



Universidad Nacional Autónoma de
México

Facultad de Psicología

La Resistencia como una de las
Bases de la Técnica
Psicoanalítica

286
PSI

T E S I S
que para obtener el título de
Licenciado en Psicología
p r e s e n t a
D o n a l d H a l l

MEXICO, D. F.

ABRIL DE 1981



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE GENERAL

INTRODUCCION.	1
CAPITULO I.	
UN BREVE BOSQUEJO DEL DESARROLLO HISTORICO DE LA - TEORIA DE LA RESISTENCIA.	8
CAPITULO II.	
EL CONCEPTO DE LA RESISTENCIA DE ACUERDO A VARIOS AUTORES.	15
1.- Freud.	15
2.- Adler.	18
3.- Fromm-Reichman	19
4.- Jung.	20
5.- Sullivan.	20
6.- Erikson, Hartmann, Kris, Rapaport.	21
7.- Rogers.. . . .	21
8.- Una definición provisoria de la resistencia.	22
CAPITULO III.	
MANIFESTACIONES CLINICAS DE LA RESISTENCIA.	24
1.- El paciente guarda silencio.	24
2.- El paciente "no siente deseos de hablar.	25
3.- Afectos que señalan resistencia.	25

4.- La postura del paciente.	26
5.- Fijación en el tiempo	27
6.- Los sucesos externos o de poca importancia..	27
7.- Esquivación de Temas.	27
8.- Rigideces.	28
9.- La expresión de la evitación.	29
10.- La falta de sueños.	29
11.- El paciente se aburre	30
12.- El paciente tiene un secreto.	31
13.- La actuación (Acting Out).	31
14.- La jovialidad repetida a menudo en la - - sesión.	32
15.- El paciente no cambia.	32
16.- El "insight" como resistencia.. . . .	32
17.- Una forma peculiar de resistencia.	33

CAPITULO IV.

a) Resistencia y defensa.	39
b) Resistencia y regresión.	40

CAPITULO V.

UNA CLASIFICACION DE LAS RESISTENCIAS SEGUN SU - - FUENTE.	42
---	----

1.- Según la fuente de la resistencia	42
---	----

a) La resistencia de represión.	42
b) La resistencia de transferencia	42
c) La ganancia de enfermedad o secundaria	42
d) Resistencias del Ello.	42
e) Resistencias originarias del Super-yo	42
2.- Según los tipos de defensa.	43
3.- Según la clase diagnóstica. . . .c.	45
a) Las histerias.	45
b) Las neurosis obsesivas	46
c) Las depresiones neuróticas	46
d) Las neurosis de carácter	46
4.- Una clasificación práctica.	47

CAPITULO VI.

TECNICA PARA EL ANALISIS DE LAS RESISTENCIAS.	48
1.- Observaciones Preliminares.	48
a) Dinámica de la situación de tratamiento.	49
b) Como escucha el analista.	51
2.- El reconocimiento de la resistencia.	53

3.- La confrontación, expresión de resistencia.	54
4.- La aclaración de la resistencia.	57
5.- La interpretación de la resistencia	60
a) Interpretación del motivo de la resistencia.	60
b) Interpretación de la forma de resistencia.	61
c) Recapitulación.	62
6.- Dificultades especiales en el análisis de- resistencias.	63
a) Las resistencias de las primeras horas ana- líticas.	63
1.- Preguntas acerca de la edad del tera- péuta.	66
2.- Preguntas acerca del entrenamiento y ex- periencia del terapeuta.	67
3.- Preguntas acerca de la religión del -- terapeuta.	69
4.- Preguntas acerca de la identificación -- profesional del terapeuta.	69
b) Resistencia a la resistencia	70
c) El secreto.	72

7.- Psicoterapia gratuita; una indagación - sobre resistencia.	74
---	----

CAPITULO VII.

REGLAS DE LA TECNICA RELATIVA A LA RESISTENCIA.	82
---	----

1.- Estudiar la resistencia antes que el con- tenido, el Yo antes que el Ello y princi- piar por la superficie.	82
2.- El paciente decide el tema de la sesión . .	83
3.- Excepciones a las reglas.	85
a) Resistencias menores	85
b) Pérdidas de las funciones del Yo	86

CAPITULO VIII.

CONCLUSIONES.	87
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.	97

I N T R O D U C C I O N

Fue el descubrimiento por Freud, de la importancia del análisis de las resistencias el que introdujo el comienzo del psicoanálisis y de la técnica psicoanalítica. A partir de 1912, el análisis constante de la resistencia y la transferencia se convirtió en el elemento central del procedimiento terapéutico.

Otras formas de psicoterapia tratan de rehuir o vencer las resistencias por medio de sugerencias o de drogas o aprovechando la relación transferencial. En las terapias de apoyo,-- el terapeuta trata de reforzar las resistencias. Esto bien pudiera ser necesario en pacientes susceptibles de caer en un -- estado psicótico. Sólo en la terapia psicoanalítica tratamos-- de superar las resistencias analizándolas, descubriendo e in-- terpretando sus causas, fines, modos e historia.

Resistencia quiere decir todas las fuerzas que dentro del paciente se oponen a los procedimientos y procesos de la-- labor psicoanalítica. Hago uso de la expresión 'procedimiento-- técnico' para referirme a una medida, un instrumento, un modo-- de obrar, unos medios a que recurren el terapeuta o el pacien-- te con el fin de favorecer los procesos terapéuticos. La hip-- nosis, la sugestión, la asociación libre y la interpretación-- son ejemplos de procedimientos técnicos. Un 'proceso terapéuti

co' es una serie interrelacionada de sucesos psíquicos dentro del paciente, una continuidad de fuerzas y actos psíquicos -- que tienen un fin o efecto reparador. Suelen provocarse por -- los procedimientos técnicos. La abreacción, la recuperación -- de recuerdos y el insight son procesos terapéuticos. La resistencia está presente en mayor o menor grado desde el principio hasta el fin del tratamiento. La resistencia es un concepto -- operacional, no algo creado por el análisis. La situación analítica es el campo donde se manifiestan las resistencias.

Los objetivos de esta tesis son: (1) Dar un breve desarrollo histórico de la teoría de la resistencia; (2) Mencionar puntos de vista de diferentes autores en la literatura psico-- terapéutica sobre el concepto de la resistencia; (3) Proveer-- una definición provisoria; (4) Describir los ejemplos clínicos más típicos y claros de la resistencia que nacen durante el -- transcurso del análisis; (5) Proporcionar diferentes maneras-- de clasificar las resistencias; (6) Describir la dinámica de -- la situación de tratamiento enumerando las fuerzas que se en-- cuentran de parte del psicoanalista y de los procedimientos y procesos psicoanalíticos y enumerando los dinamismos que en el paciente se oponen a los procesos y procedimientos analíticos; (7) Describir una técnica para el análisis de las resisten - - cias; (8) Discutir la psicoterapia gratuita.

Lo que me llamó a escribir sobre el tema de la resistencia fue el hecho de que no hubo ningún tema durante la carrera que más me interesó que ésta. Conocí este tema cuando estudiaba el área clínica y ví como el estudio de la psicoterapia y del psicoanálisis podrían ayudarme a madurar y a ser más eficiente superando las resistencias que yo tenía.

Luego de estudiar el tema de la resistencia vi su gran importancia por todo el mundo al darme cuenta de que toda la gente tiene resistencias y casi toda la gente podría realizarse más o ser más eficiente superando éstas. Pero pienso que el problema es que la gran mayoría de la gente no se da cuenta de sus resistencias ya que éstas son en gran parte inconscientes y son necesarias para la adaptación del individuo al medio ambiente.

El capítulo uno describe brevemente el desarrollo histórico de la teoría de la resistencia. Freud describe por primera vez la palabra resistencia en los Estudios Sobre la Histeria. En "Psicoterapia de la histeria", Freud indica que la hipnosis no se debe usar en la labor psicoterapéutica. En "El método psicoanalítico de Freud", se hace de la resistencia una de las piedras angulares de su teoría al descartar totalmente a la hipnosis, la sugestión y la abreacción a favor de -

la asociación libre y el análisis de la resistencia y la transferencia. En el caso de Dora vemos como la transferencia es -- causa de resistencia.

El capítulo dos menciona puntos coincidentes de varios autores sobre la resistencia. Freud y Fromm Reichmann están de acuerdo en que la causa de la resistencia inconsciente se encuentra en las mismas fuerzas que producen la represión. Esto -- nos demuestra la importante inter-relación entre la resisten--cia y la represión. Freud y Adler están de acuerdo en que la - resistencia está dirigida contra los dañosos 'insights'. Fromm - Reichmann y Rogers están de acuerdo en que la angustia es la principal razón para la resistencia porque es la fuente que motiva los procesos represivos y disociativos. Semejante con el pensamiento de Freud es la creencia de Sullivan de que la re--sistencia se produce por una sensación de amenaza. Sullivan, - Erikson, Hartmann, Dris y Rapaport ven la resistencia como al beneficio de la supervivencia. Esto por que dijo Sullivan que mucho de lo que es en realidad diagnosticado como neurótico es un reflejo de la capacidad para sobrevivir en situaciones difíciles. La más frecuente manifestación clínica de resistencia - es el silencio. Otras indicaciones de resistencia muy frecuen--tes son la impropiedad de afecto, la postura sin alteración, - los clichés y la actuación (el acting out).

En el capítulo cuatro vemos la importante relación entre la resistencia, la defensa y la regresión. En la situación psicoanalítica las defensas se dan a conocer en forma de resistencias y la defensa se relaciona a procedimientos que ponen a salvo del peligro y el dolor. El Yo, usa la regresión en muchas formas para fines de defensa y resistencia.

El capítulo cinco proporciona diferentes maneras de clasificar las resistencias. Se dan las siguientes clasificaciones de resistencias: (1) La clasificación de las resistencias según su fuente; (2) La clasificación de las resistencias según los tipos de defensa; (3) La clasificación de las resistencias según la clase diagnóstica; (4) El discernimiento de las resistencias ajenas al Yo de las egosintónicas.

El Capítulo seis provee una técnica para el análisis de las resistencias. La primera labor al analizar las resistencias es el reconocimiento. El reconocimiento de la resistencia es más fácil cuando ésta es egodistónica y más difícil cuando es egosintónica. La segunda labor es la confrontación. El éxito de la confrontación depende del estado del Yo razonable del paciente y de la demostrabilidad de la resistencia. La siguiente labor es la aclaración. Principiamos aclarando el motivo de la resistencia pero si el modo de la resistencia es grande o inusitado empezaremos con éste. La cuarta labor al analizar --

las resistencias, es la interpretación. La interpretación consta de dos elementos: (1) La interpretación del motivo de la resistencia y (2) La interpretación de la forma de la resistencia. El motivo de la resistencia está constituido por dos elementos: (1) el afecto doloroso que crea la resistencia y (2) - el contenido que provoca el afecto doloroso. Al tratar de analizar el motivo de la resistencia uno normalmente principia -- por el intento de encontrar el afecto doloroso pero si el contenido se revela primero se persigue a éste. Principiamos con el material que tenemos a mano y de ahí pasamos a explorar lo que está ausente: vamos de lo conocido a lo desconocido. La -- forma de la resistencia puede ser más valiosa para el análisis que el motivo. Si la forma de la resistencia se exhibe frecuentemente tal vez nos encontramos con un rasgo de carácter. Si -- la forma de la resistencia es insólita y no "pertenece al carácter" del paciente, suele ser un acto sintomático y generalmente más fácilmente asequible al Yo razonable del paciente. - Los pasos para analizar la forma de la resistencia son los mismos que para otros aspectos de la resistencia. La quinta labor al analizar las resistencias es la traslaboración. La traslaboración consta de repeticiones y elaboraciones de la interpretación. Existen dificultades especiales en el análisis de las -- resistencias. Una dificultad especial es la decepción que pue-

de tener el paciente para con su analista. Esto es debido al hecho de que los pacientes llegan frecuentemente al tratamiento psicoanalítico con un estereotipo ya formado en sus mentes del tipo de individuo que quieren como terapeuta. Esto generalmente es un benévolo y sabio psiquiatra de edad mediana. Otra dificultad especial es la resistencia a la resistencia. Una tercera dificultad especial en el análisis de las resistencias es el secreto.

El capítulo siete describe las reglas de la técnica relativa a la resistencia. La primera es analizar la resistencia antes que el contenido, el Yo antes que el Ello y empezar por la superficie. La segunda regla es dejar que el paciente elija el tema que se tratará en la sesión analítica para facilitar la asociación libre. Hay dos excepciones a las reglas de la técnica relativa a la resistencia. La primera es que las resistencias menores y pasajeros no se analizan y pueden simplemente su- perarse. La segunda tiene que ver con pérdidas del Yo en el paciente durante la sesión analítica. En esta situación es importante que el terapeuta no pierda ninguna función de su Yo para reducir las pérdidas de las funciones del Yo del paciente.

C A P I T U L O I

UN BREVE BOSQUEJO DEL DESARROLLO HISTORICO
DE LA TEORIA DE LA RESISTENCIA.

Los Estudios Sobre la Histeria (1893-5) que escribió Freud con Breuer componen un trabajo importante, porque dejan testimonios de cómo llegó Freud a descubrimientos tan colosales como la resistencia y la transferencia. Era propia del talento de Freud que cuando se detenía con una barrera en su camino no se sujetaba con soslayarlo sino que tenía la agradable habilidad de aprovecharlo. Así sucedió particularmente en su labor con la resistencia y la transferencia. Al mencionar el caso de Elisabeth von R., a quien trató en 1892, Freud describió por primera vez la palabra resistencia e hizo algunas enunciaciones preliminares. Opinaba que la paciente "apartaba" algunas ideas incompatibles y que la fuerza de su resistencia -- correspondía a la cantidad de energía con que había separado -- las ideas de sus asociaciones libres como un cuerpo extraño. -- Hizo adoptar también las palabras defensa, motivo de defensa -- y mecanismos de defensa en su investigación del problema.

En el capítulo acerca de "Psicoterapia de la histeria", del mismo volumen, señalaba Freud que la incapacidad de la paciente para quedar hipnotizada significaba verdaderamente que no se permitía hipnotizar. Uno tenía que vencer en un paciente,

un vigor psíquico que se oponía a que las ideas patógenas se pusieran conscientes. Esta fuerza tenía que haber intervenido en la construcción del síntoma histérico. Siendo dolorosas las ideas, el Yo de la paciente hacía venir para su defensa una fuerza repelente que expelía la idea patógena de la conciencia y se resistía a su regreso a la memoria. En verdad, el no-saber del paciente es no querer saber.

También propuso Freud las preguntas de si no se debería usar la hipnosis y si el uso de la misma no disminuiría la labor. Y respondió a las dos preguntas negativamente. Emmy-von R., era fácil de hipnotizar y manifestaba poca resistencia hasta que se provocaron las cuestiones sexuales; en tal caso, no pudo ser hipnotizada y se volvió inhabil de recordar.

En La Interpretación de los Sueños (1900), Freud se refirió con frecuencia al concepto de resistencia. En diferentes lugares mencionaba la censura infundida por la resistencia o provocada por ésta. Es evidente que los conceptos de resistencia y censura están profundamente relacionadas entre sí. La censura es a los sueños lo que la resistencia es a la asociación libre. Anotó la observación clínica de que cuando el analista trata de hacer que el paciente recuerde el trozo olvidado de un sueño es cuando experimenta la mayor resistencia. Si-

se logra vencer una resistencia, frecuentemente se puede recordar un sueño hasta entonces olvidado.

"El método psicoanalítico de Freud" (1904) contiene la primera afirmación inequívoca freudiana de que la resistencia se ha transformado en una de las piedras angulares de su teoría. La hipnosis, la sugestión y la abreacción han sido totalmente renunciados en favor de la asociación libre y el análisis de la resistencia y la transferencia.

En el caso de Dora (1905), Freud describió como la relación de transferencia llegó a ser la mayor causa de resistencia.

En el trabajo titulado "Recuerdo, repetición y elaboración" (1914), por primera vez cita Freud la compulsión a la repetición, elemento especial de la resistencia que consiste en la inclinación del paciente a repetir una experiencia del pasado en acción en lugar de recordarla.

En Inhibición, síntoma y angustia (1926), Freud estudia las resistencias de acuerdo con su fuente. Describe cinco tipos diferentes y tres causas de resistencia. Distingue tres especies de resistencia procedentes del Yo y además una fuente de resistencia en el Super Yo y otra en el Ello.

El trabajo "Análisis terminable e interminable" (1937)

incluye algunas aportaciones nuevas a la esencia de la resistencia. Insinúa Freud que hay tres factores decisivos para el triunfo de nuestros esfuerzos terapéuticos; la importancia de los traumas, la potencia natural de los instintos y las disputas del Yo. Estas disputas son las que ya se encuentran en el paciente por las consecuencias del proceso defensivo.

Debemos agregar unas palabras de otras contribuciones además de las freudianas. El adelanto de mayor importancia fue el libro de Anna Freud, El Yo y los mecanismos de defensa (1936) fue el primer intento de sistematizar nuestra comprensión de los diferentes mecanismos de defensa y de relacionarlos con los problemas de las resistencias en la sucesión del tratamiento psicoanalítico. En este trabajo demostraba la autora que las resistencias no sólo ponen impedimentos al tratamiento, sino también importante fuente de información acerca de los papeles que realiza el Yo en general.

Dos obras de Wilhelm Reich (1928, 1929) acerca de la formación y el análisis del carácter fueron también importantes adiciones al entendimiento psicoanalítico de la resistencia. El carácter neurótico está relacionada con las actitudes y los modos de comportamiento habituales, en general egosintónicos del paciente, que dan protección contra las agitaciones

del interior.

El concepto de Ernst Kris (1950), acerca de regresión bajo control e al servicio del Yo es otra adición sobresaliente.

Resumen:

En los Estudios Sobre la Histeria describe Freud por primera vez la palabra resistencia al citar el caso de Elisabeth von R. Expresó la opinión de que la fuerza de resistencia de esta paciente correspondía a la cantidad de energía con que había apartado sus ideas incompatibles de sus asociaciones. -- Enunció la hipótesis de que la idea incompatible que daba apartada del resto de su vida ideacional y de sus asociaciones libres como una entidad extraña. Hizo admitir las palabras defensa, motivo de defensa y mecanismo de defensa al investigar el problema.

En "Psicoterapia de la histeria", Freud indica que la resistencia del histérico puede incapacitarlo para ser hipnotizado, ya que el mecanismo de defensa conocido como la repre-sión no le permitía hipnotizar. Propuso Freud las preguntas -- de si no se debería usar la hipnosis y si el uso de la misma -- no disminuiría la labor. Y contestó a las dos preguntas nega-tivamente. Emmy von R., era fácil de hipnotizar y mostraba poca resistencia hasta que se provocaron las cuestiones sexuales;

en tal caso, no pudo ser hipnotizada y se volvió incapaz de -- recordar.

En la Interpretación de los Sueños nos revela la estrecha y significativa inter-relación entre los conceptos de resistencia y censura. La censura es a los sueños lo que la -- resistencia es a la asociación libre, ya que los dos dan protección al Yo consciente de la invasión de afectos dolorosos -- provenientes de inconsciente.

En "El método psicoanalítico de Freud" se hace de la -- resistencia una de las piedras angulares de su teoría al descartar totalmente a la hipnosis, la sugestión y la abreacción -- a favor de la asociación libre y el análisis de la resistencia y la transferencia.

En el caso de Dora vemos como la transferencia es la -- mayor causa de resistencia.

En "Recuerdo, repetición y elaboración" se menciona la compulsión a la repetición como elemento de la resistencia --- que suple al recuerdo.

En Inhibición, síntoma y angustia Freud describe cinco tipos diferentes y tres causas de resistencia.

En "Análisis terminable e interminable" Freud insinua-

que hay tres factores decisivos para el éxito de nuestros intereses terapéuticos: la importancia de las traumas, la fuerza natural de los instintos y las contiendas del Yo que son las consecuencias del proceso defensivo.

En El Yo y los mecanismos de defensa se relaciona los problemas de las resistencias con los diferentes mecanismos de defensa. Se demuestra que las resistencias ponen obstáculos -- al tratamiento.

C A P I T U L O I I

EL CONCEPTO DE LA RESISTENCIA DE ACUERDO A VARIOS
AUTORES.

1. Freud.

Freud llegó a la conclusión de que la resistencia podía ser solamente una manifestación del Yo, porque creía que la función del Yo era dar apoyo al individuo en el mundo real contra los impulsos del Ello, que eran inaceptables para la sociedad humana y que podrían causarle complicaciones. Entonces, el Yo tenía que emplearse también para mantener reprimidos los impulsos. Esta función represiva del Yo, si bien llevada a cabo inadecuadamente (llevada a cabo adecuadamente sería la represión total, sin síntomas y no precisaría de la terapia), se manifiesta como resistencia al proceso terapéutico.

Cuando Freud continuó sus pensamientos atribuyó la fuente de la resistencia, en parte a las fuerzas del Yo, pero más a aquellos aspectos del ego que llamó "super-yo". Es históricamente interesante notar que esta conceptualización nueva del significado y de las raíces de la resistencia fue la que dio lugar a la psicología del Yo y al análisis del Yo. Estas inclinaciones abrazaron su posición en la teoría y práctica psicoanalítica, porque Freud estimó en tal caso justo y razonable decir que ciertos elementos y facetas del Yo y del

"super-yo" mismo, eran inconscientes y de aquí que estos también tenían que ser explorados analíticamente (no solamente el Ello, como se había pretendido antes).

Esta nueva acentuación de las facetas inconscientes y potencialmente patológicas del Yo y del super-yo tiene implicaciones importantes para esta teoría total de la resistencia y llevó a Freud a la conclusión de que el masoquismo (la necesidad de castigo) impuesto por el inflexible super-yo del paciente es responsable en grado prominente del desarrollo de la resistencia. El paciente quiere continuar siendo neurótico, de padecer y expiar lo que él cree su culpa; en realidad no quiere sentirse mejor, porque no cree que haya expiado completamente su falta. Por lo tanto, el paciente conserva sus síntomas neuróticos, continúa castigándose a sí mismo y se resiste a la resolución de la neurosis rechazando los insights que producirían la resolución y el alivio subsiguiente de su estado.

El hecho mismo de que el niño creara un super-yo era producido según Freud de su identificación con el padre, agresor, celoso, colérico y que lo intimidaba con la castración,-- al desarrollarse el super-yo por medio de este proceso de identificación, el niño manifiesta la actitud de "ahora estoy al lado de mi padre" y diría: "La cólera de mi padre contra mí --

era justificada y desde ahora me portaré como si yo fuera él, - como su agente contra mi mismo". Al transformarse en este agente de autopunición, el super-yo se resistirá el amenguamiento del castigo y a la reducción del sufrimiento neurótico.

¿Qué se puede decir acerca de la mujer y sus resistencias?

La mujer no puede ser amenazada de castración y por -- eso Freud pensó que en ella no podía engendrarse un super-yo - similar al del hombre. Ya que la mujer no puede ser sancionada con la castración y no puede producir un super-yo primitivo, - tampoco tiene necesidad de expiación por sus impulsos instin-- tivos, a menos que nunca haya renunciado al deseo y fantasía - secreta de ser hombre y entonces actuar, en su neurósis, como los hombres. La envidia del pene, el miedo de perder el miem-- bro imaginado y construcciones similares, tenían que ser engen-- dradas con el propósito de justificar el hecho manifiesto de - que las mujeres se volvían neuróticas y manifiestaban tanta -- resistencia como los hombres.

Freud llegó a la conclusión de que parecía haber dos - tipos de resistencias conscientes que corresponden a la repre-- sión consciente de la información. Puede estar asociada con -- algo de confianza hacia el terapeuta, con la ansia de crear una

buena impresión o el miedo de susitar su rechazo. En este caso, generalmente existe la posibilidad de inspirar y convencer al paciente para que venza esos impedimentos conscientes.

La resistencia inconsciente era más importante y difícil de reducirse. En un principio se creyó que la causa de la resistencia inconsciente se encontraba en las mismas fuerzas que producían la represión.

En opinión de Freud, después de que una idea intolerable es lanzada de la mente, existe una inclinación constante de parte de esta idea reprimida por su regreso a la conciencia.

Freud opinaba que la misma fuerza que originalmente -- reprime la idea se sigue ejerciendo pero ahora contra su vuelta a la conciencia y que esta fuerza opuesta se define como -- resistencia tan pronto como se trate de manifestar la idea --- reprimida.

2. Adler.

Nociones diferentes acerca de las tendencias fundamentales del ser humano dan lugar a teorías de la resistencia diferentes. La teoría de Adler, de la resistencia, puede infe-

rirse de su teoría general del hombre. Como el hombre de Adler está primordialmente inquietado y dominado por una búsqueda -- de la superioridad y el dominio, ello indica que la resisten-- cia se restablecerá cada vez que el paciente perciba que sus -- sentimientos de superioridad están amenazados y que los senti-- mientos de inferioridad probablemente les sigan. Pese al fra-- caso de Adler para proponer algo siquiera aproximado en deta-- lle a la teoría exhaustiva de la resistencia de Freud, está -- claro que los dos hombres vieron igualmente uno de los aspec-- tos del tema: ambos concuerdan en que la resistencia está di-- rigida contra los dañosos "insights". Difieren en el trazo de las ideas y sentimientos que, según ellos, los humanos se fa-- tigan por mantener separados de la consciencia y en que Adler-- no percibe la resistencia como una imagen de procesos instin-- tivos regresivos.

3. Fromm - Reichman.

Esta autora mantiene que la resistencia es un mecanis-- mo al servicio de la evasión, al servicio de mantener enterra-- do lo que el paciente espera que siga enterrado, porque desea-- evitar la angustia que naciera de no mantener ese material re-- primido.

Para Fromm-Reichman la resistencia es una operación de

seguridad que reactiva inconscientemente a las fuerzas motivadoras que originalmente eran las responsables de los procesos disociativos y represivos patogénicos del paciente. Esta resistencia se manifiesta durante el proceso psicoterapéutico como renuencia a la comunicación revelante y como renuencia a aceptar aclaraciones interpretativas o sus posibles cambios terapéuticos concomitantes. La misma fuente que motivó los procesos represivos y disociativos originales del paciente, es decir, su angustia, es también la principal razón para esta resistencia.

4. Jung.

La visión teórica particular de Jung enredó un tanto su teoría de la resistencia; no obstante, finalmente llega a donde la mayoría de los autores lo han hecho: a tratar la resistencia como una expresión de temor y de represión, inspirada en el temor.

5. Sullivan.

Sorprendentemente semejante con el pensamiento de Freud es la creencia de Sullivan de que la resistencia se fomenta por una sensación de amenaza y la idea de que la amenaza se advierte cuando se toca una substancia que es personalmente inaceptable.

Los significados que se dan a la resistencia se diversifican de una corriente psicoterapéutica a otra, en la medida en que difieren sus respectivas teorías sobre la angustia. En la proporción en que todas ellas sostienen que el organismo -- desea rehuir la angustia, en esa misma manera concuerdan en -- que la resistencia representa un intento de rechazar la angustia engendrada por las interpretaciones del terapeuta, los comentarios confrontativos y los intentos de exploración o cualesquiera otros métodos percibidos como potencialmente provocadores de conciencia.

Sullivan opina que mucho de lo que es en realidad diagnosticado como neurótico es un reflejo de la capacidad para -- sobrevivir en situaciones difíciles.

6. Erikson, Hartmann, Kris, Rapaport.

Estos autores también han llegado a ver la resistencia como al beneficio de la supervivencia, al menos por implicación.

7. Rogers.

La opinión de Rogers sobre el asunto de la resistencia es insostenible. Rogers entendió claramente la intrincada re--

lación existente entre la resistencia y la angustia; observó - que cualquier proceso que deje en peligro la seguridad del paciente fomentará angustia y en consecuencia, encontrará la - - oposición de aquél.

Por eso sugirió un cambio terapéutico que no fuera un desafío a los métodos establecidos del paciente para hallar la seguridad; se redujo a "reflejar" los sentimientos manifestados por el paciente y propuso que a su debido tiempo éste se - percatará de esos sentimientos. En este proceso de obtener la lucidez acerca de sus sentimientos, se dice al paciente que -- desenvuelva medios constructivos para relacionarse con otros.- Esta teoría tiene mucho mérito; pero es de dudar que los seres humanos puedan organizar de nuevo los reales fundamentos de -- su existencia, que puedan dejar y renegar a las premisas por - las cuales han vivido, que sueltan una "Weltanschauung" (sentido de la vida) y desenvolver otra nueva en términos emocionales y no solo intelectuales; que experimenten una quitanza de las antiguas amarras y raíces que les son familiares y que - - efectúen todo esto sin angustiarse.

8. Una definición provisoria de la resistencia.

La resistencia se distingue por oposición instintiva - en el sentido dinámico, hacia cualquier tentativa para traer--

a la conciencia algún material inconsciente o para exponer éste al desnudo, descartando así de la conciencia todo material reprimido y todos los elementos que le son desagradables. También, es la oposición del individuo al alivio del sufrimiento del que se queja.

Todas las fuerzas que dentro del paciente se oponen a los procesos y procedimientos de análisis, es decir que impiden la asociación libre del paciente, que estorban los intentos del paciente de recordar y de obtener y asimilar insight que obran contra el Yo razonable del paciente y su deseo de cambiar, todas estas fuerzas pueden considerarse resistencia.

La resistencia puede ser consciente, preconsciente o inconsciente.

En función de la neurosis del paciente, las resistencias tienen una función defensiva. Las resistencias se oponen a la eficacia de los procedimientos analíticos y protegen el status quo del paciente. La resistencia es una manifestación de las fuerzas de la represión.

C A P I T U L O I I I

MANIFESTACIONES CLINICAS DE LA RESISTENCIA.

Introducción.

Tengo la intención de describir aquí con brevedad, a algunas de las más típicas manifestaciones de resistencia que nacen durante el transcurso del análisis. Las resistencias se presentan de muchas maneras sutiles y complejas, en combinaciones o en configuraciones mixtas y los ejemplos solos y aislados no son la norma. Todo tipo de conducta puede desenvolver una función de resistencia. Además, todo comportamiento tiene tanto trazas impulsivas como defensivas. Los ejemplos clínicos que siguen se limitarán a las enunciaciones típicas y claras de resistencia.

1. El Paciente guarda silencio.

Esta es la forma más clara y frecuente de resistencia que se halla en la práctica psicoanalítica.

A veces, en lugar del silencio, una paciente puede indicar el motivo y aún la composición de su silencio inadvertidamente por su postura, sus movimientos, la expresión de su cara. Extraviar la cabeza de la mirada, ocultar los ojos con -

las manos, torcerse mucho en el diván y encenderse el rostro - puede significar perturbación.

Pero el silencio también puede tener otras acepciones. Por ejemplo, puede ser una reactivación de un acontecimiento pasado en que el silencio cumplió un papel importante. De un modo general y para la mayoría de los fines prácticos, el silencio es una resistencia al análisis.

2. El paciente "no siente deseos de hablar".

En esta situación el paciente no está literalmente --- callado, pero siente que no quiere comunicar o no tiene nada - que platicar. Frecuentemente queda en silencio después de de--- clararlo así.

3. Afectos que señalan resistencia.

La indicación más típica de resistencia desde el punto de vista de las emociones del paciente, se puede observar cuando éste relata verbalmente pero con ausencia de afecto. Lo que relata es árido, monótono, poco expresivo y apático. Se tiene la indicación de que el paciente no toma parte, que aquello de que habla no le hace impresión alguna. En general, la impropie

dad de afecto es una indicación muy evidente de resistencia.

4. La postura del paciente.

La inflexibilidad y el entorpecimiento de un miembro pueden significar que están a la defensiva. Por encima de todo cualquier postura sin alteración, dure toda una hora y sesión tras sesión, siempre es indicación de resistencia. Si una persona está relativamente exenta de resistencia, su postura cambia algo en el desarrollo de la hora de la consulta. El movimiento con exceso también señala que algo se irrumpe con movimiento y no con palabras. La desigualdad entre el contenido verbal y la postura es también testimonio de resistencia. El paciente que habla con suavidad de algún suceso pero se re- -- tuerce y discute solo está narrando un segmento del acontecimiento. Las manos apretujadas, los brazos fuertemente cruzados sobre el seno, los tobillos firmemente juntados, son señales de estarse controlando. En adición, si el sujeto se incorpora durante la consulta o mantiene un pie fuera del diván está insinuando que tiene ganas de rehuir a la situación analítica. -- La manera de entrar el paciente en la consulta, evitando la -- mirada del analista o platicando de mesquindades sin continuar en el diván, o el irse al acabar la hora sin fijar la vista -- en el analista son asimismo denotaciones de resistencia.

5. Fijación en el Tiempo.

De ordinario, cuando un paciente platica con relativa libertad habrá cambios alternativos entre el pasado y el presente en sus declaraciones verbales. Cuando un paciente charla continua e invariablemente del pasado sin mezclar nada del presente sin zambullirse una que otra vez en el pasado, es que -- hay alguna resistencia.

6.- Los sucesos externos o de poca importancia.

Cuando el paciente relata acontecimientos superficiales, insustanciales o relativamente desprovistos de importancia durante un período de tiempo bastante largo, es que está -- rehuendo algo de importancia subjetiva. Cuando se repite el -- contenido sin desarrollo ni afecto. o sin aumento del insight, ha de suponerse que está trabajando una resistencia. La omi--- sión de introspección y reflexión es indicación de resistencia.

7.- Esquivación de Temas.

Acontece sobre todo con ciertos aspectos de la agre-- sión, la sexualidad y la transferencia. En lo relevante a la -- sexualidad, los aspectos más sensibles parecen ser los relativos a las sensaciones y a las regiones del cuerpo. Los pacien-- tes hablarán de deseos sexuales o de excitación de una manera-

general, pero son renuentes a relatar una especie particular-- de sensación o apremio corporal que los haya excitado. Mencionarán un hecho sexual, pero les causa repugnancia hablar sencilla y directamente la parte o las partes del cuerpo que intervinieron en él. "La noche pasada nos amamos oralmente" o "Mi esposo me besó sexualmente" son ejemplos típicos de este género de resistencia.

De modo parecido, los pacientes hablarán en general de sentirse enojados o coléricos cuando en realidad quieren decir que estaban furiosos y tenían ganas de quitar la vida a alguien.

Cualquier asunto importante que no entra alguna vez -- en la sesión analítica es signo de resistencia.

8. Rigideces.

Todo cuanto se hace rutina y el paciente lo desempeña sin alteración en el horario de su visita ha de considerarse -- resistencia. En la conducta sin resistencia siempre hay alguna variación.

Aquí tenemos algunos ejemplos típicos: comenzar cada -- hora contando un sueño o reportando que no hubo sueño; principiar cada hora revelando sus síntomas o sus quejas, o hablando

de los acontecimientos del día anterior. De un modo preciso, - el hecho de empezar siempre del mismo modo estereotipado señala la resistencia. En general, el hecho de la rigidez, ya sea el de presentarse constantemente puntual o constantemente tarde, indica que algo se tiene reprimido, que algo se esconde.

9. La Expresión de la Evitación.

El uso de frases acuñadas, de términos técnicos o al - lenguaje vano es una de las más frecuentes indicaciones de resistencia. Habitualmente indica la esquivación de las imágenes vivas y evocadas del lenguaje personal.

El uso de la frase hecha o lugar común aparta los efectos y evita la participación emocional. Por ejemplo, la utilización a menudo de frases como "real y verdaderamente" o "supongo que" o usted ya sabe", etc., etc., siempre son indicaciones de esquivación. Los clichés que más se repiten son indicaciones de resistencias de carácter.

10. La falta de Sueños.

Los pacientes que saben que sueñan y no recuerdan el - sueño se resisten aparentemente a recordar sus sueños. Los que

hablan de sueños, pero cuyos sueños indican evitación del análisis, como equivocarse de consultorio o ir con otro analista, etc., se están también altercando claramente con alguna forma de esquivación de la situación analítica.

Son los sueños el medio más importante de acceso al -- inconsciente, a lo reprimido y a la vida instintiva. El olvi-- darse de los sueños es una indicación de que el paciente está combatiendo contra la manifestación de su inconsciente y par-- ticularmente de su vida instintual al terapeuta. Otra manera - de resistencia es llenar de sueños la hora de consulta. Hay -- pacientes que se afanan en traer grandes cantidades de infor-- mación por escrito acerca de sus sueños para llenar la sesión con recitaciones intelectuales acerca de posibles significacio-- nes; es esta otra forma de resistencia. Otra manera más de re-- sistencia es la repudiación de la significación de los sueños y de las caracterizaciones y acciones que ocurren en los mis-- mos. Ya que lo que el paciente presentó fue su propio sueño, - indica que él intenta no tomarse seriamente para esquivar an-- gustia o para retener los placeres de su neurósis.

11. El paciente se aburre.

El aburrimiento en el paciente señala que está esqui--

vando el conocimiento de sus apremios instintivos y sus fantasías. Cuando un paciente en tratamiento está elaborando bien con el analista, codicia el descubrimiento de sus fantasías -- El aburrimiento, independientemente de todo lo demás que pueda indicar, es una defensa contra las fantasías.

12. El paciente tiene un secreto.

Es obvio que el paciente con un secreto consciente está manifestando que evita algo. Es ésta una forma especial. El secreto puede ser un acontecimiento que el paciente quiera -- tener callado o aún una palabra que es incapaz (que no quiere) articular. En este punto, todo cuanto puede comentarse es que se trata de una forma de resistencia, hay que indicarla así, -- pero es algo que debe ser honrado y acatado, no aplanado, forzado ni examinado a fuerza de súplicas.

13. La Actuación (Acting Out).

Siempre tiene una función de resistencia. Es una resistencia ya que estriba en repetir en acción (en lugar de palabras) recuerdos y afectos. Además, en él siempre hay un elemento de deformación.

14. La Jovialidad repetida a menudo en la Sesión.

En su conjunto, la labor analítica es seria. No siempre será sombría y lastimosa y no todas las horas analíticas son deprimentes o dolorosas, pero generalmente se trata por lo menos de una labor muy penosa. La alegría frecuente en las sesiones, el gran entusiasmo y el júbilo prolongado señalan que algo se está escondiendo por regla general, algo muy distinto, alguna forma de depresión. El paso repentino a la salud, la desaparición prematura de síntomas sin "insight", son indicios de tipos semejantes de resistencia.

15. El Paciente no cambia.

Si esto continúa mucho y no se manifiesta resistencia alguna se debe sospechar alguna resistencia escondida y difícil de sacar y ver. Si el análisis está trabajando y por lo tanto ejerciendo una acción en el paciente, es de esperar que se engendren cambios en la conducta o la sintomatología de la misma.

16. El "Insight" como Resistencia.

Un artefacto que tiende a confundir al terapeuta es el empleo del insight como una forma de resistencia. Aquí el paciente habitualmente va a presentar una detallada enumeración-

acerca de cuan profundamente ha llegado a conocerse a sí mismo, haciendo uso de la terminología técnica de mayor aceptación en el mundo psicoanalítico, mostrando los dinamismos y mecanismos de su desorden en el "estilo del libro de texto - aprobado". Aparentemente ha logrado total insight con respecto al origen de sus problemas, con respecto a sus tendencias compulsivas y relaciones interpersonales distorsionadas y acerca de las consecuencias e influencias destructivas de su neurosis. Sin embargo, en su comportamiento diario sigue con sus usuales, neuróticos modos de ajuste, manifestando los mismos síntomas que originalmente le trajo a tratamiento. Es probable en tales casos que el insight del paciente esté altamente intelectualizado y que se utilice para confundirse a sí mismo y al terapeuta.

17. Una forma peculiar de Resistencia.

En su trabajo titulado "Wolf Man" o el Hombre Lobo, Freud (1918) se refiere a 'reacciones negativas' y luego al hábito del paciente de producir 'reacciones negativas transitorias' cuando algo, hasta entonces incomprendible, había sido aclarado; así la apariencia de síntomas empeorados, como un efecto del tratamiento analítico se hizo contradictorio. Hasta 1918 Freud consideró esta forma de irritación de síntomas, se-

guido de su análisis adecuado, como un reto negativo relacionado a la etapa anal-sádico del desarrollo de la libido. En 'El Yo y El Ello' (1923), Freud dice que una reacción terapéutica negativa ocurre en 'cierta gente' que presentan irritación de sus síntomas cuando el analista les demuestra que están haciendo progreso en su tratamiento o cuando el analista interpreta adecuadamente. Según Freud, cada resolución parcial que debe de resultar y en otra gente si resulta, en un mejoramiento o una suspensión temporal de síntomas les produce por el presente una exacerbación de su enfermedad; se empeoran durante el tratamiento en lugar de mejorarse.

Abraham (1918) desarrolló con claridad y riqueza de detalle, las dificultades de ciertos pacientes, quienes manifiestan resistencia crónica al tratamiento, especialmente por medio del controlar de sus asociaciones libres. El narcisismo de estas personas les permite esconder, debajo de un anhelo exterior de ser analizado, un alto grado de desafío contra el analista, quien representa la figura parental. Al continuar controlando sus asociaciones libres, no dan lugar al analista para ensanchar y fortalecer su labor. Ellos intentan ser sus propios analistas y a la vez, por la razón de que el analista no satisface su amor narcisístico, no permiten el estableci-

miento de una transferencia verdaderamente positiva. Abraham relaciona este tipo de actitud a envidia y erotismo anal y enfatiza el hecho de que el paciente experimenta el análisis como un ataque sobre su narcisismo. Abraham delinea una explícita relación entre terapéutica negativa, narcisismo y envidia, aunque él entonces consideró la envidia principalmente como un rasgo de carácter anal, lo cual formuló de nuevo en un trabajo posterior (1924), en el cual atribuyó el origen de envidia a la etapa oral sádica del desarrollo de la libido.

Horney (1936), hizo un estudio extensivo de la reacción terapéutica negativa y de la necesidad del paciente de devaluar al analista y al análisis. Horney vió estas reacciones como representaciones del narcisismo del paciente, el esfuerzo para obtener supremacía sobre el analista siendo la defensa que el paciente empleó contra ansiedad aguda. Horney -- agregó que halló una similitud entre su punto de vista y el de Freud. Sin embargo, Freud hizo hincapié en los sentimientos de culpa en este tipo de paciente, mientras que Horney recalcó el rol de ansiedad que debe de ser visto como un temor a la represalia sin relación inmediata al Super Yo.

En Envidia y Gratitud (1957), Melanie Klein hizo un -

detallado examen acerca de las raíces de la reacción terapéutica negativa y subrayó el hecho de que las formas más fuertes de reacción terapéutica negativa ocurren cuando envidia se queda escondida o silenciosa, debido a la formación de eficaces defensas contra el conocimiento de envidia. Estas defensas incluyen omnipotencia, negación o abnegación, idealización, confusión, fuga de los objetos primarios que resultan en el separar o el dividir de sentimientos, devaluación del objeto. devaluación de sí mismo, voracidad y una forma de despertar la envidia en los demás por medio de la obtención de éxito y riqueza, invirtiendo así la situación en la cual la envidia se percibe. Klein localizó el nacimiento de envidia en las primeras etapas de la vida y representó la ya existente envidia en la etapa oral como un derivativo o como una expresión del instinto de muerte. Klein describió las defensas contra el sentimiento de envidia que en su experiencia clínica se manifestó como una incapacidad de aceptar con gratitud las interpretaciones hechas por el analista y lo cual el paciente en alguna región de su mente, reconoció como útil.

Seguido de los postulados de Klein, Rosenfeld (1968), examina en detalle la conexión entre narcisismo, reacción terapéutica negativa y envidia. Según sus propias explicaciones-

en un estudio acerca de la psicopatología del narcisismo (1965) él da importancia al hecho de que las relaciones objetales narcisísticas son principalmente relaciones objetales parciales - y son dominadas por la omnipotencia del Yo. En estos casos, -- hay una particular preponderancia de identificación de uno mismo y de objetos, logrado tanto por introyección o proyección, -- lo cual lleva la relación objetal de este tipo a evitar sentimientos de agresión engendrados por frustración o algún reconocimiento de envidia que los pacientes narcisísticos mantienen sus sentimientos de superioridad por medio de devaluar al analista, o, cuando reciben algún beneficio a través del tratamiento, es por medio de la envidia que el paciente atribuye a sí mismo algún progreso. En la misma manera, este tipo de -- paciente comunmente asume por sí mismo las características del analista por medio de omnipotente identificación proyectiva, -- lo cual podría significar un sentimiento muy concreto de estar adentro del analista y así estar controlando a éste, para que toda la comprensión y toda la creatividad del analista puedan estar atribuido al Yo del paciente.

Otros analistas, tal como Joffe (1969), rechazan el -- concepto de envidia como una pulsión primaria e innata, considerando la envidia como una actividad compleja lo cual ocurre

como parte del desarrollo normal y está estrechamente relacionada a tales otras actividades como el celo posesivo. Joffe admite que la envidia está relacionada con la agresión y la destructividad, pero él piensa que el componente agresivo y los fantaseos conectados a ello pueden descubrirse en todas las etapas del desarrollo y no es por lo tanto estrictamente oral de naturaleza. A pesar de situar la envidia en una forma diferente de la de Klein, Joffe también otorga gran importancia a la correlación de la envidia con el narcisismo y la estimación propia del individuo, diciendo que el estímulo esencial a su desarrollo se encuentra en disturbios dentro de ese dominio.

Cuadro de las manifestaciones clínicas típicas de la resistencia y tipos de pacientes que presentan éstas:

Manifestaciones Clínicas de la Resistencia

1. El paciente guarda silencio	2. El paciente "no siente deseos - de hablar"	3. Afectos que señalan resistencia.
a) Reacciones depresivas.	a) Reacciones depresivas.	a) Las neurósis de carácter.
b) Las neurósis de histeria.	b) Las neurósis de histeria.	b) Reacción -- obsesiva-com <u>pulsiva</u> .
c) Reacciones de - angustia	c) Reacciones de - angustia.	

Manifestaciones Clínicas de la Resistencia

<p>4. La postura del paciente.</p>	<p>5. Fijación en el tiempo.</p>	<p>6. Los sucesos externos o de poca importancia.</p>
<p>a) Las neurósis de carácter.</p>	<p>a) Las neurosis de histeria</p>	<p>a) Reacción fóbica.</p>
<p>b) Las neurósis de histeria.</p>		
<p>c) Reacciones de conversión.</p>		
<p>7. Esquivación - de temas.</p>	<p>8. Rigideces</p>	<p>9. La expresión de la evitación.</p>
<p>a) Reacción fóbica.</p>	<p>a) Las neurósis de carácter.</p>	<p>a) Reacción fóbica.</p>

Manifestaciones Clínicas de la Resistencia

<p>10 La falta de sueño.</p> <p>a) Reacción fóbica.</p>	<p>11. El paciente se aburre.</p> <p>a) Reacción fóbica.</p>	<p>12. El paciente tiene un secre<u>to</u>.</p> <p>a) Reacción - - fóbica.</p> <p>b) Reacciones - depresivas.</p> <p>c) Las neurósis de histeria.</p> <p>d) Reacciones - de angustia.</p>
<p>13. La Actuación - (Acting-Out).</p> <p>a) Las neurósis de - histeria.</p> <p>b) Reacciones depre- sivas.</p>	<p>14. La jovialidad - repetida a menu<u>do</u> en la sesión.</p> <p>a) Reacciones de - angustia.</p> <p>b) Reacciones de-- presivas.</p>	<p>15. El paciente no cambia.</p> <p>a) Las neurosis de carácter.</p>

Manifestaciones Clínicas de la Resistencia

16. El "insight"
como resistencia

- a) Reacción obsesi
va compulsiva.

17. Una forma pe-
culiar de re-
sistencia.

- a) Las neurósis-
de carácter.
b) Reacciones de
angustia.
c) Reacción
fóbica.
d) Reacciones de
conversión.
e) Reacción
obsesiva-compulsiva.
f) Los hipocondriacos.
g) Reacciones
depresivas.

C A P I T U L O I V

a) Resistencia y Defensa

La resistencia puede ser adaptativa.

La defensa se relaciona a procedimientos que ponen a salvo del peligro y el dolor, en contraste con las funciones instintivas que desean el placer y la descarga. En la situación psicoanalítica, las defensas se dan a conocer en forma de resistencias.

La idea de defensa lleva en sí dos componentes: una amenaza y un aparato protector. El concepto de resistencia entraña tres componentes: una amenaza, una fuerza impelente para proteger el Yo (irracional) y una fuerza que impulsa a arriesgarse, el Yo pre-adaptativo.

La concepción de la defensa se relaciona a varias funciones inconscientes del Yo, pero podemos discriminar entre los mecanismos de defensa profundos, inconscientes y automáticos y los que están más cerca del Yo consciente. Cuanto más primitivo es el sitio de esta jerarquía habitada por determinada defensa y más profundamente está relacionada con el material reprimido, menos probable es que se haga consciente. Las defensas halladas arriba de esta escala funcionan más de acuer

do con el proceso secundario y regulan descargas más neutralizadas.

En el análisis final encontramos que el mismo motivo básico es correcto para la resistencia como para la defensa: el motivo cardinal de la resistencia como de la defensa es rehuir el dolor.

b) Resistencia y Regresión.

Regresión es un concepto descripto y se distingue por una vuelta a una forma anterior, más primitiva de actividad. Uno tiende a regresar a las etapas que fueron puntos de fijación en tiempos anteriores. La fijación y la regresión forman un ciclo complementario.

Las satisfacciones excedentes en un punto dado del desarrollo favorecerán la fijación. Fenichel expresaba la opinión de que las frustraciones excedentes también pueden crear fijaciones. Las mezclas de satisfacción y frustración excedentes y cambios particularmente abruptos de una a otra, favorecen la fijación.

El Yo utiliza la regresión en muchas formas para fines de defensa y resistencia. El papel del Yo es algo diferente en

relación con la regresión. En general parece que el Yo es más pasivo que en otras operaciones defensivas. Muy a menudo se -- pone en marcha la regresión por una frustración de los instintos en un punto dado, que acciona las pulsiones a buscar salidas en una dirección retrógrada.

C A P I T U L O V

UNA CLASIFICACION DE LAS RESISTENCIAS SEGUN
SU FUENTE.

1. Según la fuente de las Resistencia.

Freud procuró varias veces distinguir diferentes clases de resistencia. En Inhibición, síntoma y angustia distinguió - cinco tipos y los clasificó según su fuente.

a) La resistencia de represión, con que se refería a - la resistencia de las defensas yoicas.

b) La resistencia de transferencia. Como la transferencia es un reemplazo del recuerdo y se fundamenta en un traslado de los objetos pasados a los presentes, Freud clasificó también esta resistencia como proveniente del Yo.

c) La ganancia de enfermedad o secundaria, que colocó también entre las resistencias del Yo.

d) Estimaba cuarta variación las que necesitaban de la traslaboración o sea la compulsión a la repetición y la adhesi-
vidad de la libido, que él tenía por resistencia del Ello.

e) Las últimas resistencias que señaló Freud fueron -- las que brotaban de la culpabilidad inconsciente y la necesi-
dad de Castigo, que pensaba originarias del Superyó.

El estímulo que pone en marcha la operación de resistencia puede originarse en cualquier de los arreglos psicócos: Yo, Ello, o Superyó. Pero la percepción del peligro es función del Yo.

2. Según los tipos de Defensa.

La represión entra en la situación analítica cuando el paciente "olvida" su sueño o su hora de sesión analítica o de su mente se desvanecen experiencias decisivas o personas muy importantes de su pasado, etc.

La resistencia de aislamiento invade el cuadro clínico cuando los pacientes apartan los afectos turbados por una experiencia de su composición ideacional. Pueden hacer la descripción de un acontecimiento con toda circunstancia verbal, pero se detecta en ellos la inclinación a no hacer mención ni hacer ver ninguna emoción.

No solo observamos las defensas simples y básicas empleadas como resistencia sino que las fuerzas de resistencia se sirven también de fenómenos más complicados. El más importante, con mucho, de todos los tipos de resistencia encontrados en el análisis son las resistencias trasferenciales. La

resistencia trasferencial tiene que ver con dos conjuntos diferentes de resistencias: (1) los que se dan en los pacientes -- por experimentar reacciones transferenciales; (2) los que se -- producen en los pacientes para rehuir las reacciones trasferen-- ciales.

La actuación es otro artefacto especial de resistencia que se hace digno de un examen por separado. La actuación reu-- ne significativos aspectos del Ello y el Super Yo, así como -- funciones del Yo. Definimos el 'acting out' como la represen-- tación de un acontecimiento anterior en el presente, que es -- una traducción levemente desfigurada del pasado pero parece -- cohesiva, racional y egosintónica para el paciente.

Las resistencias caracterológicas son otro tipo compli-- cado y en extremo importante de defensa que es digno de men-- ción particular. La cuestión de lo que se comprende por carác-- ter no es sencillo de solventar. Para nuestras necesidades ac-- tuales se puede simplificar la respuesta y decir que lo que -- comprendemos por carácter es el modo habitual que tiene el or-- ganismo de reaccionar al mundo interno y externo. Es la posi-- ción y postura compuesta y dispuesta perpétua del Yo en rela-- ción con lo que de él se requiere. El carácter se integra en -- lo básico de hábitos y actitudes. Unos en mayor grado son de--

fensivos, otros esencialmente instintivos. Algunos son términos medios. El rasgo caracterológico de la limpieza puede bien comprenderse como defensa, como formación reactiva contra el placer ensuciamiento. Pero podemos percibir también el descuido como un rasgo de carácter que no es reacción formativa sino ejemplificación de deleite en el ensuciarse. Glover designa resistencias silentes a las resistencias caracterológicas.

3. Según la clase Diagnóstica.

Las entidades clínicas que describimos raras veces se detectan en aspecto puro; la mayoría de los pacientes tienen alguna mixtura de patología diversa junto con el diagnóstico central que les proporcionamos. Además, mientras continúa el análisis observamos regresiones y progresiones temporales que enredan el cuadro clínico y el tipo de resistencias.

Si analizamos y estudiamos brevemente las neurosis de transferencias típicas que tratamos analíticamente, podemos hallar las siguientes resistencias principales.

a) Las histerias:

Represión y formaciones reactivas aisladas. Regresión a las particularidades fálicas. Emocionalidad, somatizaciones,

conversiones y genitalizaciones. Identificaciones con objetos-engendrados de culpabilidad.

b) Las neurosis obsesivas:

Aislamiento, anulación retrospectiva, proyecciones y -- reacciones formativas en conjunto. Regresión a la analidad con reacción formativa de los rasgos de carácter: orden, higiene - y avaricia se transforman en resistencias importantes. Estado de duda. Intelectualización a modo de resistencia a los sentimientos. Repetición, argumentación, rigidez pedantesca, malhumor y malevolencia. Pensamiento mágico, omnipotencia del pensamiento, meditación. Interiorización de las reacciones de - - hostilidad y Super Yo sádico.

c) Las depresiones neuróticas:

Introyecciones, identificaciones, actuación, impulsividad y defensas de pantalla. La instintualidad oral y fálica-deformadas regresivamente. Emocionalidad, conducta y actitudes contrafóbicas, adictividad y masoquismo.

d) Las neurosis de carácter:

Según sea en lo fundamental un carácter histérico, --- obsesivo o depresivo, sería de esperar que encontrásemos los -

hábitos, rasgos y actitudes que suelen calificarse de rígidos, egosintónicos y "silentes".

4. Una Clasificación Práctica.

Otro enfoque esencialmente práctico es el de discernir las resistencias ajenas al Yo de las egosintónicas. Las ajenas al Yo se manifiestan raras, ajenas y extrañas al Yo razonable del paciente. Por lo tanto, esas resistencias son relativamente sencillas de identificar y dejan llevar a cabo un buen trabajo. El paciente entra con facilidad en alianza de trabajo -- con el analista en su intento de analizar esa resistencia concreta.

En contraste, examinemos ahora las resistencias egosintónicas, que se caracterizan por aparecer objetivas, racionales y corrientes. El paciente no se da cuenta de la función de resistencia de la actividad objeto de averiguación. Esas resistencias son por ello más difíciles de detectar para el analista y el paciente y es más difícil el logro de una alianza de -- trabajo en relación con ellas. Suelen ser normas habituales -- bien fundadas, de la conducta del paciente y rasgos de carácter de vez en cuando de valor social. Las reacciones formativas, la efectuación, las resistencias caracterológicas, las -- actitudes contrafóbicas y las defensas de pantalla se incluyen en esta categoría.

C A P I T U L O V I

TECNICA PARA EL ANALISIS DE LAS RESISTENCIAS

1. Observaciones Preliminares.

El análisis de las resistencias de un paciente dará -- luz sobre muchas funciones fundamentales del Yo, así como sobre sus dificultades en la relación con los objetos. Por ejemplo, la ausencia de resistencia puede significar que nos hallemos ante un proceso psicótico.

En el análisis de las resistencias se entienden por lo menos cuatro clases de procedimientos: confrontación, aclaración, interpretación y traslaboración.

La interpretación es el medio de mayor importancia de la técnica psicoanalítica. Todo otro procedimiento analítico -- predispone y prepara una interpretación, la amplifica o la hace eficaz. Interpretar quiere decir hacer consciente un suceso psíquico inconsciente o preconsciente. Significa hacer que el Yo razonable y consciente se dé cuenta de algo que tenía olvidado. Atribuimos significación y causalidad a un fenómeno psicológico. Con la interpretación hacemos al paciente consciente de la historia, el origen, el modo, la causa o el significado de un acontecimiento psíquico dado.

Para hacer penetrar al Yo del paciente eficazmente en esta labor psicológica es necesario un antecedente; la circunstancia que lo que ha de ser interpretado sea antes exhibido y aclarado. La confrontación y la aclaración son agregaciones necesarias de la interpretación.

a) Dinámica de la situación de tratamiento.

Iniciaremos enumerando las fuerzas que se encuentran de parte del psicoanalista y de los procedimientos y procesos psicoanalíticos.

i) El pesar neurótico del paciente, que lo mueve a -- laborar en el análisis, por lastimoso que sea.

ii) El Yo racional consciente del paciente, que sostiene a la vista los objetivos de largos plazos y entiende las -- razones de la terapia.

iii) El Ello, lo reprimido y sus derivados, todas las -- fuerzas que dentro del paciente buscan su descarga y propenden a manifestarse en las producciones del paciente.

iv) La alianza de trabajo, que capacita al paciente -- cooperar con el psicoanalista a pesar de la manifestación si-- multánea de sentimientos de transferencia contradictorios.

v) La transferencia positiva desinstintualizada que permite al paciente atribuir valor excesivo a la competencia del psicoanalista.

vi) El Super-yo racional, que impulsa al paciente a -- realizar sus obligaciones y deberes.

vii) La curiosidad y el afán de conocerse a sí mismo, que empujan al paciente a investigarse y confesarse.

viii) El anhelo de mejoración profesional y otros tipos de ambición.

ix) Los elementos irracionales, como los sentimientos competitivos respecto de otros pacientes, la ánsia de sacar -- utilidad a su dinero, la necesidad de confesión y propiciación.

Los dinamismos que en el paciente se oponen a los procesos y procedimientos analíticos pueden dividirse como sigue:

i) Los artificios defensivos inconscientes del Yo, que dan los ejemplos y formas para las operaciones de resistencia.

ii) El temor al cambio y el deseo de seguridad, que impulsan al Yo infantil a cobrar apego a las normas neuróticas -- acostumbradas.

iii) El Super-yo irracional que demanda padecer para--
expiar la culpabilidad inconsciente.

iv) La transferencia hostil, que mueve al paciente a --
vencer al psicoanalista.

v) La transferencia sexual y romántica, que lleva a --
los celos y a la frustración y en definitiva a una trasfere--
ncia hostil.

vi) Los impulsos sádicos y masoquistas, que llevan al
paciente a causar muchos pesares lastimosos.

vii) La impulsividad y las tendencias de actuación, --
que mueven al paciente en dirección de los gustos rápidos y --
contra el insight.

viii) Las satisfacciones secundarias resultado del --
padecimiento neurótico, que impulsan al paciente a apearse a--
su neurosis.

b) Como escucha el analista.

El analista escucha con tres objetivos en la mente.

i) Trasladar las elaboraciones del paciente a sus he--

chos anteriores inconscientes. Los pensamientos, fantaseos, -- sentimientos, conducta e impulsos han de rastrearse hasta dar con sus antecedentes inconscientes.

ii) Los fragmentos inconscientes han de ser sintetizados en insights significantes.

iii) Los insights así logrados, deben ser comunicados al paciente. Cuando uno escucha, debe tener la seguridad de -- que la información descubierta será utilizada constructivamente por el paciente.

La experiencia clínica ha sugerido unas cuantas líneas de guía principales para el logro de esos objetivos divergentes.

(1) Uno escucha con una igual atención flotante. Uno no hace un esfuerzo consciente para recordar. El analista recordará los hechos importantes si presta atención y si el paciente no está sublevando las propias reacciones trasferenciales del analista. La atención no selectiva ni dirigida propenderá a descartar las propias deformaciones tendenciosas y dará facilidad, por añadidura al analista a seguir el hilo del -- paciente.

El analista no debe tomar notas si eso obstaculiza su-

atención libremente flotante. Por encima de todo, el analista tiene que estar atento a sus propias reacciones de transferencia y resistencia, que pueden dificultarle o facilitarle ha -- comprender las manifestaciones del paciente.

El analista escucha para lograr insight y lo hace desde una posición de atención libremente flotante, con respuestas emocionales restringidas, compasión y perseverancia. Todos los demás designios científicos han de hacerse a un lado, con el motivo de realizar limpiamente esta compleja labor.

2. El Reconocimiento de las Resistencia.

La primer labor del analista consiste en reconocer que hay una resistencia. Esto puede ser fácil cuando la resistencia es evidente. Es más difícil cuando la resistencia es tenue, vaga, complicada o egosintónica para el paciente. La experiencia clínica y la labor psicoanalítica bajo la supervisión de un analista experto son las mejores maneras de aprender a reconocer esas complicadas manifestaciones de resistencia.

La siguiente cuestión es ésta: ¿cómo se reconoce la -- resistencia cuando el material no está muy comprensible y fluido? La respuesta se fundamenta en nuestra comprensión de la --

asociación libre y la circunstancia oportuna que se promete -- al analizado. Al pedir a éste que deje llegar las cosas a la mente y que las comunique sin la crítica social acostumbrada, intentamos descartar las resistencias conscientes.

Es útil preguntarse al escuchar al paciente: ¿va hacia algo inconscientemente importante o en dirección opuesta, -- ¿Se está penetrando el material o haciéndose superficial? ¿Está el paciente agregando material importante o está rellenando la sesión de paja? Si parece ir hacia algo, es buena idea quedar silencioso hasta ver algo claro. Si parece desunirse de algo, hay que esperar hasta que el aspecto esté suficientemente evidente y desde luego el terapeuta lo puede reconocer como -- resistencia y empezar a examinarlo. A veces el analista se halla en la indecisión. En este caso el terapeuta puede decir al paciente, al final de la sesión que no ve claro lo que está -- fomentándose.

3. La Confrontación, Expresión de Resistencia.

La capacidad que tenga el paciente de reconocer una -- resistencia es consecuencia de dos cosas: la condición de su Yo razonable y la vehemencia de la resistencia. Un Yo muy razonable reconocerá la más pequeña resistencia y un Yo poco ra-

znable demandará pruebas agobiantes para convencerse. Nuestra labor estriba en evaluar, por la observación y la endopatía, - el estado del Yo razonable del paciente para saber hasta que - punto ha de llegar la exposición de la resistencia para que - el paciente la reconozca como tal. La confrontación del paciente solo debe principiarse cuando hay probabilidades de que tenga significado para él y cuando él no aproveche nada en su intento de negarla o menospreciar su validez. La demostración -- precoz de la resistencia, no solo es desgastar el tiempo, sino además disipar información que podría ser importante posteriormente. Por claro que parezca el testimonio de la resistencia, - el factor crucial es si la confrontación tendrá algún significado para el paciente.

Dejemos ver un ejemplo sencillo:

(Una paciente, a poco de principiado su análisis, llega con unos minutos de retraso a su cita y relata casi sin respiración que le fue difícil hallar un lugar donde aparcar su - automóvil. En este instante sería una equivocación decirle que eso es una resistencia. Ante todo, uno podría errarse y su - - intervención divertiría a la paciente del contenido verdadero - que estaba inclinada a revelar. Pero además, se habría desgastado una circunstancia oportuna potencialmente de valor empleando un suceso dudable que la paciente podría fácilmente negar.-

Esperando en silencio y si la idea que uno tenía era correcta, a esa pequeña resistencia se agregarían otras. La paciente a que me refiero permaneció callada en diferentes intervalos de la sesión. Después comentó que se le había olvidado el sueño de la noche previa. Nuevo silencio. El silencio había dado lugar a que floreciera su resistencia y con ella la probabilidad de que no pudiera negar la posterior confrontación de su analista.

Con el fin de aumentar la demostrabilidad de una resistencia, es recomendable permitir que se crezca. Para ello, el silencio es la mejor técnica. Pero a veces uno puede emplear otro procedimiento para aumentar la resistencia y la demostrabilidad.

Dos modos de hacer fácil la demostración de las resistencias aumentando la misma: el silencio del analista y su petición de mayores pormenores en torno al punto resistente.

Otro procedimiento para auxiliar al paciente a darse cuenta de la presencia de las fuerzas de resistencias es mostrar todas las pruebas clínicas. En el caso de la señora que llegó unos minutos tarde a su visita, porque no encontraba -- donde aparcar su automovil, el analista esperó que hubiera por

lo menos otros dos indicios de resistencia. Entonces intervino diciendo: "Parece usted estar rehuendo algo. Llega usted un poquito tarde, después se queda callada y ahora me dice que ha olvidado su sueño". La misma paciente está ya convencida de -- que esquivaba. Si el analista hubiera intervenido al menor signo, ello hubiera podido precaverlo con cualquier racionalización. Debe apuntarse que el terapeuta se conforma con señalar lo que le hizo pensar que ella se resistía. No instó en que -- estuviera resistiendo. Le insinuó la posibilidad de que así -- fuera. Si lo hubiera negado, el analista no hubiera intentado convencerla fundamentándose en la prueba clínica. Se hubiera -- permanecido callado para observar si intentaba encubrir las -- resistencias o si se revelaban aún más vehemente. Solo a un -- Yo razonable se le puede demostrar algo...hay que esperar a -- que aparezca un Yo razonable o a que las pruebas sean tan abrumadoras que el Yo razonable más insubstancial tenga que aceptarlas.

4. La Aclaración de las Resistencias.

Principiaremos aclarando el motivo de la resistencia -- porque precede al modo de la resistencia. Solo cuando observamos que el modo de resistencia es grande o insólito principiaremos con esa cuestión. O si ya hemos concluido del material --

por qué y de qué rehuye el paciente, investigaremos el método que está utilizando.

La cuestión de por qué resiste el paciente puede reducirse a la de qué afecto lastimoso está intentando huir. La respuesta a esta cuestión suele estar más cerca de la conciencia que la respuesta a la cuestión de qué impulsos instintuales o qué recuerdos traumáticos contribuyen al afecto doloroso. Como ya dijimos, el motivo inmediato de la defensa y la resistencia es evitar el dolor, o sea los afectos dolorosos. El paciente resistente trata de soslayar alguna emoción dolorosa, como angustia, sentimiento de culpabilidad, vergüenza o depresión o, alguna combinación de ellas. A veces, a pesar de la resistencia, el afecto doloroso es patente porque el paciente se conduce de un modo que es característico de ese tipo de afecto. Por ejemplo, un paciente que habla con vacilación o con frases hechas o que divaga con trivialidades tal vez delante su sentimiento de vergüenza enrojeciéndose o cubriéndose la cara con las manos, volviendo la cabeza para que no le podamos ver ninguna parte de la cara, cubriéndose la cara con las manos, cubriéndose la región de los muslos. La conducta de ocultación señala vergüenza. El temblar, sudar, la lengua y boca áridas, la tensión muscular, la rigidez o los

estremecimientos pueden ser indicios de temor. En un paciente que ha estado platicando con un tono de voz tardío y lloroso, las -- apretadas mandíbulas, el suspirar, el silencio, la dificultad para engullir y los puños tensos quizá señalan una guerra contra -- lágrimas y la depresión.

Greensón recomienda seleccionar la palabra que parece ser imagen de lo que está fomentándose en el paciente, la palabra que repercute la situación del paciente en ese tiempo. Por ejemplo, -- si se parece que el paciente está sintiendo un afecto como si fuera un niño, si parece angustiado como un niño, el terapeuta dirá: "Parece usted asustado", porque esa es la palabra de la infancia. Nunca diría "parece usted aprensivo" o "receloso" porque eso no -- cuadraría, porque son palabras de adultos. Además, hay que intentar estimar la intensidad del afecto lo más precisamente posible. Si el paciente está muy valiente, el terapeuta no dirá que "parece enojado" sino furioso. El terapeuta emplea la palabra ordina-- ria y descriptiva para señalar la cantidad y calidad de afecto -- que cree en funciones. Dirá cosas como: parece usted irritable, o nervioso, o malhumorado, o ceñudo, o grave, o agresivo, o furio-- so, para indicar diferentes grados de hostilidad.

Así como intentamos dilucidar el afecto que provoca --

la resistencia, intentaremos iluminar el impulso que produce el afecto, si se manifestase en el análisis.

5. La Interpretación de la Resistencia.

a) Interpretación del motivo de la resistencia.

En cuestiones de psicoanálisis, es costumbre destinar con el nombre de "contenido" los impulsos inconscientes reprimidos, fantaseos o recuerdos arrinconados que deciden un acontecimiento psíquico dado. Al acabar el motivo de una resistencia trataremos de investigar el contenido provocados del afecto lastimoso que engendró la resistencia.

Dijimos antes que al intentar analizar el motivo de la resistencia uno habitualmente empieza por el intento de encontrar el afecto doloroso, porque éste suele ser más accesible al Yo consciente que causa el afecto doloroso. Esto no siempre es así y a veces el contenido puede manifestarse en la sesión analítica antes de que estemos al tanto del afecto. Nuestro trabajo estriba entonces en perseguir el contenido de la resistencia que, si tenemos victoria, ilustrará el afecto. Principiaremos con el material que tenemos a mano y de ahí pasamos a explorar lo que está ausente, vamos de lo conocido a lo desconocido.

b) Interpretación de la forma de resistencia.

Puede ser que la forma de la resistencia, el procedimiento o los medios de resistencia, prometen la vía más valiosa para el análisis. Tal puede ser la situación si la forma de resistencia se vuelve a manifestar frecuentemente, en cuyo caso tal vez nos encontramos con un rasgo de carácter. Si la forma de resistencia es rara y "no pertenece al carácter" del paciente, suele ser un acto sintomático y por lo general más fácilmente asequible al Yo razonable del paciente.

Los pasos para analizar la forma de resistencia son los mismos que hemos bosquejado para otros aspectos de la resistencia. Ante todo tenemos que conseguir que el paciente se dé cuenta del hecho de que determinada clase de comportamiento es una resistencia. Esto puede ser fácil o muy difícil, según sea el comportamiento egosintónico o ajeno al Yo. Si la conducta de resistencia es un rasgo de carácter egosintónico, la cuestión consiste desde luego en investigar cuan dificultoso sea hacer la conducta egolística.

Cuando más coherente, adaptativa y feliz le parece una acción al paciente, más laborioso será convencerle que esa acción es una resistencia.

c) Recapitulación.

Si recapitulamos ahora los procedimientos generales en el análisis de la resistencia podremos trazarlos de la forma siguiente:

I Reconocer la resistencia.

II Señalar la resistencia al paciente.

a) Hacer que la resistencia se vuelva demostrable -- esperando que se den varias ocurrencias.

b) Intervenir de modo que se aumente la resistencia; contribuir a que se haga demostrable.

III Aclarar los motivos y modos de la resistencia.

a) ¿Qué afecto lastimoso exacto hace resistente al paciente?

b) ¿Qué impulso instintivo concreto causa el afecto lastimoso en este momento?

c) ¿Qué método y modo usa precisamente el paciente para revelar su resistencia.

IV Interpretar la resistencia.

a) ¿Qué fantasías o recuerdos provocan los afectos -

o impulsos de que se nutre la resistencia?

b) Buscar la historia y los remates inconscientes de estos afectos, impulsos o hechos dentro y fuera del análisis - y en el pasado.

V Interpretar el modo de resistencia.

a) Rebuscar éste y otros modos de actividad similares dentro y fuera del análisis.

b) Trazar la historia y los fines inconscientes de -- esta actividad en el presente y el pasado del paciente.

VI Traslaboración.

Repetición y elaboraciones de los pasos IV a) y V a)- y b).

6. Dificultades especiales en el análisis de Resisten
cias.

a) Las resistencias de las primeras horas analíticas.

Al principiar el análisis, en las primeras sesiones, -- cuando el analista ha reconocido una resistencia y se le ha -- señalado al paciente, antes de ir al examen del motivo o el -- modo de la resistencia, hay que considerar la interpretación -

de los siguientes pasos:

1. Debe comunicársele al paciente que la resistencia es una acción suya. Es una actividad que produce inconsciente-preconsciente o conscientemente. No es una cosa que le ocurre al paciente, aunque él quizá lo perciba así.

2. Debe indicarle al paciente en un momento adecuado que el descubrimiento y análisis de la resistencia son facetas importantes, respetables y evidentes del psicoanálisis. La resistencia no es una equivocación, una escasez ni una flaqueza del paciente. No tiene que sentirse criticable ni rechazado -- por alojar resistencias. Por supuesto es de gran valor estar seguro de su propio tono de voz cuando se le muestra la resistencia al paciente. Las palabras del analista tal vez digan al paciente que está muy bien tener resistencias.

3. Greenson recomienda poner en las primeras horas analíticas énfasis en preguntar al paciente como se sentía mientras iba haciendo la descripción de algún hecho en su visita. Se hace para acostumbrarlo a meter sus reacciones físicas y sus emociones en sus asociaciones. De modo semejante, se pregunta qué se imaginaba mientras estaba ocurriendo cierta acción para que vaya asimilando consciencia de la importancia que tie

ne la vida de su fantasía.

Estos tres procedimientos descritos tienen en común -- el fin de facilitar la producción de una alianza de trabajo -- entre el Yo razonable del paciente y el Yo analizante del analista.

Una fuente de gran resistencia inicial es la decepción que puede tener el paciente para con su analista. Los pacientes usualmente llegan al tratamiento psicoanalítico con un estereotipo en sus mentes del tipo de individuo que quieren como terapeuta. Esto generalmente es un benévolo y sabio psiquiatra de edad mediana. Tal imagen es en parte el producto de la necesidad universal de una idealizada figura del padre y -- en parte de la concepción popular del cine y de las revistas -- del "curandero mental". Otras nociones de un terapeuta ideal -- se alimentan por deseos de satisfacer, por medio de cualidades especiales en el terapeuta, impelentes necesidades neuróticas. Por ejemplo, pacientes masoquistas pueden anhelar un poderoso y cruel individuo, quien les tratará con firmeza e intentarán buscar un terapeuta que posea potencialidades punitivas. Una -- frustrada mujer de edad mediana puede tener un deseo de una -- viril y guapa figura masculina a través de la cual pueda sublimar sus anhelos poco propicios. Un pasivo y dependiente hombre

puede anhelar una fuerte terapeuta femenina quien pueda hacer de madre para con él y así hacerse cargo de él. Cuando el paciente se da cuenta y verbaliza su decepción, ésta tendrá que ser manejada terapéuticamente. Ejemplos del manejo de tales situaciones.

1. Preguntas acerca de la edad del terapeuta.

P. Yo esperé ver a una persona de mayor edad.

T. ¿Está usted decepcionado por la razón de que yo soy demasiado joven?

P. Yo verdaderamente quería un hombre de mayor edad que usted para darme terapia.

T. Entiendo. Tal vez usted se sienta que podría tener más confianza laborando con un hombre de mayor edad. (reflejando posibles actitudes detrás de la ansia de una persona de mayor edad).

P. No es una cosa personal, doctor, es dolosamente que he tenido este problema por tanto tiempo, que quiero una persona que tenga muchísima experiencia. Dr. J _____ me dijo que usted tenía mucha experiencia... pues, pero yo pensé que usted tendría por lo menos 55 o 60 años de edad.

T. Si, es natural que usted querría conseguir la mejor clase de ayuda para su problema y tal vez se sienta que una --

persona de mayor edad tenga más experiencia. Si me puede decir que es su dificultad, tal vez yo pueda ayudarle a hallar tal persona.

(aceptando el anhelo del paciente)

P. Bueno, se remonta a mi niñez. (paciente discute el problema).

2. Preguntas acerca del entrenamiento y experiencia -- del terapeuta.

a. La extensión de la experiencia.

P. Quisiera preguntarle acerca de su entrenamiento.

T. Mm mm (sonriéndose) ¿Que quisiera saber?

P. ¿Pues, por cuanto tiempo ha estado practicando psiquiatría?

T. Usted debe tener unas preguntas acerca de mis calificaciones. ¿Con qué tipo de terapeuta cree usted que mejor -- podría laborar?

(reflejándose posibles actitudes detrás de la pregunta)

P. Bueno, querría alguien, alguien que tuvo mucha experiencia.

T. Eso es de esperarse. Seguramente querría alguien -- que verdaderamente sabría como manejar su problema (de nuevo -- aceptando el anhelo del paciente).

P. Si.

T. Suponga que yo le digo que he tenido suficiente entrenamiento y experiencia como para haber ayudado a mucha gente. Ahora, si soy o no la mejor persona para ayudarlo, no lo sé. Pero, porqué no me habla de su problema y entonces decidiremos qué tipo de psicoterapeuta será mejor para usted. Si yo no soy la mejor persona entonces le ayudaré a encontrar a alguien.

b. El tipo o clase de experiencia (A veces el paciente busca un tipo específico de psicoterapia y pregunta acerca de la orientación del terapeuta).

P. ¿Puede hacer usted la hipnosis y el hipnoanálisis?

T. ¿Cree usted que necesita hipnosis?

P. Pues todo mundo me dice que debo conseguir eso. Yo leo acerca de eso.

T. Seguramente si necesita usted hipnosis, lo debe recibir. Pero a mi me gustaría adentrar en su problema y luego podemos decidir si la hipnosis es el mejor tratamiento para usted. Si necesita hipnosis, entonces podemos decidir quien sería la mejor persona para ayudarlo.

c. El tipo de entrenamiento.

P. No sé como, pero imaginaba yo, que iba a ser visto

por una mujer.

T. ¿Tiene usted algunos sentimientos acerca de tratarse con un hombre?

P. No, pero creo que una mujer seria mejor para mí. -- Podría hablar más fácilmente.

T. Entiendo, bueno tal vez lo que debieramos hacer es discutir su problema y luego podemos decidir quien sería la -- mejor persona para tratar con usted.

3. Preguntas acerca de la religión del terapeuta.

P. ¿Es usted católico?

T. No. ¿Piensa usted que eso hace una diferencia?

P. Creo que un doctor católico podría comprender mejor mi problema. Es que, yo soy católico.

T. Si, es posible que un terapeuta con antecedentes -- similares a los suyos podría laborar mejor con ciertos tipos -- de problemas. Pero porque no describe su problema y entonces -- decidiremos quien sería la mejor persona para tratar con usted.

4. Preguntas acerca de la identificación profesional del terapeuta.

P. Me dijeron que debiera ver a un psicólogo porque --

estaba yo reprobando en la escuela.

T. ¿Le hace una diferencia a usted si yo no soy un --- psicólogo?

P. Pues no sé. Es que, mi hermana llamó por teléfono - a usted cuando le dije a ella que yo debiera ver a un psicólogo a causar de como me iba en la universidad.

T. Es cierto que los psicólogos manejan problemas educativos, pero otras personas entrenadas también pueden llevar a cabo esa función. Ahora, soy psiquiatra y creo que le puedo ayudar, pero hablemos acerca de su problema y luego discutiremos la cuestión de si un psicólogo o no sería mejor para usted.

Una vez contestadas estas preguntas, el paciente, como una regla, hablará libremente acerca de su problema. Es raro, - en una entrevista correctamente conducida, que el paciente deseara cambiar de terapeuta. Usualmente habría hallado al entrevistador suficientemente perspicaz y empático como para querer continuar en terapia con él.

b) Resistencia a la resistencia.

Por ejemplo, un paciente dice trivialidades porque le da vergüenza estar callado y revelar que no tiene nada que decir. Tenemos entonces dos evitaciones en obra: huye de algo --

que le hace callar y disimula el silencio diciendo trivialidades. En este ejemplo trata el silencio como si fuera un impulso prohibido. Esta situación la designamos resistencia a la -- resistencia.

Otra causa frecuente de resistencia a la resistencia -- es la reacción a un insight nuevo y doloroso. El paciente tal vez trate de encubrir su enojo o su angustia ante un nuevo descubrimiento buscando ansiosamente pruebas confirmatorias para acallar interpretaciones ulteriores.

Por ejemplo, al empezar un análisis el psicoanalista señaló a su paciente por primera vez, sus sentimientos competitivos de rivalidad entre hermanos y con sus colegas en el trabajo. Reaccionó coincidiendo rápidamente con el psicoanalista y no tardó en hallar unos cuantos ejemplos más en su vida cotidiana y su pasado. Pero a la sesión siguiente, después de una rápida ráfaga de información confirmatoria que continuaba a la sesión anterior, quedó callado. Parecía inquieto por su silencio y -- explorando la situación, el psicoanalista descubrió que buscaba desesperadamente nuevo material para ocultar el hecho de -- que le había dolido su interpretación y la temía. Le dolía por que temía que el psicoanalista lo supiera y le haría perder su fantasía de ser su paciente favorito. Trataba de ocultar el -- deseo de ser su preferido hundiéndose rápidamente en material doloroso, como si no le importaran las reacciones del psicoanalista.

Si revisamos la situación de resistencia de este paciente la hallaremos estructurada del siguiente modo: un nuevo 'insight' ocasiona dolor, resentimiento y angustia para con el psicoanalista. El paciente teme revelar su enojo con su psico-

analista porque eso le haría perder su posición de favorito. - Trata de hacer a un lado su hostilidad y busca material de un modo reactivo, contrafóbico, como si dijera: "No me importa -- lo que descubras de mí; lo que importa solo es el buen trabajo". Pero el nuevo material se agota porque el resentimiento oculto busca descargarse y pide ser oído. El paciente se siente también culpable por engañar al psicoanalista y el silencio es -- asimismo una forma de autocastigo.

De una manera general, los pacientes ocultan sus resistencias por dos razones principales: (1) Porque los avergüenza o asusta la revelación de un estado de resistencia. Resisten--cia significa defecto y tendrá por consecuencia castigo o pér--dida de amor. (2) Porque temen el descubrimiento de una situa--ción causa de resistencia...por lo general para evitar un ma--terial que les parece podría producir una reacción hostil de -trasferencia. Son pacientes que temen enojarse.

c) El secreto.

En más del cincuenta por ciento de los casos esta ocultación consciente e intencionada es temporal y suele vencerla-- el paciente mismo...que entonces admite su secreto.

Hay unos cuantos fundamentos principales que deben ponerse particularmente de relieve en lo tocante al método analítico para manejar los secretos. Freud expresó la opinión de que si el psicoanalista hubiera de permitir algún secreto de cualquier tipo, todos los recuerdos, pensamientos e impulsos - y tabúes se ocultarían en ese asilo y escaparían al análisis.

Muchos pacientes intentan encontrar una excusa para -- tener secretas ciertas cosas. Dirán, por ejemplo, que no pueden revelar nombres porque sería imprudente, porque no se debe implicar a personas inocentes, etc. Nuestra postura fundamental es que no deben hacerse privilegios en lo tocante a secretos: hay que analizarlos. Pero también es importante entender que es un error recurrir a la fuerza, las súplicas o las amenazas para que el paciente relate su secreto. La postura analítica es que debemos intentar analizar los secretos como haríamos con cualquier otro modo de resistencia. Tenemos la misma determinación y la misma paciencia. Podremos entender que el paciente tiene un secreto consciente, pero sabemos que son los elementos inconscientes los que hemos de estudiar antes de que el paciente pueda comunicar su secreto. El paciente sabe el contenido del secreto, pero no tiene consciencia de las importantes razones que hacen indispensable mantenerlo callado. -- Nuestro método será indagar el motivo del secreto.

7. Psicoterapia gratuita: una indagación sobre resistencia.

Psicoterapia para la cual no se cobra nada al paciente como la que se provee por la Asociación de Veteranos (Veterans Administration) sistema de Estados Unidos, puede engendrar conflictos y resistencias únicos dentro del tratamiento. Pacientes pueden despreciar el valor de la terapia, sentirse obligados al terapeuta o esperar que éste les haga demandas que son inapropiados o no económicos. La falta de honorarios puede hacerse el punto focal de insolubles resistencias a la terapia.

Reportes de Casos:

Caso 1 ilustra una situación en la que el tratamiento-gratis generó abrumadora culpa en un paciente con un carácter obsesivo y muchas formaciones reactivas contra la dependencia.

Caso 1.- El paciente era un hombre de 30 años que --- tuvo un padre quien era un exitoso y agresivo comerciante. -- Después de graduarse de una importante universidad, trabajó -- como un ejecutivo y luego fue llamado al servicio militar de -- los Estados Unidos. Mientras servía en Viet Nam tuvo varios -- episodios de parresias y ceguera transitoria y fue diagnos-- ticado como un caso de esclerosis múltiple. Después del licen-

ciamiento el paciente ingresó en el negocio de su padre. Consideró allí su empleo como si su padre le "cuidara" y le sustentara, ya que él era incapacitado para trabajar mucho tiempo a causa de su enfermedad. Se sentía culpable acerca de recibir dinero de su padre, llamándolo "limosna". Se quejó de que desde que había conocido su diagnóstico había estado letárgico y deprimido, sin ninguna motivación. Él se daba cuenta de una -- relación entre sus emociones y sus síntomas de esclerosis -- múltiple; cuando se puso enojado con su exigente padre se empeoró.

El paciente había visto a un psiquiatra de consulta -- privada por diez horas pero sintió que no pudo continuar con -- el pago de los honorarios. Sin embargo, él se sentía inseguro -- acerca de no pagar por el tratamiento. El paciente claramente -- consideró la falta de honorarios como otra "limosna". Fue re-- ferido a un residente de segundo año para una psicoterapia de -- dos veces a la semana. A la terminación de la tercera hora de -- tratamiento él dijo que quería pagar algo por su tratamiento. El residente trató de explorar el significado de esta petición, pero el paciente únicamente fue capaz de expresar una vaga y -- penetrante incomodidad con la situación de la terapia gratuita. Cuando le fue explicado que un pago de honorarios era imposi-- ble dentro del sistema de la Asociación de Veteranos de los --

Estados Unidos (VA), el paciente pidió su traslado al servicio psiquiátrico de una universidad local. Las interpretaciones -- fueron hechas sugiriendo que él había considerado a la terapia como otra "limosna" y que sus sentimientos de culpa le previ-- nieron para no aceptar el tratamiento. Se sugirió que la culpa sería explorada y comprendida durante el curso del tratamiento, pero esto fue infructuoso y el traslado a otra institución -- fue hecho.

Este paciente había venido al tratamiento con intensos sentimientos de culpa acerca de aceptar ayuda económica de su padre. La culpa fue aumentada al aceptar el tratamiento gra-- tis. La falta de una sólida alianza terapéutica de trabajo, -- imposibilitó el manejo de este afecto abrumador.

Pacientes con manifiestos problemas de identidad se-- xual tienen gran dificultad en aceptar la psicoterapia gratui-- ta. Los pacientes que a continuación se describen (2 y 3) ilus-- tran fantasías de demandas "no económicas" y que son puestas -- sobre la figura del terapeuta.

Caso 2. El paciente, un hombre de 24 años, se quejaba de depresión y de gran angustia crónica así mismo como de difi-- cultades con respecto a la identidad sexual. Mientras hacia --

su servicio militar en los Estados Unidos tenía su primera experiencia homosexual y posteriormente tenía, tanto, experiencias heterosexuales como homosexuales. Su padre era un sádico alcohólico quien había abandonado a la familia cuando el paciente tenía cuatro años de edad. El paciente asumió la responsabilidad de mantener a su familia cuando se marchó su padre. Como adolescente el paciente trabajó para ayudar a mantener a la familia y continuó sintiendo una obligación el ayudar a mantener a su madre y a sus hermanos. La psicoterapia progresó bien durante unas 35 sesiones. Las primeras reacciones transferenciales consistieron en una adherencia homosexual al terapeuta, defendida por un "acting-out" de promiscuidad heterosexual. Cuando fueron hechas cautelosas interpretaciones del "acting-out", el paciente empezó a expresar verbalmente sus preocupaciones acerca de la inversión de tiempo por parte del terapeuta cuando no hubo recompensa financiera. El paciente tuvo miedo que el psiquiatra le hiciera demandas homosexuales.

Aunque este miedo claramente fue una proyección de los deseos inconscientes del paciente, fue difícil manejar este material cuando el paciente no estaba pagando honorarios.

Caso 3. Este paciente es un estudiante universitario, soltero, de 26 años, quien se presentó a la clínica de su

universidad pidiendo ayuda con dos problemas. Primero, estaba suspendido de su facultad a causa de haber sacado calificaciones demasiado bajas y a causa de haber manifestado dificultad severa en su manera de relacionarse socialmente con maestros y con sus compañeros de escuela. Tuvo accesos de enojo para -- con los maestros, llamándoles "estúpidos", e insultándoles. En segundo lugar, experimentó severa angustia cuando se encontraba cerca de mujeres o bien compañeras o maestras. El inmediatamente hacia un comentario sexual o un intento de seducir a la mujer; esta conducta naturalmente engendró dificultades en sus relaciones sociales.

Los padres del paciente habían experimentado dificultades en su matrimonio desde que la memoria de éste pudo recordar o rebuscar. Cuando el paciente tenía, ocho años de edad, se divorciaron, quedando éste, a cargo de la madre y su hermana mayor con su padre. El paciente recordó que cuando sus padres estaban divorciándose, él sentía que era "el hijo favorito de mamá". La madre se casó por segunda vez aproximadamente dos años después del divorcio. En este tiempo, fue visto por un psiquiatra quien diagnosticó al paciente como "hiperactivo". Terminó la preparatoria sin dificultad, pero poco después, al iniciar su servicio militar experimentó una severa angustia -- principalmente cuando estaba cerca de las mujeres.

El paciente tuvo tratamiento de dos sesiones a la semana en el servicio de psicología y psiquiatría de su universidad. Pagó cuatro dólares por cada hora de tratamiento y fue visto durante seis meses reportándose un buen progreso. El principal instrumento del tratamiento era la interpretación de sueños. Las relaciones de objeto del paciente mejoraron marcadamente y él empezó a sacar excelentes calificaciones en la escuela.

Al término de seis meses el psiquiatra residente fue cambiado a la "out-patient clinic" del hospital de la V.A. En vista de que el paciente era un "veterano", no hubo dificultad ninguna para que el residente continuara viéndole en la V.A., pero los honorarios fueron necesariamente omitidos. (Esto se debió al hecho de que la Asociación de Veteranos de Estados Unidos es una organización que tiene estrictamente prohibido dedicarse a actividades remuneradas o de lucro). Subsecuentemente el paciente no reportó ningún sueño durante dos meses y empezó a preguntarse el hecho de porqué el residente estaba tan interesado en continuar el tratamiento cuando no pagaba honorarios. Dijo que de alguna manera se había sentido mejor cuando estaba pagando honorarios, cooperando en forma más eficaz en la terapia. Después de dos meses, reveló un sueño en el que iba a visitar a su padre. El afecto prevalente en este

sueño era de repugnancia y el paciente experimentó náusea y --
vómito. Repitiéndose estas mismas sensaciones (vómito y náusea)
antes de entrar a su sesión terapéutica. El paciente había con-
vertido las intenciones terapéuticas del analista, en demandas
homosexuales, las cuales habían surgido durante el tratamiento,
como resultado de haberse interrumpido el pago de honorarios. _
Todo esto fue una proyección del paciente, pero que surgió - -
de un modo prematuro a causa de la falta de honorarios. Esta -
resistencia y preocupación no pudieron ser manejadas en un ni-
vel realístico y trajeron como consecuencia que el paciente --
abandonara la terapia antes de haber logrado una satisfactoria
mejoría y una terminación.

Discusión.

Aunque algunos analistas tuvieron éxito tratando a pa-
cientes con psicoterapia gratuita, la falta de honorarios en -
psicoterapia por lo general, trae como consecuencia complica--
ciones. Nash y Cavenar han tenido experiencia con casos vis- -
tos por profesionales en entrenamiento psicoanalítico en donde,
como un requerimiento se fijaron honorarios baratos. En estos-
casos, los honorarios como tales, no fueron el problema o - -
asunto principal, dado que el paciente estaba pagando honora--
rios, que eran apropiados para su situación económica y que -

le causaban alguna privación.

Cuando el paciente recibe tratamiento gratis se introducen muchas variables. La falta de honorarios puede movilizar sentimientos de vergüenza o de culpa, los cuales pueden impedir que el paciente se involucre en la terapia psicoanalítica.

C A P I T U L O . VII

REGLAS DE LA TECNICA RELATIVA A LA RESISTENCIA

1. Estudiar la Resistencia antes que el Contenido, - El Yo antes que el Ello y principiar por la Superficie.

No demoró Freud en entender que su empeño era equivocado, que lo terapéuticamente eficiente no era la obtención -- del recuerdo olvidado, sino la superación de la resistencia.-- Cuando las resistencias están todavía intactas, los recuerdos alcanzados son incapaces de efectuar un cambio, porque éstos -- ceden ante las fuerzas de la resistencia.

Hacer consciente lo inconsciente solo es útil si al -- hacerlo se cambia la dinámica de un conflicto neurótico. En el procedimiento del análisis puede considerarse que el Yo del -- paciente tiene dos aspectos y funciones diferentes. El Yo inconsciente, irracional es el iniciador de las defensas patógenas y se ve como el Yo que siente y experimenta durante el tratamiento. El Yo consciente, razonable es el aliado del analista y se manifiesta clínicamente como el Yo observador del paciente durante el análisis. La regla técnica de que uno debe -- analizar la resistencia antes que el contenido puede expresarse estructuralmente: se debe analizar el Yo antes que el Ello.

Si analizamos la resistencia antes que el contenido -- y el Yo antes que el Ello, de modo que cuando interpretemos -- para el paciente el material arrinconado, lo trataré de modo -- más propio y no con la simple repetición de sus pautas neuró-- ticas pasadas.

Son básicas estas reglas de técnica; Analizar la resis-- tencia antes que el contenido, el Yo antes que el Ello y prin-- cipiar desde la superficie. El trabajo con el contenido puede-- ser más cautivador, más chispeante; el trabajo con las resis-- tencias es más lento y pesado.

2. El Paciente decide el tema de la Sesión.

Freud hizo en el caso de Dora la recomendación técnica de que se permitiese al paciente elegir el tema de que se tra-- taría en la hora analítica. En aquél tiempo lo relacionaba con su consejo de que principiáramos nuestro trabajo analítico en-- la superficie de la mente del paciente. No infundimos nuestros intereses ni nuestros cuidados teóricos al paciente. El método de la asociación libre se fundamenta en nuestro deseo de dejar que el paciente selecciona el tema de la hora. Por sus asocia-- ciones tenemos entrada a lo que es la realidad psíquica viva -- del paciente en ese momento. Sus asociaciones nos indican lo --

que le preocupa, lo que intenta salir a la consciencia, lo que le es importante. Con muchas frecuencia determina el paciente el tema de la sesión por lo que le hace dejar de hablar, por lo que rehuye, por su forma de rehuirlo, etc.

Esto no significa que el paciente pueda deliberadamente determinar de qué hablaremos. Por ejemplo: un paciente empieza una sesión diciendo: "Quiero hablar de mi mujer". Y se pone a describir, durante buena parte de su sesión analítica, las extrañas reacciones que tiene su mujer para con él. El terapeuta está callado porque le parece que está hablando de algo emocionalmente importante para él y no advierte nada en una ocasión se equivoca y dice: "Mi madre es sexualmente muy exigente...quiero decir, mi mujer". En este punto modifica el terapeuta el enfoque de su charla pidiéndole que compare a su madre con su esposa. En realidad, no es el terapeuta quien ha cambiado de tema, sino él, inconscientemente. El terapeuta se conforma con seguirlo.

Dejar que el paciente "escoja" el tema de la hora analítica significa (1) permitir que empiece la sesión con el material que le interesa y (2) no imponerle nuestros intereses. Si el material de la hora de ayer nos pareció muy significativo, hay que olvidar ese interés y seguirlo a él mientras esté labo

rando fructuosamente. (3) El paciente elige el material de la sesión para principiar, pero de ese material nosotros escogemos lo que creemos debe ser su real preocupación. Por ejemplo, el paciente nos habla de sus placeres sexuales, pero nosotros seleccionamos su turbación al hablar del acto sexual.

3. Excepciones a las Reglas.

a) Resistencias menores.

Las resistencias pequeñas y pasajeras pueden manejarse simplemente guardando silencio y permitiendo que el paciente ahonde en su propia resistencia. O bien puede el terapeuta --- hacer alguna observación facilitadora, como por ejemplo, si el paciente calla o titubea, decir "¿Si?" o "¿Cómo?" y luego el paciente empieza a hablar. No tiene uno que volver a fuerzas atrás y analizar el significado, sino analizar el fin o el contenido de la resistencia. Esto mientras el paciente parezca -- vencer las resistencias por sí solo y pueda comunicarse realmente; pero si la resistencia continúa o se incrementa, entonces tenemos que analizarla. Es decir: la regla general es que las resistencias pequeñas y pasajeras no se analizan y pueden simplemente superarse.

b) Pérdidas de las funciones del Yo.

Es importante que el terapeuta haga ver que no le afecta una reacción exagerada del paciente y presentar éste un modelo adecuado y ejemplar con el cual pueda identificarse aquél.

Unicamente después de terminada la crisis puede uno -- emprender de nuevo el análisis. Greenson tiene la experiencia de que las intervenciones llevadas a cabo con intención terapéutica y analizadas después profundamente no causan perjuicio irremediable a la situación analítica. Por otra parte, la actitud absolutamente pasiva y silenciosa puede ser una amenaza mayor al dejar que el paciente regrese a un nivel traumático.

C A P I T U L O V I I I

CONCLUSIONES.

El manejo de la resistencia es una de las bases fundamentales de la técnica psicoanalítica por las siguientes razones: (1) El análisis de las resistencias de un paciente aportará luz sobre el estado de su Yo, así como sobre su relación con los objetos. La ausencia total de resistencia puede indicar un proceso psicótico; (2) Al analizar la resistencia se comprenden por lo menos cuatro procedimientos (confrontación, aclaración, interpretación y traslaboración). Y la interpretación es el procedimiento de mayor valor en la técnica psicoanalítica. Interpretar quiere decir hacer consciente al paciente de la historia, el origen, el modo, la causa o el significado de un acontecimiento psíquico dado; (3) La asociación libre, proceso terapéutico que se lleva a cabo al analizar las resistencias, hace posible reconocer las resistencias cuando el material que se analice no está muy comprensible y fluido. Al pedir al analizado que deje llegar las cosas a la mente y que las comunique sin la crítica social acostumbrada, tratamos de descartar las resistencias conscientes. Por las asociaciones libres del paciente tenemos entrada a lo que es la realidad psíquica viva en ese momento. Sus asociaciones libres nos indican lo que es importante; (4) El análisis de la resistencia-

facilita la producción de una alianza de trabajo entre el Yo--razonable del paciente y el Yo analizante del analista.

Puntos coincidentes de varios autores sobre la resistencia: (1) Freud y Fromm-Reichmann están de acuerdo en que la causa de la resistencia inconsciente se hallaba en las mismas fuerzas que producían la represión. Según Freud, después de -- que una idea intolerable es lanzada de la mente, existe una -- inclinación constante de parte de esta idea reprimida por su -- regreso a la conciencia. Freud opinaba que la misma fuerza que originalmente reprime la idea se sigue ejerciendo pero ahora -- contra su vuelta a la conciencia y que ésta fuerza opuesta se -- define como resistencia tan pronto como se trate de manifestar la idea reprimida; (2) Freud y Adler están de acuerdo en que -- la resistencia está dirigida contra los dañosos "insights"; -- (3) Fromm-Reichmann y Rogers están de acuerdo en que la misma -- fuente que motivó los procesos represivos y disociativos ori-- ginales del paciente, su angustia, es también la principal ra-- zón para la resistencia. Creen que la resistencia es un meca-- nismo al servicio de la evasión , al servicio de mantener en-- terrado lo que el paciente espera que siga enterrado, porque -- desea evitar la angustia que naciera de no mantener ese mate-- rial reprimido; (4) Semejante con el pensamiento de Freud es --

la creencia de Sullivan de que la resistencia se produce por una sensación de amenaza y la idea de que la amenaza se advierte cuando se toca una substancia que es personalmente inaceptable; (5) Sullivan, Erikson, Hartmann, Kris y Rapaport ven la resistencia como al beneficio de la supervivencia. Sullivan ~~rr~~ dijo que mucho de lo que es en realidad diagnosticado como ~~---~~ neurótico es un reflejo de la capacidad para sobrevivir en situaciones dificultosas.

La manifestación clínica más clara y frecuente de resistencia es cuando el paciente guarda silencio. La indicación más típica de resistencia desde el punto de vista de las emociones del paciente, se puede observar cuando éste relata verbalmente pero con ausencia de afecto. Lo que relata es árido, monótono, poco expresivo y apático. En general, la impropiedad de afecto es una indicación muy evidente de resistencia. Cualquier postura sin alteración, dure toda una hora y sesión tras sesión, siempre es indicación de resistencia. El empleo de ~~---~~ frases acuñadas, de términos técnicos o el lenguaje vano es una de las más frecuentes indicaciones de resistencia. Habitualmente, señala la evitación de las imágenes vivas y evocadas ~~es~~ del lenguaje personal. Los clichés que más se repiten son indicaciones de resistencia de carácter. La actuación (el anting

out) siempre tiene una función de resistencia. Es una resistencia ya que estriba en repetir en acción (en lugar de palabras) recuerdos y afectos.

La resistencia puede ser adaptativa, ya que en la situación psicoanalítica las defensas se dan a conocer en forma de resistencias y la defensa se relaciona a procedimientos que ponen a salvo del peligro y el dolor. El Yo emplea la regresión en muchas formas para fines de defensa y resistencia. El papel del Yo en relación con la regresión generalmente parece más pasivo que en otras operaciones defensivas.

Una manera de clasificar las resistencias es clasificarlas según su fuente. La clasificación de las resistencias según su fuente es como sigue: (1) Las tres resistencias del Yo (la resistencia de represión; la resistencia de transferencia; la ganancia de enfermedad o secundaria); (2) Resistencias del Ello (las que necesitaban de la traslaboración, o sea la compulsión a la repetición y la adhesividad de la libido); (3) Resistencias del Super-Yo (las que brotaban de la culpabilidad inconsciente y la necesidad de Casitgo). Otra clasificación de las resistencias es según los tipos de defensa: (1) La represión invade el cuadro clínico cuando hay olvido; (2) La

resistencia de aislamiento entra en la situación analítica -- cuando los pacientes apartan los afectos turbados por una ex-- periencia de su composición ideacional; (3) La resistencia -- trasferencial que se da en los pacientes por experimentar reac-- ciones trasferenciales y para rehuir reacciones transferencia-- les; (4) La actuación, que es la representación de un aconte-- cimiento anterior en el presente. La actuación es una traduc-- ción levemente desfigurada del pasado pero parece cohesiva, -- racional y egosintónica para el paciente; (5) Las resistencias silentes o caracterológicas. El carácter se integra en lo bá-- sico de hábitos y actitudes de los cuales algunos son en ma-- yor grado defensivos, otros esencialmente instintivos y otros más son términos medios. Otra manera de clasificar las resis-- tencias es según la clase diagnóstica: las histerias, las neu-- rosis obsesivas, las depresiones neuróticas, las neurosis de -- carácter. Un enfoque más es el de discernir las resistencias -- ajenas al Yo de las egosintónicas. Las ajenas al Yo son más -- sencillas de identificar y es más fácil el logro de una alian-- za de trabajo en relación con ellas.

La primera labor al analizar las resistencias es reco-- nocer que hay una resistencia. Esto puede ser fácil cuando la-- resistencia es evidente. Es más difícil cuando la resistencia--

es vaga, tenue, egosintónica o complicada. Cuando la resistencia es más complicada hacemos uso de la asociación libre para hacerla más comprensible. La siguiente labor es la confrontación. La confrontación del paciente solo debe principiarse -- cuando hay probabilidades de que tenga significado para él y -- ésto depende en gran manera del estado de su Yo razonable. La confrontación del paciente con su resistencia depende de la -- demostrabilidad de ésta. Para aumentar la demostrabilidad de -- la resistencia es recomendable permitir que se crezca. La me-- jor técnica para hacer crecer una resistencia es el silencio.-- Otras dos técnicas más para lograr que ésta aumente son: (1) -- La petición de mayores detalles al punto resistente y (2) mos-- trar todas las pruebas clínicas. La tercera labor al analizar-- las resistencias es la aclaración. Empezamos aclarando el moti-- vo de la resistencia porque precede al modo de la resistencia. Sólo cuando observamos que el modo de resistencia es grande o-- insólito principiaremos con esa cuestión. Al aclarar la resis-- tencia es buena práctica seleccionar la palabra que parece ser imagen de lo que está fomentándose en el paciente, la palabra-- que repercute la situación del paciente en ese tiempo. Por -- ejemplo, si se parece que el paciente está sintiendo un afecto como si fuera un niño, el terapeuta seleccionará una palabra -- de la infancia. Además, hay que tratar de estimar la intensi--

dad del afecto lo más precisablemente posible. Si el paciente está muy valiente, el terapeuta no dirá que "parece enojado" - sino furioso. El terapeuta emplea la palabra ordinaria y descriptiva para señalar la cantidad y calidad de afecto que cree en funciones. La última labor es la interpretación de la resistencia. La interpretación, está constituida por dos elementos: (1) interpretación del motivo de la resistencia y (2) interpretación de la forma de la resistencia. El motivo de la resistencia consta de dos elementos: (1) el afecto doloroso que engendra la resistencia y (2) el contenido (los impulsos inconscientes reprimidos, fantaseos arriconados que deciden un suceso -- psíquico dado) que provoca el afecto lastimoso. Al intentar -- analizar el motivo de la resistencia uno habitualmente empieza por el intento de hallar el afecto doloroso. Nuestro trabajo -- estriba entonces en perseguir el contenido de la resistencia -- que, si tenemos éxito, ilustrará el afecto. Empezaremos con el material que tenemos a mano y de ahí pasamos a explorar lo -- que está ausente; vamos de lo conocido a lo desconocido. Puede ser que la forma de la resistencia primeta la vía más valiosa -- para el análisis. Tal puede ser la situación si la forma de resistencia se vuelve a manifestar frecuentemente, en cuyo caso -- tal vez nos encontramos con un rasgo de carácter. Si la forma de resistencia es rara y no "pertenece al carácter" del paciente, suele ser un acto sintomático y por lo general más fácil--

mente asequible al Yo razonable del paciente. Los pasos para analizar la forma de resistencia son los mismos que hemos bosquejado para otros aspectos de la resistencia. Otra labor más al analizar las resistencias, se puede definir con el nombre de traslaboración. La traslaboración puede entenderse como repeticiones y elaboraciones de la interpretación. Existen dificultades especiales en el análisis de las resistencias. Una dificultad especial se presenta cuando se analizan las resistencias de las primeras horas analíticas. Una fuente de gran resistencia inicial es la decepción que puede tener el paciente para con su analista. Los pacientes usualmente llegan al tratamiento psicoanalítico con un estereotipo en sus mentes del tipo de individuo que quieren como terapeuta. Cuando el paciente se da cuenta y verbaliza su decepción, ésta tendrá que ser manejada terapéuticamente. Otra dificultad especial en el análisis de las resistencias es la resistencia a la resistencia. Una tercera dificultad especial es el secreto. Freud expresó la opinión de que si el psicoanalista hubiera de permitir algún secreto de cualquier tipo, todos los recuerdos, pensamientos, tabúes e impulsos se esconderían en ese asilo y escaparían al análisis. Nuestra postura fundamental es que no deben hacerse privilegios en lo tocante a secretos: hay que analizarlos. Pero también es importante comprender que es un error recurrir

a la fuerza, las súplicas o las amenazas para que el paciente relate su secreto. La postura analítica es que debemos intentar analizar los secretos como haríamos con cualquier otro modo de resistencia. Tenemos la misma paciencia y la misma determinación.

Hay reglas de la técnica relativa a la resistencia. La primera es estudiar la resistencia antes que el contenido, el Yo antes que el Ello y principiar por la superficie. Si analizamos la resistencia antes que el contenido y el Yo antes que el Ello, de modo que cuando interpretamos para el paciente el material arrinconado, lo tratará de modo más propio y no con la simple repetición de sus pautas neuróticas pasadas. La segunda regla de la técnica relativa a la resistencia es dejar que el paciente elija el tema que se tratará en la sesión analítica. Permitimos que el paciente elija el tema para facilitar la asociación libre. Las asociaciones nos indican lo que le preocupa, lo que intenta salir a la consciencia, lo que le es importante. Las asociaciones o la ausencia de ellas nos indican también lo que está tratando de evitar. Hay excepciones a las reglas de la técnica relativa a la resistencia. Una de ellas concierne a las resistencias menores. La regla general es que las resistencias menores y pasajeras no se analizan y pueden simplemente superarse. Esto mientras el paciente parez-

ca vencer las resistencias por sí solo y pueda comunicarse realmente, pero si la resistencia continúa o se incrementa, entonces tenemos que analizarla. La otra tiene que ver con pérdidas de las funciones del Yo en el paciente durante la sesión analítica. En esta situación es importante que el terapeuta no pierda ninguna función de su Yo para reducir las pérdidas de las funciones del Yo del paciente. Esto se puede lograr si el terapeuta presenta al paciente un modelo adecuado y ejemplar con el cual pueda identificarse. En estas situaciones el terapeuta necesita paciencia, aplomo y firmeza.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

1. FREUD, ANNA The Writings Of Anna Freud Volume II, "The Ego-- And The Mechanisms Of Defense", International Universities-- Press, Inc., New York.
2. FREUD, SIGMUND Obras Completas De Freud Tomo V, 'Introduc-- ción a la Psicoanálisis', Capítulo XIX - Resistencia y Re-- presión.
3. FROMM - REICHMANN, M.D. Principales Of Intensive Psychother-- apy, Phoenix Books, The University Of Chicago Press.
4. GARMA, ANGEL International Journal of Psyco - Analysis, Vol. 55 (3) "Aspects of the Transference Resistences in the Fi-- nal Stages of Psychoanalytic Treatment", 1974.
5. GREENSON, RALPH, R. Técnica y Práctica del Psicoanálisis, - Siglo Veintiuno Editores, México.
6. HARTMANN, HEINZ Ensayos Sobre la Psicología del Yo, Fondo - de Cultura Económica, México, 1969.
7. MENNINGER, KARL, A. The Human Mind, Alfred A. Knoph: New York, 1969.

8. NASH, JAMES, L. Y CAVENAR, JESSE, O. American Journal of --
Psychiatry, Vol. 133 (9), "Free Psychotherapy: An Inquiry -
Into Resistance", Septiembre 1976.
9. SINGER, ERWIN Conceptos Fundamentales de la Psicoterapia, -
Fondo de Cultura Económica, México.
10. THOMPSON, CLARA El Psicoanálisis, Breviarios del Fondo --
de Cultura Económica, México.
11. VIANA, HELENA, B. International Journal of Pscho - Anali--
sis, Vol. 55 (3), "A peculiar Form of Resistance to Psy --
choalytical Treatment", 1974.
12. WARREN, HOWARD, C., EDITOR Diccionario de Psicología, Fon-
do de Cultura Económica, México.
13. WOLBERG, LEWIS, R. The Technique of Psychotherapy, second-
edition, GRUNE Y STRATTON, New York and London.

IMPRESA Y PAPELERIA

Italia, S. de R. L.

REP. DE CUBA No. 96-A

TELEFONO 5-10-30-26

