



RUPTURA DE LA CONTINUIDAD DEL PROCESO TERAPEUTICO POR CAMBIO DE TERAPEUTA Una Reflexión desde la Perspectiva Relacional

Carlamarina Rodríguez Pereira¹

En España, la atención a la Salud Mental en el Sistema Sanitario Público implica una serie de limitaciones que complican la creación de un encuadre predecible. Una de estas limitaciones es la alta probabilidad de que el terapeuta deba trasladarse de lugar de trabajo sin finalizar los tratamientos. Estos cambios de terapeuta pueden ser más o menos predecibles, con frecuencia esta terminación forzada deja tanto al paciente como al terapeuta sin la posibilidad de trabajar apropiadamente la despedida o la derivación a otro profesional.

Esto podría conducirnos a creer que es imposible llevar a cabo un trabajo psicoterapéutico en el sistema público, más aún desde una perspectiva Relacional, para la cual es precisamente la relación terapéutica el factor de cambio. Sin embargo, otra característica de este modelo psicoterapéutico es la capacidad de flexibilizar el encuadre y utilizar de forma terapéutica los fallos del propio terapeuta. Para responder a la pregunta sobre como obtener la terminación forzada menos dañina posible para el paciente, releemos el trabajo de Linda Penn “*Cuando el terapeuta debe irse*” desde un punto de vista relacional, intentando, al mismo tiempo, adaptar y añadir aspectos relacionados con el ámbito en el que trabajamos.

Palabras clave: Terminación Forzada, Psicoanálisis Relacional, Salud Mental Pública

In Spain, the National State Care to Mental Health implies a series of shortcomings which complicate the creation of a predictable setting. One of these shortcomings is the high probability that the therapist should transfers workplace without finalize the treatments. These changes are made with a variable level of predictability, often this forced termination leave both, therapist and patient, unable to work properly the farewell or referral to other professional.

This may lead us to believe that a psychotherapeutic work is impossible in public system, even more from a Relational perspective for which, the therapeutic relationship is, precisely, the change factor. However, another feature of this approach is the importance of flexibility in the setting and the possibility of use therapeutically the failures of the therapist. In order to answer the question about how to obtain the forced termination that it less damaging for the patient, we reread the Linda Penn’s paper “When the therapist must leave” from a Relational point of view, trying, at the same time, to adapt and add aspects related to the welfare framework in which we work.

Key Words: Forced Termination, Relational Psychoanalysis, Public Mental Health

English Title: Rupture of Continuity in Therapeutic Process due to Change of Therapist. A reflection from the Relational perspective

Cita bibliográfica / Reference citation:

Rodríguez Pereira, C. (2011). Ruptura de la continuidad del proceso terapéutico por cambio de terapeuta. Una reflexión desde la perspectiva relacional. *Clinica e Investigación Relacional*, 5 (3): 457-471. [ISSN 1988-2939]

Hace dos años comencé a trabajar en una pequeña Unidad de Salud Mental donde un psiquiatra y un psicólogo clínico atendían a toda la población de una extensa zona rural. A mi llegada, me hice cargo de la mitad de los pacientes que estaba atendiendo mi compañero. María tenía 41 años cuando la conocí, había vuelto a pedir cita tras interrumpir el tratamiento por cuarta vez y fue uno de los pacientes que mi compañero decidió derivarme. Por lo tanto, María iniciaba el tratamiento conmigo por decisión unilateral de su anterior terapeuta quien me comentó que su rasgo característico era la inconsistencia y la poca adherencia a la terapia.

Sabemos que la atención a la Salud Mental en el Sistema Nacional de Salud español implica una serie de limitaciones tanto para el profesional como para el paciente, más evidentes aún cuando se trata de enfocar el trabajo clínico desde un punto de vista psicoterapéutico². Algunas de estas dificultades, como la presión asistencial, dificultan el establecimiento de un adecuado encuadre hasta el punto de imposibilitar una intervención propiamente psicoterapéutica. Sin embargo, pienso que el mayor riesgo es que los profesionales que trabajamos en este ámbito nos rindamos ante esta situación y abandonemos los esfuerzos por cambiar estas condiciones o minimizar su impacto en la asistencia a los pacientes. Es decir, el peligro es abandonar nuestra función, como psicoterapeutas, de intermediarios entre el ambiente externo y el paciente.

Conseguir que María se comprometiese con la psicoterapia se convirtió en el primer objetivo. Confiando en la predictibilidad como elemento fundamental del encuadre y teniendo presente la posibilidad, que es en nuestro caso necesidad, de flexibilizar el encuadre externo, acordé con ella citas quincenales, dadas por adelantado, el mismo día de la semana y siempre que fuese posible a la misma hora. Apoyándome en el uso del encuadre interno, es decir, entendiendo la actitud interna del profesional de la Salud Mental como una herramienta que es especialmente clave cuando las condiciones externas fallan. Esto sería así porque aquello que es capaz de permanecer constante e invariante en la tarea asistencial suele ser el clínico, quien puede utilizar esta actitud interna para crear un vínculo a pesar de las adversidades externas, construyendo así un encuadre que contenga el proceso. Pactamos que ella mantendría la asistencia durante cuatro meses, tras los cuales decidiríamos continuar o no y, en caso de hacerlo, con qué objetivos.

De esta forma arranca el proceso terapéutico de María. Bajo la aparente levedad de su problema de ansiedad, aparece una gran desorganización en su discurso y en su vida, así como un gran sufrimiento y desesperanza que comienza a poder compartir conmigo. Al cabo de los cuatro meses, decidimos continuar el trabajo terapéutico, habiéndolo establecido una alianza de trabajo positiva.

Sin embargo, en algunos casos nos vemos enfrentados a situaciones en las que incluso este vínculo con el profesional, imprescindible y esencial para cualquier proceso terapéutico, es el que se ve amenazado. Unos meses más tarde me comunican que

probablemente me veré obligada a trasladarme de lugar de trabajo. Durante meses no estuve segura de si esto sería así o no, o en qué momento sería. Debía entonces despedirme de todos los pacientes a mi cargo sin que sus tratamientos hubiesen finalizado. Sabía que debía informarles pero no me fue fácil; *“¿Cómo podía decirle a esta mujer que me iba después de promover su compromiso con este tratamiento y conmigo misma?”*. Me preguntaba a mí misma de que habría servido todo el esfuerzo realizado y me preocupaba la posibilidad de que ella lo viviese como un abandono o como una traición. Esta no fue la única despedida difícil. Las muy diferentes reacciones de todos los pacientes y las mías propias son el origen de esta reflexión. Una reflexión compartida con todo un equipo en el que varios profesionales tuvimos que hacer este proceso de ruptura de la continuidad del tratamiento de nuestros pacientes debido a nuestra propia partida. Y es que, otra de las desafortunadas particularidades del ámbito público es el elevado porcentaje de casos en las que el tratamiento no finaliza de común acuerdo entre terapeuta y paciente aunque esta sea la situación ideal.

Según Gabbard (2000) la mitad o más de los pacientes ambulatorios abandonan el tratamiento de forma prematura y menos del 20% resuelven el final de la terapia en forma conjunta con su terapeuta. La finalización no negociada por parte del terapeuta puede ocurrir por varias razones; por una parte, están las situaciones imprevistas de enfermedad y muerte, comunes a cualquier relación, terapéutica o no, ya que nunca sabemos cuándo desaparecerá una relación íntima de nuestras vidas por muerte, accidente o alguna otra circunstancia ajena a nuestro control. Por otra parte, están situaciones más típicas de este marco asistencial, hasta cierto punto inevitables y necesarias desde el punto de vista organizativo; los cambios de profesional debido a necesidad de derivación a otro recurso³; los cambios debidos a la formación de psiquiatras y psicólogos clínicos que deben cambiar de dispositivo de atención según temporalidades prefijadas y, por último, las menos deseables por imprevistas, las debidas a los traslados o eventualidad de los contratos de los profesionales.

Todas las aproximaciones conceden, al menos teóricamente, mucha importancia a la fase de terminación, que se traduce en una gran cantidad de literatura dedicada a las terminaciones consensuadas y también a la comprensión y evitación de los abandonos por parte del paciente, sin embargo, a pesar de tratarse de una situación bastante frecuente, parece existir cierta evitación del tema de la terminación forzada.

Aunque existen diferentes formas de utilizar este término, el objeto de esta reflexión encaja con la definición de Mikkelsen y Gutheil (1979), quienes definen la terminación forzada como *“el fin de la terapia de una forma no negociada por razones ajenas a las intenciones de paciente y terapeuta”*. Esta terminación es casi siempre prematura y además, como en este caso, carece del elemento de *“elección”* por parte de ninguno de los participantes en la relación terapéutica. Esta falta de control por ambas partes introduce un nuevo elemento negativo en la situación. En caso de enfermedad o muerte del terapeuta, eventos normalmente inesperados, no hay posibilidad de trabajar previamente con el paciente. En estos casos el paciente se enfrentará solo a sus

reacciones o será derivado a otro terapeuta con quien podría o no trabajar las reacciones hacia la pérdida del terapeuta anterior, pues ha perdido la oportunidad de tratar estos temas directamente con él. El traslado, en cambio, podría permitir el trabajo con el propio terapeuta involucrado pero a veces esta oportunidad no se le brinda al paciente.

Como señalan estos autores, paradójicamente, somos precisamente los psicoterapeutas más jóvenes, con menos recursos técnicos y personales para afrontarlas, los que con más frecuencia nos enfrentamos a estas terminaciones forzosas. Supongo que por ello, en todos los trabajos relacionados con este tópico se enfatiza el papel de la formación y la supervisión clínica. En estos mismos trabajos se recomiendan acercamientos relacionales contemporáneos en la supervisión, desde los que podrían proporcionarse más recursos técnicos para manejar este tipo de terminaciones que por sus características específicas pueden requerir algunas desviaciones de las prácticas más tradicionales (Rosenthal, Fernández, Hausman, Miller, Weiner; Siebold, 2007). Como señala Safran (2005), más allá de la supervisión, la adquisición de las destrezas terapéuticas se ve mediada por factores personales y emocionales complejos, estando el crecimiento como psicoterapeutas inextricablemente vinculado al crecimiento personal y al desarrollo de la conciencia sobre uno mismo. Como psicoterapeutas inexpertos, tenemos la oportunidad de incluir estas vivencias en nuestro bagaje de experiencia, a través de la reflexión y elaboración posterior.

Siendo conscientes de la diferencia entre una concepción clásica del psicoanálisis y una psicoterapia psicodinámica u otras formas de ayuda (terapia breve, apoyo, psicoeducación...) o en el caso que nos ocupa en el que la frecuencia o la duración de la relación es menor, no debería utilizarse defensivamente el argumento de que, dado que la relación es diferente, estas rupturas tienen mucha menos transcendencia. Si bien esto podría ser cierto en muchos casos no debemos olvidar que un psicoterapeuta se compromete en la práctica directa para disminuir problemas y facilitar el cambio. Independientemente de la teoría o la técnica, este cambio se lleva a cabo necesariamente a través de una relación, por lo que ésta es siempre importante, especialmente si lo pensamos desde una perspectiva relacional.

Davies (1996) plantea la necesidad de preguntarnos qué es lo necesario durante la terminación del proceso, dado el modelo de la mente que sostenemos y la particular técnica analítica que utilizamos. Según este autor podemos hablar de tres dimensiones significativas en la terminación de un psicoanálisis relacional que podrían diferenciarse de la finalización de un psicoanálisis más clásico. En primer lugar, incluye un proceso de múltiples despedidas, cada una de las cuales ocurre entre un estado del self significativo del paciente y un estado del self significativo del analista. Segundo, esta terminación incluye un proceso mutuo de desprenderse que incluye pérdida y duelo necesariamente en ambas partes del proceso. Esto incluye una lenta aceptación de la vulnerabilidad e interpenetrabilidad mutua y la capacidad de experimentar pérdida o frustración sin una renuncia a la esperanza y a un compromiso completo con la promesas de futuro. Dicho proceso incluye un reconocimiento de cómo el terapeuta ha sido afectado y cambiado

por su trabajo con cualquier paciente dado, y la creación de un espacio para el proceso de duelo del terapeuta junto con el del paciente, aunque este no sea simétrico. Por último, como el conocimiento relacional implícito sólo puede ser cambiado a través de una experiencia real, la consolidación e internalización final de todo lo conseguido ocurriría en las últimas negociaciones relacionales entre ambos.

De acuerdo con este autor, esta fase del tratamiento da lugar a dificultades particulares para el psicoterapeuta relacional e invita a cuestionarse, quizá más que cualquier otra fase del tratamiento, algunos de los retos y peligros específicos que podrían ser únicos al trabajar dentro de un modelo relacional. El significativo compromiso emocional y la mayor participación del psicoterapeuta relacional podría, en el final del tratamiento, dejar a ciertos pacientes extremadamente vulnerables a la experiencia de haber sido *seducidos* y después *abandonados*. Más aún si la terminación es forzada, confrontándonos con el reto de conseguir que el paciente pueda experimentar que el terapeuta estuvo ahí, empatizó y validó sus sentimientos, a pesar de no satisfacer sus fantasías de terapeuta ideal y de tener que irse.

Tras comunicarle mi próxima partida, María no acudió a la siguiente cita, como hicieron varios pacientes, tratando de ganar sentimiento de control sobre la separación *“dejando antes de ser dejado”* o demostrándome que no me echaría de menos. Es especialmente importante interpretar estos *“acting out”* rápidamente, antes de que estos acaben con el tiempo necesario para conseguir un cierre acordado. Frecuentemente esto implica contactar con los pacientes que han perdido sus citas. Estamos obligados por las circunstancias a tomar una actitud más activa ya que el paciente no tiene tiempo de evitar el tema durante muchas sesiones.

A pesar de no asistir a esa cita, María continuaba teniendo su última cita programada a la que sí acudió. Algunos pacientes pueden entregar regalos tangibles, otros como es el caso, pueden regalar expresiones que cumplen la misma función. María me dijo *“te has arriesgado mucho diciéndome que te ibas...sabías que yo podría haber abandonado por eso...pero voy a continuar, en primer lugar porque ahora pienso que me lo debo y porque contigo he podido darme cuenta de que soy una paciente más, no me siento especial, pero al mismo tiempo siento que te importo”*. Ella necesitaba sentirse alguien especial para el terapeuta, en el sentido de conseguir un trato diferenciado, y cuando sentía que no lo estaba consiguiendo abandonaba el tratamiento. Continuó, dentro de lo peculiar de su forma de expresarse; *“contigo no hay vínculo...hay otro tipo de relación...en el que no me dices lo que debo hacer, ni pensar...lo que me llevo sale siempre de mí...siento que has comprendido lo “loco” en las cosas que mi madre me decía”*. Esa era su forma de entender un *“vínculo”*, una relación en la que se sentía controlada y se perdía. Creo que esta fue su forma de decir que la relación que habíamos creado era diferente y que, probablemente una de las cosas que le sirvieron fue la validación de sus sentimientos frente a una madre efectivamente perturbadora.

Tras estos regalos puede haber múltiples motivos; necesidad de ser recordados, hostilidad encubierta o el deseo de ser el mejor paciente, pero, durante la terminación

forzada, nuestra propia ambivalencia al irnos prematuramente, dejando a los pacientes antes de completar la terapia podría interferir con la comprensión del regalo paciente, por lo que interpretar estos motivos o rechazar el regalo puede ser arriesgado. El paciente puede genuinamente querer agradecer la ayuda, incluso siendo limitada, proporcionada por el terapeuta, y el conocimiento de esa apreciación es más beneficioso para el paciente. Rechazar un regalo podría ofenderle y negar los beneficios de la terapia incluso si el terapeuta siente que esta no merece ese reconocimiento.

Durante esa última sesión, pudimos recapitular todo lo trabajado en estos meses y sus progresos en diferentes áreas, algo que fue muy valioso para mí y probablemente también para ella. Finalmente, pude explicarle que yo también me llevaba algo de este trabajo. Al irse, me dijo bromeando, con lo cual también demostraba la posibilidad de una despedida positiva; *“A ver si al final va a haber vínculo...”*. Como decíamos antes, creo que el reconocimiento de cómo me vi afectada y cambiada por el trabajo con ella, y de mis sentimientos frente a la despedida amortiguó, de alguna forma, el efecto negativo de esta ruptura. María pudo pensar en un vínculo solo tras mi autorrevelación de los sentimientos hacia esta terminación.

Para responder a la pregunta de cómo conseguir la terminación forzosa menos perjudicial para el paciente releemos desde un punto de vista relacional el trabajo de Linda Penn titulado *“Cuando el terapeuta debe irse”* (1990) en el cual nos propone una guía de abordaje desde el punto de vista del psicoanálisis clásico e intentamos, al mismo tiempo, adaptar y añadir aspectos relativos al marco asistencial en el que trabajamos.

Penn señala que los pacientes, ante la partida no programada de su terapeuta pueden sentir rabia por lo que ellos experimentan como una traición y un abandono, tristeza por la pérdida de un objeto significativo, preocupación por el trabajo no terminado, ansiedad de separación y defensas contra todo esto. Añadiríamos que, no sólo los pacientes lo experimentan así, si no que, de alguna forma, inevitablemente es un abandono. Por lo que es importante evitar que esto se entienda como una situación habitual, asumida sin cuestionamientos, como viene ocurriendo con frecuencia en nuestro ámbito. Como me dijo otra paciente *“Me sorprende que te despidas, aquí si alguien se va, te citan con otro y ya está”*.

Una primera consideración técnica es cómo, cuándo y qué comunicarle al paciente en el momento de la terminación. En aquellos casos en los que sabemos que nos iremos tras un tiempo, como en los periodos formativos o sustituciones, debemos informar a los pacientes de la fecha prevista de terminación antes de comenzar el tratamiento. Si tras esta información el paciente decide continuar la fecha de finalización debe recordarse, programando un tiempo suficiente para realizar un cierre adecuado. En estos casos una posibilidad sería la utilización de la Terapia Relacional Breve, como la presentan Safran y Muran (2005), en la que se fija un límite temporal que se convierte en parte crítica del marco terapéutico, ayudando a los pacientes a elaborar el significado de la terminación. En los casos en los que se tiene el conocimiento sobre la posibilidad de que el tratamiento pueda interrumpirse pero no la certeza sobre el tiempo disponible es

mejor transmitir esta información y enfocar cada sesión como si fuese única (Yalom, 2002).

La terminación, de forma ideal, se comunicaría teniendo en cuenta el tiempo necesario para cada paciente particular. Esto no suele ser posible cuando el terapeuta no sabía al inicio que tendría que irse, en estos casos se debe informar al paciente lo antes posible, evitando retrasos en la comunicación debidos a su propia ansiedad. Durante dos meses me sentí incapaz de comunicarle a una de mis pacientes que me iría, ya que coincidía con la reciente revelación por su parte de material traumático. Racionalizaba mi angustia, pensando que no era el mejor momento porque aparecía otro contenido o emoción más importante en la sesión. Anticipar la posibilidad de esta demora puede facilitar el resolverla y darse tiempo para los temas del cierre. Es útil iniciar el tema al principio de la sesión para evitar interrumpir la emergencia de material y proporcionar tiempo dentro de la sesión para las reacciones iniciales del paciente ya que se necesita tiempo para absorber la información y defenderse de las reacciones dolorosas antes de comenzar a expresarlas y trabajar con ellas.

Los pacientes podrían detectar nuestro desasosiego e incluso anticipar la partida. Si esto ocurre, la respuesta terapéuticamente apropiada es validar esta experiencia, comunicando honestidad, un componente vital de la relación. Develar hechos pertinentes a los motivos podría ser beneficioso para el paciente, ya que saber sobre la partida puede proporcionar algún control. Aceptar la partida del profesional es otra forma en la que nuestros pacientes experimentan la falta de control en sus vidas, por eso todo aquello que les devuelva cierto control, como decidir cerca de continuar o no el tratamiento con otro terapeuta, es un elemento protector. “Desaparecer” sin dar información real o ser negligente con la relación real trasmite un mensaje insano sobre las relaciones, terapéuticas o no, y provoca respuestas hostiles no trasferenciales en el paciente. En la transmisión de esta información hay que ser cuidadoso, si la finalización es presentada de forma que sugiera que el terapeuta también es una víctima necesitada de ayuda o quizá revelando los propios conflictos del psicoterapeuta con la autoridad, los pacientes podrían tener más dificultades para aceptarla (Bostic, 1996).

Deberíamos decidir antes de hacerlo cuánto y qué es mejor comunicar a cada paciente, debiendo no divulgar toda la información con demasiada rapidez, sino explorar los sentimientos, fantasías, sueños y expectativas del paciente. Para facilitar la expresión de sentimientos puede ser clave la forma y el tono con la que anunciamos la finalización. Aunque, lógicamente, evitemos comunicarlo de forma especialmente depresiva o ansiosa, también deberíamos evitar tratar el tema de forma casual, como si no tuviese más importancia que un cambio de cita u horario, ya que podríamos dar credibilidad a las fantasías del paciente de que no nos preocupamos por ellos o por la terminación de la terapia o que no esperamos que nuestra marcha tenga un impacto significativo en él. Siendo genuinos comunicamos un respeto substancial hacia el paciente, al igual que una honesta validación de las emociones experimentadas o reconocidas por el paciente es apropiado, también lo son las emociones genuinamente experimentadas y expresadas

por el terapeuta.

Para que los terapeutas podamos manejar eficazmente una terminación forzada es indispensable ser conscientes de la miríada de reacciones basadas tanto en la realidad como en la transferencia que serán probablemente evocadas en el paciente y en nosotros mismos.

Sería positivo poder, en ocasiones con apoyo de supervisión, anticipar considerablemente las reacciones esperables de cada paciente basándonos en la edad, nivel de desarrollo, diagnóstico, historia, experiencia con la pérdida y duración y cualidad de la relación, o incluso reacciones previas a pequeños paréntesis como las vacaciones. Esto posibilitaría la mejor planificación individualizada de esta fase. Cuando no podemos dar el tiempo adecuado a cada paciente hay que enfatizar otras estrategias para amortiguar el impacto.

Cuando la respuesta inicial a la comunicación es principalmente de rabia esta podría expresarse a través de acusaciones directas o de comunicaciones más sutiles y pasivo-agresivas. La rabia realista por un final que está fuera del control del paciente y no está basado en su progreso o necesidades podría combinarse con distorsiones transferenciales; podrían entonces acusarnos de no haberle cuidado nunca, o utilizarle como conejillo de indias, y de traicionarle como otras personas significativas en su vida. Podrían sentirse abandonados y creer que si el terapeuta realmente se preocupase por ellos, encontraría la forma de continuar su tratamiento o arreglárselas para verlos fuera de terapia. Frecuentemente esos sentimientos, incluso cuando son conscientes, no son inicialmente comunicados, en su lugar podrían aparecer hostilidad hacia nosotros o la terapia expresada a través de comentarios negativos pero también podrían sabotear sutilmente cualquier intervención sin mostrar ira ni hostilidad.

Rara vez el enfado es la única reacción, ya que es precisamente el hecho de que el terapeuta y la terapia son importantes para el paciente lo que provoca tanta rabia. La otra cara es un sentimiento de tristeza y pérdida o bien una aguda sensación de ansiedad. Para Bolwby (1984) la formación de la base segura que caracteriza el apego, es necesaria para desarrollar la alianza del trabajo. Cuando a los pacientes se les pide que se adapten a un cambio impuesto, la protesta por la separación, en cualquiera de sus formas es normal y la forma en la que se realiza la protesta no es un indicativo de psicopatología (Ainsworth et al, 1978). Pero esta respuesta causada por la partida de alguien que escucha, entiende y cuida, podría ser exacerbada por pérdidas pasadas que se condensan con la actual, de forma que la intensidad del duelo y la ansiedad de separación podrían responder más al pasado que al presente. Entonces algunos pacientes pueden culparse irracionalmente por la partida del terapeuta viendo esta forma de finalizar como un rechazo personal causado por los propios defectos del paciente. La fantasía común es que si el paciente fuese lo suficientemente bueno, interesante o atractivo, el terapeuta habría encontrado la forma de permanecer. En mi caso, aparecía una idea de que el lugar en el que vivían ocasionaba *“que siempre nos fuésemos a sitios mejores”*. Además, el auto-desprecio puede ser proyectado sobre el

terapeuta; en aquellos pacientes que temen que lo que han expuesto en el curso de la terapia fue tan feo o inaceptable que causó la huida del terapeuta. Escuché varias veces *“cuando alguien consigue conocerme realmente, tiene que dejarme”*. Otros pacientes pueden temer inconscientemente que fuese su ira inicial hacia nosotros o amenazas de abandonar lo que condujo a hacer realidad sus “deseos”. Una vez articuladas y exploradas, estas distorsiones pueden perder mucho poder y permitir un gran insight sobre las tendencias del paciente hacia su auto-depreciación y abuso.

No es inusual un rechazo inicial a experimentar o expresar sus sentimientos, con frecuencia se debe a un intenso sentimiento de vergüenza por sentir demasiado la pérdida de esa persona que aparentemente les deja fácilmente y con quien sólo tiene una relación profesional. Tras la vergüenza está la creencia de que esos sentimientos son infantiles, irracionales e inaceptables. Además, es de esperar que aquellos pacientes para los que es difícil ser conscientes y expresar sus sentimientos hacia los otros no rompan su patrón ante la perspectiva de una terminación no bienvenida. En este caso, puede expresarse como aparente indiferencia o un entendimiento y aceptación racional del hecho sin ninguna conciencia de reacciones emocionales.

Cuando los pacientes espontáneamente no hablan sobre sus reacciones emocionales al ser informados, puede ser útil preguntar que están sintiendo en ese momento ante el hecho de que la terminación sea forzada e imprevista más que acerca de sus sentimientos hacia la finalización de la terapia con ese terapeuta particular. La primera pregunta asume una reacción a corto plazo y limitada y puede ser menos arriesgado para el paciente admitir que está teniendo una respuesta emocional a la finalización de la relación. Al mismo tiempo, es importante no insistir en que tienen sentimientos de los cuales los pacientes no están siendo conscientes (y yo añadiría o que, realmente, no están sintiendo). Cuando el terapeuta explora sentimientos escondidos tras la aparente indiferencia, implícitamente está comunicando que estas reacciones son respuestas comprensibles a una situación realmente dolorosa y difícil. Muchos pacientes pueden ser capaces de sentirse menos avergonzados por sus sentimientos y pueden comenzar a conocerlos y explorarlos, incluso sin compartírselos. Algunos podrían necesitar aún así minimizar la importancia de la relación terapéutica y también que esa negación sea respetada.

Cualquiera que sea la reacción inicial del paciente, es muy probable que esta sea mucho más compleja de lo que puede parecer en principio. Los pacientes pueden estar en contacto con una única emoción, encontrando más dificultad para reconocer otras que son igualmente significativas pero no tan visibles. Por eso es muy importante, ser consciente de la complejidad de los sentimientos que están tras los expresados, mientras nos enfocamos en aquellos que se están presentando.

Durante todas las sesiones posteriores a la comunicación de nuestra partida es necesario estar alerta sobre el material que podría indirectamente representar contenidos sobre la finalización. Cualquier material relacionado con separaciones y pérdidas podrían entenderse como desencadenado por el proceso de terminación

forzada. Sin ignorar los sentimientos hacia otras figuras, es útil sugerir a los pacientes que estos sentimientos adscritos a otras situaciones podrían estar también presentes en relación con nuestra partida.

Penn (1990) expone dos formas de producir un efecto terapéutico, por una parte el paciente podría separar su emoción real de las más intensas distorsiones transferenciales. Por otra, si el terapeuta es capaz de aceptar, explorar y contener todos estos sentimientos el paciente pueden aceptar mejor su propia mezcla de sentimientos acerca de la terminación, y quizá sobre sus reacciones emocionales en general. Esto conduciría a posibilitar el trabajo con pérdidas tempranas, al enfocarse en los patrones específicos de distorsión que afectan también a otras relaciones o, simplemente reducir algo de los sentimientos de ira transferenciales convirtiéndolos en un enfado más manejable. Podrían elaborarse duelos irresueltos con lo que la intensidad de los sentimientos transferenciales disminuiría considerablemente.

Desde el punto de vista relacional, esta situación indeseable podría redefinirse como una ruptura de la alianza terapéutica (Safran y Muran, 2005) provocada por circunstancias externas y, por lo tanto, como una oportunidad de reestructuración de los esquemas relacionales del paciente. La comprobación de que el terapeuta puede sobrevivir tanto a su ira como a sus sentimientos amorosos y de dependencia, puede ser un descubrimiento significativo para muchos pacientes y facilitar la toma de conciencia de la posibilidad de coexistencia del enfado con los sentimientos positivos hacia la misma persona. De esta forma se facilita el proceso de aceptación de uno mismo y de los demás. Para algunos autores como Balint, Ferenczi o Winnicott es habitual que las personas aprendan a disociar aspectos de sus necesidades básicas a consecuencia de que sus principales cuidadores no se han adaptado óptimamente a sus necesidades. La terminación forzosa podría entenderse también como una representación de este tipo de experiencia traumática, producto del fracaso inevitable de los cuidadores, en este caso del terapeuta, para responder óptimamente. Es nuestra tarea ayudar al paciente a elaborar esta decepción de un modo constructivo, lo que conlleva la aceptación de sus necesidades y deseos como válidos y legítimos, aunque no sean nunca satisfechos de modo absoluto.

Paralelamente, para que podamos tolerar las necesidades y decepciones de los pacientes en este contexto, debemos manejar nuestras propias fantasías omnipotentes y renunciar a algunos intentos narcisistas. Desde nuestra perspectiva es fundamental el examen continuo del aquí y ahora, de las implicaciones relacionales de nuestras intervenciones y, por lo tanto, la motivación que subyace a las interpretaciones. Los pacientes no son los únicos implicados en la relación que se termina de esta forma, nosotros también debemos afrontar reacciones complejas ya que también hemos sido parte de una relación intensa y significativa que está terminando prematuramente. O, en el caso de la atención pública, de una enorme cantidad de relaciones con distintos grados de intensidad, implicación y dificultad.

Ante esto es comprensible que se despierten lo que Penn denomina “reacciones

del terapeuta frente a su propia partida”; ansiedad de separación, incomodidad y preocupación acerca de la importancia de las implicaciones de la terminación para el paciente y tristeza por la propia pérdida de relaciones significativas, no sólo con el paciente si no también con el resto del equipo y del lugar de trabajo, e incluso enfado por la necesidad de terminar prematuramente. Es improbable la ausencia de cualquier sentimiento en respuesta a esta situación, a menos que pueda ser atribuido a nuestras propias defensas. Son estas defensas y las denominadas *“reacciones a la transferencia del paciente”*, inducidas por procesos inconscientes contratransferenciales, las que deben controlarse para no dañar al paciente.

Algunos podríamos sorprendernos sintiéndonos heridos por la ira del paciente y expresando sutilmente el desacuerdo con esa rabia o distanciándonos emocionalmente de forma defensiva. Glenn (1971) enfatiza el carácter de abandono de un prematuro distanciamiento defensivo por parte del terapeuta al que los pacientes responderán en consonancia. Para otros, puede ser más fácil escuchar y afrontar la ira que sostener la experiencia de ansiedad y pena del paciente, frente a la que podemos sentir culpa y, frecuentemente, resonancias con nuestro propio dolor acerca de la separación. Sentiríamos entonces que realmente hemos traicionado o abandonado a nuestros pacientes, involucrándonos más en un intento de mitigar los sentimientos de culpa. La idea de Winnicott (1965) de que experimentar que el otro no es destruido por nuestra agresión es un aspecto importante tanto del proceso madurativo como del proceso psicoterapéutico, también nos sirve como terapeutas para hacernos conscientes de que el paciente, como sujeto independiente y real, también *“sobrevivirá”* a nuestra partida.

Incluso en algunos casos podemos encontrarnos a nosotros mismos contratransferencialmente gratificados por el gran sentimiento de pérdida del paciente, satisfechos al sentirnos indispensables y, en consecuencia, no trabajar los sentimientos exagerados de pérdida con el paciente, dificultando la terminación y la derivación a un nuevo terapeuta. La aparente indiferencia de otros pacientes podría herir nuestro narcisismo apareciendo enfado.

La reflexión y análisis permanente de las propias reacciones y las del paciente son elementos fundamentales del encuadre interno del profesional y permiten evitar acting destructivos, equilibrando el trabajo entre recordar y planear la continuación con otros terapeutas. Dado que la terapia está inacabada, es importante evitar la tentación de *“atar cabos sueltos”*. Durante este tipo de terminación debemos intentar alcanzar el cierre de la actual relación terapéutica evitando cierres falsos y prematuros en temas sobre los que es necesario continuar trabajando. Debemos ayudar al paciente a reflexionar sobre qué áreas continúan siendo problemáticas y qué objetivos esperan aun conseguir, solos o a través de la siguiente terapia. A veces el tiempo limitado y el final de la terapia empujan a los pacientes a traer contenidos que nunca habían abordado, y en los que debemos evitar zambullirnos cuando no hay tiempo suficiente para tratarlos en la terapia. Puede ser más útil enfocarse en las herramientas terapéuticas que los pacientes han aprendido a utilizar durante el proceso psicoterapéutico y se llevan con

ellos. Este recuerdo de la cantidad de trabajo que han hecho para ellos mismos promueve cierto avance incluso si el paciente no retomase el trabajo con otro psicoterapeuta.

La necesidad de derivación debería ser individualmente evaluada y recomendada, en lugar de transferir directamente la agenda a otro profesional como es habitual. Deberíamos hacer todos los esfuerzos posibles no solo para promover la derivación más fácil y exitosa posible si no también en ayudar al paciente a trabajar con la ansiedad y escepticismo que esto provoca, enfatizando las posibilidades que se abren con este cambio. Es recomendable seleccionar, dentro de lo posible, un terapeuta que encaje con la forma en la que el paciente está haciendo uso de nosotros. En un solo caso pude planificar la derivación de forma que mi paciente conoció a su nuevo terapeuta de mi mano, intentando mitigar la sensación de total abandono del paciente. Facilitar la continuidad del tratamiento muestra preocupación y facilita nuestra diferenciación de las figuras pasadas decepcionantes. Sobre todo, debemos evitar sabotear sutilmente la derivación dando realidad a las fantasías del paciente de que el actual terapeuta es el único que realmente puede entenderle y ayudarle. Como psicoterapeutas relacionales necesitamos mantener un balance entre minimizar y enfatizar la importancia de la actual relación terapéutica y su final. Debemos evitar convertirnos en objetos demasiado “reales” durante la terminación para aquellos pacientes que cambiarán de psicoterapeuta, para que este, que necesitará establecer su propia postura terapéutica y profesional, no parezca intolerable en comparación.

Con frecuencia los límites de la relación terapéutica pueden generar cierta confusión en los pacientes porque difieren del resto de relaciones interpersonales en las que no es necesario finalizar definitivamente cuando las circunstancias o el contexto inicial de la relación cambia. Por lo tanto, no es inusual en el caso de afrontar una terminación prematura que el paciente mantenga esperanzas de mantener otro tipo de relación con el psicoterapeuta una vez que la terapia termine.

En este sentido, Penn, desde una perspectiva clásica, es muy clara en su postura, proponiendo que cuando estos deseos son explicitados o implícitamente comunicados, es importante ser claro sobre por qué la continuación de la relación no es posible. La relación terapéutica ha funcionado especialmente porque es diferente a otras relaciones interpersonales. Debido a que, por su naturaleza, es una relación en la que el foco está dirigido de forma desigual hacia uno de los miembros, un intento de transformarlo en una amistad más mutua es tanto improbablemente exitoso como inadmisibles. El paciente debe ser capaz de mantener la imagen del terapeuta como la tuvo durante la terapia. Además, continuar el contacto social con el paciente haría la transferencia al siguiente terapeuta aún más difícil.

Sin embargo, a menudo no es fácil para el paciente o el terapeuta decir un adiós definitivo. Obviamente, la transformación en una relación social es rechazada por la mayor parte de los autores, sin embargo, desde otros acercamientos se discute la posibilidad de mantener cierto contacto “transicional” en algunos casos, ya que, a

diferencia de otras finalizaciones, el paciente no tiene la puerta abierta para regresar, su terapeuta ya no estará disponible. Si se decide mantener este contacto deben clarificarse adecuadamente sus límites, estando siempre dentro de un marco profesional y supeditado a las nuevas obligaciones de trabajo del psicoterapeuta, de forma que se anime al paciente a invertir su energía en recursos más accesibles. Cuando el contacto posterior sea más beneficioso para el terapeuta que para el paciente, al proporcionar un periódico reconocimiento de su pasada importancia para el paciente, este debe finalizar.

A pesar de poder trabajar con las terminaciones imprevistas cuando aparecen, e incluso redefinirlas como posibilidad de crecimiento, el primer objetivo es reducirlas al máximo. Debemos promover la concienciación de los responsables de las instituciones sanitarias y de los propios profesionales, especialmente durante la formación, de la importancia de toda relación terapéutica en general y de las psicoterapéuticas en particular, así como el compromiso ético que requiere la práctica de la psicoterapia. Los factores psicoterapéuticos son elementos que facilitan el cambio dentro del encuadre pero también en el proceso se pueden propiciar situaciones de riesgo tanto para pacientes como para los psicoterapeutas debido a la naturaleza de los vínculos que se establecen. Todo paciente busca la posibilidad de algo distinto en esa relación, por ello la práctica de la psicoterapia, debe apegarse a estándares éticos elevados.

También es una tarea importante promover una coordinación entre dispositivos que optimice los procesos de derivación. A título individual somos responsables de tener el mayor conocimiento posible de aquello que se puede ofrecer al paciente, para no generar expectativas que no van a poder cumplirse y asegurarse de adaptar el encuadre a estas posibilidades, cuidando especialmente estos aspectos en aquellos pacientes en los que está situación es más importante aún. Conociendo la inestabilidad de los distintos profesionales de nuestros equipos, promovamos, sobretodo en el caso de pacientes especialmente graves o sensibles a estas circunstancias, una alianza de trabajo depositada en el equipo y no exclusivamente en un terapeuta particular. De esta forma, ante los cambios de terapeuta la sensación de ruptura del trabajo será menor. Por otra parte, como psicoterapeutas que trabajan en este sistema, al igual que nos hemos visto forzados a finalizar tratamientos de esta forma también nos hemos encontrado con la situación de recibir a los pacientes que han iniciado su tratamiento con otros terapeutas, enfrentándonos a las reacciones de estos pacientes frente a la terminación. Sabiendo que, lamentablemente, en la mayor parte de los casos no se ha realizado un cierre adecuado, tendremos que hacernos cargo de los sentimientos del paciente hacia el cambio. Probablemente los pacientes experimenten mucha ambivalencia; si mejoran con el nuevo terapeuta, podrían sentirse desleales al que se va; si empeoran, pueden sentir que están fallando al nuevo terapeuta escogido por el terapeuta que se ha ido.

Las limitaciones impuestas al trabajo psicoterapéutico en nuestro contexto de trabajo son conocidas por todos, lo que suele señalarse y considerarse menos son las ventajas que ofrece. No debería olvidarse que el Sistema Sanitario Público, profundamente criticado en muchos aspectos, proporciona una oportunidad de recibir

ayuda psicoterapéutica a personas para las que de otra forma sería inaccesible. Pero además, la institución, por su propia naturaleza promueve y facilita el trabajo en equipo y el abordaje interdisciplinar y en sí misma tiene una gran capacidad de contención y manejo de las crisis, poniendo a disposición de los pacientes, especialmente de aquellas personas que padecen trastornos mentales graves, mayor número de recursos. La tarea de los terapeutas dentro de esta institución es mantener todos los esfuerzos posibles para ayudar al paciente con los recursos que contamos, sobreponiéndonos a las circunstancias externas, habitualmente cambiantes, imprevistas e incluso caóticas a las que con frecuencia nos enfrentamos, conservando así el sentido de nuestro trabajo.

REFERENCIAS

- Ainsworth, M. A. S., Blechar, M.C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Assoc.
- Bowlby, J. (1984). Psychoanalysis as a natural science. *Psychoanalytic Psychology*, 1, 17-21.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base*. New York: Basic Books.
- Bostic, J.Q., Shadid, L.G., & Blotcky, M.J. (1996). Our time is up: Forced terminations during psychotherapy training. *American Journal of Psychotherapy*; 50 (3); 347-359
- Davies, J.M. (2005). Transformations of Desire and Despair: Reflections on the Termination Process from a Relational Perspective. *Psychoanalytic Dialogues* 15: 779-805.
- Gabbard, G. (2002) *Psiquiatría Psicodinámica en la Práctica Clínica*. Editorial Médica Panamericana.
- Glenn, M.L. (1971). Separation Anxiety: When the therapist leaves the patient. *American Journal of Psychotherapy*, 25(3), 437-446.
- Mitchell, S.A. (1988). *Relational concepts in psychoanalysis*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Mikkelsen, E., & Gutheil, T. (1979). Stages of forced termination: Uses of the death metaphor. *Psychiatric Quarterly*, 5, 15-27
- Penn, L. (1990). "When the Therapist Must Leave: Forced Termination of Psychodynamic Therapy. *Professional Psychology; Research and Practice*. 21 (5); 379-384.
- Rosenthal, C., Fernandez, P., Hausman, N., Miller, S & Weiner, M. (2007). Challenging Endings: First Year MSW Interns' Experiences with Forced Termination and Discussion Points for Supervisory Guidance. *Clinical Social Work Journal* 35:79-90.
- Safran, J. & Muran J.C., (2005). *La alianza terapéutica. Una guía para el tratamiento relacional*. Bilbao: Desclee de Brouwer
- Siebold, C. (2007). Everytime we say Goodbye: Forced Termination Revisited, a commentary. *Clinical Social Work Journal* 35: 91-95.
- Winnicott, D.W. (1965). *The maturation process and the facilitating environment*. New York:

International Universities Press.

Yalom, I. (2000). *Psicoterapia existencial y terapia de grupo*. Barcelona: Paidós.

Yalom, I. (2002). *El Don de la Terapia*. Bs. As: Emece

Original recibido con fecha: 7/9/2011 Revisado: 30/09/2011 Aceptado para publicación: 24/10/2011

NOTAS

¹ Carlamarina Rodríguez Pereira es FEA de Psicología Clínica de los Servicios de Salud Mental de Castilla- La Mancha. Miembro de IARPP-España.

² En la asistencia pública en Salud Mental en España, la frecuencia de sesiones que es posible mantener con el paciente es habitualmente mensual, y solo en periodos excepcionales quincenal o semanal.

³ Por ejemplo el paso al servicio de adultos al cumplir 18 años o a servicios especializados como pueden ser las Unidades de Conducta Alimentaria o Drogodependencias.