

¿Y de quién es la Resistencia?¹

Joyce Slochower, Ph.D., ABPP²

Programa Postdoctoral de la Universidad de Nueva York

Este trabajo revisa el concepto de Resistencia en la acción clínica en Psicoterapia desde el punto de vista relacional, y se ilustran las propuestas con viñetas clínicas, examinando la contribución del clínico y su participación en las operaciones defensivas o resistentes habitualmente atribuidas solo al paciente.

Palabras clave: Resistencia, implicación del clínico.

This paper reviews the concept of Resistance in clinical action in Psychotherapy from the relational point of view, and the proposals are illustrated with clinical vignettes, examining the contribution of the clinician and their participation in defensive or resistance operations usually attributed only to the patient.

Key Words: Resistance, Clinician's implication.

English Title: Whose Resistance is this anyway?

Cita bibliográfica / Reference citation:

Slochower, J. (2018). ¿Y de quién es la Resistencia?. *Clínica e Investigación Relacional*, 12 (3): 465-478. [ISSN 1988-2939] [Recuperado de www.ceir.info] DOI: 10.21110/19882939.2018.120304

¹ Texto de la segunda intervención de Joyce Slochower en ÁGORA RELACIONAL (Madrid) en el Seminario Clínico realizado el 30 de Junio de 2018. Reproducido con autorización de la autora. Traducción al castellano de María Hernández Gázquez.

² Joyce Slochower es Doctora en Psicología y Psicoanalista (individual y de parejas); vive y trabaja en Nueva York. Profesora y supervisora en el Programa Postdoctoral de la Universidad de Nueva York, del *Steven Mitchell Center for Relational Psychoanalysis* entre otros. Entre sus publicaciones *Excessive Eating: The Role of Emotions and Environment* (1983), *Holding and Psychoanalysis: A Relational Approach* (1996) y *Psychoanalytic Collisions* (2006). Contacto: 15 West 75th Street 8B - New York, N.Y. 10023 Joyce.slochower@gmail.com Tel. 212-362-4437.

Nosotros, como analistas contemporáneos, tendemos a resistirnos bastante a la hora de hablar sobre el tema de la resistencia. Creo que hay muchas razones para ello, algunas teóricas y otras no. Para empezar, desde un punto de vista teórico, el concepto nos parece demasiado clásicamente unipersonal, demasiado certero y postmoderno.

Pero también creo que hay razones personales para resistirse al concepto. Muchos de nosotros evitamos pensar en la resistencia, precisamente porque nos resistimos a la experiencia contra-transferencial que evoca. No nos gusta sentirnos como nos sentimos cuando vemos al paciente como resistente. No nos gusta culparla y no nos gusta sentirnos impotentes. Cuando evocamos la palabra "R" en relación a un paciente, nos sentimos malos terapeutas.

El concepto de la resistencia está en tensión con nuestro objetivo clínico porque nuestro trabajo psicoanalítico está organizado alrededor de vínculos; exploramos a tientas la experiencia del paciente; intentamos comprenderla desde dentro y desde fuera. Por supuesto, habrá veces en las que ella nos experimente como que estamos 'fuera de sintonía', que no tenemos ni idea, o que somos intrusivos; es decir, como el "otro". Esto lo esperamos y esperamos trabajar con ello. Cuando podemos superar estos desencuentros, establecemos una sensación de "sujeto como-sí"; profundizamos en lo desconocido, temido o negado.

Sin embargo, hay momentos en los que paciente y analista se experimentan más crónicamente como el "otro". Desde el punto de vista de nuestro paciente, nada de lo que digamos suena bien. No le hemos comprendido, y decimos algo equivocado. Estábamos mal-sintonizados, culpabilizando, sin idea y confusos. Cuando se pueden trabajar estos momentos, se abre paso a una mayor comprensión mutua. Pero cuando no, nosotros, junto con nuestro paciente nos podemos sentir bastante atascados. Nuestro paciente parece inalcanzable, sin poder conocerle, o cerrado. Podemos sentir aversión o simplemente sentirnos desesperanzados. No somos capaces de complicar – ni traspasar – su rechazo o su negación de nosotros. Incluso puede que fantaseemos con la idea de finalizar el tratamiento por completo.

En los primeros tiempos del psicoanálisis, con frecuencia los analistas se apoyaban en el término resistencia. Originalmente concebido como "todo aquello que interrumpa el trabajo analítico" (Freud, 190/1953^a, p. 517), la "resistencia" principalmente se ha invocado para explicar el rechazo del paciente a nuestras interpretaciones. La resistencia es una forma de auto-protección contra la amenaza – contra la ansiedad subyacente (inconsciente), la agresión, la culpa o la vergüenza (ej. Klein, 1957; Kernberg, 1974; Kohut, 1971). Nada de esto necesariamente significaba que lo que habíamos dicho

o hecho para estimular la resistencia fuera equivocado, aunque quizás, se había utilizado en un momento inoportuno o era excesivamente penetrante.

Aun así, esta forma de pensar tenía potencial clínico. La idea de que un paciente pudiera rechazar una interpretación por razones dinámicas organizó nuestro pensamiento sobre el momento clínico y nos ayudó a identificar la inversión de las personas en su auto-protección, por mantener todo como está. Profundizó nuestra comprensión en las ansiedades que subyacen al proceso terapéutico. Bien utilizado, tenía el potencial para ayudarnos a ayudar a nuestro paciente con estas ansiedades (ver por ejemplo Schafer, 1973).

Sin embargo, mal utilizada, no nos ayudaba en absoluto; incluso contribuía al estancamiento clínico. La "resistencia" tenía que ver con el paciente. Lo utilizábamos como una forma de re-aseverar, más que revisar, la validez de nuestra comprensión. Una sabiduría dinámica adecuada, que localizaba la resistencia completamente sobre el paciente, mientras el analista permanecía como el proveedor de la verdad psicológica, conocimiento y certeza interpretativa. Cuando un paciente rechazaba nuestra interpretación, estaba a la defensiva – o peor. Nuestro trabajo era seguir intentando minar las defensas – hasta que abrieran paso a la comprensión. Mientras a veces reconocíamos que nuestra intervención era torpe o excesivamente penetrante, rara vez contemplábamos la posibilidad de poder estar sencillamente equivocados. Demasiado a menudo evitábamos localizar la resistencia en la díada o considerarlo como una forma de comunicación con derecho propio.

La "resistencia" es una palabra utilizada dinámicamente con facilidad por nosotros los analistas. No somos conscientes de que invocamos el concepto para manejar nuestros *propios* sentimientos de que algo no marcha bien. Con frecuencia somos *nosotros* los que nos sentimos frustrados o obstaculizados porque nuestra interpretación ha fallado, o porque algo que hayamos hecho haya fracasado. Al acuñar la etiqueta de "resistencia", recaemos en nuestro propio uso del refrán de primaria de la goma y el pegamento: "yo soy la goma, tú el pegamento, lo que digas te rebota de nuevo a ti"¹. Al etiquetar a nuestro paciente "resistente", evitamos nuestras propias emociones de inadecuación, frustración o vergüenza. De forma rígida evitamos comprometernos con una exploración seria sobre cómo hemos fracasado, qué evocamos *nosotros* y cómo ese momento de impasse se estableció de forma conjunta. Eludimos el otro lado: nuestro lado. Ignoramos la posibilidad de que nuestra percepción sobre la respuesta de nuestro paciente se haya formado – al menos en parte – por lo que *nosotros* contribuimos a su reacción.

Nuestra propia resistencia es evidente en nuestra insistencia, la insistencia en que tenemos la razón, que sabemos lo mejor. Re-aseveramos la validez de nuestra percepción o idea; esperamos interpretar la negación de nuestro paciente de forma dinámica. O, catapultados hacia la desesperanza, concluimos que no hay manera de entrar. Nos resistimos a mantenernos en el momento clínico y nos retiramos o salimos, nos damos por vencidos, explícitamente o secretamente. El espacio reflexivo, tanto nuestro como de nuestro paciente, se colapsa.

Estos son momentos de impasse. Hacen que sea más difícil reconocer privadamente, ni qué decir explícitamente, nuestra propia contribución al estancamiento. Dejamos de cuestionarnos a nosotros mismos, preguntas sobre el cómo – y por qué – estamos tan identificados con lo que estamos diciendo.

Hemos recorrido un largo camino desde entonces, pero creo que esto es cierto sean cuales sean los detalles particulares de nuestra particular teoría. Incluso el concepto de la resistencia se ha enfrentado a considerable resistencia en la mayoría de los mundos psicoanalíticos contemporáneos. Somos conscientes de que invita a una visión distorsionada, patológica del paciente y una visión elevada, incluso idealizada del analista. Hoy, prácticamente no utilizamos el término; de hecho, estamos todos de acuerdo con un “hecho” – el que no hay “hechos” (ej. Bromberg, 2006). ¿Quién puede decir que nosotros como analistas sabemos realmente qué es lo que está ocurriendo? Nuestro paciente puede estar resistiéndose a una interpretación o confrontación, pero hay otras posibilidades, quizás igualmente plausibles, todas las cuales requieren que nos miremos a nosotros mismos:

¿Cuán ansiosos, enfadados, frustrados nos estamos sintiendo? ¿Qué está en juego para nosotros? ¿Y si estamos equivocados? ¿Y si estamos en lo cierto, pero de forma demasiado intrusiva? ¿Acaso necesitamos que nuestro paciente aprecie lo que estamos diciendo porque valida nuestra competencia o desconfirma una inquietante sensación de inadecuación? ¿Por qué nos reafirma que somos importantes para ella? ¿Qué estamos intentando demostrarnos a nosotros mismos? ¿A ella? ¿Acaso hay una resistencia mutua en juego (Hoffman, 1971)? ¿Acaso somos nosotros los que nos estamos resistiendo a comprender algo que es cierto para nuestro paciente, subjetivamente hablando?

Al reconocer, e incluso, al dirigirnos a todo esto de forma explícita, hemos encontrado formas de resistirnos a la atracción de nuestra propia insistencia conceptual. Escritores de un amplio rango de orientaciones han sobrepasado el elemento-conflicto-lucha de

poder al que invitaban las conceptualizaciones de resistencia; esto hace que sea más fácil repensar lo que está ocurriendo entre nosotros y “dentro” del paciente.

En gran medida, este cambio surge de las contribuciones de la teoría del trauma y la investigación infantil, especialmente en relación con las dinámicas del self y la regulación mutua. Debajo de lo que parece una lucha de poder, yace un intento desesperado de auto-estabilización. Sí, la resistencia es una defensa, pero es una defensa conceptualizada en términos de urgencia: nuestro paciente resiste nuestras aportaciones porque hemos quebrado procesos de auto y/o regulación mutua. Hemos aterrorizado, amenazando precipitar la desorganización o la disociación. Este cambio conceptual tiene importantes implicaciones dinámicas porque nos aleja de una experiencia de oposición – alteridad – hacia una de similitud subjetiva.

El considerar las dinámicas de trauma que subyacen al rechazo por parte del paciente a nuestra aportación, hace que sea más fácil alejarnos de la frustración hacia la empatía. ¿Es posible que nuestra interpretación se sienta simbólicamente como un ataque puesto en escena de nuevo, a ser evitado a toda costa? ¿Acaso hemos repetido una dinámica familiar problemática – fuimos demasiado certeros, demasiado insistentes? ¿Acaso fuimos demasiado acertados o estamos equivocados?

Todo esto nos ayuda clínicamente. En lugar de ver a nuestro paciente resistente como un adversario, alguien que nos aleja y contra quien luchamos insistentemente, podríamos dejar de interpretar su resistencia como tal. Podríamos suavizar nuestro tono, elegir nuestras palabras más cuidadosamente, y trabajar más duramente para mantener una sensación de conexión. Estaríamos menos predispuestos a lanzarnos de cabeza hacia lo que es difícil o a lanzar interpretaciones confrontadoras cuando un paciente se torna defensivo. Caminar suavemente al intentar encontrar un camino hacia delante.

A veces esto ayuda – crea justo el espacio necesario para que nuestro paciente nos escuche. Puede estar de acuerdo, discutir, o corregirnos, pero estamos en dialogo en torno a su experiencia y ese dialogo nos permite superar el estancamiento. Esto es un gran alivio para ambos.

Pero a veces todo el tacto del mundo no ayuda; no importa lo capaces que seamos de repensar el momento clínico o considerar nuestra contribución al conflicto terapéutico, hay un retroceso. Nuestro paciente ignora o rechaza nuestra aportación terapéutica. Enfrentados contra una pared subjetiva, nos sentimos más en una lucha de poder que en un dialogo analítico. La resistencia de nuestro paciente parece más crónica que momentánea, más una característica que un estado. En todos estos momentos,

necesitamos sacar algún tipo de “conejo de la chistera”. Creo que cada uno de nosotros lo hacemos a nuestra manera. Esta es la mía:

Cuando soy consciente de que mi paciente se está volviendo defensiva, normalmente ofrezco una forma de preaviso antes de entrar en el dialogo terapéutico. Ese preaviso está impregnado tanto de reconocimiento como de (exploración) tentativa de mi propio impacto potencial. Puedo decir algo como, “Va a ser difícil escuchar esto”. O, “estoy pensando algo y quiero saber qué te parece, sondearlo contigo. Es posible que esté equivocada, pero...” Este tipo de reconocimiento ayuda a suavizar la asimetría inherente al momento y puede mitigar el que mi paciente me experimente como alguna forma de amenaza “exterior” o como un adversario.

A veces este tipo de enfoque ayuda – crea el suficiente espacio para que mi paciente me escuche. Puede que esté de acuerdo, o que me corrija, pero ambas estamos en un dialogo sobre su experiencia y ese dialogo permite que las cosas vayan cambiando.

Sin embargo, abordar con más suavidad no es siempre suficiente. Cuando no lo es, cuando mi paciente sigue defensiva, alejada, o estresada de otra forma, me alejo del contenido y en su lugar articulo el proceso. Esto significa poner palabras al sentido de discrepancia o de enfrentamiento de mi paciente, mientras mas o menos ignoro el contenido que nos llevó a ese lugar. Dejando el significado de lo que dije de lado, me dirijo a su impacto, apropiándome implícitamente la responsabilidad por su experiencia emocional. Puedo decir, “Estoy pensando que te he hecho sentir bastante frustrada/cabreada”, “sospecho que he herido tus sentimientos”, o “tengo la sensación de que lo que he dicho te ha molestado”.

Mi enfoque es hacer afirmaciones como “estoy pensando que estás cabreada” en vez de preguntas directas como “¿estás cabreada/dolida etc.?” Más que una pregunta, una afirmación no requiere una respuesta; pone a mi paciente menos contra la pared y le permite lo que necesite, ya sea corregirme o ignorarme. Además, no renombro el contenido que la cabreó o que le hizo daño porque sospecho que hacerlo intensificaría su defensa.

Entonces, alejándome de lo que parece excesivamente penetrante, intento contener (hacer paréntesis con) mis propias defensas y dirigirme hacia ella. En lugar de comentar algo sobre ella, me dirijo a cómo sospecho que se siente sobre lo que he dicho. Incluso si estoy equivocada, ella puede sentir alivio por el esfuerzo de reconocimiento que mi comentario representa. De alguna forma, una reparación puesta en escena; que de

momento suspende la indagación analítica. Al ampliar sobre los temas de forma menos confrontadora, mi paciente y yo vamos más allá del momento de la resistencia.

Sin embargo, para que la reparación tenga lugar, mi paciente debe ser capaz de tolerar el conocimiento de que he movido cosas y que puede ser que yo sea capaz de repararlas. Para algunos, este conocimiento es intolerable. Estas son personas que no pueden soportar la vulnerabilidad implícita (y subjetivamente vergonzante) en su sensibilidad hacia nosotros. El conocimiento de que hemos herido o insultado intensifica esa defensa ya que subraya su vulnerabilidad. La recuerda que podemos hierla, y ese conocimiento es insoportable. Paradójicamente, un dolor similar se puede evocar por el reconocimiento de que tenemos el poder emocional para hacer que todo sea mejor. Y el reconocimiento de que nos sentimos frustrados o mal puede evocar el sentimiento de que ella ha sido destructiva.

En momentos como estos intento dirigir mi impacto desde una distancia interpersonal mayor. Mantenerme fuera del campo de “nosotros”, posiblemente diga “Creo que acabo de joderla”, en lugar de “Apuesto que estás molesta conmigo”. El decir las cosas indirectamente me coloca – a mi y a nosotras – un poco fuera del momento. Es una forma de hablar que puede salvar la dignidad de alguien que está intentando desesperadamente negar su vulnerabilidad ante mi impacto. Es importante conocer que este cambio se apoya en la capacidad del analista de salir de su propia posición defensiva culpabilizadora, lo cual no es siempre fácil de hacer.

Veamos una ilustración: Jane, totalmente sobrecargada por masivas responsabilidades laborales y las demandas de compañía y familia extensa, se experiencia como “el dedo en el dique”². La identificación nuclear de Jane es de víctima, sobre-exigida, explotada y utilizada. Sus mundos personales y profesionales están siempre al borde del colapso y únicamente ella puede salvar el día. Jane pasa sus días (y noches) apagando fuegos provocados por otros. Esta forma de vida es agotadora e indignante, y Jane se alterna entre estados de agitada depresión y llanto (no puedo creer que esto está ocurriendo, no tengo espacio para mí en mi vida). Ocasionalmente en su angustia irrumpen destellos de rabia dirigida tanto contra aquellos que la necesitan como aquellos que le fallan. “Una vez más, mi familia no estaba disponible para ayudar, y tuve que llevar a mi madre de nuevo a Urgencias en mitad de la noche ya que ninguno de mis hermanos podía”. A Jane esto se le da muy bien, pero esta forma de vida no le deja lugar para ella ni para hacer nada para ella misma. Y la deja crónicamente enfadada y angustiada, normalmente con las personas en su vida con las que no puede contar.

Para empeorar las cosas, cuando Jane es capaz de llegar a la sesión, normalmente llega muy tarde – siempre debido a razones externas que son, al menos por ahora, totalmente inanalizables. La necesidad urgente de otro se interpuso en el camino. Emergencias – nunca las suyas – la obligan a cancelar los planes organizados alrededor de sus propias necesidades. Jane es amable y se disculpa por estas frecuentes cancelaciones, pero es absolutamente incapaz de examinar su (o cualquier otra) dinámica.

A pesar de su considerable inteligencia y su presentación de aparente auto-reflexión, Jane parece incapaz de mentalizar, acceder a una profundización interna, o enganchar con la regulación del afecto. Salta de crisis en crisis, crónicamente desregulada e incapaz de examinarse a sí misma. Jane insistentemente culpa tanto a las circunstancias como a los incompetentes, insensibles e indiferentes otros de lo que está mal. Es intensamente reactiva y rápidamente se dirige hacia la catástrofe; un desastre tras otro. Casi siempre terriblemente molesta por algo “real”, Jane no participa en la exploración de los “por qué” y responde a leves preguntas volviéndose rígida. Jane quiere validación y consejos concretos; no quiere la exploración analítica.

Trae su angustia junto con una comunicación bastante consciente de que no hay nada que se pueda hacer respecto a nada. Jane amablemente los tolera, pero permanece desinteresada ante mis intentos de explorar las dinámicas y la historia de su experiencia. Esquiva todos mis intentos: preguntas como “¿de dónde viene la sensación de estar sobrecargada?” “¿Quién se comporta de esta manera en tu familia?” “Estoy pensando que arriesgarse a eso daría mucho miedo” “Me pregunto si algo se podría perder si te ajustaras a tu propia agenda y necesidades” “Quizás de alguna forma, ser indispensable es importante” las recibe todas con la cara en blanco y a veces con ligera irritación.

Jane se centra en lo cotidiano y por eso tiene una enorme dificultad para mirarse a sí misma y se cierra a la indagación analítica. Sí, sus padres estaban crónicamente sobrecargados por la vida y a ella la habían dejado de lado. Quizás por eso es tan importante para ella asumir la responsabilidad por su familia, pero realmente, no tiene elección. Cuando me pregunto si ser el centro – aunque sea desbordante – es mejor que ser ignorada, Jane asiente antes de volver a sus lamentaciones: si ella no está en el centro, todo se colapsará. Pero mientras rara vez me contradice, Jane no juega con su experiencia ni su origen, persistentemente volviendo a la realidad, Jane permanece falta de curiosidad. No hay manera de poder tomar tiempo para sí misma y abandonar a ese padre, ese proyecto. Es una emergencia seria y no hay nada dinámico que comprender.

Todo marcha bien, mientras empatico con la angustia de Jane y evite el cuestionamiento, ni qué decir la interpretación. Jane vive la terapia como un espacio

seguro donde puede descargar. Pero continúa reaccionando de forma catastrófica ante incluso crisis menores; al final de la sesión me siento agotada y a veces desesperanzada.

He intentado todo lo que se me ocurre, pero no he encontrado forma de abrir el espacio clínico. Me he dirigido a la realidad subjetiva de Jane, diciendo cosas como “estoy pensando que arriesgarte a decir “no” debe ser muy, muy, muy miedoso” y “quizás de alguna manera ser indispensable es importante”. He intentado nombrar y explorar el origen de la postura de víctima de Jane, diciendo, “creo que te has sentido sobrecargada toda tu vida”. Le he hablado sobre mi experiencia con Jane, diciendo cosas como “me resulta difícil ver que te sigo fallando”. He intentado ayudar a Jane a entrar en la subjetividad del otro preguntándola, por ejemplo, si su hermana puede sentirse inadecuada en vez de despreocupada. ¿Es posible que evite ayudar a Jane por una sensación de impotencia más que por insensibilidad?

Estas formulaciones me ayudan a sostenerme a mí misma (Slochower, 1996; 2014), pero no parecen ayudar a Jane. Normalmente tolera lo que digo y rara vez me contradice, pero no puede entrar en un dialogo sobre su experiencia o la mía. Persistentemente volviendo a la realidad, Jane permanece sin curiosidad. Sí, sus padres estaban crónicamente sobrecargados por la vida. Quizás por eso sea tan importante para ella tomar la responsabilidad por su familia, pero realmente, no tiene elección. Si ella no está en el centro de todo, todo se colapsará. Ella se da cuenta de que para mi puede ser frustrante, pero no hay nada que pueda hacer para ayudarla ya que estas situaciones son reales.

El tono dramático de Jane, su forma de encogerse de hombros desesperada, sus gestos agitados, y sus lágrimas me hacen sentir más irritada que empática. A veces tengo ganas de poner mis ojos en blanco debido a mi irritación. Pero tras el poner los ojos en blanco está mi propia resistencia, alojada en un creciente sentimiento de inadecuación terapéutica. No puedo llegar a Jane. No consigo hacerlo bien. La pared que encuentro mina mi propia “sensación de buena analista” y a veces cedo y la culpo a ella. Siento que juzgo la victimización del largo sufrimiento de Jane y su rabiosa culpabilización de los demás. Y bajo esto, a veces me siento un poco intimidada. La ira de Jane puede dar bastante miedo.

Cuando estoy especialmente frustrada, la incito. Una vez probé tentativamente la idea de que ver a su socia en la empresa como incapaz, podría exacerbar su impotencia y reforzar el deseo de Jane de ser necesitada. ¿Acaso Jane necesitaba ser la única responsable ya que nunca había podido contar con nadie en casa? Jane asintió. Avancé esperanzada: ¿y si ella ayudaba a su socia a desarrollar su propia habilidad y así podría

mantener su plan de tomarse un día libre del trabajo? Cautelosamente Jane musitó; sería maravilloso ir a clase de pintura. Quizás lo intentaría.

¡Uyyy! ¡Qué equivocada estaba! Jane llegó a la siguiente sesión llena de furia. Había seguido mi consejo implícito, dado más responsabilidad a su socia y se había tomado un día libre. Y ¿qué había ocurrido? Su socia la había jodido bien. Había tenido que estar todo el fin de semana para conseguir de nuevo la estabilidad. Jane estaba totalmente exhausta; no había dormido durante casi 36 horas. No tenía que haberme hecho caso. Es posible que yo tuviera buenas intenciones, pero soy increíblemente ingenua. Realmente no hay nadie más en quien confiar más que en ella misma.

Enfrentada con esto, sintiéndome frustrada, mal e intimidada por su rabia, intenté reagrupar enfocándome en el proceso, nombrando la rabia de Jane contra mí por entenderlo mal e intentando hacer un paréntesis con mí sentido de convicción de cómo Jane había participado en sostener esta dinámica.

Uniéndome a la resistencia de Jane articulando lo que sentía que ella necesitaba oír dije, "Pensé que yo sabía lo mejor más que tú, pero realmente no lo entendí. No leí bien la situación y se han desbaratado las cosas. Tú intentas desesperadamente mantener tu vida en marcha y manejar la soledad y el miedo de ser la única que lo hace. No me extraña que estés cabreada".

Jane asintió, aliviada. "Ahora sí lo entiendes. Se que estás intentando ayudarme a tener vida propia, pero cuando sugieres que hay un elemento psicológico en lo que está ocurriendo, no atinas. Todo esto es real".

Por un lado, hay una reparación implícita aquí. Al trasladar el enfoque del contenido al proceso, al apropiarme de la responsabilidad por mi fracaso y al evitar señalar la participación de Jane o la re-actuación que representaba, el impasse entre nosotras se suavizó y Jane se relajó un poco. "Esto es lo que he estado intentando que veas. Necesito sentirme segura aquí, y ahora me siento segura".

¿Había ocurrido algo terapéutico? ¿O simplemente había reforzado su resistencia de una forma que perpetuaba nuestro punto muerto?

Con algunos pacientes, ayuda reconocer nuestros fracasos de comprensión y/o nuestro dolor. Suaviza el elemento de lucha de poder inherente en la discusión implícita en la resistencia (¿por qué no lo ves a mi manera?). Al sostener el conocimiento de nuestra investidura en nuestro punto de vista y sus orígenes dinámicos, nos alejamos del impasse. Muchas veces, aunque por supuesto no siempre, esto puede allanar el camino hacia una exploración más mutua del proceso emocional; a veces esto mismo crea un

'momento de encuentro'. Volvemos al contenido, a lo que hemos dicho que causó el descarrilamiento y por qué. Pero, aunque no podamos llegar a ese lugar, creo que ocurre algo que es más importante: se abre una ventana en el micro-impasse que ha sido como una plaga para el paciente (y que quizás para nosotros también) a lo largo del tiempo. Lo que esto parece, hablando clínicamente, dependerá de los detalles de cada diada analítica, por supuesto.

Pero no con Jane. Sí, logramos pasar ese momento de impasse, pero la resistencia de Jane al auto-examen continúa sin disminuir. Cuando intento esclarecer la dinámica que dirige su rabioso auto-sacrificio o abordo lo que está ocurriendo entre nosotras, se siente enfadada y abandonada y reafirma la desesperanza de su situación. Cuando la fuerzo, retando su sensación de desesperanza atascada y hablo sobre sus dinámicas, Jane coopera a nivel superficial pero luego se colapsa de nuevo en la miseria o la amargura. Cuando hablo de su colapso, enfadada me dice que no entiendo y que la estoy fallando. Jane no está interesada en cómo esto me hace sentir a mí, ni en lo que ocurre entre nosotras. La terapia es su único lugar seguro y necesita que la comprenda, y punto.

De forma creciente he llegado a creer que la rabiosa insistencia resignada representa una fina capa que cubre un estado traumático crónico – una vulnerabilidad subyacente que impide el acceso a la agencia y recrea una sensación de victimización de la niñez. Quizás Jane no puede permitir que yo le ofrezca algo sin de nuevo representarse como una víctima pasiva. Al declarar que el emperador no tiene traje, Jane demanda que el fracaso del otro se vea y se reconozca. Al hacerlo, simbólicamente repara una vida de no-reconocimiento.

Lo cual me trae de nuevo al principio, a la suposición de que siempre debemos abordar la resistencia con el objetivo de abrir las cosas y trabajarlas. Quizás necesitamos darle la vuelta al concepto de resistencia y considerar el potencial terapéutico inherente que tiene.

¿Puede haber ocasiones en las cuales una *resistencia no-interpretada* es algo *bueno*, clínicamente hablando? ¿Puede ser que el rechazo de nuestro paciente – de nuestra idea, sugerencia, confrontación, etc., en sí mismo sea mutativo cuando no lo es el trabajarlo? ¿Puede ser que nuestra necesidad de mantener una sensación de buen-analista ofusque el valor clínico del impasse no-resuelto?

Me he estado preguntando si la necesidad de Jane de afirmar, en vez de examinar, su experiencia de ser victimizada pueda, paradójicamente, representar una reparación simbólica. Cuando Jane rechaza mis ofrendas, declara y mantiene sus límites para que el poder y la autoridad del otro (yo) ni penetre ni abrume. Ella representa y de hecho

dramatiza, su angustia y encuentra un testigo para ello. Requiere que el testigo no demande su cambio, sino que “meramente” reconozca su dolor y sus orígenes.

La resistencia de Jane bloquea el “insight” y nos impide trabajar los enactments, pero también parece fortalecer su sentido de interioridad y agencia. Hace el espacio suyo; me mantiene presente, pero diferente a sus padres, malos e incapaces de ayudar a cambiar las cosas. No puedo influirla, pero puedo recibir su experiencia, algo que no había ocurrido en su vida hasta ahora.

He realizado muchos exámenes de conciencia sobre mis reacciones, sobre lo que puedo ver y lo que no, sobre Jane y nuestra interacción. Sobre cómo puedo inadvertidamente repetir un mensaje implícito que necesita cambiar. Sospecho que es el malestar con mi sensación de ineffectividad – o de estar “equivocada” – lo que puede hacer que me sea difícil reconocer el valor terapéutico de lo que siento como la intransigencia de Jane. Y ese malestar disparó su propia resistencia – en mí. Inicialmente me alejó de la empatía e intensificó mi frustración. Mi deseo/necesidad de profundizar el tratamiento hizo que no fuera consciente del valor clínico del impasse sin resolver.

Pero también estoy bastante segura de que, al localizar este tipo de impasse resistente en el analista, a veces nos perdemos algo. Porque no siempre se trata de nosotros, nuestra torpeza, punto ciego dinámico, o nuestra insistencia. A veces realmente nuestro paciente es el resistente. Y esta resistencia no es algo enteramente malo.

¿Es posible que la resistencia de Jane al auto-examen sea un tipo de “última batalla” (“Custer’s last stand” – la última Batalla de General Custer en Little Bighorn de americanos contra nativos americanos³) que en sí mismo representa una potencial reparación clínica?

Estoy deseando, aunque aún no estoy segura, de que sea esto lo que está ocurriendo. Me sostengo a mí misma – mayormente – porque ha habido algunos pequeños cambios que sugieren que en términos globales puede que haya menos estancamiento. Jane está un poco más calmada, y con menos frecuencia llega tarde a las sesiones. También se ha apuntado a una clase semanal de arte y asiste a aproximadamente la mitad de las clases. Llega a sus sesiones con un poco de antelación y es más fiable. Y muy de vez en cuando Jane me permite enlazar su historia temprana con lo que está ocurriendo en el presente y asiente en vez de rechazar con rabia mis aportaciones. Recientemente ha reconocido que siempre está enfadada y desearía no estarlo, implícitamente pidiendo mi ayuda. Esto me pareció algo muy grande.

Sin embargo, no ha habido un cambio sísmico, ningún “enactment” dramático. Jane vuelve con frecuencia a un acomodado estado de sobre-funcionamiento, enfadada y victimizada y sigo insegura sobre si alguna vez será posible un cambio global. ¿Alguna vez el testarudo rechazo de Jane a las aportaciones “externas”, su insistencia de que su experiencia es real, gradualmente reparará una vida de desconfirmación? ¿Será su “resistencia” el vehículo a través del cual se sumará el cambio? ¿Encontraremos alguna vez forma de abrir camino alojado dentro de nuestra interacción? ¿O fracasaremos, porque yo no puedo encontrar cómo entrar y Jane no puede permitir el cambio?

La mayoría de las viñetas clínicas de este tipo terminan con una apertura, a menudo precipitada por un “enactment” dramático. Pero esta no. Creo que es importante que hablemos juntos sobre tratamientos como este, tratamientos donde la pared que podríamos llamar resistencia permanece mayormente infranqueable.

Los momentos de resistencia se pueden abrir cuando examinamos nuestra propia inversión en una posición particular y la dinámica de la negativa de nuestro paciente de aceptar lo que estamos haciendo o diciendo. Aquí hay un movimiento mutuo, y en muchas ocasiones, lo que parece resistencia se difumina a medida que el trabajo profundiza. Pero cuando la resistencia no cede, cuando nuestra visión del trabajo analítico colisiona con la realidad, nos enfrentamos al estancamiento y confrontamos los límites de nuestra capacidad para trabajar con la resistencia. ¿Debemos hacer las paces con el hecho de que algunos pacientes, realmente, verdaderamente, son incapaces de moverse, sin importar las habilidades, el tacto, o lo reflexivos que seamos? ¿Acaso es nuestra resistencia (de reconocer los límites de nuestra capacidad clínica) la que interfiere con nuestro reconocimiento del hecho de que algunas veces la resistencia es, finalmente, increíblemente resistente al cambio?

REFERENCIAS

- Adler, E. and Bachant, J.L. (1998). Intrapyschic and Interactive Dimensions of Resistance. *Psychoanal. Psychol.*, 15:451-479
- Bromberg, P. (2006). *Awakening the Dreamer*. Mahwaw, JC, Analytic Press.
- Hoffman, I.Z. (1991). Discussion: Toward a Social-Constructivist View of the Psychoanalytic Sit... *Psychoanal. Dial.*, 1:74-105.
- Kohut, H. (1971). *The analysis of the self*. New York: International Universities Press.
- Kohut, H. (1977). *The restoration of the self*. New York: International Universities Press.

Rangell, L. (1983). Defense And Resistance In Psychoanalysis And Life. *J. Amer. Psychoanal. Assn.* 31:147-174

Renik, O. (1995). The Role Of An Analyst's Expectations In Clinical Technique: Reflections On The Concept Of Resistance. *J. Amer. Psychoanal. Assn.* 43:83-94

Original recibido con fecha: 20/5/2018

Revisado: 30/6/2018

Aceptado: 30/10/2018

NOTAS:

¹ N. de T.: Idea recogida en el dicho infantil: "Bota, rebota, tu culo explota"

² N. de T.: Imagen tomada por la autora de H. Andersen

³ N. de T.: Recogida en la narrativa cinematográfica en la película titulada en castellano "Murieron con las botas puestas".