

Sobre las resistencias: “yo estoy bien”

INTRODUCCIÓN

Tradicionalmente se ha entendido la *resistencia* como cualquier aspecto de la actividad del paciente (intrapersonal o interpersonal) que obstruye el proceso terapéutico. La resistencia era contemplada en los comienzos del psicoanálisis como una barrera a superar. Más específicamente el silencio, era concebido como “la más poderosa resistencia” a la transferencia. Sin embargo, a comienzos de los años 60, comienzan a proliferar los trabajos que plantean el silencio como una forma de comunicación dentro del marco de la alianza terapéutica. Las complejidades del silencio comienzan a ser vistas como un medio elaborado de defensa, pero también de comunicación.

CASO CLÍNICO

José, como lo llamaremos aquí, es un varón de 30 años, casado, padre de una hija, que acude a consulta a instancias de su mujer. Ya en la primera entrevista, mientras José permanece callado, ausente, en actitud claramente pueril, su esposa relata espontáneamente cómo el paciente ha experimentado en el último mes un cambio llamativo. Dice encontrarle muy triste, con escasa iniciativa, tendencia al aislamiento y demandas extrañas (“pide que las puertas estén siempre abiertas”). Pasa el día sin hacer nada, sentado en un sofá. A veces se va a su habitación y empieza a llorar. Se queja de dolor de estómago y pregunta a menudo por su hija. Desde hace un mes disminuyen notablemente las horas de sueño, acompañado de inquietud nocturna. En los últimos quince días sufre un insomnio global. Cuando su mujer sale de la consulta, reclama de forma pueril su presencia, mantiene la cabeza hundida, con la mirada hacia el suelo y dice: “A mí no me pasa nada. Yo estoy bien”. Al preguntarle si ha tenido pensamientos de suicidio, niega con un gesto y, rompiendo brevemente de nuevo su silencio, dice: “sería buena idea”.

Su mujer refiere haber ido progresivamente adoptando hacia él los cuidados que tiene hacia sus propios hijos: lo asea, lo viste, le da de comer. Ella dice no reconocerlo, pues siempre ha sido un hombre vital y sociable, y se queja de “tener un niño más en la casa”. En una ocasión, según cuenta su mujer, expresó ideas de ruina: “nos vamos a quedar sin agua y sin oxígeno”. La instauración de tratamiento farmacológico, en base a la hipótesis de un cuadro depresivo con sintomatología psicótica, ha ayudado en la mejora de la inquietud y el insomnio. Tampoco ha vuelto a verbalizar pensamientos similares a los previamente referidos que sugieran la alteración del juicio de realidad. En ningún momento durante las entrevistas pudieron inferirse posibles fenómenos alucinatorios a partir de su conducta. La actitud pueril comienza a revertir. Pero el acceso a su mundo interno por medio de las palabras se mantiene invariable y activamente impedido.

Cita tras cita José responde a cada intento de contacto verbal, bien encogiendo los hombros con un gesto desdefioso o un “paso”, bien diciendo: “yo estoy bien”, permaneciendo el resto del tiempo serio, en silencio, evitando el contacto visual. En ocasiones manipula algún objeto de la mesa o algún papel. La historia personal de José será reconstruida a través del relato de su mujer. Éste revelará algunas de las experiencias de abandono y violencia tanto física como psicológica vividas por el paciente desde su infancia.

A la edad de seis años el padre de José abandonó la casa en la que convivían el matrimonio y su único hijo. Aquél era un hombre violento, con problemas de alcoholismo y consumo de diversas sustancias, que en numerosas ocasiones agredió tanto a José como a su madre. José, según describe su mujer, siempre anheló el reencuentro con su padre y siempre tuvo la ilusión de que sus padres volvieran a estar juntos. Fue una gran fuente de sufrimiento para él el hecho de que su padre se uniera a una segunda mujer y tuviera con ella otros dos hijos, con los que siguió conviviendo, a diferencia de lo que hizo con él. En varias ocasiones, a lo largo de su vida, hizo intentos de acercamiento hacia su padre, viendo siempre frustrados dichos intentos.

Durante su infancia la madre de José a menudo lo reprendía comparándolo con su padre. A los siete años sufre una caída y, tras unos días, durante los cuales permanece inmóvil, sin abrir los ojos ni hablar, “despierta” súbitamente ante la irrupción de su padre en la habitación.

En el último año ha habido frecuentes discusiones entre su mujer y él por motivos económicos. Ha tenido dificultades para encontrar trabajo y los que ha tenido han sido temporales. Su mujer admite que a menudo arremetía contra él, culpabilizándolo, diciéndole que no valía para nada y, a veces, comparándolo con su padre.



Unos meses antes de acudir a la consulta, a esta circunstancia, que obliga a que dejen su casa y se trasladen a la de los padres de su mujer, se añade el que a su hija de tres años le diagnostican una enfermedad renal. Las estancias en el hospital se suceden y progresivamente José irá entrando en el estado en el que finalmente llegó a la consulta.

Tras unos meses, durante los cuales toda la información sobre la vida de José es recogida a través de su mujer, sucede algo inesperado. De forma voluntaria, sin previa petición, José comienza a hacer un dibujo. Frente al pertinaz silencio y el habitual “yo estoy bien” con el que negaba defensivamente el sufrimiento y hacía dudar de la existencia de un cuadro psicótico sin conciencia de enfermedad, su dibujo nos evoca la tristeza, la impotencia, el sentimiento de fracaso en su función de padre “que no provee de bienes” (la casa y los regalos tachados a los pies de sus hijos y su mujer), la muerte en el pensamiento junto a la expresión explícita de sus sentimientos hacia ellos.

A pesar de que tras realizar el dibujo, José continúa protegido en el silencio, su iniciativa permite albergar una leve esperanza: el hecho de haber podido hacer un uso simbólico del dibujo para transmitir aspectos fundamentales de su estado interno, puede entenderse como la manera de empezar a hablar de sí mismo aún no empleando para ello las palabras.

DISCUSIÓN

El caso expuesto ilustra una situación especialmente comprometida dentro de los escenarios posibles a los que el trabajo con nuestros pacientes nos enfrenta. El silencio mantenido prolongadamente pone a prueba nuestras competencias profesionales y limita nuestro repertorio de respuestas y técnicas. La situación de silencio da a entender que el paciente sufre profundamente pero no es capaz de comunicar esto mediante palabras. Sobre el terapeuta actúa como un poderoso estímulo de la contratransferencia, conduciendo al surgimiento de sentimientos de impotencia, frustración, parálisis, fracaso o desesperación que, si son actuados, pueden comprometer el curso del tratamiento.

Más allá de entender el silencio como una actitud hostil por parte del paciente, son varios los autores que sugieren cómo el silencio constituye un medio complejo de defensa y comunicación. Así, por ejemplo, Wilson se apoya en el planteamiento de Winnicott de que el silencio puede expresar la necesidad de aislamiento personal como parte de una búsqueda de identidad. Sostiene que el silencio crónico constituye una forma de estar a través de la cual el paciente controla sus límites psíquicos de forma que previene entradas inoportunas en él. En la misma línea, Kalsched mantiene que los pacientes que sufrieron traumas emocionales severos en la infancia, desarrollan un “sistema de cuidado del self” que asegure una cierta autosuficiencia a pesar de mantenerlos apartados de la posibilidad de relaciones genuinas y que resulta en una forma de desintegración. Desde la investigación sobre el apego (Main, 1982) se sugiere que la evitación del contacto visual, los retrasos, así como el silencio, pueden ser vistos como la evitación del analista como una figura potencial de apego, lo que responde al hecho de las repetidas experiencias tempranas de aproximación en las que lo que obtuvieron fue el rechazo de las figuras de apego.

Masud Khan muestra cómo la contratransferencia puede ser usada como un instrumento para registrar los sentimientos no hablados de sus pacientes respecto a relaciones tempranas conflictivas. Plantea cómo es llevado por uno de sus pacientes silenciosos a sentirse como si fuera el niño impotente y desesperado mientras el paciente representaba el rol de la madre depresiva y cómo el evitar excesivas interpretaciones y mantenerse calmado permitió al paciente comunicar sus conflictos en palabras. Coltart (1991) sostiene que la pregunta fundamental es si el terapeuta ha de intervenir con o sin silencio ante el del paciente o si debe intentar promover que el paciente hable. Aboga por una genuina benevolencia ante la hostilidad que pueda transmitir el silencio del paciente. Remarca que la respuesta al silencio con un silencio también mantenido es una técnica que reproduce abandono y da a entender negligencia. También puede constituir una reacción masoquista de parte del terapeuta. Argumenta que el desarrollo de una actitud de “estar con el paciente” y el mantener la confianza en las propias competencias son cuestiones fundamentales en la relación con un paciente silencioso.

La concepción del silencio como una protección del sentido de integridad supone un reto a los métodos habituales para mantener la alianza terapéutica. Respecto a esto Graham y Crowther (1998) en base a la hipótesis de que los pacientes hacen un uso presimbólico del terapeuta, proponen que ante el paciente silencioso no convendría pretender desde un principio una relación de objeto completa. Puede ser incluso beneficioso permitir que el paciente haga uso del terapeuta como objeto del self. Señalan la utilidad terapéutica del contacto sobre interpretación, sin bien alientan a la puesta en marcha de la creatividad estimulada por la necesidad de hacer uso constructivo de las reacciones contratransferenciales.

AUTORES: Ana Belén Martínez Sánchez (1); Sonia Villero Luque (1); Fabiola Rincón de los Santos (2); Dolores Ortega Gracia (1); Carlamarina Rodríguez Pereira (3)

(1)Psiquiatra Complejo Hospitalario Mancha CentrO ; (2) Psicóloga Hospital Universitario Gregorio Marañón (3) Psicóloga USM Puertollano