

EL TRABAJO DE LAS RESISTENCIAS DESDE LA PSICOTERAPIA PSICODRAMÁTICA BIPERSONAL¹

Silvia Monzón Reviejo*

Resumen. La comunicación que presento es un intento de transmitir el resultado del trabajo que llevo realizando desde hace unos años para el manejo de las resistencias del paciente en el espacio psicodramático individual. Este artículo surge de la necesidad de sistematizar y reordenar los diferentes recursos psicoterapéuticos y psicodramáticos de los que disponemos desde el Psicodrama Bipersonal², para la identificación y el levantamiento de las resistencias del paciente que impiden el buen curso de la psicoterapia.

Palabras Clave: *Resistencias, Psicoterapia, Técnicas Psicodramáticas.*

¿Por qué se resiste el paciente al cambio en psicoterapia?

Resulta paradójico y es sorprendente, tanto para el terapeuta como para el paciente, que cuando el paciente acude a psicoterapia tenga la esperanza de cambio y sin embargo se resista a ello. Desde los periodos iniciales de tratamiento, e incluso antes de comenzar el mismo, ya se puede observar este fenómeno, donde las mayores resistencias pueden ser a comenzar el tratamiento, a aceptar el encuadre, a mirarse hacia dentro o a tomar conciencia de que las dificultades tienen que ver con ellos y no con los demás.

También existen otras resistencias que les impiden venir a tratamiento cada día, como por ejemplo, el hecho de contar su vida porque lo vivan como algo humillante, o porque no confíen en el terapeuta, por miedo al descontrol, por temor a que les hagan daño o porque sientan que no nos va a parecer importante su vida.

Por otro lado, se puede activar resistencias en el paciente que dificultan el recibir del terapeuta lo que éste pueda ofrecerle, resistencias a no querer salir de las vivencias dolorosas, a no sentirse con derecho a estar bien, o aceptar su parte de responsabilidad del sufrimiento.

En fases avanzadas de tratamiento, en otros casos, el problema no es ya que los pacientes interrumpen el tratamiento, sino que no quieren irse nunca, e incluso que cuando se acerque el alta terapéutica, de repente vuelvan a reaparecer algunos de los síntomas que tanto les incomodaban.

¹ Comunicación expuesta en el II Congreso de la Asociación para el Estudio de la Psicoterapia y el Psicodrama (AEPP): "Psicoterapias de Grupo y Psicodrama", Saint Louis University, Madrid, 17 de Junio de 2011.

*Psicóloga Especialista en Psicoterapia (EFPA). Psicodramatista. Psicoterapeuta Psicoanalítica. Diplomada Estudios Avanzados (DEA). Miembro Titular de la Escuela de Psicoterapia y Psicodrama. Secretaria de la Asociación para el Estudio de la Psicoterapia y el Psicodrama (AEPP). www.psicodrama.es secretaria@psicodrama.es

² Término creado por Dalmiro Manuel Bustos, se designa como psicoterapia psicodramática bipersonal *al abordaje terapéutico que tiene su origen en el psicodrama pero que no se sirve de yoes-auxiliares y atiende a un solo paciente cada vez, creando así una relación bipersonal, o sea, un paciente y un terapeuta* (R. Cuckier, 1992). Este modo de hacer psicoterapia, corresponde a una modalidad dentro del Psicodrama en coherencia con muchos postulados de Moreno, el fundador del Psicodrama, pero donde lo que se retiene de los fenómenos observables también lo comprendemos gracias al pensamiento psicoanalítico. (S. Monzón, 2011).

De esta manera, las personas cuando acuden a psicoterapia buscan ayuda conscientemente, pero seguidamente se activan en ellos una serie de mecanismos que se lo impiden, resistencias que provienen de naturalezas distintas dependiendo de la estructura de personalidad y de las defensas que se hayan organizado a lo largo de su biografía.

Concluyendo, todo paciente tiene resistencias al, en y por terminar el tratamiento; tiene miedos a descubrir y/o identificar qué le pasa, miedos al cambio, miedos que proyecta en el terapeuta, en los demás y en sí mismo, que no le permiten avanzar. *A todas aquellas fuerzas que se oponen a nuestra labor terapéutica les damos el nombre de resistencias* (Freud, III, 2936) y cobran todo su sentido cuando se comprende que son defensas inconscientes que protegen al paciente de la angustia que supone la toma de conciencia de los conflictos, pensamientos y deseos inaceptables. La misma fuerza que lo impulsó a reprimir ciertas ideas o representaciones por ser intolerables, poco éticas o peligrosas, es ahora la que se opone a su surgimiento en la psicoterapia, donde adquiere mayor fuerza en la medida que nos acercamos al núcleo patógeno.

Cuando el paciente se enfrenta a la situación psicoterapéutica, precisamente porque ésta hace peligrar su equilibrio defensivo, se produce automáticamente y de manera inconsciente un reforzamiento de dichas defensas. Son resistencias a descubrir y sentir vivencias que le puedan doler, pero también son resistencias a cambiar cierto grado de seguridad, que a pesar de su sufrimiento, el paciente se encuentra en un equilibrio que ha alcanzado aunque sea a costa de renuncias y limitaciones. A este reforzamiento de las defensas es lo que denominamos resistencia.

Comprensión teórico-técnica del abordaje de las resistencias del paciente desde la psicoterapia psicodramática bipersonal.

Todas las psicoterapias se encuentran con la dificultad para que el paciente cambie debido a estas resistencias que se oponen desde el primer día de consulta. Si estas resistencias no se levantan, no podemos acceder a las distintas fases del proceso psicoterapéutico que inciden en el cambio (regresión, transferencia y restauración), por lo que no podremos llegar al contenido y la naturaleza de la fantasía temida; al conflicto y/o déficit que la originó y por lo tanto, no podremos resolverlo, ni brindarle otros cauces. Si no se tratan las resistencias, no hay posibilidad de cambio en psicoterapia.

Desde la psicoterapia psicodramática bipersonal se utilizan diferentes recursos para hacerse cargo de estas resistencias, levantarlas y poder seguir con el curso del tratamiento. Se trata de que en vez de luchar frente a las resistencias, las pongamos al servicio del tratamiento.

En muchas ocasiones, cuando hay fuertes resistencias verbales y/o el paciente está racionalizando, a través de las técnicas psicodramáticas se abren otras posibilidades para acceder al conflicto, a fin de posibilitar el abordaje y la elaboración de contenidos reprimidos. Por medio de las intervenciones verbales y de forma complementaria desde la escena – intervenciones psicodramáticas-, se abre otra posibilidad de brindar caminos que facilitan ablandar las resistencias.

Identificación de la resistencia: ¿Qué teme el paciente?

Partiendo de la base de que la resistencia cumple una función protectora, lo que hacemos es utilizar diferentes técnicas que nos lleven a identificar qué teme el paciente y a dilucidar la naturaleza de esa resistencia. El primer paso es la clara identificación y expresión de la manera que evita la situación (Blatner, 1973).

Para facilitar el levantamiento de las resistencias en Psicodrama Bipersonal utilizamos técnicas psicodramáticas a través de objetos discretos, que de una manera simbólica, se puedan transformar en un personaje que represente la resistencia. Ya sabemos que en psicodrama no hay objetos como tales, están personificados, son objetos intermediarios y símbolos desde el valor que les atribuimos. Son imágenes que el paciente visualiza y representa frente a él en el espacio psicodramático. La función de cada una de estas técnicas siempre será facilitar la externalización de la fantasía temida que produce la resistencia.

De esta manera, es por medio de la utilización de las técnicas psicodramáticas clásicas como la *técnica del espejo*, la *técnica del observador externo*, la *técnica de la maximización* o también por medio de la *técnica de la concretización*, pero adaptadas al Psicodrama Bipersonal, como accedemos a la identificación del temor que originó la resistencia.

El objetivo último será conocer la naturaleza de la resistencia, de la defensa que nació en un lugar, en un momento y con un otro significativo para la vida del paciente, donde a través de las escenas se accede a la reconstrucción del conflicto o/y el déficit que la originó.

La expresión corporal de la resistencia.

Una de las vías es recurrir a la simbolización de lo corporal como vía de acceso al sentimiento temido cuando no es capaz de reconocerlo por la expresión verbal. También la técnica corporal puede facilitar la identificación y la expresión del miedo cuando al preguntarle verbalmente al paciente, éste lo racionaliza, o bien, cuando dificulte su expresión aumentando la defensa.

Por ejemplo, cuando el silencio cumple una función resistencial que impide el acceso al temor, se le puede pedir al paciente que represente corporalmente el silencio, que adopte la postura corporal a modo de escultura, para a continuación invitarle a que aumente la sensación del silencio maximizándolo, -exagerándolo corporalmente-. Finalmente, se le pide que exprese mediante mensajes verbales cómo se siente, cuáles son las palabras o imágenes que surgen de la postura corporal que ha adoptado.

Un paciente al pedirle que pusiera sentimientos o imágenes al silencio que había construido corporalmente agachado, encogido y con los ojos cerrados, expresó que estaba en silencio porque pensaba que lo que pudiera contar no iba a ser importante para mí.

Los síntomas como función resistencial frente a los temores.

El espacio psicodramático puede ser facilitador para trabajar determinados síntomas egosintónicos y que vayan tomando conciencia de sus dificultades, sin tener que utilizar la interpretación que aumenta la defensa. Podemos utilizar en el espacio psicodramático la *técnica de la concretización en un personaje* (D. Bustos, 1992) representando la resistencia a través de un personaje simbólico que va construyendo el paciente por libre asociación. Una vez que el paciente ha concretizado el síntoma a través de este personaje al que ha puesto nombre y le ha dado forma, se le invita al paciente a un cambio de rol con este personaje simbolizado que representa la resistencia.

Cuando se le coloca al paciente en el rol del personaje que ha construido y se le pregunta cuándo apareció en la vida del paciente, para qué, en qué momentos aparece y cuáles son los mensajes que le transmite, la función en este caso es que reconozca el carácter defensivo del mismo.

También se pueden aplicar en el espacio psicodramático técnicas que consisten en colocar visualmente la resistencia frente a él a través de un objeto que la simbolice y preguntar al paciente que sucedería si no estuviese en su vida.

Por ejemplo, una paciente melancólica a la que se le reactivó un núcleo hipocondríaco en fases medias del proceso psicoterapéutico, para levantar esta resistencia que impedía continuar con el curso del tratamiento, desde el espacio psicodramático se colocó simbólicamente frente a ella a un personaje que representara el síntoma, en este caso la hipocondría, para después pedirle que expresara qué sentimientos o/y imágenes aparecerían si ya no tuviese esos síntomas hipocondríacos en su vida. La paciente expresa que ya no tendría que preocuparse por el miedo a no tener pareja y a que sus padres envejecan. Tras preguntarla qué intenta transmitir a los demás a través de ese síntoma, expresa que quiere comprobar que cuanto más grave fuese la enfermedad así sabría cuáles son sus verdaderos amigos.

Cuando el paciente descubre porqué y a qué se resiste, de qué se defiende, a qué tiene miedo o para qué lo hace, es un comienzo donde existen nuevos caminos para resolver las dificultades, se ve ante un nuevo mundo de posibilidades asequibles a su yo y se ofrece al paso para el trabajo y reconstrucción de las escenas. En este caso, el objetivo sería el acceso a trabajar las escenas de aquellas situaciones y figuras significativas con las que se sintió sola, donde tuvo que imaginarse enferma físicamente para sentirse querida, teniendo que protegerse del sentimiento de soledad a través de los síntomas.

Resistencias a “mirar hacia atrás”.

A algunos pacientes les cuesta adoptar una actitud regresiva, les atemoriza encontrarse con los conflictos infantiles no resueltos. El abordaje de estas resistencias las llevamos a cabo en primer lugar, desde las intervenciones verbales, apuntando a las dificultades para enfrentarse con determinadas vivencias infantiles suyas, con los momentos difíciles de su infancia, para en segundo lugar, pasar al espacio psicodramático e invitarlos a que visualicen frente a él qué miedos aparecen, cuáles son las imágenes que dificultan o qué le sucede ante la posibilidad de mirar para atrás y que vea cuál es su reacción al respecto. Por último, se les sugiere que se imagine qué dificultades aparecen para hacerse cargo de esos sentimientos.

En otros momentos, ya sean gratificantes o dolorosos, el paciente no quiere salir de esa actitud regresiva por la reticencia a avanzar, a enfrentarse con los problemas y las complicaciones de la vida adulta, le cuesta responsabilizarse y se opone a ir hacia delante. Aplicando esta misma técnica psicodramática, habrá que ayudarlo en este caso a que visualice frente a él, cuáles son las dificultades para enfrentarse a las situaciones actuales temidas. Una vez dilucidada el origen de la resistencia que se nos plantea (de naturaleza melancólica, obsesiva, fóbica, histérica, etc.), podemos proyectar en un sentido o en otro la intervención psicoterapéutica.

Las resistencias en la relación terapéutica.

El tratamiento también se puede detener porque la resistencia se haya instalado como un obstáculo entre el paciente y el terapeuta (T. Herranz, 1999). En este momento hay que pararse en la relación terapéutica y aclarar la resistencia. Ésta puede haberse producido por elementos transferenciales o elementos relacionales, como por ejemplo, que se haya sentido dolido por alguna intervención del terapeuta. Lo que nos incumbe en este caso es determinar las resistencias que afectan a la relación con el terapeuta. Se pretenden la aplicación de técnicas verbales y psicodramáticas, que de una forma indirecta se pueda aclarar y disminuir la defensa, acceder al paciente y disminuir su angustia.

Las intervenciones verbales irán dirigidas a mostrar al paciente sus dificultades y miedos para enterarse de que está transferido y admitir que determinadas relaciones, actos o asociaciones guardan conexión con el terapeuta, aunque aparentemente no sea así.

Para salir al paso de las resistencias relativas a la transferencia, habrá de nuevo que investigar y explorar las fantasías temidas que se esconden bajo esas resistencias, ver cuáles son esos contenidos temidos que frenan la eliminación de una determinada resistencia transferencial. Por ejemplo, la dependencia del terapeuta es vivido por muchos pacientes con angustia y lo que hacen es negar el afecto “no me gusta necesitarte, y como no me gusta, pues no te necesito”.

En las resistencias a la transferencia, al paciente le cuesta admitir necesidades, deseos o agresiones que están relacionadas con el terapeuta, pero en las resistencias por la transferencia sucede al contrario, mucho tiene que ver con el terapeuta y nada con su vida personal anterior.

Para aclarar este tipo de resistencias, una vez que se haya instalado con solidez el vínculo terapéutico, una posibilidad de llevarlo a cabo desde el espacio psicodramático consiste en pedirle al paciente que se coloque simbólicamente en el rol de su terapeuta y que exprese cuáles cree que son los sentimientos del paciente, qué es lo que podría necesitar el paciente de su terapeuta en estos momentos y que lo verbalice. El objetivo es eliminar las fantasías temidas con el terapeuta que impiden avanzar el tratamiento.

Laura, una paciente de 36 años de edad, desde el rol de su terapeuta verbaliza: “Laura yo creo que lo que la pasa es que tiene miedo a que la critiquen, a que piense que tiene que ser perfecta” Seguidamente se le pregunta si ella como terapeuta piensa eso de L. Tras su negativa, permaneciendo la paciente en ese mismo rol de terapeuta, se le pregunta qué cree que necesitaría en este momento la paciente de su terapeuta. L. desde el rol de terapeuta expresa: “Laura, yo no pienso eso de ti, no hace falta que seas perfecta, yo te quiero como eres, con tus fallos”.

Este tipo de intervención supone un primer acercamiento de la paciente para tomar conciencia de los contenidos proyectados en el terapeuta que impiden continuar con el proceso de tratamiento. El siguiente acercamiento es poder acceder a las figuras originales con las que se sintió así, donde a través de las escenas se accede a la reconstrucción del conflicto o/y el déficit que la originó.

La culpa como resistencia a la salud

Para Freud fue sorprendente descubrir que el paciente se aferra a la enfermedad como autocastigo. *Incluso cuando se han analizado y vencido las resistencias a la regresión y a la transferencia, persisten las resistencias a la salud, a la restauración, y éstas operan desde el superyó y obedecen al imperativo punitivo de un superyó castigador, tiránico* (P. Villamarzo, 1987)

Cuando el paciente genera un fuerte sentimiento de culpa a consecuencia del cual no se siente con derecho a nada, esta necesidad de autocastigo impide el proceso de curación del paciente en psicoterapia. En el caso de un paciente que seguía manteniendo fantasías sexuales con menores, tras sentir y comenzar a verbalizar la posibilidad de que podía “curarse”, apareció la necesidad consciente de autocastigo, sintiéndose sin derecho a estar bien en la vida por todo lo que había hecho a los menores en un pasado.

En este caso, los sentimientos de culpa cumplían también varias ventajas secundarias que impedían al paciente la renuncia de las fantasías sexuales con menores. Desde estos momentos donde se puede observar con más intensidad que nunca y explicitado por el

paciente, que estas fantasías sexuales con adolescentes desaparecerían cuando pudiera sentirse querido por alguien, una de las ventajas secundarias de mantener la fantasía de atracción por lo menores suponía una forma de no enfrentarse al miedo al rechazo pero también de justificación de su culpa.

Culpa que le servía para justificar el seguir manteniendo las fantasías sexuales con menores. El acting como forma de quitarse la culpa.

El trabajo de esta resistencia estuvo relacionado con ver en qué medida la culpa estaba al servicio del placer, ya que se retroalimentaba y le servía de justificación para no sentirse con derecho a ser amado y seguir manteniendo las fantasías sexuales y de necesidad afectiva con los menores. Se mantenía en un bucle del cual había que salir: "Como me gustan los menores me siento culpable y como me siento culpable por todo el mal que he hecho, no me doy derecho a que me amen". El objetivo era que retirase esta justificación. En primer lugar comencé a señalarle este mecanismo de autojustificación para seguir manteniendo las fantasías con menores, para en segundo lugar invitarle a ver si quería disculparse trabajando su necesidad de pedir perdón en sesión.

Se llevó a cabo la intervención trayendo simbólicamente al espacio psicodramático a aquellas personas de las que abusó para que se disculpara. A continuación se le pidió que se detuviese durante un momento y reflexionase si quería seguir manteniendo esas fantasías.

El objetivo terapéutico partía de dejar de utilizar la culpa como resistencia y pretexto para seguir deseando, para infantilizarse y no responsabilizarse. Más adelante, el proceso de psicoterapia iría dirigido a la posibilidad de comenzar a renunciar al mecanismo de abuso y al objeto de deseo.

Las resistencias a la catarsis de integración: Cuando la resistencia del paciente es a elaborar y a reparar.

Algunos pacientes, sobretudo melancólicos, paranoides y obsesivos, les cuesta entregarse a la situación de disfrute de la situación restauradora y dejarse llevar por la satisfacción del tratamiento. Citando algunas fantasías temidas de los pacientes y/o algunos miedos a repetir las vivencias sufridas anteriormente, los temores que crean estas resistencias a elaborar y restaurar están relacionados con no sentirse con derechos a entregarse al disfrute.

En el caso de los pacientes melancólicos también puede ser por el miedo a que se vuelva a repetir un rechazo si se dejan abandonar por la situación de goce con el terapeuta. En el caso de los pacientes obsesivos, no se permiten la restauración por fuertes sentimientos de culpa. En las organizaciones limítrofes les cuesta internalizar, cuidarse o sentirse con derecho a recibir o a disfrutar, entre otras cuestiones, por sentirse malas personas: "Soy demasiada mala persona como para darme derecho a estar bien". En el caso del paranoide, se resiste a acercarse y recibir del terapeuta ya que a niveles más profundos lo vive como perseguidor. Cuando se trata de resistencias narcisistas, la entrega a la restauración la viven con humillación, ya que sería como admitir que no lo tienen todo y que el otro tiene algo que él no tiene, comenzando a rivalizar, a agredir el tratamiento, o a desvalorizarlo puesto que lo viven como una derrota.

Es importante conocer que debajo de estas resistencias se encuentra la envidia. *Mientras no se analice la envidia, no podrá vencerse la rivalidad ni la sensación humillante, ni, por último, las resistencias a la restauración.* (P. Villamarzo, 1987)

Por último, el objetivo del trabajo de estas resistencias es poder permitir al paciente que pueda llegar a elaborar sus conflictos. Las intervenciones de apoyo en el espacio psicodramático utilizando la *Técnica del Espejo* suele ser útil en estos casos.

Por ejemplo, si las resistencias son melancólicas y la dificultad es para darse derechos a sí mismos, la técnica del espejo consiste en colocarles frente a ellos un objeto simbólico que les represente a sí mismos y pedirles que se observen desde fuera, como si fuesen observadores externos, para a continuación sugerirles que verbalicen cuáles considera el paciente que son las dificultades que tenga para decirse cosas buenas, para cuidarse a sí misma, ser buena madre consigo misma o para darse derechos.

BIBLIOGRAFIA

Blatner, A. (1996). *El Psicodrama en la práctica*. Méjico: Pax México, 2005.

Bustos, D. (1975). *Psicoterapia Psicodramática. Acción más palabra*. Buenos Aires: Paidós.

Herranz, T. (1999). *Psicoterapia Psicodramática individual*. Bilbao: Desclée De Brouwer.

Monzón, S. (2011). "El pensamiento psicoanalítico en la escena psicodramática" en: *Jornadas de reflexión interna sobre Psicoterapia Dinámica y Psicoanalítica. Asociación Española de Psicoanálisis Freudiano "Oskar Pfister"*. Madrid: Asociación Española de Psicoanálisis freudiano "Oskar Pfister".

Villamarzo, P. (1987). *Curso general de técnica psicoanalítica. Vol. IV*. Salamanca: Instituto superior de estudios freudianos Oskar Pfister.