aportes de autores de la Escuela Inglesa de Psicoanálisis, en particular, los de Melanie Klein y los de Donald Winnicott, perteneciente al Middle Group.

El trabajo que se presenta aquí se apoya en formulaciones de Freud acerca del dispositivo psicoanalítico (transferencia, resistencia, repetición y actuación) y de Winnicott (sostén, regresión a la dependencia, entre otros), por considerarlos útiles, esclarecedores y vigentes para la comprensión del padecimiento que sufren muchos de los niños consultantes.

Melanie Klein, al crear la técnica de juego, señala la posibilidad de acceder a las fantasías inconscientes del niño, - aún en etapas tempranas -, modificar la severidad del Superyó, interpretando fantasías edípicas que lo culpabilizan, sosteniendo que es posible generar cambios estructurales en el psiquismo infantil, con el valor terapéutico y profiláctico que esto implica, por tratarse de niños pequeños (Klein, 1926, 1927, 1932).

El respeto por la subjetividad de cada paciente infantil, el abandono de toda pretensión pedagógica, son aspectos éticos defendidos por la autora, que aún hoy vale la



pena subrayar, frente a terapéuticas psicoeducativas en boga, que promueven la adaptación a ideales familiares, culturales o sociales.

Dentro de la Escuela Inglesa de Psicoanálisis, Donald Winnicott, pediatra y psicoanalista, destaca el papel que cumple el ambiente en el desarrollo emocional primitivo y describe una Teoría de la Relación Paterno Filial (Winnicott, 1965) que abarca tres etapas a las que denomina “dependencia absoluta”, “dependencia relativa” y “hacia la independencia”. Profundiza el estudio de las dos primeras, por considerarlas fundamentales para el desarrollo normal y con la convicción de que estas etapas tempranas involucran procesos que no han sido suficientemente explorados por el psicoanálisis, como sí lo han sido los correspondientes a la tercera etapa (“hacia la independencia”) relacionados con la neurosis, a partir de las formulaciones freudianas.

El autor sostiene que si el desarrollo de estas dos primeras etapas se ve afectado por fallas ambientales reiteradas - principalmente maternas -, podrían generarse consecuencias adversas para la constitución del yo, su integración y el desarrollo de las relaciones interpersonales. Podrían gestarse, de ese modo, cuadros fronterizos o psicóticos, la “tendencia antisocial”, el “falso self”, entre otros. En las mencionadas etapas, el papel que le cabe a la madre, sostenida por el padre, es de considerable importancia para el desarrollo del *infans*. Ella lleva a cabo las funciones de *holding* (sostén), *handling* (manipulación), y la presentación del objeto (pasaje de lo subjetivo a lo objetivo).

Su teoría sobre el jugar es un aporte valioso para el estudio de la infancia y la niñez; le interesa la acción de jugar, más que el significado simbólico del juego, a diferencia de Klein, de cuyos postulados parte, para terminar diferenciándose.



Asimismo, su formulación del espacio transicional - espacio intermedio entre el mundo subjetivo y mundo objetivo - le permite abordar síntomas en los niños y adolescentes desde una perspectiva novedosa (Winnicott, 1972).

Su comprensión sobre la infancia y la niñez es, a la vez que minuciosa, “despatologizante”, ya que connota positivamente algunos signos y síntomas, por ejemplo la “tendencia antisocial”, a la que considera un llamado, un pedido de auxilio, un signo de esperanza. A modo de ejemplo, la clave para la evolución de este “trastorno del carácter” estaría en cómo el mundo adulto responde frente a este llamado, si reacciona vengativamente o aporta un marco de contención (Winnicott, 1984).

Winnicott focaliza el papel que cumplen los padres, la familia ampliada, la sociedad, tanto en la contracción de la enfermedad como en su cura. Rechaza algunas formulaciones kleinianas, en particular las ligadas a la pulsión de muerte (la posición esquizoparanoide y la envidia primaria), aunque acuerda con sus consideraciones respecto del duelo y los aspectos constructivos, reparadores (posición depresiva), considerándolos fundamentales para el desarrollo del infante. Esta divergencia lo lleva a apartarse del grupo kleiniano y constituir un espacio teórico clínico propio, en el seno de la Escuela Inglesa de Psicoanálisis.

Consideraciones preliminares

Este escrito hace referencia a una situación específica atravesada por dos niños y un adolescente que se duermen en el curso de sus sesiones de psicoterapia, señalando algunas particularidades que presentan. Ellas permiten observar distintos aspectos que



hacen del dormirse en sesión un fenómeno no clasificable de antemano, que debe analizarse caso por caso.

Como primera consideración, puede pensarse que el dormirse en sesión es un modo particular del uso del tiempo y del espacio dentro del dispositivo terapéutico.

El dormirse del paciente puede generar reacciones contratransferenciales en el analista, sobre las cuales debería reflexionar. En nuestro medio, Racker se refiere al quedarse dormido del analista como respuesta contratransferencial a la resistencia del paciente - no necesariamente si éste se duerme - (Racker, 1960). El mismo Winnicott ofrece consejos técnicos para no dormirse frente al paciente que sí lo hace en su presencia (Winnicott, 1989).

Sin embargo, se destaca que el fenómeno en el que se centra este artículo resulta inquietante para el terapeuta, lo desacomoda, lo conmueve, y sobre todo, - y ahí reside su valor- , lo invita a pensar.

Volviendo a los textos freudianos, la distinción entre dormir y el soñar le permite a Freud destacar al sueño como un producto privilegiado para el psicoanálisis, pues constituye la *vía regia* de acceso al inconsciente; asimilable a otras formaciones del inconsciente: síntomas, actos fallidos y chistes (Freud, 1900).

Freud considera al sueño como el “guardián del dormir”; en el sueño la fantasía se pone al servicio del dormir. El sueño puede resguardar el dormir o perturbarlo, como ocurre con los sueños “de comodidad” o los de angustia.

El autor describe el trabajo del sueño a través de los mecanismos de condensación, desplazamiento y figurabilidad; el sueño sirve a los fines del cumplimiento de deseos, está ligado a la fantasía y a la sexualidad. Del dormir dice “...Me pongo a



dormir cuando me retiro del mundo y mantengo lejos de mí sus estímulos. Me duermo, también, cuando estoy cansado por él. Al adormecerme digo entonces al mundo exterior: déjame en paz, pues quiero dormir”. “El niño dice a la inversa: Todavía no voy a dormir, no estoy cansado, quiero quedarme un rato más (...) la tendencia biológica del dormir parece entonces la reparación de fuerzas, y su carácter psicológico, la suspensión de nuestro interés por el mundo.” (Freud, 1915, pp 80).

Freud habla de ciertos pacientes a los que define como “neuróticos insomnes” que no duermen deliberadamente, no se atreven a dormir por miedo a sus sueños. Otros autores siguen esta línea cuando interpretan la incapacidad para dormir de sus pacientes; Bion, autor postkleiniano, lo hace cuando le dice a uno de ellos, severamente perturbado, que teme soñar si duerme, teme perder el control de su mente mientras duerme (Bion, 1962).

Cuando el creador del psicoanálisis estudia el trabajo de duelo, y particularmente la melancolía, describe al insomnio como un síntoma frecuente. En ellos el yo no puede efectuar “...un recogimiento general de las investiduras que el dormir requiere” (Freud, 1915, pp 250).

Es decir, que en los autores mencionados el foco de interés está puesto sobre el sueño, producto psíquico privilegiado, aunque en su ineludible conexión con el dormir. Asimismo, se destaca una vez más que el dormir no ha sido objeto de interés para el psicoanálisis, como si lo ha sido el soñar.

Sin embargo, patologías actuales en el campo de nuestro quehacer muestran la importancia de los trastornos del sueño, la necesidad de inducirlo por vía farmacológica, el uso abusivo de pastillas para dormir y a la automedicación en muchos casos. El no



poder dormir o dormir mal forman parte de un malestar actual y constituyen un motivo de consulta habitual. Aún así éste no será el foco de interés en esta presentación.

Uno de los autores psicoanalíticos que aborda el dormirse en el interior de la sesión analítica es Winnicott. El autor afirma al referirse a pacientes en estado de regresión: “Un acting out del sueño puede ser la forma en que el paciente descubra lo que es urgente, y el hablar de lo que se ha representado (acted out), sigue al acto pero no puede precederlo” (Winnicott, 1958, pp 390).

En “Sostén e interpretación” trabaja el caso de un paciente adulto que se duerme frecuentemente en sesión. Se trata de un joven, al que analizó durante varios años, cuyas sesiones registró. Winnicott describe las limitaciones de su paciente que usa al analista de modo muy restringido y distante, sin capacidad “para jugar”, lo que pone de manifiesto la ausencia del gesto espontáneo, signo de un desarrollo emocional perturbado.

Dice Massud Khan en el prólogo del citado libro, que cada vez que el proceso clínico acercaba a este paciente a un contacto con su analista se quedaba dormido. En ese contexto, afirma que el dormir era “su refugio y a la vez su única forma de dependencia”. Transcribe la interpretación de Winnicott en una ocasión en que el paciente se quedó dormido: le dijo “Tuvo, entonces, la necesidad de ser sostenido, y de que alguien se hiciera cargo mientras usted dormía” (Winnicott, 1989, pp 210). Más adelante, el registro de la sesión muestra como el paciente asocia la interpretación recibida con una sensación de adormecimiento o con la necesidad de sentarse o acostarse que experimenta con frecuencia cuando está en casa de su madre.

Nótese en esta descripción el aspecto corporal, la sensación experimentada por el paciente, aquello inefable, que no puede ser recordado, dado que corresponde a la



primera etapa del desarrollo emocional primitivo (dependencia absoluta) descrita por el autor, en un momento del desarrollo donde aún no existe discriminación yo- no yo. Al decir de Winnicott, no habría quien recuerde la experiencia pues aún no había un yo (Winnicott, 1960).

En el caso al que se hace alusión, el autor analiza la relación del paciente con su madre en la primera infancia, elaborando una construcción acerca de las fallas que habría experimentado en ser sostenido, aspecto que teoriza como una de las causas de las dificultades observadas en pacientes gravemente perturbados. Winnicott entiende, en este caso, el dormirse como una defensa del paciente, una modalidad personal que ilustra su precariedad psicológica y un modo de despliegue de la situación analítica, caracterizada por una profunda regresión a la fase de dependencia absoluta¹.

Tradicionalmente el psicoanálisis asocia el quedarse dormido del paciente con la resistencia, con un repliegue sobre sí mismo que obstaculiza el vínculo con el analista. Freud, en sus consideraciones cerca del tratamiento psicoanalítico, establece una relación entre transferencia y resistencia, ubicando a la primera como condición necesaria para el desarrollo de un proceso psicoanalítico y señalando la paradoja de reeditar y al mismo tiempo resistir. El paciente no recuerda pero repite en la transferencia, único modo de elaborar lo traumático, lo conflictivo, el pasado en el presente (Freud, 1914).

En esta ocasión, se hará referencia a algunas situaciones particulares ocurridas en el interior de sesiones con niños y adolescentes en el contexto de sus respectivas psicoterapias. La atención estará puesta en el dormir, más específicamente en el acto de

¹ Véase Margaret Little (1985). Relato de mi análisis con Winnicott. Angustia psicótica y contención, Buenos Aires: Lugar Editorial, donde la autora relata que experimentó una regresión a un funcionamiento psicótico, en el curso de su análisis personal.



dormirse en sesión (cabe aclarar que ninguno de los pacientes relató haber soñado en estas ocasiones).

Estos ejemplos llevan a interrogarse acerca de si el dormirse en sesión sirve a los fines de la elaboración, por una vía ajena al recuerdo. Habrá que comprenderlos en relación con el *acting out* y la repetición.

Consideraciones clínicas

Como se comentó anteriormente, la práctica clínica con niños y adolescentes, enfrenta a los terapeutas con situaciones inusuales, una de ellas se expone aquí.

En los casos que se analizan ocurrió algo común: luego de que los niños y adolescentes manifestaran tener sueño desde el comienzo de la sesión, resultó inútil tratar de mantenerlos despiertos, ninguna pregunta o señalamiento sirvió para impedir que duerman. Parecía tratarse de un impulso irrefrenable a dormir.

Estas situaciones generaron perplejidad y dudas acerca de qué hacer en cada uno de estos casos. Se optó por una actitud de observación atenta y de espera; los pacientes fueron despertados al finalizar la hora, explicándoles lo sucedido y con la propuesta de retomar ese tema la sesión siguiente.

A continuación se presentan algunos aspectos de las psicoterapias pertenecientes a un adolescente y a dos niños, todos ellos varones, a quienes se identificará como A, B, y C respectivamente.

Estos casos comparten el mismo fenómeno: el de quedarse dormido en sesión, pero según se considera, difieren en cuanto a su sentido, en el contexto de sus respectivos tratamientos.



Se da cuenta, brevemente, de la problemática de cada uno, recortando algunos aspectos considerados pertinentes para el análisis del tema propuesto.

A.- Adolescente de 14 años.

El motivo de consulta es, según el padre, que su hijo no estudia, “es un vago”, repitió 7º grado, ahora se lleva muchas materias. A. se muestra disperso, no puede concentrarse. El padre consulta para “monitorerar” a su hijo, no comprende lo que le pasa al joven; el padre se siente abrumado por obligaciones laborales y familiares, la psicoterapia parece incluirse en esa lista. Cabe señalar que la madre de A murió cuando el niño tenía 4 años, durmiendo. Se trataba de una mujer joven y sana, quien padeció un ataque cardíaco durante la noche.

El grado de dificultad presentada por A. llevará a desarrollar un trabajo interinstitucional con la escuela, a quien preocupa su actitud “ausente” y su bajo rendimiento académico.

Ya comenzado el tratamiento psicológico, A se queda durmiendo en su cuarto, el día de su cumpleaños. La empleada llama asustada a la terapeuta para comunicárselo. En los momentos iniciales de la psicoterapia al joven le cuesta mucho hablar, se muestra desvitalizado, retraído durante un lapso considerable.

Poco a poco comienza a jugar a las cartas, va mostrando incipientes signos de vitalidad mientras juega, disfruta de ganar, anota los puntos obtenidos, arma una continuidad entre sesiones. Hace de la psicoterapia un tiempo y un espacio propios. La primera parte del tratamiento consiste en alojarse en el dispositivo terapéutico.



En un segundo momento de la psicoterapia A ya no juega, se sienta en un sillón y habla, con alguna dificultad, de sus problemas escolares y del deporte que practica. En este contexto el joven entra al consultorio, se sienta, dice estar cansado y se duerme. La terapeuta le habla, preguntándole que le pasa, se queda en silencio observándolo, mientras A duerme

El dormirse en sesión pasa a ser un tema que le permitirá en sesiones posteriores empezar a hablar de su madre y de lo que él sabe de ella: que murió durmiendo mientras todos dormían. Luego traerá relatos del cementerio, de la familia materna, nunca antes mencionados.

En otra sesión describe un accidente de tren que ocurrió días antes, cerca de su escuela, donde muere un chico de su edad. Comenta, impresionado, que le contaron como la madre del joven fallecido se aferraba al hijo, en el cementerio, “no lo podían enterrar” porque ella no lo soltaba.

La terapeuta entiende que este relato expresaría su propia situación psicológica: él mismo está aferrado a su madre muerta; su melancolización se representa en el quedarse dormido, en una clara identificación con su madre.

En sesiones posteriores A se interesa por si la terapeuta tiene hijos, se hace preguntas, se va “despertando”, describe historias de madres y de hijos que conoce o imagina, las que relata con interés. A partir de aquí se observa un giro, comienza a referirse a la relación con el padre, conflictiva, como tema nuevo, adolescente.

Retomando el tema propuesto: dormirse en sesión sería el modo en que A puede traer la muerte de su mamá y su posición fantasmática a las sesiones, en acto, quedando de relieve la identificación con su madre muerta.



B.- Niño de 8 años.

El motivo de consulta es que B insulta a sus maestros, a su entrenador de fútbol, no acepta límites ni respeta a ninguna autoridad. Es hijo único de una pareja separada desde que el niño era muy pequeño, sus padres son adictos a las drogas. El padre vive en una provincia distante del lugar de residencia de B y tiene varios hijos de diferentes uniones; se ven una vez al año durante las vacaciones. Cuando el niño lo visita relata situaciones de descuido y negligencia. Su madre no puede ponerle límites, se la escucha desorganizada y con dificultades en la crianza de su hijo.

Al comienzo de su psicoterapia, B pone de manifiesto en el tratamiento un alto monto de desconfianza y hostilidad hacia las figuras parentales a través del despliegue de una transferencia negativa muy intensa. Grita a su terapeuta: “vos me robas! Le voy a decir a mi mamá que no te pague!”. En ese momento B realiza alusiones a la supuesta adicción a las drogas de la terapeuta y la insulta.

Luego de un período de tratamiento caracterizado por este tipo de manifestaciones trasferenciales, puede en las siguientes sesiones configurar otra situación, muy distinta, de tinte regresivo y amoroso: construye barquitos de papel y le pide que jueguen con ellos en la pileta del baño, con intenso placer. Este juego evoca a los niños muy pequeños, jugando bajo la presencia y la mirada maternas, fundamentales para el desarrollo de la subjetividad, en tanto que cumplen la función de soporte (Winnicott, 1965).

Sesiones más tarde, se duerme en sesión, plácida y relajadamente. En el encuentro siguiente le pregunta a la terapeuta si estuvo allí, si se levantó mientras él dormía o permaneció a su lado.



Probablemente, en este caso, el dormirse en sesión se asociaría a un sentimiento de confianza: se apoya en el sillón, en el terapeuta y en el tratamiento y se relaja. Podría pensarse como una vez puesta a prueba la terapeuta, quien resiste a su hostilidad y desafío, puede dejarse sostener por un adulto, acorde con lo planteado por Winnicott, en relación con situaciones infantiles de dependencia que se reeditan en el análisis. En B la búsqueda de un marco que contenga la impulsividad, que la aloje sin devolvérsela, resulta al comienzo del tratamiento la cuestión central que posibilitará el trabajo terapéutico.

Estas situaciones manifestadas por B, incluyendo el dormirse en sesión, producen un giro en el tratamiento, al disminuir la hostilidad y posibilitar la aparición de nuevos aspectos a trabajar en su psicoterapia, a la vez que configuran un avance, en tanto la impulsividad disminuye, en aras de un incipiente desarrollo simbólico, ligado a la emergencia del juego.

C.- Niño de cinco años.

El motivo de consulta consiste en que C le cuesta aceptar límites, se aísla, solo le interesan algunos personajes de TV, habla como ellos, mimetizándose. No acepta juguetes nuevos o regalos, dice que no son de él. Los padres lo visten dormido para ir al colegio porque no se quiere levantar. Se muestra como un niño rígido, falto de espontaneidad. Se observa una perturbación importante en el vínculo paterno - filial.

Su padre viaja asiduamente por razones laborales ausentándose por tiempos prolongados, quedando con su madre y su hermana menor. Como C no habla por teléfono, “no le gusta”, no puede establecer contacto con su padre durante sus ausencias en el hogar (cabe señalar que su mamá trabaja en empresa de telefonía).



En la primera entrevista refieren los padres que la madre sufrió una severa depresión luego del nacimiento de C, describe el padre que la madre lloraba todo el tiempo. El padre y la abuela materna cuidaban del bebé.

En los inicios de su tratamiento C manifiesta en los intercambios con la terapeuta cierta restricción inicial, caracterizada por la ya mencionada rigidez en sus posibilidades expresivas y afectivas. Aún así, lleva a cabo un primer período de psicoterapia con una buena evolución, dado que se registra una ampliación en su capacidad para jugar y luego de un lapso breve es dado de alta, mientras que la madre es derivada a un tratamiento individual.

Vuelven a consultar un año después por la aparición de manifestaciones agresivas de C en la escuela. La madre no cumplió con la indicación de psicoterapia sugerida.

A la cuarta sesión del nuevo período de tratamiento el niño no quiere entrar al consultorio, manifiesta enojo, no quiere quedarse, dice la madre que no quiere venir. Ella, en la puerta, lo amenaza con sacarle figuritas o golosinas si no ingresa a la sesión. C entra, se sienta de espaldas y se duerme.

En este caso, el niño expresaría en su dormirse el rechazo a su madre, quien no lo escucha, no le da lugar, ni tiene una actitud empática hacia él. Entonces el niño se desconecta y se duerme, representando el síntoma de aislamiento y rechazo al otro, que lo trajo inicialmente a la consulta; muestra así que se protegerá frente a cualquier forzamiento, intrusión o amenaza que haría peligrar su integridad.

Esta situación escenificada por C en el consultorio pone de manifiesto el particular vínculo entre el niño y su madre, quien en razón de su depresión postparto no pudo



establecer una conexión afectiva con su hijo, ni ocuparse de él los primeros meses de vida, delegando estas funciones en su propia madre.

Probablemente C se defiende apartándose de los otros, aislándose o bien rechazándolos (pares, maestros, terapeuta, entre otros), así como su madre se halla apartada de él en el plano afectivo, desde su nacimiento hasta la actualidad. Se trata de una madre rígida y muy angustiada; el niño respondería a ella con su propia rigidez y su alejamiento afectivo, aspectos que evocarían un “falso self” como estructura defensiva. Estos aspectos de la madre y la escasa presencia del padre, no logran revertir la dificultad relacional que presenta el niño con pares y adultos.

Sólo la adopción de una mascota, pedida por el niño y aceptada por la madre, hace surgir en C una corriente de ternura que inaugura una nueva modalidad de relación objetal, donde predomina la vitalidad, la afectividad, sobre la rigidez y las defensas. La formulación del pedido por el niño, original y espontáneo, y su aceptación por parte de la madre, señalan un progreso en la relación entre ambos.

Conclusiones e interrogantes

Interesa realizar estas breves puntualizaciones sobre el tratamiento de tres pacientes, sosteniendo que no puede otorgarse un significado fijo al dormirse en sesión. En lugar de ello, se considera imprescindible comprender esta manifestación clínica en el contexto de cada tratamiento, bajo transferencia.

Si bien esto debe ser así, en todos los casos, un suceso como dormirse, que transgrediría el encuadre, o aparentaría ser un hecho anecdótico, incómodo para el



terapeuta, fácilmente atribuible al cansancio en niños sobreocupados con tareas escolares y extraescolares, ilustraría sobre importantes cuestiones de la subjetividad.

En los extractos de los casos relatados, el dormirse en sesión y su manejo terapéutico, permitió acceder a conflictivas que de otro modo serían difíciles de abordar o hubieran requerido de un período mayor para expresarse o tal vez no lo hubieran hecho nunca.

Posibilitó que cada uno de estos tratamientos progrese, dada la oportunidad que se le presentó al terapeuta de devolverle al niño algo acerca de “su” quedarse dormido.

Así como Freud en “Recordar, repetir y reelaborar” (Freud, 1914) sostiene que el paciente sustituye el recordar por el actuar, repitiendo lo reprimido y olvidado en acto, podría pensarse que distintos tipos de transferencia materna son actuados en los análisis en cada uno de los casos referidos. Madres muertas, madres no disponibles, madres intrusivas, se presentifican en el quedarse dormido de estos niños, a la manera de un *acting out* que trae a sesión distintos aspectos: un duelo no elaborado en el caso A, la necesidad de ser sostenido en el caso B - en razón de fallas maternas en el *handling* -, y el rechazo por el otro en el caso C - replicando una dificultad en el contacto madre - hijo en la primera infancia- que ha dejado marcas en la constitución subjetiva del niño.

Para finalizar, y sin pretensión de originalidad, se destaca que el papel del analista, consistente en tolerar y sostener estas manifestaciones de la subjetividad es fundamental para hacer de este dormirse un elemento vivo y útil para la comprensión de lo que aqueja a sus pacientes.

Queda abierta la posibilidad de seguir pensando sobre la cuestión; estas reflexiones son solo un inicio de ello.



Referencias

- Bion, W. (1959). Ataques al vínculo en *Volviendo a pensar*. 1985. Buenos Aires: Hormé.
- Freud, S. (1900). La interpretación de los sueños. En *Obras Completas*, (Vol 4), 1976. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S (1914). Recordar, repetir y reelaborar en *Obras Completas*, (Vol 12), 1976. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1915). Duelo y melancolía. En *Obras Completas*, (Vol 14), 1976, (pp.250). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S (1915-1916)- Conferencias de Introducción al Psicoanálisis en *Obras Completas*, (Vol 15), 1976. Conferencias 5 (pp80) y 14. Buenos Aires: Amorrortu.
- Klein, M (1926). Principios psicológicos del análisis infantil. En *Melanie Klein. Amor culpa y reparación. Obras Completas*, (Vol 1), 1996. Buenos Aires: Paidós.
- Klein, M (1927). Simposium sobre análisis infantil. En *Melanie Klein. Amor culpa y reparación. Obras Completas*. (Vol 1), 1996. Buenos Aires: Paidós.
- Klein, M (1932). *El psicoanálisis de niños*. En *Melanie Klein. Obras Completas*, (Vol 2), 1996. Buenos Aires: Paidós.
- Racker, H (1960) *Escritos sobre Técnica Psicoanalítica*. Buenos Aires: Paidós.
- Winnicott,D (1958). Aspectos metapsicológicos y clínicos de la regresión dentro del marco psicoanalítico. En *Escritos de Pediatría y Psicoanálisis*, (pp.390). Barcelona: Laia.
- Winnicott,D. (1965). *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador*, 2009. Buenos Aires: Paidos.
- Winnicott,D. (1984). *Deprivación y delincuencia*.1991. Buenos Aires: Paidos.
- Winnicott, D (1972). Realidad y juego. 1985. Buenos Aires: Gedisa.



Revista Borrromeo N° 5 – Julio 2014

<http://borromeo.kennedy.edu.ar>

revistaborromeo@kennedy.edu.ar

ISSN 1852-5704

Winnicott, D. (1989). *Sostén e interpretación. Fragmento de un análisis*, 2004, (pp 210).

Buenos Aires: Paidós.