

PERJUICIOS CAUSADOS POR LA PSICOTERAPIA: EL PUNTO DE VISTA DEL PACIENTE

Cecilia La Rosa

Associazione per la Ricerca sulla Psicopatologia dell'Attaccamento e dello Sviluppo
(ARPAS), Roma

On the basis of a text, written by a patient herself, the author proposes some suggestions about iatrogenic psychotherapy.

Cuando la señora A. llegó al consultorio había terminado, hacía unos seis meses, una terapia analítica de seis años de duración con tres sesiones semanales, y se encontraba clínicamente deprimida. Me preguntó explícitamente si podía ayudarla con una terapia farmacológica sin someterla a un psicoanálisis o a una psicoterapia. Acordamos encontrarnos para realizar entrevistas de control una vez cada quince días o incluso menos frecuentemente. La motivación de tal demanda era atribuida al estado de malestar y de grave confusión que el análisis realizado le había ocasionado y al consiguiente deseo de no apoyarse en otra persona por miedo a perder la posibilidad de “pensar con su propia cabeza”. La segunda demanda que hizo la señora A. se refería a la garantía de mi asistencia sin un límite prefijado en el tiempo puesto que el fin del análisis, no deseado por ella, y en un momento muy difícil de su vida, había sido para ella muy traumático.

Decidí aceptar sus demandas prometiéndole explícitamente hablar sobre ellas en los encuentros sucesivos, le prescribí una terapia farmacológica antidepresiva con hipnóticos para la noche debido al insomnio que padecía e iniciamos los encuentros cada quince días. En el curso de los primeros encuentros la señora A. me contó brevemente su anterior análisis, insistiendo sobre todo en su finalización que, impuesta por el analista, se había llevado a cabo inexorablemente a pesar de dos graves pérdidas recientes en la vida de la paciente. Nuestras sesiones proseguían con la elaboración de los dos duelos, la reconstrucción de la historia familiar en busca de los motivos que la llevaban a sentirse frágil frente las separaciones y en un

período final sobre la comprensión de las dificultades en las nuevas situaciones interpersonales surgidas en su vida. Durante la terapia no utilicé a penas la técnica de la interpretación, privilegiando intervenciones relacionadas con la vida real, y la búsqueda y acogida de las explicaciones más próximas a la historia personal y a las vivencias emocionales. La terapia farmacológica se suspendió después de seis meses ya que la sintomatología depresiva más grave había remitido, la terapia contra el insomnio y ansiolítica se disminuyó y se suspendió después de casi dos años. Actualmente las sesiones tienen una frecuencia variable entre quince y treinta días y tratan básicamente temáticas interpersonales. La posibilidad de finalizar la relación terapéutica, por el momento, no ha sido aún examinada y, a mi entender, resulta todavía prematura.

Durante estos tres años de trabajo, el tema de la terapia anterior ha sido comentado muchas veces, con referencias, asociaciones, y momentos de rabia expresados por la paciente, aunque nunca habría sido yo quien lo hubiera introducido. La señora A. muchas veces había expresado el deseo de escribir sobre su experiencia analítica. Acordamos algunos temas que podía utilizar como preguntas o guías para redactar mejor su experiencia: 1) la eficacia del análisis; 2) su estado al final de la terapia; 3) a qué atribuía su malestar y la falta de éxito o fracaso de la terapia, especificando si se trataba de factores relativos a la relación terapéutica o a las técnicas usadas por el terapeuta.

Cuanto sigue es la transcripción íntegra del texto de la señora A.

“El final de la terapia se ha caracterizado por un estado de depresión causado por varios factores. En primer lugar, el duelo por la falta de una relación que ha durado siete años con una frecuencia trisemanal, que ha acompañado y marcado de modo significativo el curso de mi vida, asumiendo un rol de centralidad respecto al resto de relaciones. En segundo lugar, el hecho que el fin de la terapia coincidiera con una serie de separaciones en mi vida afectiva y, por tanto, con un período de grandes dificultades. A esto se ha añadido el sentimiento de ser abandonada por parte del analista, el cual se ha atenido al término prefijado para finalizar el análisis a pesar de la situación que se había creado.

La depresión se manifestó con un sentimiento de pérdida irremediable, no sólo de una relación a la cual estaba aún vinculada como a un salvavidas, sino también de un Yo que probablemente adquiría sentido en el interno de esta compleja y conflictiva relación terapéutica, pero que al finalizar no se podía reconocer ni aceptar.

Se produjo entonces el sentido de disgregación, de pérdida de mi Yo anterior al análisis y de un Yo actual que aparecía fragmentado, indigno de estima y de confianza mía y de los demás. El sentimiento de vergüenza, de falta de estima y de fracaso han prevalecido sobre todo lo demás, junto con pensamientos suicidas y deseos de “desaparecer”.

El sentimiento de desorientación se agravó por el hecho de encontrarme sin

instrumentos de conocimiento y de comprensión de lo que realmente me había sucedido a lo largo de aquellos años, de las verdaderas causas del malestar que experimentaba y del sufrimiento psíquico que continúa prevalenciando. Ninguna de las interpretaciones que se me habían dado durante los largos años de análisis me parecía en aquel momento plausible ni tranquilizadora y esto aumentaba mi sentimiento de confusión y disgregación.

El trabajo analítico se basaba en gran parte en asociaciones, en sueños y en interpretaciones con un setting bastante tradicional. El núcleo fuerte de las interpretaciones que el analista me iba dando conducían a la imagen de una persona agresiva e incapaz de relacionarse con equilibrio con el mundo externo y con los demás, de distinguir entre sí misma y los otros. La interpretación de mi infancia se centraba sobre la idea edípica de una niña que intentaba separar a los padres para conquistar al padre y tenerlo sólo para ella. Una interpretación que dejaba de lado, con dolor y, a veces, incluso con rebelión de parte mía, la vivencia afectiva de una infancia real pasada con padres muy fríos y distantes, tanto entre ellos como con los hijos, que han dejado un vacío de modelos afectivos que aún perdura y que ha marcado junto con el problema de soledad gran parte de mi vida.

Durante todos estos siete años ha sido imposible un trabajo de reconstrucción de la infancia y de la historia personal real, trabajo que se etiquetaba de “arqueológico” y no psicoanalítico, para privilegiar, en cambio, siempre el análisis e interpretación de las así llamados “introyecciones fantasmáticas”. Esto a veces se llevaba a cabo con un lenguaje tan oscuro y lejano de mi formación cultural que me suscitaba un sentimiento ambivalente: la rebelión por un lado y el aumento de la fascinación que me inspiraba la figura de una persona tan culta y tan fuera de cualquier control.

Cada rebelión a las interpretaciones dadas era calificada como “resistencia” e interpretada como parte del transfert positivo o negativo con el analista y, por tanto, naufragaba cada vez miserablemente en el vacío.

El mensaje de fondo sobre mi familia fue desde el inicio culpabilizador respecto a mí: yo no había correspondido a su amor y a sus esfuerzos, no había entendido las razones y las dificultades de los padres respecto a una hija “difícil”. Mis numerosas enfermedades infantiles habían organizado, a causa del estado de soledad y de una desarrollada capacidad de introspección, las fantasías agresivas y perversas en relación con ellos.

Este modelo interpretativo, aunque a duras penas aceptado, dió sus frutos. Mi situación familiar pronto tomó otra dirección, se reinició un diálogo con mis padres separadamente, comencé a considerarles desde su punto de vista y renegué de algunas opiniones negativas que siempre había tenido sobre ellos. En un cierto sentido era un modelo que encajaba bien con mis sentimientos de culpa de mala hija, que se había marchado muy joven de casa de los padres, que no les había dado ninguna satisfacción.

Este tipo de relación, un poco falsificado y hecho innatural por el entusiasmo debido a la nueva situación que se había instaurado, ha durado sólo el tiempo del análisis, para dejar lugar, seguidamente, a una relación más realística, basada en la distancia, en la neta separación de la esfera más íntima, pero también con la aceptación recíproca, impensable antes del análisis.

Al final del análisis, el hecho de no haber resuelto este tipo de problemática afectiva me ha hecho sentir perdida, con una imagen deteriorada de mí misma y esta vez sin las defensas de una cierta agresividad que me permitía afrontar el mundo y el trabajo, sin aquellos paliativos afectivos que me permitían tirar adelante durante algunos períodos, y sobre todo sin la relación con el analista, en sus diversas modalidades, que se había convertido en central en mi vida interior”.

Después de la lectura del texto mecanografiado, la señora A. y yo consideramos oportuno, de común acuerdo, realizar dos sesiones seguidas. La paciente me expresó enseguida su alivio al haber podido finalmente dar curso a las emociones relativas a su anterior relación terapéutica, añadiendo que se había dado cuenta al escribir que las dudas a hablar sobre este tema estaban ligadas a la suposición de que yo experimentase dificultades en tomar una posición definida respecto a su anterior terapia. La demanda de escribir y las preguntas a responder le habían hecho comprender que yo estaba de su parte y que “reconocía” la posibilidad de un resultado negativo de la anterior terapia. La señora A. tenía razón: ante sus palabras he recordado con claridad mi malestar ante la idea de “pensar mal” o “hablar mal” de un colega y la consiguiente dificultad de empatizar con sus vivencias negativas.

En relación con su relato intentaré hacer una esquematización ateniéndome en gran medida a la teorización de Antonio Semerari sobre el tema (cfr. Semerari, 1995).

1) De su relato y de las informaciones que tengo sobre la paciente parece claro que en la anterior terapia se había estructurado una relación terapéutica intensa y de confianza, que el terapeuta había sido considerado como fuente autorizada de conocimiento sobre sí misma o, en otras palabras, como figura de apego fundamental en la vida de la paciente.

2) Las interpretaciones fueron vividas por la paciente durante largo tiempo como “discordantes” respecto a sus recuerdos y a sus emociones en relación con sus padres, oponiéndose la paciente repetidamente a estas lecturas; tal oposición ha sido interpretada como resistencia (cfr. Casonato, 1995).

3) La discordancia de puntos de vista con el terapeuta fue provocando una creciente angustia y confusión dando origen a un inicio de un proceso de autoreflexión basado en la invalidación gradual de las propias percepciones sobre su historia familiar, sobre sus emociones y sobre su imagen de sí hacia la asimilación del punto de vista del terapeuta. Tal proceso es descrito como una gradual “sumisión” al terapeuta vivido como “validador autorizado” (Semerari, 1991), pero también como “jerárquicamente dominante” en el seno de una dinámica interpersonal,

donde la aplicación estereotipada de la interpretación es vivida como irrenunciable y no rechazable (sobre las relaciones de dominancia-subordinación en las relaciones interpersonales (cfr. Liotti, 1994, cap. 6).

4) La adopción del punto de vista del terapeuta llevó a un alivio y a una mejora del clima de las sesiones, a un alivio de la angustia de la paciente en sesión y, en consecuencia, a un aval “objetivo” del punto de vista terapéutico; la posibilidad por parte de la paciente de adoptar el punto de vista del terapeuta se vió facilitada en gran manera, a mi entender, por la particular tendencia de la paciente a asumir culpas y responsabilidades y a utilizar el mecanismo de la autoevaluación, tendencia que coludió notablemente con la formación teórica del terapeuta y sus interpretaciones; el problema de la adecuación de las interpretaciones parece, pues, haberse superado por la importancia de la relación terapéutica que llevó a la paciente a reconsiderar radicalmente su punto de vista, asumiendo las informaciones provenientes del terapeuta.

5) La adhesión al punto de vista terapéutico llevó a la paciente a una invalidación continua de sus emociones y comportamientos en su vida real causada por el desarrollo de la creencia de poseer una tendencia al autoengaño, y a una sensación de plena tranquilidad y cohesión del sí-mismo únicamente en el interior de la relación terapéutica convertida en algo totalizador.

6) El final de la terapia, vivido como un abandono y una traición, comporta el rechazo de las nuevas hipótesis sobre sí, adoptadas por “amor” pero no integradas aunque permanece la crítica básica de las anteriores descripciones del sí-mismo. Tal situación lleva a la paciente a una grave estado de confusión, unida a la depresión por los duelos de vida y por la separación del terapeuta.

CONCLUSIONES

En un interesantísimo capítulo titulado “Trastornos inducidos por el psicoanálisis y por sus aplicaciones estereotipadas”, Casonato (1995) hace un atento análisis, corroborado por una vasta bibliografía, de las posibles problemáticas relativas a una aplicación poco correcta y demasiado rígida de la teoría psicoanalítica. Entre las acciones patógenas en términos de intervenciones, Casonato describe los riesgos de las interpretaciones kleinianas que, a causa de su precocidad y profundidad puesta en juego en la terapia, podrían: a) dar una imagen muy dominante del terapeuta ante el cual el paciente reaccionaría con una progresiva sumisión (Balint, 1968); b) resultar intrusivas y desintegrantes en los mundos psicológicos de los pacientes que las vivirían como réplicas de la invasión que ha caracterizado sus experiencias infantiles (Stolorow, Brandchaft y Atwood, 1987). Tales consideraciones parecen adaptarse al caso de la señora A.; a este propósito considero significativa la profunda emoción que experimentó la paciente a partir de la lectura del libro de Alice Miller “El niño no escuchado”, donde la autora critica la tendencia del análisis tradicional de reconducir la responsabilidad de los síntomas al sujeto sin

dar espacio a los traumas reales sufridos en la infancia, perpetuando la cadena de la llamada “pedagogía negra” (Miller, 1981).

Semerari (1995) plantea la hipótesis según la cual una clase de trastornos que causan daño iatrógeno, se manifiestan con una alteración cuantitativa o cualitativa de la autoreflexividad que denomina “Síndrome del demonio de Descartes”. Tal tendencia a una autoreflexividad invasora sería el resultado de la convicción nacida durante la terapia de tener en el propio interno una tendencia al autoengaño sobre las propias percepciones de sí mismo. La idea de tener una tendencia al autoengaño se originaría a partir de la confrontación entre las propias ideas sobre uno mismo y las interpretaciones no coincidentes del terapeuta. La asunción total del punto de vista terapéutico comporta una egodistonia de las experiencias y de las percepciones en la vida real que se convierten en poco integrables en la visión de sí mismo generando un grave estado de confusión.

Considero que la señora A. ha padecido el “Síndrome del demonio de Descartes” sobre todo “durante” la terapia psicoanalítica. El sentimiento de pérdida y la rabia ligada al sentirse abandonada por el analista han dominado rápidamente tal sintomatología dándole un sentido de integridad en el seno de tales acontecimientos dolorosos. Al disminuir la sintomatología depresiva ha surge un cuadro inmodificado o ligeramente empeorado del trastorno de personalidad que la caracterizaba antes de la terapia analítica, complicado por fases de depresión referidas a la dificultad de elaborar la sensación, autoatribuida, de fracaso ligado a las vicisitudes de su vida interpersonal incluido el análisis.

A este cuadro hay que añadir, como resultado del trabajo precedente, el empeoramiento de la ya dificultosa capacidad de confiar en alguien, tanto en la vida interpersonal como en una nueva terapia.

Hablando de daño iatrógeno causado por la terapia, en casos como la señora A., resulta evidente el riesgo mayor que corren las estructuras de personalidad que tienden a la atribución a sí mismos de aspectos de responsabilidad y culpa o sensibles a los temas de la crítica o de la autodevaluación. Tales estructuras podrían coludir fuertemente con las técnicas analíticas basadas en la interpretación. De igual manera podría ser peligrosa la colusión entre estructuras de tipo obsesivo y técnicas de tipo cognitivo comportamental que se fundamentan sobre la autoreflexividad.

El daño iatrógeno causado por la terapia es un tema de investigación y de reflexión que se presta, por otra parte, a múltiples lecturas, y puede dar pie a puntos de vista contradictorios. En efecto, estamos sólo en el inicio de una investigación que implicará a todas las escuelas de psicoterapia, en el interés de nuestros pacientes y de un mejor realización de nuestro trabajo.

Se transcribe integralmente el escrito de una paciente referido a su punto de vista sobre la precedente terapia considerada "iatrogénica". A partir del texto propuesto por la paciente la autora desarrolla algunas reflexiones sobre el daño causado por la psicoterapia.

Traducción: Empar Torres i Aixalà

Nota Editorial:

Este artículo apareció con el título "Danno da psicoterapia: Il punto di vista del paziente" en *Psicobiettivo*, 15, pp. 63-68, 1995. Agradecemos el permiso para su publicación.

Referencias Bibliográficas:

- BALINT, M. (1968). *The basic fault*. London: Tavistock
- CASONATO, M. (1995). Disturbi indotti dalla psicoanalisi e dalle sue applicazioni stereotipe. In M. Bianciardi e U. Telfner (Eds.), *Ammalarsi di psicoterapia*. Milano: Franco Angeli.
- LIOTTI, G. (1994). *La dimensione interpersonale della coscienza*. Roma: La Nuova Italia Scientifica.
- MILLER, A. (1981). *Il bambino inascoltato*. Torino: Bollati Boringhieri.
- SEMERARI, A. (1991). *I processi cognitivi nella relazione terapeutica*. Roma: La Nuova Italia Scientifica.
- SEMERARI, A. (1995). Psicoterapia iatrogenica e disturbi dell'autoriflessività: La sindrome del demone di Cartesio. In *Psicoterapie iatrogene* (título provvisorio). Torino: Bollati Boringhieri (in corso di stampa).
- STOLOROW, R., BRANDCHAFT, B., & ATWOOD, G. (1987). *Psychoanalytic treatment*. Hillsdale: Analytic Press.