

# Exploraciones con técnicas de juego en el tratamiento de un paciente adulto severamente perturbado<sup>1</sup>

*José Antonio Valeros,  
Sultana Benhamú Aserraf y  
Andrés Castaño Blanco*

## **PRESENTACION**

Nos referiremos a un paciente, Daniel, de 34 años de edad, que estaba en tratamiento hacía 4 años. Derivados por una colega, sus padres consultaron luego de un intento de suicidio en el que el paciente se arrojó desde el cuarto piso de la casa paterna. Como consecuencia de la caída sufrió múltiples fracturas en cadera, tobillo y maxilares. El terapeuta comenzó a verlo en el hospital donde estaba internado, luego de las operaciones que debieron practicarle.

## **ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES**

Tenía como antecedentes por, lo menos dos episodios delirantes de tipo interpretativo. En uno de ellos los gatos que se movían en un tejado le informaban acerca del futuro de sus relaciones con una muchacha de la que estaba enamorado. Durante otro de estos episodios, el paciente se sentía perseguido por una banda que

---

<sup>1</sup> Presentado en el I Congreso Internacional sobre pacientes severamente perturbados. APdeBA, Buenos Aires. Septiembre de 1992.

había robado un cuadro de un museo de París y que había sido descubierta por él.

Daniel había iniciado varios tratamientos psicoterapéuticos que a los pocos meses eran abandonados. Tampoco había podido ser muy estable con otras actividades desarrolladas en su vida. Después del secundario inició diversos estudios que fueron abandonados al poco tiempo: medicina, filosofía, violín. Asimismo, había probado diversas actividades laborales (electricista, jefe de mantenimiento de la fábrica familiar) que no fueron sostenidas durante mucho tiempo.

El paciente consumía y consume una o dos cervezas, varias noches por semana. En algunos momentos tomaba bebida blanca, actualmente la ha abandonado.

Su familia está compuesta por sus padres de 63 años, y por sus hermanos de 36 y 22 años. El paciente describe la relación con su familia como muy problemática. Con el padre predominó una relación de enfrentamientos, en donde el paciente se sentía permanentemente descalificado. El intento de suicidio se da en el marco de una discusión en la que el padre le reprocha el dinero que le prestó para la compra de su departamento.

Su padre estuvo en tratamiento psiquiátrico con un diagnóstico de psicosis maníaco-depresiva. Aparentemente logró estabilizarse con litio, fármaco con el que se automedica actualmente.

La madre aparece como una mujer muy laboriosa, sumisa, sufriente, resignada. En el curso de las sesiones emergió un recuerdo infantil en donde el paciente relata un paseo con su madre, durante el cual se siente atraído por un juguete en la vidriera y le dice: “mamá, si alguna vez te acordás y no tenés problemas, me gustaría que me lo compraras”. En este relato se evidencia que Daniel, muy precozmente detectaba a una mamá que no se sentía en condiciones emocionales de hacerse cargo de sus necesidades.

Con su hermano mayor mantenía una relación de violencia física y verbal. Con el menor, el vínculo era distante y frío.

Se les indicó terapia familiar, tratamiento que realizaron durante los dos primeros años de tratamiento. El paciente, que ya había sido medicado varios años antes con Trifluoperazina (5 y 10 mg.), continuó con esta medicación controlado por su psiquiatra.

El tratamiento fue y es sostenido en gran parte con ayuda de los padres.

Durante los cuatro primeros años de tratamiento con una frecuencia de 3 sesiones semanales, se mostraba generalmente amable; no faltaba nunca a sesión; era muy puntual. El tratamiento se hacía cara a cara; había rechazado la posibilidad de trabajar en el diván. En sus sesiones relataba acontecimientos de sus actividades cotidianas tratando de dar explicaciones de los sentimientos que éstas le despertaban.

Rechazaba las intervenciones cuando estaban dirigidas a algún tipo de “insight”, tanto en lo que se refiere a sus mecanismos intrapsíquicos, como al vínculo transferencial. A veces estas intervenciones lo dejaban muy dolido a pesar que intencionalmente se hacía lo posible para que fueran cautelosas. A modo de ejemplo, en una sesión posterior a una de estas intervenciones, le dijo al analista que lo había hecho “picadillo fino y lo había largado a la calle”; que quizás él pudiera tener razón pero que “en un enfermo grave no se puede estar mucho removiendo las heridas”. Se optó paulatinamente por ir dejando de lado estas intervenciones.

Si bien, como se dijo, el vínculo era positivo, existía al mismo tiempo bastante distancia. El analista suponía que Daniel tenía necesidad de defenderse de su tendencia a depender de él.

Esto llevó a considerar las limitaciones en el uso de la técnica interpretativa puramente discursiva.

#### **ALGUNAS REFERENCIAS EN LA LITERATURA**

Balint se refiere a los pacientes gravemente perturbados como aquellos que padecen de una “falta básica”. En ellos la enfermedad no está planteada como un “conflicto” o “complejo”, sino como un déficit en la estructuración del aparato psíquico. Las interpretaciones no son sentidas como tales por estos pacientes. A veces son vividas como una agresión, una exigencia, un signo de amor o aprobación, pero no como una interpretación. Esto plantea un grave equívoco en el tratamiento, ya que lo que el terapeuta dice no es lo que el paciente escucha. Como consecuencia, el terapeuta se encuentra frecuentemente con sensaciones de frustración e impotencia, que muchas veces trata de neutralizar diciéndose que la interpretación era correcta, pero como la resistencia del paciente era muy fuerte en ese momento, se necesitaba más tiempo para dar lugar a la “elaboración”.

Giovacchini también trata el tema de esos pacientes que se lamentan de que a pesar del insight logrado siguen sintiéndose tan mal<sup>2</sup>. Argumentar, por parte del analista, que tienen que integrar nuestras interpretaciones y elaborar sus problemas, aparece como algo aprendido de memoria y las palabras parecen gastadas e inútiles.

También Liberman se refiere a las limitaciones en los pacientes muy perturbados. Dice con respecto a la distorsión pragmática en la psicosis, que “el código verbal aparece masivamente perturbado”. En el caso de los psicóticos, aunque verbalicen, no siempre están realmente hablando; puede ocurrir que estén “actuando con el lenguaje articulado” y, en cambio, “traten de pensar con los gestos”.<sup>3</sup>

Ekstein es otro autor que ha descrito las dificultades que surgen cuando se emplean interpretaciones que tienden a la discriminación en pacientes graves. Luego de estudiar grabaciones de sesiones de diferentes pacientes psicóticos, postula que tales interpretaciones llevan al paciente a una descompensación durante la sesión. Da el ejemplo de una niña que refiere a su terapeuta temores paranoides con respecto a una compañera, mientras da muestra de confianza en su analista. Esta le interpreta que ambos sentimientos eran expresión de los que sentía hacia su madre. Mientras su compañera es la madre mala, a quien teme, la analista es la madre buena a quien trata de complacer. La sesión muestra un agravamiento de la sintomatología psicótica a partir de esta interpretación. Ekstein sostiene que la paciente no podía integrar la interpretación ni rechazarla por medios neuróticos. En consecuencia se produjo un derrumbe de los límites del Yo, con mucho sufrimiento. Como alternativa, Ekstein propone que en los pacientes psicóticos o al borde de la psicosis, es conveniente que la comunicación que establece el analista permanezca dentro de los confines de la expresión del paciente<sup>4</sup>.

Podemos concluir que las interpretaciones transferenciales resultan inoportunas, penalizantes, y en esencia antiterapéuticas, en la medida en que puedan ser vividas como un rechazo o un

---

<sup>2</sup> Giovacchini P. (1986) *Developmental disorders*. Pág. 205. Jason Aronson, Northvale.

<sup>3</sup> Liberman, D. (1983) *Lingüística, Interacción Comunicativa y Proceso Psicoanalítico*. Pág. 566. Kargieman, Bs. As.

<sup>4</sup> Ekstein R. (1966) *La Psicosis Infantil*. Pax. México.

rebote de lo proyectado por el paciente.

En nuestra opinión, esto constituye una de las situaciones frecuentes con estos pacientes tan enfermos. Resulta esencial que el terapeuta pueda tolerar una amplia variedad de posiciones transferenciales en relación con el paciente antes que éste llegue a aceptarlo, abierta y explícitamente, como terapeuta, de forma tal que pueda escuchar las interpretaciones transferenciales que aquél le ofrece.

Entendemos por interpretación transferencial la forma clásica de explicar discursivamente al paciente su transferencia del momento. Intentar hacerlo en forma prematura mientras el paciente está en la fase de fusión o no discriminación, equivale a que el analista emplee el concepto de transferencia como una suerte de escudo que lo protege del grado necesario de intimidad.

Si se quiere que la tarea interpretativa tenga efecto, se la debe vincular con la capacidad del paciente para colocar al analista fuera de la zona de subjetividad. Se trataría pues, de un logro a lo largo del proceso psicoanalítico para usar al analista; para ello es preciso que el analista sea un objeto real en el sentido de formar parte de la realidad compartida y no un conjunto de proyecciones del paciente<sup>5</sup>.

A continuación nos referiremos a las técnicas utilizadas y a los cambios observados en la transferencia y contratransferencia.

## TECNICAS DE JUEGO

Como alternativa frente a las limitaciones de la interpretación que lleva a la discriminación en el vínculo transferencial, hemos explorado el uso de técnicas de juego.<sup>6</sup>

Ya Melanie Klein, la pionera del juego como técnica de tratamiento, en “La Personificación en el juego de los Niños”, postulaba cómo sus pequeños pacientes le hacían representar distintos roles. Así por ejemplo, Erna le hacía representar el papel de hija a la analista, quien tenía que padecer fantásticas torturas mientras la paciente hacía de madre. La autora concluye en ese

---

<sup>5</sup> Winnicott, D. W. (1971) *Realidad y Juego*. Gedisa. Barcelona.

<sup>6</sup> Valeros J. A. (1985) “La coerción, problemas de técnica en psicoanálisis de niños”. *Revista de Psicoanálisis*, Vol. 7.

artículo que “Uno de los fines principales del análisis –la modificación gradual de la severidad del superyó– se logra tomando el analista los roles que en la situación analítica le asignan” [...] “cuando en su juego el niño le asigna directamente cierto rol, la tarea del analista de niños es clara. Por supuesto que asumirá o por lo menos dará la impresión de simular, los roles que le son asignados, porque de no ser así interrumpirá el progreso del trabajo analítico”<sup>7</sup>.

Posiblemente Winnicott fue uno de los autores que más realzó el uso de esta técnica. Para este autor, entre el yo y el no yo, existe una tercera área, la de los fenómenos y objetos transicionales. Este espacio es fundamental en el desarrollo, ya que permite pasar del dominio omnipotente, al dominio por manipulación. Se constituye así el área del juego y de la creatividad<sup>8</sup>.

Una manera útil de entender la psicopatología es reconocer el sentido dinámico que ésta tiene, como un intento de controlar coercitivamente al objeto. Los delirios, alucinaciones, fobias, obsesiones y adicciones tienen como finalidad obtener la posesión concreta del objeto. Este tipo de vínculo impide a la persona que lo usa, tolerar ese estado mental de transicionalidad, que podría también llamarse de virtualidad o de juego, porque en él, los vínculos son de dependencia y no de posesión. Desde esta perspectiva, el objetivo central del terapeuta es transformar la transferencia concreta del paciente en virtual. Creemos que la técnica del juego es la respuesta más efectiva para este propósito.

Creemos que Giovacchini opina como nosotros: “debemos de alguna manera fusionarnos con sus operaciones mentales (las de los pacientes) y hacer que nuestras fantasías reverberen con sus realidades. Esto es similar a lo que ocurre en la creatividad, cuando las fantasías del innovador eclipsan y a menudo reemplazan a la realidad. En los pacientes hay un proceso inverso funcionando: no es la fantasía la que reemplaza a la realidad, sino la realidad, la realidad del paciente es la que reemplaza a la fantasía. La tarea terapéutica consiste en convertir la realidad del paciente en fantasía”<sup>9</sup>. Giovacchini nos da un ejemplo clínico: se trataba de un paciente paranoide que, en una sesión en particular,

---

<sup>7</sup> Klein, Melanie (1929) “La Personificación en el juego de los Niños”, en *Contribuciones al Psicoanálisis*. (Pág. 199). Editorial Paidós, Bs. As.

<sup>8</sup> Winnicott, D. W. (1971) *Realidad y Juego*. Gedisa. Barcelona.

había comenzado a estar muy perseguido con su analista. “Estaba convencido que la Mafia me pagaba para que picara su cerebro y destruyera su mente. Él quería decir 'picar mi cerebro' literalmente, como si yo abriera su cráneo e introdujera una piqueta para hielo en su cerebro. Estaba muy enojado y casi con pánico. Espontáneamente le pregunté por qué la Mafia tendría que pagarme para picar su cerebro cuando el servicio estaba incluido en sus honorarios. Al principio quedó asombrado, después comenzó a reír.”<sup>10</sup> El autor comenta que ésta fue una sesión crucial ya que, aunque el paciente continuó mostrando actitudes paranoides, nunca volvieron a ser disruptivas. Considera que la interacción entre él y el paciente comenzó a ubicarse en el espacio transicional; la atmósfera, se volvió liviana y juguetona, y tenía que ver con fantasías más que con delirios.

Parafraseando a Joyce McDougall, podríamos decir que cualquier delirio podrá ser recibido como sensato con tal que sea introducido por la frase: “Yo juego a que...” (la autora dice “Yo soñaba que...”).<sup>11</sup>

Searles dice al respecto: “...otro rasgo característico de esta fase (se refiere a cuando se ha superado la etapa ambivalente de la relación transferencial simbiótica) es la capacidad de ambos participantes para jugar gozosamente. Esta etapa ya no se experimenta como un tipo amenazador de la diferenciación, sino más bien como una oportunidad sin trabas para que ambos participantes jueguen a cambiar de lugar entre sí...”<sup>12</sup>. Se comprueba así algo que nunca se creyó posible: la confusión misma, por lo común considerada en psiquiatría como trágicamente destructiva para el paciente y amenazante para el terapeuta, puede resultar activamente placentera en una atmósfera donde se ha alcanzado un grado tal de confianza mutua que, dado que el odio ya no existe a los fines prácticos, la confusión no equivale a vulnerabilidad. Ya no es necesario levantar la estructura yoica como una fortaleza mal construida contra la amenaza externa, y en cambio, aquella puede irse formando siguiendo su propio ritmo, como una organización en desarrollo para la expresión de potencialidades exter-

<sup>9</sup> Giovacchini P. (1986) *Developmental disorders*. Pág. 14. Jason Aronson, Northvale.

<sup>10</sup> Idem anterior (Página 238).

<sup>11</sup> McDougall, Joyce. (1978) *Alegato por cierta normalidad*. Pág. 255. Petrel. Barcelona.

<sup>12</sup> Searles, H. (1965) *Escritos sobre esquizofrenia*. (Pág. 188/189). Gedisa. Barcelona.

nas y, por ende, necesidades cada vez más complejas.

## EL JUEGO

De acuerdo con lo que antecede, el analista pensó en la conveniencia de incluir técnicas de juego además de las técnicas discursivas habituales que no parecían ser del todo eficaces, y evaluó también la disposición del paciente a estas técnicas lúdicas.

¿En qué consistieron estas técnicas? Las clasificaríamos en tres tipos: las imágenes metafóricas, las dramatizaciones y el juego fantaseado. Veamos ejemplos de cada una de ellas:

## IMAGENES METAFORICAS

En lugar de hablar de sus necesidades de dependencia, en muchas sesiones en las que el analista pensaba que estas necesidades estaban expresadas claramente, por ejemplo, cuando Daniel le manifestaba su cansancio por todas las actividades del día y la larga espera de la hora de sesión, le decía que: “al fin había llegado al oasis”. Abundaba intencionalmente en la descripción del oasis: que el paciente luego de haber atravesado las arenas desoladas, había llegado a la sombra de las palmeras, y a refrescarse en el manantial que le daba un poco de alivio. Esta imagen siempre fue aceptada activamente por Daniel. Él agregaba sus propias contribuciones a la descripción del oasis, así por ejemplo, cuando iba al baño decía que “iba a orinar al cañaveral que estaba en un costado del oasis”.

Examinando el material desde esta perspectiva, llegamos a un punto en el que estamos hablando tanto del análisis, como de la satisfacción de las necesidades de dependencia.

Consideramos, al igual que otros autores, Winnicott por ejemplo, que el análisis se da en las superposiciones de dos zonas de juego, la del paciente y la del analista<sup>13</sup>. De esta manera, apoyándonos en el campo de lo lúdico, aceptamos el rol transferencial que el paciente necesita que desempeñemos. Cuando hay juego mutuo, la interpretación realizada según principios psicoanalíticos, en este caso a través de la dramatización de las situaciones recreadas en la transferencia, puede llevar adelante la labor

<sup>13</sup> Winnicott D. W. (1971) *Realidad y Juego*. Gedisa. Barcelona.

terapéutica. Este juego tiene que ser espontáneo, no de acatamiento.

Es bueno recordar que el juego en sí es una terapia tal como lo menciona Winnicott, y que en él, tanto el niño como el adulto están en libertad de ser creadores.

Otra imagen metafórica que el analista usó fue la del capitán y el timonel. Esto se dio cuando Daniel comenzó a ordenarle: “Bueno ¡Cállese, hoy habló demasiado!”; o en otros momentos: “¡Dígame algo!”. Tenemos que tener en cuenta que aquí el paciente se comporta en forma opuesta a la escena del juguete en la vidriera. En vez de interpretarle discursivamente su necesidad, le decía en tono de juego que se iba a callar porque el paciente era el capitán y él el timonel del barco, y tenía que seguir sus órdenes. La imagen del barco la había introducido el paciente haciendo referencia al tratamiento. (Por ejemplo: “No sé qué rumbo tiene este barco”).

Coincidentemente, Rodrigué da un ejemplo donde un niño le ordena al comenzar la sesión que saque determinados juguetes de su caja. Le responde: “Sí, mi capitán” –siguiendo el tono marcial de la orden–. Rodrigué comenta que la orden tan tajante del paciente le irritó, pero que la interpretación dramatizada hizo que la tensión finalizara.<sup>14</sup>

### DRAMATIZACIONES

Daniel comenzó a hacer demandas cada vez más intensas para que el analista le sirviera agua, y para que le preparara café, y alguna vez para que le aceptara un cigarrillo.

El analista le contestaba que le iba a preparar un café especial para él, dramatizando todos los movimientos de preparación y servido del café. Le preguntaba si quería azúcar o sacarina. Sólo dos o tres veces aceptó participar en este juego. La mayoría de las veces rechazaba las dramatizaciones, insistiendo en que él quería café La Morenita. Lo mismo ocurrió con el agua. Luego de rechazar “el agua del oasis” que el analista le servía, entraba él a la cocina para servirse un vaso de agua. El juego del cigarrillo aceptado y fumado dramáticamente por el analista fue festejado.

---

<sup>14</sup> Rodrigué Emilio y G. T. de (1966) *El Contexto del Proceso Analítico*. Paidós. Buenos Aires.

Cuando hablamos de satisfacer las necesidades del paciente, queda claro que no nos estamos refiriendo a una satisfacción concreta como puede apreciarse en el fragmento anterior, sino a una situación virtual que hace que la demanda del paciente se transforme en un juego, en el cual ambos participantes de la pareja analítica participan gozosamente.

### **JUEGO FANTASEADO**

Las demandas del paciente pronto se extendieron por fuera del consultorio. Así, por ejemplo, un viernes le pidió al analista que al día siguiente se encontraran en una parrilla, localizada frente al consultorio, para compartir un almuerzo que consistiría en un sandwich de chorizo y un vaso de vino. El analista le respondió que sería muy lindo que, justo un fin de semana en los que él estaba solo, pudieran compartir un almuerzo así, los dos juntos. Ahí también el analista abundó en la descripción detallada y minuciosa de la situación, preguntándole a qué hora sería, cuánto tiempo, qué vino, etc.

La idea de utilizar estas técnicas apuntaba a permitir, por un lado, la expresión de estas necesidades del paciente nunca antes expresadas, sin que se sintiera descalificado, y al mismo tiempo tratar de darle a las mismas un sentido más simbólico.

El paciente, de ser amable distante, comenzó a concentrar todo su interés en la relación con el analista. Comenzó a llamar por teléfono a su casa, simplemente para contactarse con él. Se hacía una especie de organigrama mental de cuáles podrían ser las actividades del analista durante la semana y estaba pendiente de cada uno de sus movimientos.

A los pocos meses los llamados comenzaron a darse a las tres o cuatro de la madrugada, le decía que estaba solo y necesitaba hablar con él; trataba de mantener una conversación prolongada.

Comenzó a dejar mensajes en el contestador. Como el aparato corta el mensaje al minuto, a veces dejaba cinco o seis. Estos mensajes eran manifestaciones de cosas que había vivido o pensado. Generalmente eran pedidos angustiosos de que el analista pensara en él; por ejemplo, uno de ellos: “Daniel habla... lo extraño. Le dejo una frase para que reflexione aunque esté podrido de laburar todo el día. Que reflexione cuando pueda: ‘Y muchas veces me encuentro solitario llorando a la puerta de la

vida'. Analícela como pueda. Me parece una linda frase de León Gieco.”

Contratransferencialmente, el analista se sentía intensamente implicado en la psicología del paciente. Daniel lograba que dedicara mucho tiempo a pensar en él y a sentir diferentes cosas: en algunos momentos se sentía tiránicamente controlado por el paciente, en otros se sentía tremendamente responsable por él. Le comenzó a fastidiar cuando lo llamaba a su casa, y más aún cuando esto se dio en horas de la madrugada. Por un lado entendía su necesidad y le parecía un progreso que pudiera expresarse tan claramente, por otro le parecía una situación totalmente descabellada. Le asustaba la intensidad del vínculo. Se preguntaba cómo iba a seguir esa situación y si el paciente llegaría a entender alguna vez que sus demandas insatisfechas de la infancia, ya no podrían ser colmadas. Se preguntaba si con esta técnica estaba “facilitando” el desarrollo de la transferencia o si no estaría “fomentando” un vínculo riesgoso.

Después que llamó dos o tres veces a la madrugada, le dijo en sesión que comprendía su necesidad de estar acompañado de noche, pero que él no podía atenderlo a esa hora, que había que pensar en alguna otra solución. Como Daniel descartó otras alternativas, convinieron que en caso de necesidad recurriría a la guardia de un hospital.

A medida que se acercaba fin de año, el tema de las vacaciones comenzó a preocuparlos a ambos. ¿Cómo toleraría Daniel la interrupción de un vínculo tan intenso durante un mes? Este tema aparecía repetidamente en las sesiones de diciembre. Sin embargo en enero estaba más tranquilo al respecto. Había intensificado un poco la relación con una amiga con la que había salido algunas veces, y fue unos días a verla en un lugar de veraneo. Al mismo tiempo, estaba un poco más distante en la relación con el analista; a veces, un poco enojado. En una sesión de mediados de enero le dijo al comenzar: “Estoy un poco peleado con usted, porque es mi analista, no mi amigo, mi compañero de ruta, es mi analista.” Se entiende que por un lado ponía una distancia protectora antes de las vacaciones, y por otro lado esta situación del encuadre le permitía vislumbrar la naturaleza simbólica del vínculo transfe-rencial.

Al regresar de las vacaciones el analista se encontró con más de medio cassette del contestador con mensajes del paciente. En

casi todos decía que él creía que el analista estaba en Buenos Aires, que no había viajado, que presentía que estaba cerca.

Esta actitud le había permitido sentirse relativamente bien durante la separación. Después de las vacaciones, el vínculo transferencial adquirió rápidamente las características de intensidad en las demandas, descritas anteriormente. Se continuó con las mismas técnicas lúdicas ya explicitadas. Veamos un ejemplo: luego que el paciente retornó al trabajo en la fábrica familiar, se mostraba preocupado por la posibilidad de tener que almorzar con los empleados y obreros de la empresa. Se sentía observado por todos. El analista pensó que su actitud tenía que ver con una situación donde se ponía en juego su narcisismo, y le dijo que su preocupación era comprensible; cualquier solista que interprete en el Teatro Colón estaría preocupado la noche anterior hasta por los mínimos detalles de su apariencia personal ya que cada uno de ellos iba a ser observado por los espectadores de platea y palcos y toda su fama estaría en juego. Del mismo modo todos los asistentes al comedor van a estar mirando cómo él toma la cuchara, de qué manera mastica, si abre o no la boca, etc.

Contesta diciendo que el analista es un “verdulero”, que exagera todo, al mismo tiempo se ríe en respuesta a esta intervención del analista. Le sigue diciendo:

*Paciente: “Mire qué exagerado. Para traer un concepto Ud. tiene que hablar de todas esas cosas.”*

*Analista: “¿Le parece que exagero? Yo creo que es así de serio.”*

*Paciente: (Riendo) “La verdulería ‘Don Rodrigo’ es suya. El asunto es que me levanté antes que nadie, apenas terminé de comer y me fui.”*

*Analista: “Me imagino que todo el mundo debe haberlo seguido con la mirada.”*

*Paciente: “Buen provecho a coro dijeron todos. ‘Buen provecho’ afinado.”*

*Analista: “Qué lindo ser saludado así por el coro. Es como para aparecer de nuevo y saludar.”*

*Paciente: (se ríe).*

Tanto los padres como el analista insistirán en que el niño y el paciente, respectivamente, se enfrentan a realidades desagrada-

bles para ellos, e incluso aceptan los límites que a todos nos impone la vida; pero al mismo tiempo reconocerán que cada ser humano tiene derecho a sentirse especial y único, tiene derecho a pensar que su existencia es imposible si no es corroborada por los demás. Toda interacción humana significativa, tal como lo es la relación analítica, no sólo es amplia en el sentido de aplicarse a una variedad de experiencias, sino que también es profunda, en el sentido de estar en contacto con experiencias tempranas y con sus formas más arcaicas.

Por objetivas que sean nuestras interpretaciones, y por más que advirtamos los límites que el paciente debe aceptar, si son precedidos por la comprensión de estos aspectos que apuntan a un déficit en la conformación del narcisismo, y si son precedidos por el sentimiento del paciente de haber sido comprendido, harán reverberar, aunque sea débilmente, el antiguo comportamiento de ese lazo de fusión. De esta manera la transferencia pasa a ocupar el lugar que le corresponde, el paciente y el analista comienzan a explorar el pasado traumático del analizando, y la situación analítica se transforma así en ese pasado.

Consideramos que estas nuevas formulaciones teóricas permiten reconocer que el analista no sólo puede convertirse en el blanco de los deseos pulsionales de su analizando sino también de sus necesidades en materia de objeto del self. Y como estas teorías lo llevan a centrar su empatía analítica en estas necesidades, antaño frustradas pero reactivadas ahora en el análisis, podrá explicarlas, sin censura, como necesidades de la infancia a las que no se le respondió y cuya reactivación transferencial debe ser bienvenida. En otras palabras, el analista debe entender que la movilización de esta necesidad es un logro importante que no debe ser interpretado como una serie de maniobras defensivas.

Las dramatizaciones son empleadas también en este período. Se amplía su uso a otras situaciones que se presentan. Así por ejemplo, durante unas semanas el paciente insiste en el tema de sus cuidados corporales. Dice que está muy cansado de trabajar y va al podólogo para que le haga masajes (el pie fracturado en el intento de suicidio le sigue doliendo ocasionalmente). Cuando llega a sesión se queja de lo cansado que está y cómo le duelen los pies. El analista le dice que trate de descansar, que va a buscar una palangana de agua tibia para aliviar esos pies tan doloridos.

## TRANSFERENCIA - CONTRATRANSFERENCIA

Durante el segundo año de trabajo con estas técnicas, el vínculo con el analista sigue siendo muy intenso. El paciente tiene una agudísima percepción de los estado de ánimo por los que el analista puede estar pasando. Los primeros minutos de la sesión los dedica a sondearlo. Siempre le pregunta cómo está y luego lo mira investigando su expresión. Seguidamente da un vistazo por el consultorio, explorando el ambiente. Después verbaliza lo que percibe en el analista. Usa expresiones como: “Se ve que Ud., pasó un buen fin de semana, debe haber ganado al tenis”, “Hoy Ud. está cansado y tiene ganas de irse a su casa”. Sus percepciones son acertadas y a veces hasta el analista se sintió descolocado y como desnudado; por ejemplo en una ocasión le dijo: “Ud. hoy está en otra cosa, como preocupado, ¿Tuvo algún problema con el paciente anterior?”. Así había sido efectivamente. Con el rápido vistazo que da por el consultorio, descubre al instante si hay algún libro nuevo o si los cuadros están un poco inclinados esa vez.

Al comienzo de una sesión le dice:

*Paciente: “Ud. hoy está desconcentrado. No puede atender un paciente tras otro como una fábrica de chorizos. El paciente sale, Ud. escucha el contestador, contesta a todos los zafados que llaman dejando mensajes. Tiene que arreglar el boliche para que parezca que está en orden, y ¡Qué quiere, así las cosas salen mal!*

*Analista: “Yo tendría que estar mucho más preparado cuando lo recibo a Ud.”*

*Paciente: “Y sí. Porque yo me doy cuenta cuando Ud. está desconcentrado.”*

Luego de una primera investigación con respecto al estado del analista, estado de ánimo y del consultorio, cambia de tono y comienza a hablar de él, manifestando continuamente la necesidad de que el analista esté exactamente en la misma tonalidad afectiva que la suya. Así, si él está triste y lo ve contento, o al revés, si está alegre y lo ve cansado, se muestra descorazonado y a veces se enoja. En una sesión usa una metáfora musical: “No, así no va la cosa, yo estoy en La menor y Ud. en Do mayor. Usa acordes que no van. Do-Mi-Sol-Sol-Si-Do, no va. ¡Baje el tono!”

Durante las sesiones siguen las demandas concretas de que le prepare un café y generalmente rechaza el café “dramático”.

Trae a sesión las poesías más íntimas y las lee en voz alta; en una ocasión trae también un cassette con su música preferida para compartirla con el analista.

Contratransferencialmente, durante esta etapa, el analista se sintió menos asustado por la intensidad del vínculo y la demanda. Por otra parte estaba más aliviado; ya no recibía llamados telefónicos por la madrugada. Cuando Daniel se sentía solo de noche recurría a la guardia del hospital.

Luego sigue un período en que las dramatizaciones son tomadas mucho más en broma. No son vividas tan dramáticamente como un rechazo de la demanda efectuada. Así por ejemplo, en una sesión dice:

*Paciente: “...¿Sabe que Julio Verne no salió de Génova? Paseó sus personajes por Malasia pero jamás en su puta vida salió de Génova. Así hago yo, y así hace usted en este túnel del tiempo (ríe). Lo único que haría falta es que pusiera música, así nos vamos totalmente.”*

*Analista: “¿No la escucha? ¿Quiere que le dé un poco más de volumen?”*

*Paciente: “(ríe) Ud. es un sofista. Ahí está bien, sin Dolby, es un sofista soberano, pero tiene una sonrisa amable y se lo perdono”.*

Durante esta etapa los sentimientos contratransferenciales son de menor exigencia emocional, con el alivio consiguiente.

## **CONCLUSIONES**

Se puede decir que en el período anterior al empleo de las técnicas lúdicas, el analista representaba para el paciente un personaje peligroso, al que había que acercarse con cautela. Era potencialmente dañino, tanto por la falta de empatía como por sus intervenciones vividas como destructivas. (Recuérdese la frase citada “hacerme picadillo fino y largarme a la calle”).

Desde el momento en que se comienzan a incluir estas técnicas, el paciente establece una relación muy dependiente. El analista ya no es un personaje tan peligroso; puede reconocer sus

necesidades y el paciente hace demandas imperiosas que antes no hacía. Sin embargo el analista sigue siendo alguien que, si bien reconoce estas necesidades, lo frustra, ya que no hace nada por satisfacerlas concretamente.

Solamente en el último período comienza a vislumbrarse, en ocasiones, la posibilidad de aceptación de un vínculo transferencial donde el analista tenga empatía por sus necesidades, sin que esto implique la satisfacción de sus demandas.

### **NOTAS SOBRE LA PSICOLOGÍA DE LA TRANSFERENCIA Y DEL JUEGO**

La experiencia clínica nos ha mostrado que el adulto, al igual que el niño se integra, se hace más plenamente consciente y responsable de los distintos aspectos de su persona, dentro y a través del juego. La integración del paciente es más fácil en el juego; porque hay un goce profundo en el reconocerse a sí mismo en el drama desplegado que es sentido como propio, aún en aquellos aspectos negativos de su persona como la agresión, la envidia, la posesividad y la grandiosidad.

La forma de llevar a cabo un proceso analítico con adultos, similar al análisis de niños, se basa en la interpretación dramática de la transferencia del paciente que crea gradualmente el campo virtual del juego.

Por el contrario, la interpretación discursiva del analista es resistida, entre otros motivos, porque profundamente se siente como un juicio ajeno.

Es importante discriminar transferencia y juego. Es indudable que en el juego aparecen y se despliegan transferencias, y que éstas funcionan como una de las motivaciones principales del jugar. Sin embargo no está justificado equiparar juego a transferencia. El juego es un estado mental especial cuya característica esencial es el reconocimiento sentido de su virtualidad. Estructural y dinámicamente el jugar es más amplio que el transferir.

Desde el punto de vista dinámico, no se juega solamente porque hay situaciones que pujan por ser transferidas. Se juega porque el jugar es una capacidad vital, la de crear imágenes de todo tipo, de crear un mundo virtual que dé forma expresiva directa a la vida de las emociones. Esta creación es en sí misma muy satisfactoria. Es dentro del estado mental del juego que el

individuo encuentra el sentido personal de sí mismo y del mundo.

Lo universal en la transferencia es la manera constante en que el ser humano ve y reconoce los objetos humanos y no humanos que lo rodean como formas expresivas dramáticas de su vida afectiva personal.

El grado de conciencia reflexiva que tenemos sobre este constante transferir nuestra realidad subjetiva al mundo externo, varía de persona a persona y de momento a momento, pero es siempre parcial y tenue. Una forma especializada de este transferir es el jugar.

En el juego se reconoce que el despliegue de las transferencias es virtual. Cuando no se tiene el estado mental del juego, las transferencias se hacen con un estado mental concreto.

El grado y la forma de concretismo de las transferencias es variable en calidad e intensidad. Pero sea virtual o concreta, la transferencia tiende naturalmente a desplegarse a lo largo del tiempo creando una situación psicológica con las características de un drama.

Ante esta tendencia universal y recurrente, el analista tiene dos posibles alternativas: acepta o se opone a lo asignado por la transferencia del paciente. La forma más común de oponerse es la interpretación discursiva de la transferencia del paciente. Al hacerlo le informa al paciente que no acepta la forma en que es sentido por éste; que lo ha distorsionado y que esta distorsión es la manifestación viva y actual de la patología del paciente.

Este rechazo de la transferencia ubica al paciente en una situación conflictiva intensa y compleja. Tendrá que hacer un duelo por el fracaso de su anhelo de establecer una relación objetal que le permita desplegar su mundo psicológico personal.

La técnica de juego propuesta, que en esencia sugiere transformar la transferencia en juego a través de la interpretación dramática desde el rol transferido, reubica los factores del proceso terapéutico. Cambia la centralidad en el proceso analítico: de las resistencias del paciente a las resistencias del analista; del insight ofrecido por el analista a los sucesos del juego; del conocimiento discursivo del inconsciente a la experiencia dramática directa del mismo; de los mecanismos de defensa contra el insight a las inhibiciones del juego; de la psicología del conocimiento introspectivo a la psicología del jugar.

La técnica de la interpretación dramática y la técnica de

interpretación clásica discursiva, no son excluyentes. Los pacientes niños y adultos, espontáneamente requieren del analista, de tanto en tanto, que juegue el rol clásico del psicoanálisis. Esto no es sorprendente, es una de las conductas naturales del hombre, el deseo y la necesidad de comprender racionalmente su vida psicológica.

Asignar al analista el rol de proveer explicaciones racionales a la vida de las emociones es, desde el punto de vista del paciente, un rol transferencial como cualquier otro. Desde esta perspectiva el analista puede esperar confiado que si no se opone a las transferencias de su paciente, naturalmente llegarán momentos en que le sea requerido que juegue el rol de analista clásico. La técnica dramática sólo ofrece una manera de trabajo que facilita un tanto el aprovechamiento del proceso analítico, al paciente y al analista. No ofrece solución mágica a ninguna de las enormes limitaciones del ser humano para los problemas del vivir.

## **RESUMEN**

En este trabajo mostramos el caso clínico de un paciente severamente perturbado, en el que se usaron técnicas de juego.

Se inició el uso de estas técnicas en un momento en que el terapeuta encontró dificultades en el proceso terapéutico, relacionándolas con el uso de las técnicas clásicas discursivas.

Ofrecemos un apoyo teórico para esta actitud clínica, en la opinión de varios autores que han estudiado las limitaciones de la técnica psicoanalítica clásica para pacientes severamente perturbados, y que han subrayado la importancia del despliegue de relaciones objetales primitivas en el curso del tratamiento psicoanalítico.

Consideramos que estas técnicas facilitan el uso que hace el paciente del proceso terapéutico.

## **SUMMARY**

In this paper we show the clinical case of a severely disturbed

patient in which play techniques were used.

The application of these techniques started at a point in which the therapist found difficulties in the treatment process, related to the use of the classical discursive technique.

We offer a theoretical support for this clinical attitude in the opinion of several authors who have studied the limitations of classical psychoanalytic technique for severely disturbed patients, and who stress the importance of displaying primitive object relations in the course of the psychoanalytic process.

We consider these techniques facilitates the use the patient can make of the therapeutic process.

## RESUME

Dans ce travail nous exposerons le cas clinique d'un patient grave, avec lequel on a employé des techniques ludiques.

L'application de ces techniques a commencé au moment où on a pu observer que la technique classique purement discursive présentait des difficultés dans le traitement.

Nous essayerons de fonder théoriquement cette posture sur d'auteurs qui se rapportent aux limitations des techniques classiques des ces patients graves, et qui mettent l'accent sur le besoin d'achever dans le cours thérapeutique analytique de déploiement des relations primaires.

Nous considérons qu'à travers de cette technique nous facilitons les possibilités de développement du patient, en établissant une relation où l'analyste permet d'être utilisé par le patient.

## BIBLIOGRAFIA

- BALINT, M. (1968). *La Falta Básica*. Buenos Aires. Paidós. 1989.
- EKSTEIN, R. (1966). *La Psicosis Infantil*. México. Pax. 1969.
- GIOVACCHINI, P. (1986). *Developmental Disorders*. Nothwale. Jason Aronson. 1986.
- KLEIN, M. (1929). La Personificación en el juego de los niños. *Contribuciones al Psicoanálisis*. Buenos Aires. Paidós. 1986.
- LIBERMAN, D. (1983). *Lingüística, Interacción Comunicativa y Proceso Psicoanalítico*. Buenos Aires. Kargieman. 1983.
- MCDUGALL, J. (1978). *Alegato por cierta normalidad*. Barcelona. Petrel.

VALEROS, BENHAMU ASERRAF, CASTAÑO BLANCO

1982.

RODRIGUÉ, E. Y G. T. DE (1966). *El Contexto del Proceso Analítico*. Buenos Aires. Paidós. 1986.

SEARLES, H. (1965). *Escritos sobre Esquizofrenia*. Barcelona. Gedisa. 1980.

VALEROS, J. A. (1985). "La Coerción, problemas de la Técnica en el Psicoanálisis de Niños". Buenos Aires. *Revista de Psicoanálisis* Vol. 7, 1985.

WINNICOTT, D. W. (1971). *Realidad y Juego*. Barcelona. Gedisa. 1979.

Descriptores: Psicosis. Juego. Transferencia. Interpretación. Adulto.

*José Antonio Valeros*  
Nahuel Huapi 3966  
1430 Buenos Aires  
Argentina

*Sultana Benhamú Aserraf*  
Moldes 1101, 2º "A"  
1426 Buenos Aires  
Argentina

*Andrés Castaño Blanco*  
Av. Las Heras 3745, 3º "D"  
1425 Buenos Aires  
Argentina