

## Un homenaje a M. J. Mahoney: Los riesgos del ejercicio de la psicoterapia (un viaje al lugar peligroso)

Jesús García Martínez  
Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos  
Universidad de Sevilla

Correo de contacto: jgm@us.es

*Comunicación presentada en el II Congreso Nacional de Psicoterapias Cognitivas, celebrado en la Facultad de Psicología de la Universidad de Sevilla (España) y organizado por la Asociación Española de Psicoterapias Cognitivas (16-18 de marzo de 2007)*

Michael J. Mahoney murió con poco más de 60 años. Su vida fue todo un camino a través de la psicoterapia que le llevó (como indica en la autobiografía que nos dejó en su propio portal electrónico) a transitar de la terapia de conducta al cognitismo y de éste al constructivismo, en un camino que él veía como una evolución, con todas las connotaciones de cambio y progreso que éste término conlleva. No es mi intención glosar, su obra; otros, incluido el propio Mahoney, lo han hecho ya. Para los que trabajamos dentro de un marco constructivista y narrativo, sus dos mayores aportaciones han sido sin duda la magnífica *Human Change Processes*<sup>1</sup> (1991) y la más instrumental *Constructive Psychotherapy*<sup>2</sup> (2003).

No obstante, tan sorprendente como su vida, fue su muerte, que no deja de ser su última lección. Mahoney murió el 30 de mayo de 2006, la primera comunicación sobre su fallecimiento la facilitó Genji Sugamura, secretario de la *Society for Constructivism in Human Sciences* (la asociación que había creado el propio Mahoney), dejando entrever que el motivo de su muerte no estaba claro. Pocos días después, Jonathan Raskin, el coordinador de la *Constructivist Psychology Network* era más explícito e indicaba que Mahoney se había suicidado.

El suicidio de un terapeuta y más de un gran terapeuta, como era Mahoney, no puede dejar indiferente a toda la comunidad de personas que trabajamos en psicoterapia. Mis reacciones personales ante la noticia de su muerte pasaron en un primer momento por la incredulidad, para ser sustituidas rápidamente por la tristeza y la aflicción. Pero, pude darme cuenta que la emoción primaria que estaba debajo era realmente la rabia, ¿cómo era posible que un gran terapeuta se suicidara?, ¿en qué lugar nos dejaba al resto de terapeutas?. Ya que al fin y al cabo se supone que nuestra labor es, entre otras cosas, evitar los suicidios, la autolisis de Mahoney representaba de algún modo el fracaso de todo nuestro colectivo. La dualidad tristeza-rabia no es extraña en psicoterapia, es la combinación más común que subyace a un proceso de pérdida<sup>3</sup> y, por tanto, cuadra ante el fallecimiento de alguien querido o admirado.

Pero, naturalmente lo que he descrito se trata de mi propio proceso, de mi propia reacción ante la muerte de Mahoney. No todo el mundo tiene porque identificarse con ello, pero para mí suponía tener que afrontar un problema: a pesar de nuestra preparación los expertos en ayudar a otros seres humanos a potenciar o cambiar sus significados, tenemos los mismos problemas que las personas a quienes tratamos de ayudar; o más, dado que a pesar de nuestra formación, no somos capaces de vislumbrar nuestro propio riesgo de suicidio. Y esto no podía dejar de verlo con una aureola de fracaso.

Esta situación me dejó abrumado por un tiempo. Pero me planteé la necesidad de estudiar cuáles son los riesgos de suicidio entre el colectivo de terapeutas, como una manera de tratar de entender el suicidio de Mahoney dentro de un contexto más general y que permitiera ver el problema desde una perspectiva más externalizada.

Dicha información no se fácil de conseguir. Si hay en la literatura abundante información de los riesgos que supone para un terapeuta el suicidio de sus clientes<sup>4</sup>, pero yo estaba buscando información sobre el riesgo de suicidio del propio terapeuta. En esta sentido, en el informe *Preventing Suicide. At resource at Work*<sup>5</sup> se citan varios estudios sobre la incidencia del suicidio en diversos colectivos profesionales y especialmente el trabajo de Boxer, Burnett y Swanson<sup>6</sup> en el que se indican algunos resultados especialmente interesantes.

Los cuatro grupos laborales de mayor riesgo son a) el personal sanitario, por el acceso fácil a fármacos y por la dosis de sufrimiento ajeno al que están expuestos); b) los consejeros de diversos tipos (educadores, abogados, asesores), ya que son grupos más tendentes a la depresión y también están en contacto con el sufrimiento ajeno; c) los agricultores, por el aislamiento general de sus vida y el riesgo económico al que están sometidos por la variabilidad e inseguridad de sus ingresos; d) los militares y miembros de las fuerzas de orden público, por el fácil acceso a las armas y porque están sometidos a muchas más experiencias traumáticas.

Curiosamente los psicoterapeutas pertenecemos a un tiempo a los dos primeros grupos (sanitarios y consejeros), lo que indica que nuestra actividad es, en este sentido, claramente de riesgo.

Si analizamos más detenidamente el riesgo al que estamos sometidos, debo concluir que la psicoterapia es claramente un lugar peligroso. Un tipo de actividad en la que continuamente se ponen en cuestión los límites de nuestra capacidad de entender el mundo, de entender a los otros y de entendernos a nosotros mismos. Las dificultades a las que nos vemos sometidos por la propia idiosincrasia de nuestra profesión se centran en que la posibilidad de desviarnos de nuestro rol central de proporcionar ayuda efectiva es bastante grande. Así que, salvo un entrenamiento adecuado en cómo hacer frente a los problemas<sup>4</sup> la posibilidad de tener que resolver el dilema central de la culpa de no haber ayudado a otro (y de resolver de modo operativo qué significa exactamente esto) y las manifestaciones de vergüenza (conciencia pública de esa desviación) y de amenaza (percepción de que voy a ser incapaz de ayudar) pueden ser bastante comunes. Estas afecciones a nuestro equilibrio personal son, lógicamente, más frecuentes en los casos para los que se suele tener menor entrenamiento (los casos difíciles en los que habitualmente es menos probable un éxito terapéutico): los casos con grave riesgo psicosocial, los traumas graves, los trastornos de la personalidad, los clientes suicidad o con una enfermedad terminal.

Lógicamente, la solución a estos problemas para por una adecuada formación terapéutica, lo que supone atender no sólo a la formación inicial, sino seguir una línea de aprendizaje a lo largo de la vida. Esto es especialmente necesario para los *casos difíciles* anteriormente mencionados. Curiosamente, son los casos difíciles los que generan no sólo una mayor dificultad técnica, sino una mayor dificultad relacional. Por ejemplo, Reimer<sup>7</sup> ha logrado comprobar que los terapeutas tendemos a ser menos empáticos con el paciente suicida. Y si somos menos empáticos, estamos poniendo en riesgo el éxito de la intervención. Lo que, a su vez, quizá nos ponga en riesgo a nosotros al evidenciar que estamos fracasando

Por tanto, no se trata solo de mantener una tensión formativa sobre nuestra capacidad técnica o instrumental, sino de revisar y reestructurar nuestro estilo de relación terapéutica, ya que es precisamente en el proceso relacional dónde los riesgos

de fracaso del éxito terapéutico se pueden ver incrementados. Con este aumento, sube también nuestra dosis de sufrimiento y los riesgos con ello conlleva, incluido el suicidio. Ya Safran y Segal<sup>8</sup> mostraron la necesidad de atender a nuestra propia percepción del proceso terapéutico como una parte integral de la propia psicoterapia, puesto que gran parte de la gestión no exitosa del mismo depende de no atender a la elaboración personal que hacemos de él.

En definitiva, en la interacción con el cliente nos jugamos una dosis importante de nuestro sufrimiento como terapeutas, ya que no se trata sólo de mantener una buena gestión de la relación terapéutica, sino que esa misma relacional evoca elementos de nuestra propia percepción del mundo y nos pone en relación con nosotros mismos y no siempre con nuestros aspectos mejor valorados, sino con aquellos caminos que potencian nuestro sufrimiento y nos hacen entrar más profundamente en el lugar peligroso de la psicoterapia.

Eso significa que tenemos la obligación de conocer nuestro propio sistema de interpretar el mundo, conocer cuáles son los límites y desajustes de nuestro propio sistema de significados, de nuestra propia narrativa vital. Esa necesidad de autoconocimiento, de análisis personal, que a veces se descuida, es tan importante (o más) como el manejo de buenas habilidades de comunicación con el cliente o el dominio de la técnicas y estrategias terapéuticas.

De entre todos los tipos de consejeros y profesionales sanitarios (hay que recordar que son los dos grupos de riesgo suicida en los que los terapeutas nos encuadramos), nuestra profesión es la única que requiere un profundo conocimiento personal. Los otros tipos de consejeros están exentos en gran medida de esta obligación, ya que conocerse a sí mismos y vigilar sus límites no es algo relevante en su ejercicio profesional, pero para nosotros sí lo es. Así que, parafraseando a Kelly, en la relación terapéutica no hay dos expertos, el cliente o experto en su propia perspectiva vital y el terapeuta o experto en el dominio técnico, sino que el terapeuta es, a su vez, un doble experto simultáneo: experto en la técnica y experto en su propio autoconocimiento, en tanto que éste es imprescindible para el manejo de la técnica.

Ahora bien, este conocimiento imprescindible que es el conocimiento de mí mismo ¿puede ser obtenido de una manera autónoma?, ¿puede ser logrado a través de mi propio proceso de auto-análisis? O más sencillamente: ¿es posible siquiera alguna forma de auto-análisis?

Se debe tener en cuenta que el estudio de una historia de vida, de un análisis existencial o cualquier otra forma de exploración del sistema de significados de una persona no consiste meramente en usar las reglas de análisis de que se trate, sino que lo que se busca es poder contemplar el conjunto del sistema desde otra perspectiva (generar la perspectiva del observador) para poder enjuiciarlo bajo presupuestos distintos, aunque compatibles, a los que se usaban en principio. En definitiva, se trata de hacer lo mismo que hacemos en terapia con los sistemas de significados de nuestros clientes.

Y desde luego, sabemos que adoptar espontáneamente o desde los propios procesos esa perspectiva de observador, no es fácil o que incluso es imposible. Un sistema no puede verse a sí mismo desde fuera, al menos de una manera automática o rápida, sino que necesita que algo o alguien le fuerce a reorganizarse. Von Glassenfer decía *que no se puede ver que no se ve lo que no se ve y*, efectivamente, eso es válido tanto para el sistema del cliente como para el nuestro propio. De nuevo, nos encontramos con la necesidad de tener una supervisión guiada por otra persona (por otro compañero en este caso), tanto para el avance de técnico, como –sobre todo– para la

revisión de nuestro proceso personal. Necesitamos supervisarnos técnica y personalmente.

Si se opta por un auto-análisis, el riesgo de que mantengamos íntegra nuestra propia perspectiva, de que sigamos avanzando por el mismo camino, es muy alto. Cualquier forma de auto-análisis quedaría encerrada en el engaño de nuestro propio proceso (no podríamos tener conciencia de que no nos damos cuenta de nuestros procesos subyacentes). Para adoptar esa postura de metacognición, de control del control, es imprescindible que algo –en este caso, alguien– fomente la perspectiva de observador.

Miró<sup>9</sup> comentaba recientemente que novelar la propia vida no resulta terapéutico y no lo es porque la autobiografía no es lo mismo que la realización de una historia de vida terapéutica. En la autobiografía, el narrador refuerza su propia posición de identidad, pero no la cambia, sigue mirando su vida desde su propia perspectiva. Cuando un terapeuta lleva a cabo una historia de vida lo hace para posibilitar la aparición de una perspectiva diferente y para esto hace falta algún tipo de guía o pivote que nos permita girar en otra dirección, un hito que nos indique alguna clase de salida del lugar peligroso. De nuevo lo que se debe hacer con el cliente, es lo que se debe hacer con nuestro propio trabajo personal.

Necesitamos supervisión y supervisores para minimizar los riesgos reales a los que nos aboca el ejercicio de la psicoterapia. Pero para poder supervisarnos debe existir la posibilidad de supervisión y esta se maximiza cuando existen redes o asociaciones que lo permitan. Las redes pueden ser más flexibles, pero un asociacionismo formal puede facilitar mecanismos más reglados, fijos y controlados para llevar a cabo la supervisión.

Ahora bien, es cierto que no podemos auto-supervisarnos a nosotros mismos. Pero los riesgos de nuestra profesión no se minimizan solo con el control y conocimiento de nuestros propios procesos. Siendo imprescindible la supervisión, debemos también autocuidarnos y esto sí se puede hacer de un modo autónomo. La regla sigue siendo la misma: lo que es válido para el cliente es válido para nosotros. Si fomentamos que el cliente se proporcione autocuidado, nosotros tenemos la obligación de autocuidarnos también. Así que debemos buscar el tiempo y la forma de cuidar nuestras relaciones relevantes (a nuestra familia, nuestras amistades) y debemos intentar resolver los pequeños pero continuos conflictos que jalonan toda vida cotidiana. Y, naturalmente, disfrutar de los pequeños pero importantes obsequios que nos da la vida, cada uno de los suyos, porque los obsequios vitales son tan variables como las personas (el ejercicio físico, una película bien realizada, una puesta de sol, un café en su punto exacto de acidez...).

Después de realizar esta peregrinación por el lugar peligroso, que tuve que emprender debido al impacto que provocó la noticia del suicidio de Mahoney, he logrado cambiar mi perspectiva inicial, el punto del cual arranqué.

La psicoterapia sigue siendo una profesión de alto riesgo, pero aún con ese riesgo parece que los psicoterapeutas somos resilientes. Viviendo en un entorno tan difícil, me parece que los problemas que realmente se llegan a manifestar son menos de los que deberíamos esperar: los controles, supervisiones y autocuidados de los terapeutas funcionan, aunque siempre podrían mejorar. De algún modo nos las apañamos bastante bien en este lugar peligroso en el que hemos elegido trabajar.

Para cerrar, tengo que concluir que este homenaje a Mahoney no debe serlo solamente para él, sino que habría que dedicarlo a todas las personas que compartimos esta profesión tan comprometida y arriesgada que es la psicoterapia y también a todas nuestras amistades y familiares que bogan a nuestro lado en este proceloso mar y que

nos ayudan a que el lugar peligroso sea un entorno más humano, amable y llevadero. Gracias a todos ustedes, gracias a todos ellos.

## Referencias

1. Mahoney, M. J. (1991). *Human change processes: the scientific foundations of psychotherapy*. New York: Basic Books.
2. Mahoney, M. J. (2003). *Constructive psychotherapy: a practical guide*. Nueva York: The Guilford Press.
3. Guidano, V. F. (1991). *The self in process: Towards a post-rationalist cognitive therapy*. Nueva York: The Guilford Press.
4. Weiner, K. M. (Ed.) (2005). *Therapeutic and legal issues for therapists who have survived a client suicide: Breaking the silence*. New York: Haworth Press.
5. Organización Mundial de la Salud (2006). *Preventing Suicide. At resource at Work*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
6. Boxer, P.A.; Burnett, C.; Swanson, N. (1995). Suicide and occupation: a review of the literature. *Journal of Occupational and Enviromental Medicine*, 37, 442-452.
7. Reimer, C. (2003). Suizidale Patienten: Einstellungen und Affekte gegenüber suizidalen Patienten als Therapiehindernis / Suicidal patients: Attitudes and affects toward suicidal patients as impediments to therapy. *Psychotherapeut*, 48, 129-131.
8. Safran, J.D. y Segal, Z.V. (1991). *The interpersonal process in cognitive therapy*. Nueva York: Basic Books.
9. Miró, M. (2006) ¿Por qué novelar la propia vida no es terapéutico? *Portal de Psicoterapias*. ([www.depsicoterapias.com/site/articulo.asp?IdSeccion=16&IdArticulo=232](http://www.depsicoterapias.com/site/articulo.asp?IdSeccion=16&IdArticulo=232))