

EN LA FRAGILIDAD DEL CONTACTO: EL TRABAJO CON RIESGO DE SUICIDIO EN UNA RELACIÓN DIALÓGICA.

Artículo publicado en *British Gestalt Journal*, 2009, Vol 18, N 1, p. 10-17

www.britishgestaltjournal.com

Autores: Jules Howdin (J.Howding@liverpool.ac.uk jules@howdin.co.uk) and Andrew Reeves (A.Reeves@liverpool.ac.uk)

Artículo traducido por Paulino Aparicio Martín-O.

Revisión lingüística: Johanna McKechnie

Resumen: El trabajo con potenciales suicidas en el proceso psicoterapéutico puede introducir muchas dificultades para los terapeutas tanto a un nivel profesional como personal. Un componente del campo de la predicción y prevención del suicidio en la política de salud mental del Reino Unido es un imperativo con los profesionales de salud mental de los que se espera, que utilicen el conocimiento actual para predecir de forma más acertada la posibilidad de suicidio en sus clientes. Sin embargo, la psicoterapia Gestalt es un proceso relacional enraizado en un marco dialógico. Este artículo explora las influencias en el campo que afectan en los dilemas profesionales y personales del trabajo con riesgo de suicidio en referencia al encuentro Yo-tú, la inclusión, la presencia y la no-explotación. La teoría es explorada usando un ejemplo de estudio de casos: Marie. Se subrayan y discuten las formas en las que los principios de la evaluación del riesgo del suicidio pueden ser integradas en el marco gestáltico

Palabras clave: Gestalt, riesgo, evaluación, teoría de campo, fenomenológico, supervisión, dialogal, presencia, inclusión.

Introducción

“Da vueltas y vueltas en mi cabeza... ¿sabes?... es que simplemente no le veo sentido a mi vida - ¿cuál es el maldito sentido? [pausa] Es que me siento muerta... no puedo entender lo que siento en absoluto...(Marie)”

El riesgo de suicidio en una relación psicoterapéutica puede, al parecer, ser explorado desde la teoría de campo, a través de dos lentes distintas: en un nivel macro, que incorpora y atiende los factores de riesgo, los planes a desarrollar, las expectativas de la organización; o a un nivel micro, con las luchas del sujeto para entender y articular sus pensamientos auto-destructivos. Mientras que una integración de las consideraciones de ambos niveles, macro y micro, son esenciales para desarrollar una buena práctica, el punto de salida es, a menudo, las consideraciones macro; Esto apoya la deflexión (deflection) de los sentimientos, de las experiencias y del distress individual – un lugar mucho más “seguro” desde el que plantear los dilemas.

Sin embargo, como profesionales tendemos más a experimentar nuestros propias dificultades con el riesgo de suicidio a un nivel micro: cuando un cliente empieza a nombrar – sea de forma implícita o explícita – sus pensamientos o intentos suicidas. Es en este momento en el que las consideraciones teóricas o filosóficas son traídas de forma profunda a la experiencia del momento. Schneidman (1996) escribió que “... nuestra mejor forma de entender el suicidio no es a través del estudio de la estructura del cerebro, ni a través del estudio de estadísticas sociales, tampoco el estudio de enfermedades mentales, sino directamente a través del estudio de las emociones humanas que se

describen en lenguaje claro en las palabras de una persona en riesgo de suicidio. La pregunta más importante a una persona en riesgo de suicidio no es una revisión sobre su historia familiar o tests de laboratorio sobre su sangre o líquido espinal, sino “¿dónde te duele (where do you heart)? y ¿cómo te puedo ayudar? (Shneidman, 1996, p. 8).

La premisa fundamental de la planteamiento de Shneidman está fundamentada en el aspecto dialogal de la psicoterapia, porque el verdadero significado del riesgo de suicidio de cada individuo se puede encontrar en las complejidades del contacto relacional más que, únicamente, en un contexto más amplio. Pero en el contexto de los planteamientos positivistas que fundamentan actualmente la evaluación del riesgo de suicidio en los entornos de salud mental – la política actual de salud mental y de pensamiento sobre el suicidio – parece que el diálogo es, a menudo, relegado y perdido en planes y burocracia de evaluaciones de riesgo prefijadas.

Nuestra intención es explorar las implicaciones dialogales para el trabajo con riesgo de suicidio a través de una de nuestras propias experiencias de trabajo con una cliente en riesgo de suicidio, a la que llamaremos Marie. Dadas las penalidades de Marie con sus propios morir y vivir, pocos dudarían de la importancia de aumentar el awareness a través de la exploración de sus limitaciones al contacto, que se reflejan en distintos aspectos del campo, siendo curiosos sobre la dinámica de la culpa, y trabajando con su fenomenología para facilitar la resensibilización para trabajar su posición de “... realmente no puedo comprender, en absoluto, lo que estoy sintiendo”

La cultura de la predicción/prevención

Es importante considerar el poderoso aspecto del campo por el que la política de salud mental parece que está llevando hacia una dirección filosófica diferente a la que unos cuantos de nosotros habríamos elegido al trabajar como psicoterapeutas Gestalt. La importancia de fundamentarnos en el concepto de profundidad relacional se vuelve un imperativo mayor en un contexto de política que más y más parece privar a la psicoterapia de su fuerza dialógica y deja a los profesionales en un déficit de planteamiento relacional (político-relacional)

En la última década el imperativo político en el sistema de salud mental británico ha sido la prevención del suicidio y la reducción del número de suicidios completados (Higgitt, 2000; Thornicroft, 2000) Las altas tasas de suicidio y cómo son percibidas por los medios de comunicación y su reflejo negativo en los cuidados ofrecidos por los servicios de salud mental, tanto legales como voluntarios, es una dificultad política ampliamente reconocida (Hallman 2002). El Plan Nacional del Servicio para la Estrategia de la Prevención del Suicidio y de Salud Mental de Inglaterra plantea metas para la reducción del suicidio de un 20 por ciento para 2010 – el Plan Nacional del Servicio indicó que esta reducción preveniría 4000 muertes (DoH, 1999,2002)

La tarea definida a todos los trabajadores de la salud mental por la política de Reino Unido e internacional es reconocer, valorar, intervenir y prevenir el riesgo de suicidio cuando es enfrentado en la práctica. Una exploración de la literatura relacionada con el suicidio nos lleva a una gran cantidad de estudios que examinan los diferentes factores correlacionados con un mayor riesgo de suicidio. La yuxtaposición de política social e investigación sobre suicidio es, por lo tanto, un planteamiento hacia el suicidio basado en lo que puede ser llamado modelo de “predicción/prevención”. Como psicoterapeutas, podemos percibir a menudo un subtexto de este enfoque como diciendo “dado que puede ser previsto por lo tanto debería ser prevenido”. Esto potencialmente nos

cambia a nosotros como psicoterapeutas Gestalt desde el mantenimiento de una actitud de indiferencia creativa a convertirnos en agentes de cambio con la tarea de prevenir el suicidio de nuestros clientes. En los documentos de la política se da muy poco espacio a las perspectivas filosóficas o basadas en la fe del suicidio: *si* el suicidio debe ser siempre prevenido. Por lo tanto, a menudo podemos experimentar el suicidio de un cliente como un “fracaso” personal, y esta creencia puede ser reforzada más aún en el contexto del imperativo predicción-prevención.

Este subtexto, puede ser deconstruido de forma útil por la metáfora de Leenaar del “golpe en la cabeza” (bump on the head) (Leenars 2004). Si es posible correlacionar de forma clara un factor o combinación de factores con el riesgo de suicidio, la predicción se convierte en una tarea más fundamentada. Si somos capaces de identificar factores específicos en un individuo que se ha demostrado que correlacionan con un riesgo más alto de suicidio, entonces, el predecir la posibilidad de un suicidio inminente en ese individuo se vuelve un proceso clínico más eficaz. La predicción del suicidio se vuelve tan clara como la intuición del “golpe en la cabeza”. Sin embargo, de la misma forma que raramente los factores generales de riesgo nos ayudan a predecir las acciones de un individuo, no existe un “golpe” como ése.

La realidad es que, como psicoterapeutas hacemos todo lo que mejor que sabemos para entender el riesgo de suicidio de cada individuo, y algunas veces los individuos actúan para acabar con sus propias vidas. La angustia sentida que sigue al suicidio de un paciente puede ser uno de los más profundos y perturbadores acontecimientos de nuestras vidas profesionales (Hendin et al., 2000). La culpa, la incompetencia y la inadecuación son sentimientos comunes que a menudo se declaran después del suicidio de un cliente (Fox y Cooper, 1998). Otros sentimientos y respuestas que se declaran pueden incluir desensibilización, shock, negación, depresión, patrones de sueño estresado y pesadillas. Los psicoterapeutas a menudo han descrito cómo el suicidio de un cliente ha destrozado su confianza en sus capacidades terapéuticas, perdiendo la fe en ambos, su capacidad de estar con clientes y de forma más general en el valor de la psicoterapia.

Estas respuestas no son exclusivas de principiantes o psicoterapeutas Gestalt que comienzan. Psicoterapeutas más experimentados a veces asumen que su experiencia profesional debe protegerles de las dudas personales, del miedo y de la culpa. Pueden ser zarandeados más allá y descubrir cuánto les afecta el suicidio de su cliente. Por lo tanto, a veces podemos estar renuentes de trabajar con clientes en riesgo de suicidio como una forma de evitar nuestro propio riesgo emocional.

El introyecto “deberías hacerlo bien”, con el consecuente miedo al fallo que promueve, puede ser persistente y extendido para muchos de nosotros; ésto quizás se refuerza por las condiciones del campo de la cultura de la “predicción/prevención” ya señaladas. Otros profesionales no son inmunes a dichas dificultades emocionales. Puede haber un sentir en el campo psiquiátrico por el que si ocurre el suicidio de un paciente es que, probablemente, has hecho algo mal. En el artículo de Alexander y otros (2000), un psiquiatra hablaba sobre el terrible sentido de fallo que sintió al haber “fallado a su cliente”.

Cada vez más, los psicoterapeutas temen la culpa y los litigios. Mientras que es un fenómeno más frecuente en US y sigue siendo raro en UK, la percepción de dicho riesgo es alta. Quizás un peligro más real, en nosotros como terapeutas Gestalt, es el apartarnos a los rincones, atentos contra los ataques y asegurándonos de que estamos

protegidos. Aunque, cuando volvemos al punto original de Shneidman, el terror al riesgo del suicidio a menudo radica en lo inexplorado, en lo “no preguntado” y por lo tanto lo que está fuera del darse cuenta. El “monstruo” que puede ser el riesgo del suicidio – fuera de la vista y así alimentándose del miedo y de la incertidumbre – puede ser retransfigurado a través de el darse cuenta en la intimidad de una relación dialógica.

La significatividad de las preguntas “¿dónde te duele?” y “¿cómo puedo ayudarte?” no puede ser subestimada para empezar a entender el mundo de los clientes en riesgo de suicidio. Sin embargo, el contacto relacional a menudo puede ser frágil, delicado y fugaz. Hay muchos factores que pueden facilitar la profundidad del contacto requerido por la psicoterapia Gestalt, y, con respecto al cliente en riesgo de suicidio, hay varios factores que pueden inhibir el contacto, de tal forma que nos retiramos y apartamos.

Navegando el riesgo de suicidio en la relación dialógica.

Marie

Marie es una mujer de 42 años de doble paternidad (madre blanca y padre negro); Se identifica a sí misma como negra. Tiene una larga relación lesbiana, le va bien en la carrera que eligió, y generalmente disfruta de su trabajo. Llegó a terapia en estado de desesperación que ella creía que fue generado desde la muerte de su madre con la que había tenido una relación muy difícil. Era muy desconfiada de las mujeres blancas (yo soy una terapeuta mujer y blanca) y era escéptica sobre si la terapia puede ayudar, porque su percepción era que el racismo institucional era inherente en los servicios de salud mental. Era clara respecto de que venir a la terapia era el último recurso porque su estrategia familiar de aislarse ya no estaba funcionando para manejar el malestar. Había estado experimentando pensamientos suicidas durante varios meses antes de venir a terapia, y era inexorable en que lo quería mantener como una opción, presentando el suicidio como una opción viable para resolver su conflicto interno.

“Te puedo ver ahí sentada... me pareces tan lejos de mí... una parte de mí quiere acercarse a tí pero me siento tan enfadada...tan cabreada. Es que no lo puedo hacer, de verdad – la gente siempre me da la espalda – me siento repulsiva y repudiada.. simplemente me dan la espalda... (Marie)

La relación dialógica en la psicoterapia Gestalt contemporánea se fundamenta en la filosofía de Buber (1958) del relacionarse Yo-Tú (I-Thou relating). Su premisa básica es que la existencia de un individuo evoluciona a través del ser/estar¹ en relación con otros (being in relation), consecuentemente los seres humanos dan sentido a sus vidas a través de las experiencias “interhumanas”, es decir, en *el entre* que es creado cuando las personas se encuentran. Por lo tanto, el “Yo” siempre tiene sus significado en relación al mundo y no puede existir en aislamiento, el “Yo” siempre es del Yo-Tú o del Yo-Ello. La relación dialógica no se basa únicamente en el uso de palabras, debido a que el contacto profundo puede ser hecho a través de comunicación no-verbal – es la experiencia de la implicación total con otro como Tú.

Si entendemos las dificultades de Marie como emergidas a través de las pasadas dinámicas relacionales, entonces, el camino de vuelta a la salud está en el contexto de nuestra relación terapéutica. La tarea terapéutica es explorar nuestra relación, volvernos conscientes de lo que pasa para Marie, identificar cómo ocurre su proceso de retirada y qué significado le pone a esta experiencia. Este proceso puede ser revivido y trabajado en una relación que sujeta, que contiene, no abusiva y reparadora. Esto define la relación

¹ En inglés no existe la diferencia entre el verbo ser o estar. Aquí los autores utilizan “being in relation” y no encuentro una razón clara para elegir una de las dos posibilidades.

dialógica.

El contacto Yo-Tú es descrito por Jacobs (1995) como "... un proceso corporal completo de volverse-hacia-el-otro." Un rendirse a, y confiar en, el "entre" (1995, p. 53). La atención se pone en la calidad del contacto que emerge, en la conexión entre las dos personas mientras que, también, se respeta y valora la separación de los individuos. En la relación entre Marie y yo misma esto significa el trabajar con el ritmo entre su contacto y retirada, el explorar su forma de relacionarse familiar, y a la luz de todo ésto, experimentar con alternativas. En este sentido, Marie acumula una más amplia, más flexible selección de posibilidades, en vez de tener una restrictiva y frecuentemente limitante estrategia para manejar sus sentimientos de "para todo lo mismo" (one size fits all).

El contacto Yo-Ello ocurre cuando nos relacionamos con las otras personas como objetos, un contacto que es un medio para un fin. Cuando nos relacionamos con un individuo como un Ello no estamos abiertos al momento Yo-Tú. Marie pone palabras a este proceso porque lo experimenta con gran elocuencia: " Te veo ahí sentada... pareces tan lejos de mí.. una parte de mí quiere acercarse a tí" y aún así se siente " repulsiva y repudiada". La posición Yo-Ello opera sobre una persona que está separada de la otra, mientras que la Yo-Tú es integrativa y afirma la totalidad propia. Hycner (1995) describe el diálogo como una "rítmica alternancia de Yo-Tú y Yo-Ello en relación". Como tales, es importante anotar que ambas Yo-Tú y Yo-Ello en relación son ambos relevantes para el vivir diario.

El contacto Yo-Tú es fugaz y es algo que no puede ser planteado como meta porque:

Marie:... simplemente se alejan de mí...

Terapeuta: Me siento triste... de alguna forma perdida, suena como que has tenido que valértelas sola y que fue difícil hacerlo cuando eras tan pequeña [*Mis ojos empiezan a empañarse, mi mandíbula se relaja, me siento tierna y profundamente movida por sus sentimientos de ser repulsiva – nos miramos en silencio*]

Marie: De repente ... me siento de alguna forma distinta cuando me estás mirando – me siento realmente, no sé... vista – es raro, pero.. una parte de mí lo odia... se me empañan los ojos. [*Caen lágrimas, entonces silencio por unos minutos más*]

El contacto Yo-Tú es un momento fugaz de profundo contacto que emerge espontáneamente del proceso de relacionarse cuando el terapeuta adopta una postura Yo-Tú; Hay una profunda conexión transformadora mutua entre el cliente y el terapeuta cuando el cliente se siente totalmente alcanzado por quién él es. La actitud Yo-Tú del terapeuta ofrece compromiso con el diálogo, inclusión, presencia y opera desde una perspectiva no-explotadora.

INCLUSIÓN

"Es mejor estar a solas – para no dejar a cualquiera saber lo que estoy sintiendo realmente, así nadie necesita tenerme en cuenta, y me va bien, yo controlo y nadie más tiene la oportunidad de defraudarme. Mi manera (de hacer) es retirarme, ¿sabes?... porque así es seguro para mí" (Marie)

La inclusión es cuando el terapeuta entra en el mundo del cliente para sentir lo que el cliente está experimentando. Para hacer ésto es importante poner entre paréntesis nuestro propio mundo tanto como podamos para reconocer plenamente el mundo de la otra persona. Sin embargo, no perdemos completamente el sentido de nosotros mismos y nos volvemos confluentes, porque ésto no ayuda al cliente. Al entrar en el mundo del

cliente y mantener el sentido propio, somos capaces de tener una visión general de lo relacional que está ocurriendo en la terapia.

Hycner (1995) habla del “ritmo del movimiento” entre estar en el mundo del cliente, “el otro lado” mientras seguimos teniendo un sentido de nosotros mismos. Sigue diciendo que la inclusión solo puede ser momentánea porque la intensidad de mantener la postura es difícil. Es, sin embargo, la aproximación global del intentar experimentar el mundo de la otra persona lo que es potencialmente beneficioso para el cliente, pero quizás es, en el contexto del riesgo de suicidio, lo más amenazador para nosotros como terapeutas.

Terapeuta: Mientras hablas tengo la sensación de que te fortaleces, al no depender de nadie, permaneciendo en control, tomando tus propias decisiones y siendo capaz de tomar la decisión de quitarte la propia vida... Aunque lo que también siento es... bien, una intensa sensación de aislamiento, de estar desconectada, de sentirse dolorosamente sola...

Marie: Pero si voy allí, simplemente me pierdo, temo romperme – solo me aparto de todo porque... bien, me confunde.. es demasiado arriesgado, demasiado impredecible, ¿sabes?...

Terapeuta: Entiendo que hay un riesgo enorme al hablar de esto. Sé que corres el riesgo de ser deprimida. Pero para mí, este mismo espacio es el que te pone en riesgo, cuando te sientes tan desconectada... Parece intolerable cuando llegas a este lugar...

Marie: Estoy petrificada (de miedo)...

[Pensamiento del terapeuta: yo también estoy asustada]

Veremos importantes respuestas contratransferenciales en detalle más adelante. Sin embargo, el hacer posible a uno mismo experimentar el mundo auto-aniquilatorio de otro puede sentirse como abrumador y asfixiante y el deseo de evitarlo puede ser profundo.

En el proceso de desarrollo de la relación con Marie traté de experimentar la tensión que ella experimentó al comienzo de trabajar conmigo como una mujer blanca (como una figura de desconfianza). Creía que la tarea terapéutica era conectar con: su sentido de desesperanza sobre cómo este proceso podría ser resuelto alguna vez; la confusión y el dolor que sintió con la muerte de su madre; cómo ella sintió que quitarse su propia vida era la única solución. Traté de poner entre paréntesis tan bien como pude mi deseo de que su suicidio no fuera una opción. La supervisión y el apoyo de los colegas fueron vitales para mí durante este proceso de navegar en su límite entre la vida y la muerte, como lo fue la discusión sobre la confidencialidad.

PRESENCIA

Marie: Bien si éso es lo que tiene que ocurrir para trabajar contigo, no va a pasar... vete a la mierda; *[Estábamos negociando nuestro contrato de trabajo sobre romper la confidencialidad cuando ella se sintiera activa respecto del suicidio]*

Terapeuta: Entiendo que esto es temible al estar fuera de control para tí, ... estás asustada de que yo pueda quitarte tu poder... pero para que trabajemos juntas necesitamos tener una red de apoyo que nos permita hablar sobre lo que te pasa a tí cuando realmente lo estás pasando mal...

Marie: como te digo, no va a ocurrir...

Terapeuta: Cuando dices que sueñas realmente enfadada... se siente como que el único sitio seguro para tí es mantenerme lejos..

Marie: Sí.. bien, es exactamente así como es...

Terapeuta: Me siento realmente rechazada por tí.. siento mi cuerpo entero rígido y mi mandíbula se siente realmente tensa.. estoy frustrada... y me siento inconsecuente... no tenida en cuenta [*pausa*] . Mientras digo ésto, me pregunto si ¿no es demasiado distinto a como tú te sientes algunas veces?

Marie: Es todas ésas cosas y más...

Mi meta era incluirme en la relación sin pretenciosidad y con mi esfuerzo mientras que también aceptando a Marie tan completa como era. Como en el diálogo de arriba, pongo atención a mi experiencia fenomenológica, y uso esta información para dar feedback (retroalimentar) de la forma en la que soy impactada por Marie en nuestra relación. Esto no significa solamente ser positiva y apoyadora sino también, por ejemplo, compartir sentimientos de estar retirada, frustrada, desconectada, etc. Mi feedback no era indiscriminado ni presentado como “la verdad”; era my experiencia subjetiva desde la que estaba intentando mantener buen contacto con Marie.

La presencia también incluye el desvelamiento de información personal cuando es apropiado, el hablar sobre como me sentía, no solo me coloca directamente en la relación, también tenía el potencial de hacer capaz a Marie de articular cómo se sentía ella más claramente. Jacobs (1995) dice que el auto-desvelamiento, de ambos, las experiencias personales y las reflexiones sobre la relación de la terapia, solo deberían ser hechas en el contexto de ser útiles y facilitar el siguiente paso del awareness del cliente.

La presencia también incluye confirmación – Yo reconozco todos los aspectos de Marie como el individuo que ella es y acepto cómo ella se siente.

Terapeuta: Ahora lo entiendo, .. lo estás intentando y también sé que eres buena y te manejas con toda clase de estrés en tu trabajo. Este esfuerzo no es todo lo que tú eres, y te he oído algunas veces que te sientes así.

Marie: a veces me olvido.. cuando estoy tan alejada, y siento que no hay salida, olvido que hay otras partes de mí... que soy buena en algunos aspectos.. Cristo, otros me ven como competente y capaz, es una jodida broma.

Terapeuta: Y yo no me río, porque tú también eres éso...

Era importante confirmar la existencia de María no solo como ella era actualmente, sino también como una proyección de cómo ella podría ser, un reconocimiento de un campo mayor. De nuevo, ésto puede ser extremadamente desafiante para un terapeuta cuando se trabaja con clientes en riesgo de suicidio. La tentación puede ser el concentrarse en los aspectos “luchadores” del paciente, porque el mantenimiento de una relación con la parte “suicida” puede sentirse demasiado abrumadora - el mantener las dos polaridades es esencial.

El suicidio raramente deja indiferentes – sin pensamientos, sentimientos u opiniones. Según hayamos sido nosotros capaces de negociar nuestro propio riesgo de suicidio, o de haber respondido a la muerte por suicidio de un miembro de la familia o de un amigo, va a conformar e influir nuestra posición en relación al suicidio. El sentido de nuestra propia vida y muerte, o de la de los otros cercanos a nosotros, quizás nuestro posicionamiento espiritual o filosófico respecto del suicidio, estarán también poderosamente presentes. Todos estos aspectos, y otros, pueden minar nuestra presencia en la relación si no están suficientemente reconocidos por nosotros.

COMPROMISO CON EL DIÁLOGO

Marie: Me asusta, sabes, el tener algo escrito... algo que dice que puedes hacer lo que

quieras incluso si yo puedo no querer que ocurra.

Terapeuta: Yo no quiero “hacerte” nada a tí... Sin embargo, lo que veo es que puede ser un trabajo realmente duro para las dos y ambas necesitamos apoyo. Sé que el solicitar apoyo no es familiar para tí... Sé por mí misma, sin embargo, que para ser eficaz como terapeuta, necesito sentir algo que me respalde, una red para protegernos, si quieres.

Marie: Sí, bueno, ... éso significa que puedes deshacerte de mí cuando las cosas vayan mal.

Terapeuta: Agh... siento que acabo de ser golpeada en el pecho cuando dices éso... oigo que dices que, en efecto, si la cosa se pone difícil piensas que yo te repudiaré y te dejaré de lado, ¿es éso lo que quieres decir?

Marie: bien, ¿no es así?

Terapeuta: Así no es como yo lo veo... en absoluto. Pienso que el trabajar juntas podría ser realmente difícil algunas veces – para las dos... ya lo ha sido. Pero el clarificar lo que hagamos juntas cuando estés en riesgo de suicidio de forma activa, para mí tiene que ver con asegurar el que podamos seguir trabajando juntas – totalmente lo opuesto a querer deshacerme de tí, no importa lo difícil que se ponga la cosa...

Las dos características previas de inclusión y presencia son necesarias para el compromiso con el diálogo. Estas me hacen capaz de ser impactada por Marie y llevar ésto a nuestra relación. De esta forma la relación es vivida. “El contacto es vivir más que hablar sobre el vivir. Es más haciendo y experimentando que analizando” (Yontef, 1993, p. 235) Por lo tanto, la relación es trabajada en el momento con toda la información que la fenomenología, la inclusión y la presencia pueden aportar.

A través de este proceso empecé a hacer capaz a Marie de traer al presente aspectos inacabados de su vida. Exploramos sus asuntos inconclusos de sentirse repulsiva y temerosa del rechazo en nuestra relación más que hablar sobre ello en tiempo pasado. Al vivir en el momento no hay distancia de la experiencia al sentimiento; la experiencia es el sentimiento. Es importante que sea capaz de hacer ésto – modelar y devolver mi experiencia como apropiada a Marie. Como terapeutas comprometidos con el diálogo, modelamos como lidiamos con el, a menudo, complicado proceso de relacionarse – en el esfuerzo de saber cómo sentimos, lo expresamos, nos hacemos entender y, finalmente hacemos que se oigan nuestras necesidades de una forma relacional.

No explotación² (Non-exploitation).

La relación en la TG es descrita por Yontef (1993) como horizontal, cualquier otra cosa distinta significa que la relación no es gestáltica. El terapeuta y el cliente son igualmente seres humanos y sin que ninguno esté en una posición más poderosa que el otro. En realidad ésto no es totalmente preciso porque niega el desequilibrio inherente en una relación terapeuta-cliente. Sin embargo, la mutualidad y la equidad son las metas de la relación de la terapia. Esto era tan claro en la pelea que tuvimos Marie y yo para acordar un contrato de trabajo, uno en el que ambas pudiéramos comprometernos en el apoyo de su exploración de su tendencia al suicidio, aunque este proceso en sí mismo fue importante aspecto de nuestra emergente relación.

La relevancia de estas consideraciones es clara en mi relación con Marie. Me alejé de la perspectiva Yo-Ello del papeleo de la valoración del riesgo de suicidio en la cual sus sentimientos suicidas podrían estar localizados en el otro y así alejados de nosotros. Es

² Aunque la traducción de “no explotación” suena un poco extraña para un lector castellano parece la más adecuada para transmitir la idea de que la relación es lo más importante, en sí misma, nunca como un medio para otra cosa. Otras posibles traducciones podrían ser “no aprovechamiento”, o “la relación en sí” pero los autores, y las referencias que toman utilizan este término.

más, la relación dialógica requería que nos comprometiéramos completamente con la intensidad de los sentimientos suicidas de Marie, aunque ella amenudo se esforzada en entender su fuente, su inmediatez y su complejidad. Que esto es un trabajo exigente es innegable porque un prerequisite del modo Yo-Tú de relacionarse es que tengamos un buen insight de nuestros propios procesos, que pueden afectar cuánto de presentes somos capaces de estar con cualquier cliente.

Para facilitar nuestra capacidad para mantener una actitud Yo-Tú cuando trabajamos con clientes en riesgo de suicidio es vital que consideremos lo que pueda facilitar o empeorar nuestro contacto. Debemos preguntarnos cómo, nuestra familiarización con el contacto, ayuda o defiende contra dichos sentimientos. De igual modo, cómo impacta nuestro estilo predominante de personalidad en nuestra capacidad para manejar/tolerar el trabajo con riesgo y, finalmente, cómo entendemos nuestras respuestas contratransferenciales y las usamos al servicio de nuestros clientes.

Contratransferencia y la fragilidad del contacto.

Marie: Sé que lo que estamos haciendo es importante, sabes ... es que... bien, cuando vuelvo después de verte, es que.. no, es difícil contarte cosas porque sé lo que puedes hacer con ello.

Terapeuta: Te cortas de contarme cosas. Siento algunas veces que estoy tratando de adivinarte.. tratando de y saber lo que realmente quieres decir...

Marie: Pero ésa es la cosa, ¿no?... si entendieras de verdad entonces tú no te sentarías ahí pasivamente... Es la única forma en la que puedo mantenerme segura.

Terapeuta: ¿Te mantienes segura manteniéndome fuera? Sabes... a veces se siente que entendiendo no sería tan difícil como adivinando... así es cuando yo me siento más ansiosa por tí, en la adivinación.

La naturaleza de la contratransferencia con clientes suicidas ha sido subrayada en muchos estudios (Eyman, 1991; Fox and Cooper, 1998; Heimann, 1950; Leenars, 2004, ...) Los disparadores para dichas respuestas en terapeutas concretos puede ser diversos, aunque la naturaleza de las respuestas en sí mismas generalmente incluye, miedo, un sentido de incompetencia, ansiedad, impotencia y rabia, por ejemplo. Marie controlaba su sentido de seguridad excluyéndome de las complejidades de su elaboración de suicidio, mientras que al mismo tiempo se sentía más poderosa en el "momento" dejándome sentir un sentido de ansiedad y de ser silenciada.

En el trabajo con Marie, la ansiedad inherente en el "no saber" de su maquinación sobre el suicidio me provoca importantes respuestas. El tratar de coger pistas, sugerencias y sutilidades normalmente puede asustar más que el responder a un discurso explícitamente más suicida. La dinámica de la contratransferencia es importante en todo trabajo terapéutico, si bien pueden aparecer desafíos particulares a tener en cuenta para un terapeuta cuando considera el trabajar con clientes suicidas.

En el trabajo clínico, mi ansiedad de no saber si Marie estaría viva para la próxima sesión a veces era inmensa, llevándome a perseguir a Marie para el contacto; contacto que ella era incapaz de tolerar y del que se retiraba. Me volví furiosa con ella, queriendo que ¡se sostuviera a ella misma, que pensara en sus hijos, en su pareja (y estoy segura de que en mí), y que no fuera tan jodidamente egoísta!. Por mi supervisión fui capaz de explorar lo que ésto significaba para mí, mi sentido de estar fuera de control, de sentirme incompetente y teniendo la creencia de que si fuera un terapeuta más hábil ella habría sido capaz de salir de este desolado sitio. La supervisión me proporcionó el espacio para

verbalizar, explorar, cuestionar, aprender y fundamentarme. Era capaz de reflexionar sobre cuáles sentimientos eran míos, cuáles podrían haber resonado con la experiencia de Marie y contemplar cuáles, más allá de estos sentimientos, pertenecían a la relación. Era contenida en este proceso y, en paralelo, era más capaz de proveer contención para Marie cuando ella oscilaba entre su deseo de vivir o de morir.

Leenars (2004) apuntaba que las dificultades que surgen de respuestas contratransferenciales no trabajadas son significativas a la vez, en el trabajo terapéutico con clientes suicidas, y más específicamente en la valoración del riesgo de suicidio, dado que tienden a impedir un diálogo directo sobre el suicidio. Para nosotros es difícil de negociar con éxito el dilema ético y terapéutico sin apoyo.

Shea (2002) apuntaba que "... cuando un clínico empieza a entender sus propias actitudes, tendencias y respuestas al suicidio, él o ella pueden volverse más disponible psicológica y emocionalmente a un cliente suicida. Los clientes parecen capaces de percibir cuando un clínico está más cómodo con el tópico del suicidio. Llegado este momento y con tal clínico, los clientes puede sentirse seguros para compartir la inmediatez de su impulso hacia la muerte". (Shea, 2002, p 4) Este era el caso con Marie, quién, por la experiencia vivida de la actitud Yo-Tú del terapeuta, fué capaz de confiar en que ella no sería rechazada por tener sentimientos, o por requerir atención en su pena y confusión. A través de la relación terapéutica fue capaz de explorar su dolor y de aumentar su awareness en relación a su retirada y por fin de su impulso hacia el suicidio.

Marie: Me confunde cuando tú no te retiras, como si me sintiese asustada... y también emocionada, creo...

Terapeuta: ¿Emocionada? Cuéntame más sobre éso.

Marie: Bien, te quedas mirándome... haciendo como que te importa... tú pareces quedarte incluso cuando te echo toda esta mierda a tí.

Terapeuta: Sabes, no estoy actuando.. realmente me importa y sí, algunas veces es difícil cuando yo me siento empujada lejos por ti, me siento frustrada y a veces preocupada... pero sé que estoy comprometida a elaborarlo, a darle a alguna clase de sentido a todo junto... a estar contigo tan honesta como puedo.

Marie: Sí,... a veces lo entiendo así.. [*caen lágrimas*]

Leenars (2004) sugiere que una contratransferencia no trabajada puede, en el peor de los casos, generar suicidio y señala un número de áreas prácticas en las que las respuestas pueden ser mal interpretadas. Estas incluyen:

- Infraestimación de la seriedad de la acción suicida.
- Ausencia de discusión de pensamientos suicidas o de algún intento que haya sido realizado
- El permitirse uno mismo relajarse en un falso sentido de seguridad por las promesas del cliente de no repetir un intento de suicidio o de no llevar a cabo los pensamientos.
- No considerar el aspecto de "grito de ayuda" del suicidio y en su lugar enfocarse más en lo que puede experimentarse como elemento manipulativo o atacante.
- Denegación al paciente de su importancia para nosotros.
- Fallo en la persuasión al cliente de continuar con más sesiones
- Un sentido de desesperanza en respuesta a la situación problemática del cliente.
- Sentirse reconfortado cuando un cliente dice tener todos los problemas resueltos solo después de un breve período de tiempo en evaluación.

(Leenars, 2004)

La importancia de reconocer y trabajar con las respuestas contratrasferenciales activas y proactivas es generalmente aceptada para todas las relaciones terapéuticas. En el trabajo con clientes suicidas esto no es solo verdad para el establecimiento y sostenimiento de contacto terapéutico, sino también para alcanzar cualquier imperativo profesional y ético puesto sobre nosotros por las condiciones del campo más amplio de nuestro entorno de trabajo de valorar y responder de forma apropiada al potencial suicidio. En este sentido, podría ser planteado que una verdadera valoración del riesgo de suicidio descansa en la fluidez del diálogo, apoyada en la adopción de una actitud Yo-Tú y en la facilidad de la exploración de la conatrasferencia, más que en sentirse desconectado, descansando solamente en procedimientos de evaluación genérica de riesgo.

Conclusión

No puede haber duda de que el trabajo con suicidas potenciales puede traer desafíos personales y profesionales enormes incluso a los más experimentados profesionales, mientras que a la vez permite la posibilidad de una exploración verdaderamente íntima y clarificadora de las experiencias más vulnerables del cliente. El equilibrio entre la valoración de la necesidad percibida y responder apropiadamente al riesgo de suicidio mientras se permanece en contacto con el proceso terapéutico en desarrollo no es fácil.

La cultura de “predicción/prevención” puede alimentar el miedo en nosotros como terapeutas Gestalt de que el riesgo de suicidio siempre puede ser anticipado de forma certera y así la prevención se vuelve una cuestión de desarrollar actuaciones. La dicotomía de “bien” y “mal” puede actuar como una Espada de Damocles pendiente peligrosamente sobre el proceso de valoración del riesgo. Mientras que la realidad es que el riesgo de suicidio permanece profundamente difícil de predecir de forma acertada a pesar de la plétora de herramientas de evaluación de riesgo disponibles para hacer este proceso, aparentemente, más efectivo. Quizás lo que hace el contacto del diálogo-suicidio tan frágil es el empuje del cliente hacia la autoaniquilación y nuestros miedos de lo mismo a un nivel personal y profesional. Aunque como puede ser visto en el trabajo con Marie, algo muy profundo puede ocurrir cuando nos permitimos preguntar “¿qué te duele y cómo puedo ayudarte?”.

Referencias:

Alexander, D. A., Klein, S., Gray, N.M., Eagles (2000) Suicide by patients: questionnaire study of its effect on consultant psychiatrist. *British Medical Journal*, 320, pp. 1571-1574.

Buber, M. (1958) *I and Thou*. Translated by R. G. Smith. New York.

Chemtob, C. M., Hamad, R. S. Bauer, G., Kennedy, B. and Torigoe, R. Y. (1988). Patients' suicides: frequency and impact on psychiatrist. *American Journal of Psychiatry*

Department of Health (1999) *National Suicide Prevention Strategy for England*. HMSO, London

Eynman, J. (1991) Countertransference When Counselling Suicidal School-Aged Youth. In

- Leenaars, A. A. and Wnckster, S. *Suicide Prevention in Schools*. Hemisphere, Washington DC.
- Fox, R, and Cooper, M. (1998) The effects of suicide on a private practitioner: A professional and personal perspective. *Clinical Social Work Journal*.
- Hallam, A. (2002). Media influences on mental health policy: long-term effects on the Clunis and Silcock cases. *International Review of Psychiatry*.
- Heimann, P. (1950). On countertransference. *International Journal of Psychoanalysis*.
- Hendin, H., Lilpschitz, A., Maltzberger, J. T., Pollinger Haas, A. and Wynecoop, S. (2000) Therapists' reactions to patients' suicides. *American Journal of Psychiatry*.
- Higgit, A. (2000) Suicide reduction: policy context. *International Review of Psychiatry*.
- Hycner, R. (1993) *Between person and person – toward a dialogical psychotherapy*. The Gestalt Journal Press Inc., New York
- Hycner, R. and Jacobs, L. (1995). *The Healing Relationship in Gestalt Therapy – a dialogic/self psychology approach*. The Gestalt Journal Press. Inc., New York.
- Jones, F. A. (1987) *Therapists as survivors of client suicide*. In Dune, E. J. , Macintosh, J. L. and Dunne-Maxim, K. L. Editors. *Suicide and its aftermath: Understanding and Counseling the Survivors*. Norton, New York
- Kleepsies, P. M. and Dettmer, E. L. (2000). Clinicians stressed by client emergencies. *Journal of Clinical Psychology*.
- Leenars, A. A. (2004). *Psychotherapy with Suicidal People: A person-Centred Approach*. Wiley, Chichester.
- Richards, B. M. (2000). Impact upon therapy and the therapist when working with suicidal patients: some transference and counter-transference aspects. *British Journal of Guidance and Counselling*.
- Shneidman, E. S. (1996). *The Suicidal Mind*. Oxford University Press, Oxford.
- Thornicroft, G. (2000). Developments in UK services – a UK perspective. *International Review of Psychiatry*.
- Reeves, A. and Mintz, R. (2001) The experience of Counsellors Who Work with Suicidal Clients: An Exploratory Study. *Counselling and Psychotherapy Research Journal 2*.
- Tyrimble, L., Jackson, K. And Harvey, D. (2000). Client Suicidal behaviour: Impact, interventions, and implications for psychologists. *Australian Psychologists*.
- Yontef, G. M. (1993). *Awareness, Dialogue and Process – Essays in Gestalt Therapy*. The Gestalt Journal Press Inc., New York.

Jules Howdin, Msc, Dip Gestalt Psychotherapy, ATSM (GPTI), DiP AT cert Sup, UKCP-Reg, es psicoterapeuta gestáltica y profesora asociada y miembro supervisor de GLPTI, su formación inicial es en arteterapia. Ha trabajado durante muchos años en servicios psiquiátricos especializados en equipos de salud mental de crisis y consulta de abusos sexuales. Es coautora de "Consideraciones para el trabajo con clientes que se autolesionan - BACP hoja de información" con Andrew Reeves, y ha escrito un capítulo, "La dinámica de la culpa en las relaciones terapéuticas" en *Aspectos esenciales para el Counselling en acción: Segunda edición*. Actualmente trabaja en el Servicio de Counselling de la Universidad de Liverpool, desarrollando y trabajando en un servicio de terapia para el personal y en práctica privada en Manchester.

Dirección para correspondencia: The University of Liverpool Counselling Service, 14 Oxford Street, Liverpool, Merseyside, L69 7WX, UK.

Email: J.Howding@liverpool.ac.uk and jules@howdin.co.uk

Andrew Reeves, PHD, RSW, MA, Msc, CQSW, DipCoun, CertSup, SNR MBACP (Snr. Accred), es consultor y supervisor en el Servicio de Counselling de la Universidad de Liverpool. Trabajó durante muchos años como trabajador social en servicios psiquiátricos especializados y en un equipo de cuidados de salud mental en intervención en crisis. La investigación sobre Counselling y psicoterapia con clientes suicidas ha sido su foco durante doce años, y acabó su doctorado en este área. Es el editor de *Counselling y Psychotherapy Research Journal* y ha escrito extensamente sobre suicidio y psicoterapia. Publicó *Aspectos esenciales para el Counselling en acción: Segunda edición* (con el profesor W. Dryden) y publicará *Counselling con clientes suicidas* en 2009.

Dirección para correspondencia: The University of Liverpool Counselling Service, 14 Oxford Street, Liverpool, Merseyside, L69 7WX, UK.

Email: A.Reeves@liverpool.ac.uk