

FASE FINAL DE LA PSICOTERAPIA PSICOANALÍTICA.-

*Profesor: Francisco Muñoz-Martin
Psicoanalista Miembro titular con función didáctica de APM e IPA*

Introducción.-

Vamos a intentar tipificar entre las etapas del proceso psicoterapéutico la última de ellas. Actualmente nadie pone en duda que existen realmente etapas en el tratamiento psicoterapéutico. Cuando hablamos de etapas, lo que queremos decir es que en la evolución del procesos psicoterapéutico hay momentos característicos, definidos, distintos unos de otros, momentos con una dinámica especial que los distingue entre sí.

El mismo **Freud (1913)** comparó el tratamiento con el juego del ajedrez diciendo que había tres etapas en el juego del ajedrez y tres también en el tratamiento analítico. De ellas, por sus características intrínsecas, sólo la primera y la última pueden ser enseñadas; la del medio, en cambio, se presta a tantas variantes que es prácticamente imposible estudiarla sistemáticamente.

Poder sistematizar el comienzo y el final del proceso psicoterapéutico quiere decir que estas etapas tienen mecanismos específicos, hasta el punto de que se puede llegar a determinar en el protocolo de una sesión a qué etapa pertenece; lo que un profesional experimentado puede hacer con bastante exactitud.

En el tratamiento psicoterapéutico se reconocen tres etapas típicas:

1. La primera etapa llamada de apertura, se inicia con la primera sesión y tiene por lo general una extensión limitada en el tiempo, al menos para los casos típicos, que oscila entre dos y tres meses, según el criterio de la mayoría de los autores. Se caracteriza por los ajustes que surgen entre los dos participantes mientras plantean sus expectativas y tratan de comprenderse entre sí.
2. La segunda etapa, llamada etapa media, es la menos típica, la más larga y la más creativa. Empieza cuando el paciente ha comprendido y aceptado las reglas del juego: asociación libre, interpretación, ambiente permisivo pero no directivo, etc. Se suele prolongar por un tiempo variable hasta que el trastorno originario (o su réplica, la neurosis de transferencia) haya desaparecido o se haya modificado sustancialmente. Esta etapa se distingue por las continuas fluctuaciones del proceso, con sus mareas de regresión y progresión, siempre regidas por el nivel de la resistencia.
3. Finalmente, la tercera etapa es la correspondiente con la terminación del tratamiento. Si en la primera etapa se manifestaban como inevitables los sentimientos de esperanza y la desconfianza, en esta tercera etapa se harán presentes, sin excepción, cierta pena por la despedida, la alegría por haber llegado a la meta y la incertidumbre por lo venidero.

La división del tratamiento en etapas no es algo puramente fenomenológico o morfológico, en el sentido de que toda tarea tiene un principio, un desarrollo

intermedio y un final. La división se justifica porque es posible adscribirle, a cada una de ellas, características que le son propias y esenciales.

Acerca de la terminación del tratamiento.-

La terminación del tratamiento propone diversos problemas por lo que vamos a intentar tratarlo con una cierta sistematización. Estos problemas vamos a organizarlos desde tres puntos de vista que se superponen entre sí durante el proceso: teórico, clínico y técnico.

Como propone **Horacio Etchegoyen (1987)**, a estos problemas vamos a agregar una etapa de singular importancia, la de la “post psicoterapia”, cuyo estudio apenas emprendido hasta hace poco tiempo, merece ampliarse.

Desde el punto de vista teórico tenemos que ver a qué llamamos final del tratamiento y fijar lo que entendemos como “criterios de curación” frente al problema siempre difícil de resolver cuando nos referimos a la salud mental de un individuo y a qué diferencias establecemos entre los estados de salud y enfermedad.

Los criterios de curación cambiarán en función de los fundamentos teóricos desde los cuales los abordemos. Por ejemplo, la psicología del Yo, psicología hartmaniana de la adaptación, postula que a terminación del tratamiento implica reforzar el área libre de conflicto del Yo y alcanzar un funcionamiento yoico suficientemente adaptativo, mientras que la escuela kleiniana hace hincapié en la elaboración de las ansiedades depresivas. Lacan dijo, criticando abiertamente la psicología del yo, que un buen final sanciona la sujeción del sujeto al orden simbólico y, por fin, Winnicott sostuvo que el paciente debería haber consolidado su verdadero self, aceptando suficientemente la desilusión y reconociendo finalmente cuanto le debe a los padres y al ambiente suficientemente buenos.

Tras el enfoque teórico existe una clínica de la terminación del tratamiento que tiene que ver con el tema de los indicadores. Es decir, para poder hablar de terminación del tratamiento tendremos, obviamente, que definir clínicamente algunos signos que nos permitan afirmar, con una razonable seguridad que el paciente está por entrar o ya ha entrado en la etapa de la terminación.

Estos indicadores clínicos también dependen de los supuestos teóricos ya mencionados. **John Rickman (1950)** los definió acertadamente en su trabajo “On the criteria for the termination of an analysis”. Desde el sentido común observamos que existen algunos indicadores típicos que emergen con motivo del planteamiento de la terminación del tratamiento y que son consecuencia del mismo proceso de terminación: es decir, las ansiedades depresivas y/o temores fóbicos o paranoides de quedarse sin el analista, aún en el caso de que el proceso no hubiera llegado a la etapa de la terminación.

Por último debemos tener en cuenta los aspectos técnicos de la terminación, es decir, cuándo y cómo operar la terminación. Desde esta perspectiva tendremos que estudiar el momento en que el paciente percibe que su tratamiento ha entrado en la

etapa final y que el psicoterapeuta coincida con esa apreciación. Esto quiere decir que una cosa es la presunción del paciente y otra que el psicoterapeuta la comparta. La opinión del psicoterapeuta importa porque se introduce como elemento real, como algo que se agrega al contrato originario. Solamente cuando el psicoterapeuta presta su acuerdo es cuando se desencadena el nuevo momento dialéctico que podremos llamar con propiedad etapa de la terminación.

A partir de este momento el proceso deberá demorarse un tiempo variable pero nunca breve (aproximadamente de doce a dieciocho meses), durante el cual sobrevendrán momentos de avance e integración junto a otros de "inexplicable" retroceso. A esta etapa Meltzer la llamó "en el umbral de la situación depresiva", que culmina con un proceso similar al destete de un bebé y donde surge en el paciente una apremiante necesidad de terminar, de llegar al fin. Esta nueva fase culmina cuando se acuerda una fecha de terminación medida en meses (no en semanas ni en años). Si fuera de semanas habría que concluir que nos habríamos demorado mucho en anunciarla y, si fuera de años, estaríamos adelantándonos aun futuro muy lejano, donde la idea del desprendimiento no podría cuajar.

Teniendo en cuenta una paradoja más de nuestra profesión imposible, podemos añadir que el tratamiento psicoterapéutico no termina sino después, cuando el paciente, ya solo y libre, así lo decide en el período que acordamos en llamar postpsicoterapéutico.

Problemas que suscita la terminación del tratamiento.-

Dos son los problemas más importantes:

1. ¿Existe verdaderamente una terminación del tratamiento psicoterapéutico?
2. ¿Cuáles son los factores curativos?

Los principales y polémicos argumentos que esgrimió Freud en su artículo "Análisis terminable e interminable", siguen todavía vigentes hoy en día.

Más allá de los aspectos formales con los que de hecho termina un tratamiento, cuando paciente y psicoterapeuta cesan sus encuentros, hay también algunas razones teóricas para afirmar que el tratamiento tiene que tener una terminación. Decía Freud que dado que el tratamiento se había iniciado con ciertos objetivos, éste debería terminar cuando estos objetivos se han alcanzado.

Un buen tratamiento debería colocar al sujeto al cubierto de una recaída, dándole las herramientas suficientes para resolver, dentro de ciertos límites, sus conflictos. Teniendo en cuenta la complejidad de la vida, cuando ciertas circunstancias con su rigor y con sus injusticias pongan a prueba el equilibrio del paciente y éste pueda recaer en su enfermedad no es cuestión de imputárselo lisa y llanamente al tratamiento en sí mismo. Que un proceso termine no quiere decir que no pueda reiniciarse nuevamente.

¿Qué hacer, en caso de no haber alcanzado los objetivos pretendidos?. Pocas veces se plantea este tema en las publicaciones y quizá porque ello plantea un problema no menos espinoso: ¿cuándo podemos decir que un análisis ha fracasado? Esta pregunta es muy difícil de responder justamente porque los límites del tratamiento nunca son claros tanto como no son por cierto nítidos e inamovibles sus objetivos.

En tanto proceso, una psicoterapia debe tener, por definición, un término ya que cuando la iniciamos se suele fijar por contrato un objetivo y nunca decimos a los pacientes que iniciamos una tarea que se prolongará eternamente. Otra cosa es que las discusiones acerca del término de la psicoterapia se han hecho interminables y ello es debido, entre otras cosas, a que no se suele deslindar el proceso psicoterapéutico que emprenden paciente y psicoterapeuta del proceso posterior de autoanálisis que, en tanto herramienta personal, se aplicará durante toda la vida. Terminados los estudios universitarios y los propios de los institutos de formación, el aprendizaje de la psicoterapia no termina allí, sino que sigue después para siempre.

¿Cuáles serían los objetivos del tratamiento psicoterapéutico?.-

La gran mayoría de los profesionales piensa que la psicoterapia psicoanalítica y el psicoanálisis como procedimientos que buscan alcanzar determinados objetivos deben diferenciarse del psicoanálisis como un proceso de desarrollo personal que dura toda la vida y es, de hecho, interminable. Siendo dos cosas distintas, en la práctica, tienden a confluir. Además, los objetivos iniciales pueden variar y es legítimo que así sea a medida que el paciente va comprendiendo mejor en qué consisten verdaderamente sus dificultades y cuál es la ayuda específica que la psicoterapia puede realmente ofrecerle.

Podemos sostener que el psicoanálisis y la psicoterapia psicoanalítica se proponen, entre otras cosas, el crecimiento mental, un cambio del carácter o la expansión de la personalidad, sin por ello alterar los objetivos concretos perseguidos por el tratamiento, que habrá de terminar cuando el paciente se haya aproximado suficientemente a esas metas, logrando los instrumentos necesarios para proseguir por sí mismo.

Un tratamiento que se postulara como interminable apoyándose en el hecho cierto de que el crecimiento mental, la integración psíquica, la salud mental, o lo que fuere, no se logran nunca por completo, y que su en su legítima búsqueda siempre se puede ir más allá, caería en una contradicción radical, ya que ninguno de estos objetivos es compatible con una relación interminable con quien ayuda a conseguirlos. Finalmente no puede haber crecimiento mental, ni integración, ni salud mental que solamente se alcancen a partir del otro y no a partir de sí mismo. Se trata de una incompatibilidad que no solamente es fáctica, sino lógica; es decir, para ser independiente no se puede depender del otro hasta la eternidad.

¿Podemos hablar de factores curativos?

Otro problema estrechamente vinculado a la teoría de la terminación de la psicoterapia es el de los factores curativos. Si pensamos que la psicoterapia es una tarea que termina cuando se han cumplido sus objetivos, entonces surge inmediatamente el problema de qué entendemos por el cumplimiento de dicha tarea, y eso nos conduce a reflexionar acerca de los factores curativos.

Al hablar de factores curativos tenemos que tener en cuenta la teoría de la enfermedad y de la curación desde la cual operamos. Aunque cuando se analizan las diferencias entre las diferentes teorías nos encontramos con que las diferencias son más bien formales que intrínsecas. Si los examinamos con serenidad y desapasionamiento, los diversos criterios de curación que se proponen desde diferentes escuelas de pensamiento, no son intrínsecamente tan distintos. Suelen variar los soportes teóricos y la praxis para alcanzarlos; pero si los comparamos con detenimiento detectamos inmediatamente las coincidencias.

Veamos, por ejemplo, los criterios de curación de Hartmann, es decir, el refuerzo del área libre de conflictos y, consiguientemente, una mejor adaptación a la realidad y comparémoslos con lo que propone M. Klein cuando afirma que hay que elaborar las ansiedades paranoides y depresivas. Formalmente la diferencia es notoria e irreductible. Sin embargo, teniendo en cuenta al Freud de "Duelo y melancolía", M. Klein dijo que uno de los elementos fundamentales de la posición depresiva era el contacto con el objeto, es decir, con la realidad. El duelo, decía Freud, consiste en que la realidad nos muestra dolorosamente que el objeto ya no está; y el duelo, para M. Klein, consiste en poder aceptar la realidad psíquica y externa tal y como son. Si bien Hartmann no habla de duelo, su adaptación a la realidad le viene de Freud. Hartmann y Klein, pues, convienen en que el paciente debería terminar su tratamiento con un mejor contacto con la realidad que el que tenía antes de empezar el mismo.

Veamos otro criterio, por ejemplo el de Lacan cuando habla del acceso al orden simbólico. Lacan critica severamente a Hartmann y, teniendo sus razones, no diría yo con seguridad que tiene la razón.

Si juzgamos desapasionadamente lo que dice Lacan, caemos en la cuenta de que hay que abandonar el orden de lo imaginario, que es el orden de las relaciones duales y narcisistas, para terminar elaborando un tipo de pensamiento conceptual o abstracto que él llama con toda razón simbólico. Ese pensamiento es el que permite un mejor acceso a la realidad.

Si bien el tema de los factores curativos nos conduce inexorablemente a tomar conciencia de los problemas teóricos más complicados de nuestra disciplina y a los puntos en los que las diferentes escuelas parecen quedar más enfrentadas, también es cierto que en la práctica de nuestra consulta nos encontramos con un acuerdo bastante más amplio del esperado, y que no deja de sorprendernos, en cuanto a la evaluación de los progresos de los pacientes.

¿Qué entendemos por punto de reversibilidad?

Rickman (1950) plantea que para dar por terminado ha de alcanzarse lo que él llama un *punto de irreversibilidad*, en el cual el proceso de integración de la personalidad y la adaptación han alcanzado un nivel que será mantenido después de haber terminado el tratamiento sin perjuicio, naturalmente, de encontrarse frente a situaciones de altísimo estrés.

Sobre esta base Rickman propone una lista de seis ítems:

1. La capacidad de moverse con libertad del presente al pasado y viceversa; es decir, haber removido la amnesia infantil, lo que incluye la elaboración del complejo de Edipo.
2. La capacidad para la satisfacción sexual genital, donde predomina el intercambio y la reciprocidad con el partner.
3. La capacidad para tolerar la frustración libidinal y la privación sin defensas regresivas ni angustias
4. La capacidad para trabajar y también la capacidad para tolerar no hacerlo
5. La capacidad para tolerar los impulsos agresivos en uno mismo y en los demás sin perder el amor objetal y sin sentir culpa
6. La capacidad para enfrentarse y elaborar el duelo.

Estos criterios se valorarán en su conjunto, ya que se presentan combinados y se contrapesan recíprocamente, teniendo en cuenta cada caso en su originalidad y especificidad con el fin de decidir si alcanzaron el punto de irreversibilidad.

Al mismo tiempo que Rickman, **Willy Hoffer (1950)** establece tres criterios psicológicos para poder dar por terminado el tratamiento:

1. El grado de conciencia de los conflictos inconscientes
2. La modificación de la estructura mental removiendo las resistencias
3. La transmutación del acting-out y la transferencia (proceso primario) a recuerdos (proceso secundario).

Resumiendo, según Hoffer, el criterio de la terminación puede definirse como la capacidad de autoanálisis, que proviene de la identificación con el psicoterapeuta en su función, es decir, con su habilidad para comprender e interpretar, para analizar las resistencias y para transformar el acting out en recuerdos de los conflictos y traumas infantiles por medio de la transferencia vivenciada e interpretada durante el proceso psicoterapéutico.

Las propuestas de Balint: El *new beginning*.

Para Balint la terminación de un tratamiento pasa por lo que él denomina el pasaje por el "new beginning". Es decir, cuando el paciente comienza a abandonar gradualmente su actitud suspicaz con el mundo exterior y en especial con el psicoterapeuta y, paralelamente, emerge un tipo de relación de objeto muy particular que puede llamarse "amor objetal primario" (arcaico, pasivo). El rasgo característico de este tipo de amor objetal primario es la expectativa incondicional de ser amado sin tener la obligación de dar nada a cambio, de obtener la gratificación deseada sin tener en cuenta los intereses del objeto. En estas circunstancias la demanda de gratificación es muy vehemente y el paciente no suele ver más allá de

la consecución de su placer preliminar. Aclara Balint que estos deseos nunca pueden satisfacerse plenamente en el marco estricto de la situación psicoterapéutica, pero que es importante que sean reconocidos y bien comprendidos, así como, en alguna medida experimentados por el paciente. Si esto llegara a lograrse, entonces el paciente llevará el pasaje por el "new beginning", desde el amor objetal primario al amor genital maduro, donde podrá atender a sus propias demandas no menos que a las de su objeto de amor.

Cuando este proceso se cumple con éxito, el paciente siente que está llevando a cabo una especie de renacimiento (re-birth) a una nueva vida, con una sensación muy grande de libertad. Siente que se está despidiendo para siempre de algo muy querido y precioso, con toda la pena y el duelo consiguientes. Este dolor es aliviado, sin embargo, gracias al sentimiento de seguridad que emerge de las nuevas posibilidades de alcanzar una vida más feliz.

Balint considera que la experiencia del "new beginning" es un fenómeno que aparece regularmente al final del tratamiento psicoterapéutico y constituye un mecanismo esencial en el proceso de la cura.

Clínica y técnica de la terminación del tratamiento.-

Puesto que no todos los tratamientos terminan de la misma forma podemos hablar, entonces, de las formas clínicas posibles para la terminación del tratamiento.

Si podemos decir irónicamente que un tratamiento termina cuando el paciente no viene más, algo difícil de cuestionar, también podemos decir, por el contrario que un tratamiento no termina cuando un paciente no viene más, sino mucho tiempo después o tal vez antes. Pensar que pudiera haber terminado antes de dejar de venir el paciente nos coloca frente a una situación de *impasse* o, incluso, frente a una situación no elaborable de *reacción terapéutica negativa* que paraliza el proceso. En este caso no podríamos hablar de terminación sino de una situación irregular que bloquea el proceso psicoterapéutico. La broma acerca de que el tratamiento termina cuando el paciente no viene más a la consulta solo es cierta desde el punto de vista descriptivo pero no dinámico. El tratamiento cuando termina verdaderamente es durante el período posterapéutico, después de la última sesión.

En realidad terminación solo hay una... y es la que se logra por acuerdo entre el paciente y su terapeuta. Para los otros casos, cuando la decisión es unilateral o viene impuesta por circunstancias ajenas a la voluntad de las partes, no se habla por lo general de terminación, sino de interrupción del tratamiento o, mejor dicho, de una terminación irregular.

Cuando la interrupción proviene de factores internos, entonces hablamos de resistencia. Lo más común es que la resistencia venga del analizado y que el terapeuta no haya sido capaz de resolverla; pero puede instalarse, también, desde el psicoterapeuta, cuando éste decide no continuar con el tratamiento al pensar que

el paciente no puede avanzar o está perdiendo el tiempo o porque no puede ya tolerar la carga emocional que este paciente le despierta. Si el terapeuta fuera consciente de estos motivos, entonces lo indicado es que se lo comunique al paciente, reconociendo sus limitaciones y dejándolo libre para intentar otro tratamiento con otro terapeuta.

En general, la causa más frecuente es la que se debe al paciente y se denomina *resistencia incoercible*. Siendo todas las resistencias analizables puede darse el caso de llegar a una situación en la que nos encontramos ante una incomprendible, entonces hablamos de resistencia incoercible. Aunque provenga del paciente, eso no quiere decir que no influya sobre terapeuta, ya sea porque contribuyó a provocarla o porque no la supo manejar.

Un caso en que el tratamiento termina irregularmente es el debido a un *impasse*, donde el tratamiento no termina realmente, sino que se prolonga en forma indefinida. Dada su naturaleza insidiosa, la *impasse* suele durar siempre mucho tiempo y mucho tiempo puede pasar inadvertida, hasta que el paciente o el terapeuta, y a veces de común acuerdo, comprenden que la situación ya no da para más y se interrumpe por esta causa el tratamiento.

Resumiendo, el tratamiento como proceso de desarrollo no termina en sí mismo, lo que termina es la relación con el terapeuta, justamente en el momento en que el paciente cree (y el terapeuta lo apoya) que puede regir solo su camino, cumplidos ya los objetivos que inicialmente se plantearon. Entre éstos debe incluirse la idea de que la tarea va a continuar a cargo del propio paciente. Pensemos que nadie se licencia como paciente creyendo que ya no tendrá nunca más que ocuparse de su inconsciente viviendo una vida sin conflictos.

¿Existen indicadores clínicos fiables de la terminación del tratamiento?

Los objetivos del tratamiento, como ya hemos visto anteriormente, engarzan con las teorías de alto nivel de abstracción que sostienen los distintos autores, pero no deben confundirse con los indicadores. Es cierto que sobre la base de las teorías se definen y fijan los indicadores, pero no debemos confundir aquellas con estos. En realidad lo que nos interesa son los indicadores clínicos concretos que aparecen espontáneamente.

Uno de ellos, quizá el más obvio y vulgar, pero nada despreciable, es que se hayan modificado los síntomas por los cuales el paciente solicitó tratamiento. Entre los síntomas incluimos también los rasgos caracteropáticos. Antes de plantearse la terminación de un tratamiento es necesario comprobar que los síntomas que llevaron al paciente a iniciar una psicoterapia y otros que pudieran haber surgido durante su desarrollo se han modificado suficientemente. La intensidad y la frecuencia de los síntomas, así como la actitud que uno adopta frente a ellos será, pues, lo que nos guiará en este punto.

Otro criterio clínico sería el de la *normalización de la vida sexual*. Alcanzar la primacía genital es un indicador que desde Freud y W. Reich también sustentan los autores modernos. Este criterio resulta válido en la medida en que no se convierta

la primacía genital en una especie de mito o en un ideal inalcanzable. Un individuo debe tener al final de su tratamiento una vida sexual regular, satisfactoria y no demasiado conflictiva.

Las relaciones familiares conflictivas deben también de haberse modificado; y este es otro indicador importante que tiene tanto más valor si surge espontáneamente del material asociativo del paciente que si se deriva de sugerencias directas del terapeuta.

Otro indicador son el tipo de relaciones sociales del paciente. Hay que tener en cuenta que si una persona tiene un nivel inmanejable de conflicto con su ambiente es porque no está bien. Si lo estuviera, ya encontraría la forma de resolver esas dificultades o, simplemente, buscaría un ambiente menos conflictivo.

La disminución de la angustia y la culpa son otros indicadores importantes aunque sin pretender su erradicación, sino afrontamiento y gestión adecuadas.

Otro criterio, defendido por Ferenczi en el Congreso de Insbruck es la capacidad para buscar la verdad y huir de la mentira. Un paciente no puede considerarse curado mientras no haya renunciado al placer de la mentira, tratando de satisfacer a pie juntillas sus fantasías inconscientes sin tener en cuenta la realidad.

La intensidad de la angustia de separación, que se detecta transferencialmente en las vivencias de los pacientes con relación a las separaciones de su terapeuta, en los fines de semana o durante los períodos vacacionales, es otro indicador importante.

Las ideas latentes de los sueños del paciente y su contenido manifiesto pueden ser también indicadores importantes del final de tratamiento.

Finalmente, siguiendo a **Lieberman (1978)** podemos incluir entre los indicadores clínicos para la terminación del tratamiento los diferentes estilos y usos que el paciente hace del lenguaje. Así como Melanie Klein observó que cuando un niño progresa en su tratamiento aparecen nuevas formas de jugar, del mismo modo pueden apreciarse los cambios en los adultos a través de su comportamiento lingüístico, en la forma (entonación, ritmo, línea melódica, etc.) y en el contenido.

¿Podemos tener en cuenta las vicisitudes vividas por el paciente después de haber terminada la cura como un indicador para evaluar el final del tratamiento?.-

Muchos son los autores que se han preocupado por qué sucede con los pacientes después de haber concluido el tratamiento, llamando a esto el *proceso pos psicoterapéutico*.

Quizá el autor que lo ha estudiado con más rigor haya sido **Fernando E. Guiard (1979)**.

Siguiendo a este autor podemos decir que no basta con incluir el trabajo de autoanálisis para valorar el proceso terapéutico y el final del tratamiento; es importante tener en cuenta el destino posterior de los pacientes e intercambiar con nuestros colegas toda la información que sea posible obtener de esta situación.

Para obtener datos del *pos tratamiento* contamos con tres posibilidades:

1. Las espontáneas, cuando el ex paciente nos escribe o nos visita.
2. Las accidentales, cuando nos enteramos de algo acerca de la vida del ex paciente.
3. Las programadas que el terapeuta puede proponer con finalidades de seguimiento o "follow up".

La evolución del proceso pos tratamiento cursa para Guiard en tres etapas:

- a) La etapa inicial en que se echa de menos al terapeuta y se anhela su retorno
- b) La etapa de elaboración en la cual el ex paciente lucha por su autonomía y acepta la soledad.
- c) La etapa del desenlace en que se alcanza la autonomía y la imago del terapeuta se vuelve más lejana y abstracta.

Siguiendo estos criterios, Guiard recomienda ser cautos y saber esperar durante el lapso de tiempo en que transcurre el proceso pos tratamiento, y solamente interrumpirlo proponiendo un nuevo tratamiento en el caso en que veamos que no va a desarrollarse convenientemente.

La propuesta de seguimiento o "follow up".-

Si queremos estudiar el proceso pos tratamiento y también evaluar los resultados de la terapia, entonces tenemos que decidirnos por establecer con el paciente, antes de darlo definitivamente de alta, algún tipo de contacto futuro. Generalmente, el método más lógico es el de acordar entrevistas periódicas.

Esto no resulta sencillo ya que depende completamente del paciente puesto que exigirle que comparezca sería como no dar por terminado el tratamiento, manteniendo el vínculo transferencial.

R. Horacio Etchegoyen es de la idea de proponer a los pacientes que vengan a los tres y a los seis meses y después una o dos veces por año y por un tiempo variable. Algunos pacientes, en su opinión cumplen con el programa pero otros no.

Durante las entrevistas pos tratamiento es importante, sean estas acordadas o espontáneas, es importante que el terapeuta adopte una actitud afectuosa y convencional, sentados frente a frente y solamente en casos excepcionales darles interpretaciones acerca de su discurso o su comportamiento.

La experiencia de la terminación debe ser concreta y poco ambigua, dejando al paciente la libertad de volver si lo desea, más allá de las entrevistas programadas de seguimiento.

LA TÉCNICA DE LA TERMINACIÓN DEL TRATAMIENTO.-

Cada etapa del tratamiento tiene su dinámica particular que se traduce en indicadores clínicos que nos permiten abordarla.

Los indicadores de la terminación aparecen gradual y espontáneamente hasta adquirir bastante claridad. Entre otros hemos hablado de la morfología de los sueños, el tipo de comunicación y las modalidades estilísticas, el comportamiento con la pareja, la familia y la sociedad, el manejo de la angustia (angustia de separación) y la culpa y, también como no, el alivio de los síntomas. Finalmente, el amor y el trabajo, decía Freud, que eran las dos grandes áreas donde se puede medir el grado de salud mental de los individuos.

Vamos a tratar ahora el modus operandi mediante el cual se pone punto final a un tratamiento, es decir, los aspectos técnicos relacionados con el proceso de terminación del tratamiento.

Existen muchas y variadas formas de culminar un proceso terapéutico ya que depende de las teorías y el estilo del terapeuta así como también de las predilecciones del paciente e, incluso, del medio social y de las circunstancias de la vida propias de cada uno.

¿Existen modelos para la terminación del tratamiento?.-

Ya hemos visto que existen indicadores clínicos para la terminación del tratamiento susceptibles de ser explicados por determinadas teorías, pero pudimos comprobar que estos indicadores existen por derecho propio independientemente de las hipótesis que pudieran serles aplicadas.

Asimismo, la terminación puede plasmarse en modelos que si bien varían infinitamente como los casos de la práctica a los que se adscriben, convergen a la larga en dos fundamentales que parecen abarcar a los demás. Estos son: el nacimiento y el destete.

El modelo del nacimiento fue estudiado por **Balint (1950)** y por **Abadi (1960)** entre otros. Estos autores piensan que la terminación del tratamiento es isomórfica con la experiencia del nacimiento. La tarea del terapeuta podría ser, pues, acompañar a su paciente y ayudarlo durante su proceso natural de liberación y nacimiento a la vida.

Desde esta perspectiva la psicoterapia psicoanalítica se convierte, desde una particular concepción del ser humano, en una ideología de la libertad.

Melanie Klein, por su parte, cree firmemente que la experiencia de terminar un tratamiento con éxito es la réplica exacta del destete: finalizar el tratamiento es literalmente, metafóricamente hablando, destetarse del psicoanalista-pecho; es decir, es repetir aquella experiencia fundante y fundamental.

Siguiendo esta línea de pensamiento, Meltzer llama destete a la última etapa del proceso terapéutico.

Es importante señalar que también M. Klein considera que esta primera experiencia de duelo por el pecho se va a reactivar después ante las otras crisis del crecimiento, como el entrenamiento esfinteriano, la pérdida de los objetos edípicos y todas las ulteriores situaciones de duelo en el curso de la vida.

Arminda Aberatury decía con mucha razón que un duelo profundo, que se prolonga hasta la adolescencia, es el de la pérdida de la bisexualidad del soñado hermafroditismo psíquico que nos es difícil abandonar para terminar siendo secamente hombres o mujeres.

Dice Etchegoyen que los modelos de terminación no deben confundirse, pues, con las teorías de alto nivel de abstracción que tratan de explicar a través de ello la dinámica profunda de la última etapa del tratamiento. Se puede tener el modelo de que terminar el tratamiento es como licenciarse como médico o psicólogo, o como aprender a nadar o a bailar, pero esto no quiere decir que dicha promoción o este aprendizaje fuera el punto de partida de la vida mental, del carácter o de la neurosis de un individuo en particular.

Silvia Payne (1950) señaló que la terminación del tratamiento se homologa a veces al temor de crecer o ser grande, a dejar la escuela o la universidad, renacer, destetarse o cumplir un proceso de duelo, es decir, momentos críticos del desarrollo que obligan a reorganizar el yo y los intereses libidinales del sujeto.

El duelo y su relación con la terminación del tratamiento.-

Muchos autores consideran que el fin del tratamiento promueve un proceso de duelo, sin tener por ello que pensarlo isomórfico al del niño por el pecho en el momento del destete como postula M. Klein.

Annie Reich (1950) considera que la terminación del tratamiento conlleva una doble pérdida, transferencial y real. Algo que es inevitable, ya que aún en el tratamiento más logrado siempre quedan restos de transferencia y nunca termina por extinción como decía Ferenczi. Junto a esta pérdida por los objetos transferidos de la infancia, el paciente pierde también al psicoterapeuta en persona. Una relación, pues, que se ha prolongado mucho tiempo y que llegó a alcanzar un alto grado de intimidad y confianza no puede dejarse sin experimentar pena. Teniendo en cuenta la magnitud de esta doble pérdida, Annie Reich aconseja fijar la fecha de terminación anticipadamente y con varios meses de por medio.

En cuanto a la duración de esta etapa, los plazos varían mucho según cada caso en particular. Horacio Etchegoyen habla de las agónicas fluctuaciones entre integración y regresión que se prolongan en el tiempo de una forma variable según cada caso, atreviéndose a decir que desde que aparece la idea de que el tratamiento está en su proceso de terminación hasta que se plantea la fecha de la terminación misma pasan siempre, como mínimo dos años.

Los temores fóbicos a la mejoría.-

Mucho autores piensan que en el momento de la terminación del tratamiento se reactiva un temor fóbico a quedarse solos, abandonados y sin protección. Por ejemplo, **Garma (1974)** le dio a los temores fóbicos del final del tratamiento un significado muy original.

Para Garma, el duelo de la terminación es siempre contingente y encubre la mayoría de las veces una sutil estrategia defensiva. Lo que verdaderamente cuenta, en su opinión, es la necesidad por parte del paciente de liberarse de sus objetos malos y perseguidores internos, que le impiden avanzar en su mejoría.

Se termina así por configurar una situación fóbica, donde el paciente no quiere llevar adelante su mejoría por temor a los objetos internos dañinos. Si un tratamiento psicoterapéutico llega a un final exitoso, surge en el paciente el deseo, por otra parte lógico, de acrecentar su mejoría para poder comportarse en forma capaz y adulta cuando llegue el momento de separarse de su terapeuta. A este deseo positivo, sin embargo, se oponen los objetos internos perseguidores, proyectados a la sazón en el terapeuta, que solo permiten una mejoría limitada. Esta configuración cristaliza en las tres resistencias básicas que describe Garma:

1. La fobia a la mejoría
2. La intensificación del proceso de duelo
3. La desvalorización de la capacidad del terapeuta.

Ante esta situación, si de diera tal y como la describe Garma, lo que debería hacer el terapeuta es desenmascarar esa estrategia amortiguadora en lugar de aceptar los falsos sentimientos de duelo.

El momento del desprendimiento.-

Durante el proceso de terminación del tratamiento se suele imponer tanto al paciente como al analista la idea de que se cumplieron suficientemente los objetivos con que se inició el tratamiento y que ha llegado el momento de decirse adiós.

Desde el punto de vista de la técnica pueden seguirse varias estrategias de acción, según las predilecciones del paciente, el estilo del terapeuta y las circunstancias que imponga la realidad en ese momento. Pudiera fijarse una fecha concreta o, también, pudiera elegirse una estrategia en dos pasos, afirmando primero que la terapia no se prolongará más de una fecha determinada y fijando después el día preciso en que se llevará a cabo la última sesión.

Una gran paradoja, y una gran tragedia, para la terminación del tratamiento es que debe terminar en el momento en que se ha convertido en provechoso y creativo. Pero, un logro fundamental básico para la maduración del individuo es justamente que se pueda hacer cargo del paso del tiempo, y con ello del apremio de acabar la tarea que se tenía entre manos, para poder atender otras en el futuro.

El reconocimiento de que el tiempo pasa marca la necesidad de aceptar, en algún momento, la terminación del tratamiento. Este reconocimiento surge no solamente de la vivencia de terminar el proceso psicoterapéutico, sino también de la vivencia depresiva de todo lo porvenir: nuevos hijos, nuevas experiencias, etc., de otros que puedan necesitar más que el paciente mismo, o del deseo reparador de devolverle su tiempo libre al terapeuta. Pero también, y sobre todo, de una preocupación por la tarea misma, que debe asumirse como persona independiente y capaz de llevar a término lo que se emprende. Todo ello a partir de un sentimiento de pérdida y nostalgia ineludibles y no como sensación eufórica de triunfo.

¿Existen formas específicas para terminar el tratamiento?.-

En general todos los autores piensan que nunca debe ser el terapeuta quien proponga la terminación del tratamiento. Lo único que puede hacer el terapeuta es interpretar que el paciente está pensando en terminar, que lo desea o lo teme, cuando advierte que esos deseos existen y el paciente los reprime; pero nunca debería, en principio, opinar sobre este hecho en sí mismo. Es decir, el terapeuta debe tratar de ver lo que piensa el paciente y reservarse lo que él mismo piensa.

En el curso del tratamiento, muchas veces, podemos haber interpretado una fantasía de terminación, por ejemplo cuando el paciente hace una huida hacia la salud; pero en este momento es diferente ya que una vez que el paciente haya aceptado que piensa que está en el período de terminación, nos preguntará nuestra opinión y en ese momento tendremos, naturalmente, que dársela.

Nuestra técnica dice que en todas las situaciones en las cuales nosotros estamos comprometidos por el contrato terapéutico tenemos que dar una opinión, por ejemplo cuando hablamos de horarios, de honorarios, de vacaciones, del uso del diván, del cara a cara o de la consigna de la asociación libre. Así pues, tendremos que pronunciarnos frente a la propuesta de terminación, conscientes de que al hacerlo cambian las condiciones del tratamiento y se inicia formal y estrictamente el final del mismo.

La etapa del desprendimiento suele durar meses, pero no años ni semanas. El terapeuta ante esta situación deberá dar tres pasos decisivos, diciendo primero que está de acuerdo en que el tratamiento debe terminar, luego que podría ser este mismo año o el próximo y más adelante, si todo continúa bien, llegará el momento en que se pondrá la fecha de terminación. Como dijo Annie Reich (1950) esa fecha deberá ser puesta con dos o tres meses de antelación, que resulta ser un plazo sensato. Una vez fijado el plazo éste debe ser irreversible ya que si no caeríamos en una trampa y el próximo que fijáramos también podría ser modificado. Freud decía al tratar este punto en "Análisis terminable e interminable" que un solo salto da el

león.. Si nos equivocamos en este asunto se vicia de nulidad el contrato terapéutico. Siempre será mejor mantener la fecha y dejar abierta la posibilidad de un nuevo tratamiento con el mismo terapeuta, o con otro, lo que fuera mejor según cada caso.

Leo **Rangell (1966)** dijo que la última etapa del tratamiento revela aspectos especiales del paciente que deben analizarse y elaborarse antes de que se alcance el verdadero final. Analizar el tema de la terminación, lo que ello significa para el paciente y cuáles son sus reacciones suele llevar un tiempo variable. Asimismo, el terapeuta se enfrenta a problemas con su propia contratransferencia que le pueden llevar a acortar o a alargar este período.

EJEMPLO CLÍNICO.-

La última etapa del tratamiento de Estela: “Hay que echarle “cojones/ovarios” a la vida” y poner una mucho de “sus partes”.-

Durante los meses siguientes Estela se quejaba de estar preparando con esfuerzo el ingreso a la Universidad y de que los profesores daban las clases solamente para cubrir el expediente. Se sentía perdida. Pensaba que todo era un caos espantoso y estaba decepcionada. Durante las clases todo estaba cerrado y si quería salir –me decía- tendría que escaparse y saltar la valla. Estaba frecuentemente enfadada. Además contaba que su novio estaba tonto otra vez con el rollo del abandono y de que en esa situación era ella la que tenía que sacarse las castañas del fuego... tenía mucho que trabajar y quería organizarse pero se le daba fatal organizarse. “Tengo la cabeza desordenada con un lío mental horrible. En la academia no me marcan pautas y a mi se da fatal organizarme, me decía-, pero, en fin, es lo que tendré que hacer... Me vienen sentimientos de impotencia. A todo el mundo le sirve una ayudita y una orientación, ¿no?...

Yo le dije que lo que decía de sacarse ella sola las castañas del fuego parecía referirse también aquí al análisis, como protesta porque yo analizaba lo que le pasaba y no le daba consejos, como decía que hacían “otros analistas” (Estela, a veces me contaba, quejosamente lo que supuestamente hacían y decían los analistas de sus padres y de su hermana mayor). Que yo pasara más tiempo escuchándola como un psicoanalista y no hablándole como un profesor la intranquilizaba porque ponía más al descubierto su inseguridad y lo que podía estar desordenado en su cabeza, temiendo que ese desorden pudiera invadirlo todo y encontrarse al final sola y abandonada en tal situación.

Estela me respondió: “Sí, creo que es algo así. Yo tengo que venir aquí para contar cosas mientras usted me escucha callado. Sin embargo en la academia te sueltan el discursito y ya está... ni te escuchan. Mi novio está pesadísimo y “pegado” a mí. Mi familia es un desastre... y claro, al final, estoy hasta el culo... Necesito apoyo y nadie me lo da. La

verdad es que la vida de una persona no puede organizarse con dos palabras. Estoy desesperada. Pero no existe nadie que no reciba alguna ayudita, ¿no?...y yo aquí así... Manda cojones la cosa... ¡ (lo dice enfadada y elevando la voz.) Mi novio está con la paranoia del abandono. Ayer puso cara de llamarme zorra porque iba a estudiar y le dejaba solo. Yo pensé: pues si no me apoyas, no me pongas esa carita... Por eso no me apetece quererle ni apoyarle tampoco. He pensado dejar la relación y decirle: ¡que te zurzan!. Lo único que me queda es venir aquí y desquitarme. El análisis es duro...tiene una que poner mucho de “sus partes” (hace el “lapsus”, se ríe y añade: “es que hay que echarle cojones, o mejor, ovarios a la vida)”...Mi novio está en análisis y no tendría que tirarme encima sus problemas como si yo fuera el cubo de la basura. Es un vago de mierda. ¿Por qué no aplica lo que está viendo en su análisis?. El tío quiere que su analista se lo solucione todo de manera milagrosa. Tiene una actitud infantil, masoquista y rebelde, muy jodidas de llevar”.

Yo aproveché sus palabras para recordarle que junto a su parte adulta que va madurando poco a poco, ella sentía que en su interior había también una parte infantil, masoquista y rebelde, muy jodidas de llevar y que, con frecuencia, se sentía abandonada como me contaba que le pasaba a su novio, y que esa parte se sumaba a la de él y eso la desesperaba. Le dije, también, que ella necesitaba que su analista no le fallara y no le abandonara, dándole alguna ayudita de vez en cuando, ahora que tanto lo necesitaba.

Estela me respondió que era verdad lo que le decía y añadió “¿sabe lo que pienso...?, pues que mi novio tiene envidia de que yo me esté preparando para ingresar en la universidad. Él tiró por la borda su selectividad y le molesta que yo esté luchando por sacar la mía”.

Le dije que yo sabía que ella estaba luchando intensamente contra una tendencia infantil suya a tirar por la borda su selectividad como hizo su novio y que además estaba luchando contra la misma tendencia infantil a tirar también por la borda la relación analítica, abandonándose, abandonándose y abandonándolo todo cuando tenía miedo de quedarse sola y abandonada. Por eso me pedía que yo le diera una ayudita para poder salir de la confusión en que se encontraba y llegar a comprender lo que le ocurría. Todavía necesitaba que no le dejara sola, acompañándole por el duro camino de aprender cosas nuevas, hacerle sentir que tenía un buen par de ovarios y ayudarle madurar y enfrentarse a nuevas responsabilidades. (Se quedó un buen rato en silencio...) y terminó la sesión.

El tratamiento duró, todavía, un par de años más. Estela acudió regularmente a las sesiones y después de aprobar la selectividad, se matriculó en Bellas Artes. La relación con su novio se consolidó y pensaron en casarse.

ESTELA. FRAGMENTO DE UNA SESIÓN: UN AÑO ANTES DE TERMINAR

Un sueño singular y la carrera de “Bellas Partes”:

Estela accedió a la Facultad de Bellas Artes y cursaba los estudios con bastante regularidad y demostrando interés y entusiasmo. Con frecuencia traía a las sesiones vivencias y temas relacionados con las artes escénicas, el dibujo artístico, la historia del arte y las técnicas de expresión gráfico artística. La relación con su novio había mejorado, él había encontrado trabajo y tenían pensado casarse.

Entra a la sesión y deja la colilla de un cigarrillo que estaba fumando, ya apagado, en la papelería. Se deja caer en el diván exhalando un suspiro.

P.: “Ahh!!!. Hoy vengo bastante cansada. Estuve preparando hasta muy tarde un examen de historia del arte. No sé por qué me quedé enganchada con un cuadro de Caravaggio que se llama Judith y Holofernes. Es un cuadro donde Judith aparece cortando el cuello a un general que según nos contó el profesor quería tirársela y ella lo emborrachó y después lo decapitó...Es un cuadro muy expresivo y con un juego de luces y sombras geniales... (Se queda un rato en silencio...). Lo curioso es que esta noche he soñado que estaba embarazada con una tripa gordísima. Yo estaba muy excitada y tenía relaciones con mi novio. Entonces rompía aguas y empezaba con algo así como contracciones... pero no sentía ningún dolor. Al revés, sentía como gustito. Yo me abría de piernas y entonces mi novio me decía: Oye tía que estás pariendo...empuja, empuja!!. Yo le hacía caso y al rato salía un niño morenito y muy guapo. Yo lo cogía en mis brazos y le sonreía... Entonces mi novio se convertía en una enfermera, como una matrona que me decía: tumbese, tumbese...no ve que está sangrando. Déjeme al niño que voy a llamar al médico. Yo me asustaba y no quería que dejar que se llevara al niño. Lo sujetaba fuerte en mis brazos. Entonces apareció un médico con traje y corbata y decía: tranquila, tranquila que no pasa nada. Todo está controlado. Puede quedarse con el niño. Yo paro la hemorragia ahora mismo...Me desperté sobresaltada con los brazos cruzados apretándome el pecho... (Se queda un rato en silencio...).

Ya se lo que me va a decir....

A.: ¿Si?. ¿Qué le voy a decir?

P.: Pues lo de siempre... Que qué me sugiere el sueño... Pues mire, así de entrada no tengo ni idea. Pero después de todo este tiempo viniendo aquí no me sorprendería descubrir que tuviera que ver con algo del inconsciente ese mío que intenta hacerme alguna putadita. Ja, ja, ja.

Ahora recuerdo que anoche mi novio me dijo que por qué no pensábamos en casarnos y tener hijos. Coño, a mi casi me da un soponcio. Me eché a reír, le di un beso y le dije: encantada mi vida!!, al tiempo que en broma le cogí el paquete y le dije: pero como se te ocurra dejarme embarazada y olvidarte de mi, te juro que te corto los huevos. Ja, ja, ja.

El pobre puso cara de espanto. Jajaja.

Pensé luego: cuando se lo cuente a mi analista se va a mear de la risa...¿No se acuerda cuando yo usé esa expresión hace tiempo el día que me anunció las vacaciones de verano y yo le dije que como no volviera en septiembre que se preparara porque iría a buscarle y le cortarían los cojones... Jajaja.

A.: Desde entonces ha pasado bastante tiempo y han pasado muchas cosas en su vida. Creo que se han dado cambios importantes en su personalidad y ahora se siente más segura de sí misma y puede bromear con este asunto.

P.: Si, antes desconfiaba de los hombres y también de usted. Cuando empecé mi análisis no podía imaginar que llegaría a depender tanto de estas sesiones. Me daba miedo engancharme y faltaba mucho a las sesiones. Luego me empezó a dar miedo a desengancharme y no faltaba ni a una. Tenía miedo de que usted se pusiera enfermo o de que llegaran las vacaciones. Joder...¡que paciencia ha tenido usted conmigo!. Muchas veces pensaba que me iba a mandar a la mierda y que me iba a expulsar de su consulta.

A.: Sin embargo no fue así ...y mi paciencia consiguió hacer de usted una buena paciente.

P.: Si ahora tengo más paciencia y no me angustio tanto con mis estudios ni con la gente. Ya no soy tan borde.

Estoy feliz con mi carrera y me relaciono mejor con mi novio.

Joder, para que no se haya “cansado” de mi y quiera “casarse” conmigo he tenido que cambiar un poquito...¿no le parece?.

Me siento mejor conmigo misma y me identifico mucho con mi carrera de “bellas partes” ... ¿qué he dicho?... ¿bellas partes?...jajaja... Quería decir bellas artes...Jajaja... Ahora me siento muy bien con mis “bellas partes” ...Jajaja...

Ya no tengo el complejo de tonta e incapaz que tenía antes...Ahora pienso y me siento creativa. Usted me ha ayudado a reconciliarme con mi identidad femenina. Si un día me caso y tengo un hijo... le prometo que si he terminado este pesado trabajo de analizarme, le llamaré y le presentaré a mi hijo para que vea que puedo llegar a ser una buena madre.

A.: ¿Sabe ya lo que le voy a decir?

P.: Bueno...lo imagino. Estoy gestando algo bueno...Todavía me falta un poquito para conseguirlo...pero siento que usted me va a seguir ayudando si algo se pone difícil...

Cuatro años después de terminar su tratamiento, un día me llamó por teléfono y me dijo que había sido madre y que quería enseñarme a su hijo. Tuvimos un breve encuentro donde trajo a su primer hijo, un bebé sano y muy despierto. Estaba orgullosa de haber sido madre. Había terminado sus estudios superiores y se dedicaba a gestionar una galería de arte. Se encontraba mucho mejor y tenía proyectos de viajar y abrir otros negocios en alguna otra ciudad de España e incluso en el extranjero.

Las últimas noticias que he tenido de Estela son que, hasta el momento, no le han ido mal las cosas. Conserva su pareja, ha sido madre por segunda vez y se maneja bastante bien profesionalmente. Creo que su tratamiento le ayudó a salir de la espiral autodestructiva en la que se encontraba a sus 18 años y poder amar y trabajar desde un equilibrio psicológico y emocional mucho más realista y estable.

Bibliografía:

Abadi, M. (1960) "Complejo de Edipo. Replanteo de su estructura originaria. Protoanhelo y protodelito del nacimiento impedido". Revista de Psicoanálisis, vol 17. Pags 165-89

Balint, M. (1950) "On the termination of analysis". International Journal of Psycho-Analysis. Vol. 31. Pags. 196-9

Etchegoyen, H. (1987) "Los fundamentos de la técnica psicoanalítica". Amorrortu Editores.

Freud, S. (1913) "Sobre la iniciación del tratamiento. (Nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis, II, en AE. Vol 12. Pag 145-57 (SE. Vol 12)

(1937) "Análisis terminable e interminable", en AE vol. 23 (SE vol. 23)

Garma, A. (1974) "Tres aspectos básicos de las resistencias transferenciales en las etapas finales del tratamiento psicoanalítico". Revista de psicoanálisis, vol. 31 pags 681-708.

Guiard, Fernando E. (1979). "Aportes al conocimiento del proceso pos analítico". Psicoanálisis, vol 1, pags 171-204.

Hoffer, Willy (1950) "Three psychological criteria for the termination of treatment". International Journal of Psycho-Analysis, vol. 31. Pags, 194-5.

Liberman (1978) "¿Qué es lo que subsiste y lo que no de "Análisis terminable e interminable?". Primer Simposio de la Asociación Psicoanalítica de B. Aires. Actas

Payne, Silvia (1950) "Short communication on criteria for terminating analysis". International Journal of Psycho-Analysis, vol. 31. Pag. 205.

Rangell, Leo (1966) "An overview of the ending of an analysis", en Robert E. Litman, ed. Psychoanalysis in the Americas. N. York: International Universities Press, cap. 7. Pags 734-44.

Reich, Annie (1950) "On the termination of analysis". International Journal of Psycho-Analysis. Vol 31. Pags. 179-83.

Rickman, John (1950) "On the criteria for the termination of psychoanalysis".
International Journal of Psycho-Analysis, vol. 31. Pags 200-1