

LA RESISTENCIA: UNA REVISION

*Por EFRAIN GOMEZ * y GERDA GOMEZ***

RESUMEN

Al discutir la resistencia en este artículo nos referimos a la dicotomía que caracteriza la psiquiatría moderna. Por un lado, el psicoanálisis clásico describe sentimientos y emociones como fenomenología del dolor y el placer dentro del marco teórico de los instintos. La investigación contemporánea, por otro lado, considera a los sentimientos y emociones como experiencias aprendidas, dentro del marco referencial biológico de los afectos. A pesar de esto, las observaciones clínicas pueden agruparse, si se usa integración y síntesis, de acuerdo a ambos métodos.

SUMMARY

As we discuss resistance in this paper we address an underlying dichotomy in modern psychiatry. On one hand, classical psychoanalysis describes feelings and emotions as phenomenology of pain and pleasure within the framework of the instinct theory. Contemporary research on the other hand sees feeling and emotions as learned experiences within the framework of the biology of affects. Nevertheless, clinical observations, provided we use synthesis and integration, can always be grouped following both approaches.

PALABRAS - CLAVE: Resistencia, afectos, carácter.
KEY - WORDS: Resistance, affects, character.

En todo tratamiento médico, el paciente, en menor o mayor grado,

* Professor, University of Texas at Houston, Medical School.

** Associate Professor, University of Texas at Houston, School of Nursing.

muestra resistencia a las intervenciones o indicaciones del médico. Según la teoría psicoanalítica, el paciente opone resistencia cuando el analista trata de hacer consciente un conflicto inconsciente.

FREUD¹ señaló que es "ambiguo e inútil" creer que la resistencia se origine

en el inconsciente del ello. La resistencia sólo puede ser manifestación del ego. En el término "ego" FREUD incluyó al superego. De acuerdo a la teoría estructural de FREUD, el ego y el superego tienen un componente, consciente e inconsciente. La resistencia viene de la parte inconsciente del ego. Por eso cuando, en la relación terapéutica, el analista trata de hacer consciente el inconsciente del paciente, a éste le parece que el analista está buscando una alianza con lo que el paciente considera absurdo (su ello inconsciente) y no con la parte razonable de su ego consciente, que el paciente quiere preservar. El ello es totalmente inconsciente. Cuando más tarde, el analista insiste en revelar un conflicto entre ego y ello, el paciente se defiende ya no de su ello, sino de la persona del analista.

En este artículo se usa la palabra resistencia, como verbo, sustantivo, y gerundio. FREUD describió diferentes tipos de resistencia. Porque éstas se forman al influjo de factores psicológicos internos y de factores ambientales externos; nosotros preferimos llamar: *primary-gain resistences* a las primeras; *secondary-gain resistences* a las segundas. La resistencia es polifacética, a veces se presenta como evasión o silencio, otras como censura, generalización, iteración, vaguedad, somatización, olvido, competición, amnesia, *acting in* y *acting out*, etc.

El psicoanálisis clásico describe a los afectos como fenomenología del dolor y del placer, y son vistos dentro del marco de la teoría de los instintos. Por otro lado, la teoría de los afectos,^{2, 3, 4} una extensión de las observaciones de DARWIN⁵ y brillantemente formulada por TOMKINS distingue nueve afectos innatos: dos positivos, uno neutral y siete negativos entre los cuales sobresalen: la ver-

güenza, la angustia, y el miedo. Más todavía, mucho de la investigación contemporánea tiende a agrupar los síntomas y las observaciones clínicas de acuerdo a ciertas características biológicas comunes. ANTHONY⁶ describe la vergüenza a un nivel más nuclear que la angustia, aún en psicofarmacología. Así por ejemplo, las depresiones ansiosas responden a los tricíclicos porque además de antidepresivos son ansiolíticos. Las depresiones atípicas responden mejor a los inhibidores de la amino-oxidasa y a la fluoxetina porque probablemente son anti-vergüenza. Los síntomas de la depresión atípica que mejor responden son la fobia social, la sensibilidad al rechazo, el afán de notoriedad, la impotencia psíquica, y la devaluación de la autoestima. Todos estos síntomas y rasgos caracterológicos se relacionan con el problema central de la vergüenza. Ironicamente, la vergüenza y el orgullo son dos afectos sobre los cuales la literatura psiquiátrica es magra.

De todos los afectos negativos con que nacemos ninguno es más crucial que el de la vergüenza. La vergüenza tiene mucho que ver con la función de la resistencia. La resistencia, además de crear un *shock* cognitivo en el presente contribuye a la formación genética del caparazón caracterológico, que distingue uno de otro paciente. DARWIN observó que la confusión mental es un elemento básico de la vergüenza. A un nivel clínico, la vergüenza crea muchos problemas; así por ejemplo, puede interferir con el desarrollo de la transferencia, o utilizar la transferencia no para comunicar sino para ocultar o impedir el flujo de otros afectos, sentimientos y emociones. La investigación reciente en este campo está demostrando que los afectos son innatos y por lo tanto pertenecen a la biología del

paciente. Las emociones, los sentimientos y la coraza caracterológica, a la biografía del paciente. En otras palabras, el temperamento es innato, el carácter es aprendido; la personalidad es la suma total del temperamento y del carácter. El carácter incluye los mecanismos de defensa que en un momento dado pueden ser utilizados como resistencia.

Se ha sugerido que la causa fenomenológica de la vergüenza puede explicarse como resultado de una substancia vasodilatadora de origen subcortical que se transmite a la corteza causando confusión y a los nervios periféricos de la cara y de la nuca causando el enrojecimiento de la cara y flacidez de los músculos de nuca?: "tenía la cabeza caída y la cara roja de vergüenza". Cualquiera que sea el esquema conceptual que trate de explicar la biología de la vergüenza, desde el punto de vista clínico, es fácil observar que todo individuo humillado o deshonrado en presencia de otros, tiene un sólo deseo, el de ser tragado por la tierra, desaparecer o cometer suicidio.

El *harakiri* de los japoneses se explicaría de esta manera. La vergüenza hace que el individuo se sienta humillado, separado del resto de la humanidad, o peor, desechado por el género humano. Así como la vergüenza, la angustia de culpa puede producir resultados parecidos. Siglos de experiencia con pecadores ha enseñado a la Iglesia Católica que la confesión, el perdón, y la absolución tienen efectos curativos. Pero mientras la angustia de culpa tiene que ver con la conducta, es decir el comportamiento pecaminoso, la vergüenza tiene que ver con la esencia misma de la personalidad, o del *self*. La angustia de culpa motiva el deseo de confesar, por eso el pecador se confiesa. La vergüenza motiva el deseo

de esconder. Un paciente que se urga la nariz y que come sus contenidos, o un paciente que palpa, huele, y contempla sus excretas por horas, no confiesa, calla. La función inherente tanto de la angustia como de la vergüenza es la modulación de la interacción social. La reducción de la auto-estima y la confusión asociada con la vergüenza puede desencadenar ataques de angustia, ira o rabia mal contenida, en un intento de restaurar la competencia perdida. Algunos individuos manejan la vergüenza a través de la timidez, la introversión, la ira, el chiste o la indolencia. WURMSER⁸ señala que la vergüenza fluye después de la revelación de un secreto. El paciente se defiende porque no quiere exponer en público un punto peculiarmente sensitivo, íntimo, vulnerable de su personalidad. Los trabajos de STERN⁹ y otros sugieren que el sentido de *self* empieza a emerger en la infancia bajo la influencia de los afectos, siendo los negativos los que causan más daño. El orgullo y la vergüenza forman un eje íntimamente relacionado con la modulación de la auto-estima, la auto-evaluación y el sentido de competencia.

Aunque el tópico de la resistencia en psicoterapia no es nuevo, su origen, reconocimiento, entendimiento y translaboración, lo es, no sólo para el principiante sino también para el clínico experimentado. Es un fenómeno tan ubicuo y tan cercano que, a menudo, no se le vé, volviéndose entonces potencialmente peligroso. Su falta de reconocimiento hace que el terapeuta se sienta impaciente, descontento, frustrado y predispuesto a una terminación prematura. Su falta de reconocimiento, su persistencia, y su potencial negativo cuando no se le reconoce ha contribuido para que a la palabra resistencia se le de una connotación pe-

yorativa, lo cual se refleja en los términos que usamos para describir a un paciente difícil de manejar que no sigue la agenda profesional o personal del médico. La adopción de una actitud más positiva de parte de éste lo predispondría a considerar el problema de la resistencia no sólo desde el punto de vista técnico o teórico, sino también desde el punto de vista del paciente. Para el paciente, resistencia es supervivencia, amparo, refugio, una manera y un estilo de ser que le permite seguir existiendo en un mundo interpersonal complejo y hostil. La resistencia desde el punto de vista del paciente no es desafío ni oposición hostil, sino un recurso que el paciente utiliza para protegerse de un dolor mucho mayor.

Desde el punto de la maduración y desarrollo personal, resistencia significa que el paciente no ha podido integrar un evento traumatizante a un nivel biológico-afectivo, cognitivo y conductual. Estas experiencias tempranas emergen en el tratamiento no en forma directa sino indirecta y polifacética. Una vez identificadas se llaman resistencias.

Para explicar la supervivencia del paciente, la resistencia tiene sentido porque después de todo es el menor de los males. También debemos tener en cuenta que aunque el comportamiento del paciente es un problema para nosotros, es una solución para el paciente.

Con respecto a la funciones de la resistencia debemos señalar lo siguiente: 1) La omnipresencia de la resistencia sirve al paciente como analgésico emocional. El paciente se defiende de un sufrimiento primigenio, que alteró el curso de su maduración y desarrollo. El dolor psíquico en la entrevista psiquiátrica es análogo al dolor físico que se detecta en el examen físico; 2) El paciente usa la

resistencia como una forma de comunicación indirecta utilizando el lenguaje olvidado del inconsciente; 3) El paciente usa la resistencia para manifestar en el presente lo que no pudo solucionar en el pasado.

La repetición compulsiva de la resistencia tiene importancia nuclear en la fenomenología de la resistencia y en la forma como se comporta el paciente. Originalmente, FREUD intentó vencer la resistencia usando la hipnosis, más tarde utilizó su poder de autoridad. En el clásico caso de Dora admitió no haber reconocido la resistencia que, en este caso, se manifestó como transferencia. En aquella época su técnica consistía en la interpretación de los sueños y en la presión que aplicaba para que el paciente pudiera recordar. Subsecuentemente le dio importancia a las asociaciones libres y al *working through*.

Psicoterapeutas psicodinámicos han estado trabajando por cerca de cien años reconociendo, entendiendo y resolviendo resistencias. En la supervisión y entrenamiento de residentes se les enseña a identificarla en el contexto de la repetición compulsiva. El residente tiene que darse cuenta que el paciente está resistiendo, y que la manera de comportamiento en la situación psicoterapéutica encuentra paralelos en el ambiente social, vocacional y familiar de relaciones interpersonales del paciente. La repetición compulsiva es un intento de solución frustrada que hay que entender. Es importante identificarla dentro de la resistencia, y después describir el cómo y el por qué de su formación. El siguiente caso presentado por un residente de psiquiatría es ilustrativo. El paciente, un profesional extranjero de 38 años, se ve obligado a emigrar en su temprana juventud,

dejando atrás su país natal. Inicialmente trae a la consulta numerosos síntomas somáticos, acompañados de ataque de pánico. Su plan de tratamiento inicial consiste en psicofarmacología y psicoterapia cognitivo-conductual sin resultados satisfactorios. Por este motivo es referido a nuestra clínica ambulatoria para recibir psicoterapia psicodinámica una vez por semana.

En la supervisión de este paciente descubrimos un caso severo de resistencia. El foco de la supervisión, con un primer supervisor, se había centrado por meses, en el impase terapéutico. Cuando empezamos a supervisar, lo primero que hicimos fue pedir al residente que articulara: Primero, si el paciente en realidad estaba resistiendo; segundo, como lo estaba haciendo; tercero, por qué lo estaba haciendo.

Lo que salió a luz fue lo siguiente: en primer lugar el paciente estaba resistiendo. Esto quedó establecido estudiando la transferencia del paciente y la contra-transferencia del residente. Desde el comienzo del tratamiento, el residente había estado tratando de convencer al paciente sobre los beneficios de la psicoterapia dinámica, dándole consejos, cambiándole las citas, terminando las sesiones mucho después, o antes del tiempo fijado, tratando de disuadirlo para que no terminara el tratamiento, pero al mismo tiempo discutiendo la posibilidad de referirlo a otro residente. El residente estaba intensamente confundido y frustrado. Este tipo de contra-transferencia es indicativo de resistencia severa. El residente confesó que no sería una mala idea terminar con este paciente, ya que el paciente no lo respetaba, a veces se burlaba de él, y lo quería ver derrotado. La intensidad y la regularidad del comportamiento

transferencial en este caso confirmaba la existencia de un patrón de comportamiento iterativo, y que tendía a perpetuarse en las relaciones interpersonales del paciente dentro y fuera de la sala de consulta. La única manera de poder corregir un patrón de comportamiento como éste, cuyo núcleo es la repetición compulsiva, es en el ahora y el aquí de la relación médico-paciente. La repetición compulsiva de un problema psicológico que no desaparece de la vida del paciente, deber ser el foco principal de toda psicoterapia psicodinámica.

En casos de desórdenes caracterológicos severos, la presencia de afectos negativos intensos en el médico, puede convertirse paradójicamente en la brújula que guía al médico y al paciente, en el laberinto del impase psicoterapéutico. El reconocimiento de afectos negativos no siempre se consigue con facilidad, pues estos están muy bien defendidos. Se necesita análisis para el paciente y autoanálisis y supervisión para el terapeuta. En este caso el paciente había estado usando sarcasmo, comunicación metafórica, sentido de buen y mal humor para cubrir sentimientos antagónicos negativos. Es más, como era inteligente, el paciente había intuído no sólo la agenda sino también las expectativas del terapeuta y había estado utilizando el contenido de sus intervenciones para seguir engañándolo y engañándose.

Superficialmente había una ilusión de progreso en el tratamiento, pero en realidad no había cambio. Era como si el paciente estuviera sentado en una silla mecedora que se movía pero que no avanzaba. El paciente llegaba tarde, cambiaba las citas, comunicaba lo que el residente quería oír, etc. En otras palabras, el paciente había conseguido tomar

control del tratamiento sin que el residente se diera cuenta cabal de lo que estaba sucediendo; es más, lo estaba haciendo en el dominio del terapeuta y utilizando sus propias armas. Así, quedó establecido que el paciente no sólo estaba resistiendo, sino cómo lo estaba haciendo. Lo que quedaba por aclarar era por qué el paciente estaba resistiendo.

El paciente se había beneficiado superficialmente de la terapia psicodinámica, así como antes se había beneficiado de la terapia cognitivo-conductual. Pero ponía barreras a una exploración más profunda de su conflicto. En otras palabras, estaba defendiendo el comportamiento que anteriormente lo había ayudado a sobrevivir en peores circunstancias. Por eso estaba tratando por todos los medios a su alcance, de disminuir la importancia del tratamiento y la competencia del terapeuta. El paciente estaba manipulando, controlando y devaluando la relación terapéutica para impedir una relación más íntima con el médico. El paciente quería y no quería verlo como figura importante y necesaria, alguien de quien depender totalmente.

Se descubrió que lo que más aterraba al paciente era admitir su necesidad de extrema dependencia en un *self-object* digno de confianza. Su vulnerabilidad estaba en su falta de confianza. Esto explicaba por qué en su vida había evitado relaciones íntimas, y por qué se había distanciado de los demás, refugiándose en un aislamiento social casi total.

¿Porqué el paciente llegó a tal extremo? Fue precisamente aquí donde la teoría psicodinámica ofreció guía y ayuda. Nadie en forma voluntaria puede inflingirse tanto sufrimiento o un distanciamiento interpersonal de tal magnitud, a menos que la función de este

sufrimiento sea esconder otro mayor. En este caso, el paciente había escogido el menor de dos males. La represión del mal mayor lo había ayudado hasta ahora, pero al mismo tiempo lo había condenado a repetir en forma compulsiva un patrón de comportamiento restrictivo y rígido.

En realidad este paciente había sido abandonado por su padre antes de nacer, y entregado a padres adoptivos por su madre cuando todavía no había cumplido tres años. Los padres adoptivos lo habían vejado haciéndolo sentir como un desperdicio. Es más, el paciente pierde a su mejor amigo y confidente en la adolescencia. Esperando escapar de su dolor el paciente decide emigrar a EE.UU. para olvidar su pasado; adopta un nuevo país, pero este país adoptivo también lo veja y lo discrimina. Esto explica su comportamiento en la situación psicoterapéutica. Entre otras cosas quiere evitar a todo costo la repetición de un dolor mayor, la vergüenza de ser tratado una vez más como un desperdicio, o la posibilidad de ser abandonado cuando más necesita de compañía y de ayuda, como cuando fue abandonado por el amigo íntimo de su adolescencia.

La resistencia se presenta a varios niveles y tiene diferentes dimensiones. A veces es una maniobra defensiva pasajera, a veces se convierte en una manera rígida de ser y de existir.

En general, el error más común entre los residentes se relaciona con la formulación de la resistencia. La primera experiencia vivencial del residente es frustración. El residente intenta trabajar con la resistencia pero el paciente no responde, en vez de mejorar el paciente empeora. Finalmente, el paciente se queja que el residente no le entiende y termina el tratamiento en forma unilateral. En

muchos casos el paciente tiene razón. Otras veces cuando el paciente es altamente educado, el residente tiene la impresión que el paciente es más maduro de lo que realmente es. Este tipo de error es particularmente común con pacientes superficialmente competentes. En estos casos el residente espera una respuesta a un nivel de desarrollo y maduración que vá más allá de la competencia real del paciente.

Para concluir, resistencia al tratamiento es inevitable en toda psicoterapia psicodinámica, sin resistencia no hay psicoterapia analítica. Es una forma de comunicación verbal y no verbal que encubre sufrimiento, más específicamente: vergüenza. Es también una repetición enmascarada de una experiencia

psicológica traumática. Generalmente, su resolución se hace posible cuando el residente reconoce, formula, e interpreta, y sobre todo cuando abre la cerradura del inconsciente afectivo del paciente y de sí mismo. El proceso psicoterapéutico puede interrumpirse por la frustración, ira, o la vergüenza de sentirse incompetente. Esta reacción contratransferencial disminuye la capacidad de movilizar recursos intelectuales y emocionales necesarios para el análisis objetivo y subjetivo de la relación médico-paciente. Aunque pueda parecer un obstáculo, la resistencia es en realidad la esencia del proceso psicoterapéutico dinámico. Peor aún, si el residente no resuelve la connotación peyorativa de la palabra resistencia su empatía se verá grandemente disminuída.

ZUSAMMENFASSUNG

Der Verfasser behauptet, dass die Moderne Psychiatrie eine Dikotomie erlebt. Auf der einer Seite existiert die klassische Psychoanalyse und auf der anderen betrachtet die Gegenwärtige Forschung als biologische Nachfolgende die Affektivität. Trotz allem kann man aber doch Beziehungen in der klinischen Beobachtung finden..

BIBLIOGRAFIA

1. FREUD, S. (1933): *New Introductory Lectures on Psychoanalysis*, Norton & Co., New York.- 2. TOMKINS, S. S. (1962): *Affect. Imagery. Consciousness Vol.I: The Positive Affects*, Springer, New York.- 3. TOMKINS, S.S. (1962): *Affect. Imagery. Consciousness Vol.II: The Negative Affects*, Springer, New York.- 4. NATHANSON, D.L. (1992): *Shame and Pride: Affect, Sex and Birth of the Self*, Norton, New York.- 5. DARWIN, C.

(1979): *The Expression of the Emotions in Man and Animals* (1872). St. Martin's Press, New York.- 6. ANTHONY, E.J. (1984): "On the Development of Shame in Childhood and Adolescence." *American Psychiatric Association*, Los Angeles.- 7. WURMSER, L. (1987): *The Mask of Shame*, John Hopkins University Press, Baltimore.- 8. STERN, D.N. (1985): *The Interpersonal World of the Infant*, Basic Books, New York.