

¿Y SI UN GENIECILLO ME ESTUVIESE ENGAÑANDO TODO EL RATO? CONVICCIONES DE AUTOENGAÑO Y TRASTORNOS INDUCIDOS POR LA PSICOTERAPIA.

Antonio Semerari
II Centro di Psicoterapia Cognitiva, Roma

A syndrome induced by psychotherapy is described. The syndrome is characterized by: 1) subjective feeling of anxious confusion; 2) pervasive and inconclusive self-reflective processes of thinking; 3) inability to choose or decide. The hypothesis is that the main feature of the disorder is patient's belief to have a basic tendency to self-deception.

It is discussed the way by which this belief can be generated through cognitive processes in therapeutic relationship.

At least, the hypothesis that psychotherapy induced disorders are basically disorders of self-reflection processes is discussed.

INVESTIGACIÓN Y OBSERVACIÓN CLÍNICA

La cuestión de si la psicoterapia es perjudicial ha ido siempre asociada a su contraria, relativa a la de su eficacia. Fue Bergin (1967), en efecto, quien en el intento de responder al reto planteado por Eysenck (1952) sobre la pretendida ineficacia de la psicoterapia, se las tuvo que ver con lo que desde aquel momento se conoce como “efecto de deterioro”.

Bergin examinó con detalle un grupo de investigaciones, cuyos resultados demostraban que no existían diferencias apreciables en la media de las mejoras con los grupos de pacientes no tratados. Con un análisis más cuidadoso pudo darse cuenta que en realidad esta coincidencia con los resultados de la media era fruto de itinerarios muy distintos entre grupos de sujetos que habían sido tratados con psicoterapia respecto a aquellos que no lo habían sido. Entre los sujetos que habían seguido una psicoterapia se encontraba un subgrupo de pacientes que habían

experimentado mejoras muy notables, a la vez que se detectaba otro subgrupo que había padecido empeoramientos mucho más notorios que los del grupo control. La coincidencia de las medias era pues resultado de un artefacto estadístico, según el cual los efectos terapéuticos y los de deterioro se neutralizaban mutuamente en el cálculo de la media estadística. En consecuencia, dedujo Bergin, la psicoterapia es eficaz pero en dos direcciones opuestas: puede curar y puede empeorar provocando nueva patología.

Strupp, 1976; Strupp, Hadley y Gomes Schwartz (1977) pasaron un cuestionario a una muestra de psicoterapeutas expertos, representativos de diversas orientaciones, sobre los efectos nocivos de la psicoterapia. Las respuestas de los setenta autores constituyen todavía hoy la fuente más importante de opiniones y de observaciones sobre los trastornos iatrogénicos, y una referencia indispensable para las sucesivas discusiones sobre este tema.

Los expertos que contestaron al cuestionario se declararon en su mayoría convencidos de la existencia de trastornos inducidos por la psicoterapia. Entre las sugerencias interesantes pueden citarse la distinción entre empeoramientos subjetivamente vividos, por una lado, y alteraciones egosintónicas que se ponen de manifiesto en las relaciones interpersonales y con los demás.

Este concepto ha sido retomado posteriormente por Gomes-Schwartz (1982) quien ha puesto de manifiesto cómo los efectos nocivos de una psicoterapia pueden considerarse desde distintos puntos de vista: a) el punto de vista social, si el tratamiento lleva al paciente a conductas demasiado divergentes de los patrones sociales; b) el punto de vista del paciente, según el cual se produce un empeoramiento si disminuye su estado de bienestar; c) el punto de vista de los expertos en psicoterapia, quienes valoran el cambio en base a las propias teorías sobre la salud mental.

Entre los trastornos inducidos por la psicoterapia catalogados por Strupp (1977) merecen destacarse la tendencia a asumir la idea que la psicoterapia conlleva la consecución de una especie de superioridad respecto a quienes no la han seguido y la tendencia a hacer de la propia terapia la base de la existencia, dejando de lado compromisos y objetivos de la vida real. El conjunto, sin embargo, de las respuestas sobre cuáles son los trastornos inducidos en concreto por la psicoterapia acaba por abarcar, de hecho, toda la psicopatología, sin que se definan cuadros sindrómicos unitarios y sin que se vea claramente el nexo causal con el tratamiento psicoterapéutico.

Una aportación relevante, hecha con posterioridad por los seguidores de Strupp, ha sido la preparación, dentro del proyecto Vanderbilt (Suh, Strupp y O'Malley, 1986) de un método específico de evaluación de los factores relacionados con un resultado negativo de la psicoterapia. En general, la investigación sobre los factores terapéuticos específicos e inespecíficos de la psicoterapia (Botella y Feixas, 1995) nos ofrece en la actualidad por contraste una serie de factores relacionados con los resultados negativos. Estas indicaciones son por ahora todavía

insuficientes para una teoría del riesgo iatrogénico. Una teoría de este tipo debería señalar, en efecto, no sólo los factores de riesgo, sino también de qué manera actúan estos factores y el tipo de trastorno que pueden inducir, hasta llegar a aislar los indicios clínicos precoces que pudieran alertar sobre una posible tendencia iatrogénica de la psicoterapia, además de los factores que pueden determinar un resultado negativo, como un abandono precoz, por ejemplo, pero que no constituye necesariamente un factor de riesgo iatrogénico.

La falta de motivación del paciente, por ejemplo, o su poca colaboración constituyen, sin duda, un factor predictivo de la ineficacia de la terapia, pero probablemente protegen del riesgo de que la terapia pueda provocar nuevos trastornos.

Los resultados negativos no coinciden, en efecto, con los efectos perjudiciales. Una terapia puede resultar negativa tanto porque deja el trastorno tal como estaba o a merced de su evolución autónoma, como porque agrava el trastorno o porque determina la aparición de nuevos trastornos. En sentido estricto sólo debería hablarse de efectos iatrogénicos o de terapia iatrogénica en este último caso, reservando la denominación de terapias ineficaces para las primeras y de terapias paradójicas al tratamiento aquellas cuya evolución consiste en un empeoramiento del mismo tipo que la sintomatología persistente, por ejemplo en una agudización del síntoma agorafóbico en un paciente que había solicitado la terapia a causa de un trastorno agorafóbico.

A su vez, los clínicos que se han ocupado de señalar los casos de trastornos iatrogénicos han centrado su atención especialmente sobre los factores técnicos y los rasgos de personalidad del terapeuta que pueden causar nuevos problemas a los pacientes. En particular han sido autores del área psicoanalítica quienes han llamado la atención sobre el riesgo de un uso rígido y estereotipado del encuadre y de las técnicas interpretativas, ya que pueden inducir en el paciente construcciones mágicas y omnipotentes de la realidad, así como formas de pensamiento y de acción gravemente regresivas (Casonato, 1991, 1995a; Fossi, 1987; Peterfreund, 1983; Schmidberg, 1970; Spence, 1993) o claramente psicóticas (Stolorow, Brandchaft, Atwood, 1987).

Más en concreto, Casonato (1991, 1992, 1995a), desde una perspectiva psicodinámica, Bianciardi y Telfener (1995) y Cingolani (1995), desde una perspectiva sistémico-relacional, han puesto de manifiesto cómo más que errores en la técnica en el sentido de una violación de las normas habituales, son la rigidez, la falta de complejidad teórica y técnica, el ritualismo y la esterotipia de la praxis las que se hallan, la mayoría de veces, a la base de los efectos patogénicos.

Tanto la literatura clínica, como la experimental demuestran que las terapias nocivas pueden dar lugar a distintos tipos de cuadros clínicos. Sin embargo, no se ha conseguido llegar a una descripción unitaria de cada uno de estos cuadros. Un cuadro clínico particular es algo muy distinto de un conjunto de trastornos.

Cualquier síndrome constituye un conjunto organizado de ideas, emociones, conductas, procesos psicológicos ligados por una coherencia interna y organizados según una jerarquía de mayor a menor relevancia. En mi opinión los clínicos deberían proporcionar modelos descriptivos de los trastornos iatrogénicos antes que hipótesis causales, y sólo posteriormente, en base a estos modelos descriptivos elaborar modelos explicativos que describan el papel y el mecanismo de acción de los distintos factores de riesgo.

UN MODELO DESCRIPTIVO: “EL SÍNDROME DEL DEMONIO CARTESIANO”

Hace algunos años, cuando estudiaba los procesos cognitivos de la relación terapéutica, tuve la impresión de que los mismos procesos que, a mi juicio, estaban a la base de los resultados terapéuticos positivos podían explicar igualmente bien algunos graves trastornos que había podido observar en pacientes que habían terminado con resultado negativo terapias anteriores. Me parecía que las mismas hipótesis podían clarificar la naturaleza de algunas graves dificultades en que me había encontrado a lo largo de mi actividad como psicoterapeuta y que, al menos, en un caso no había conseguido resolver, viéndome obligado a enviar la paciente a un colega. A pesar de la escasez de material clínico del que disponía, me decidí a publicar igualmente (Semerari, 1991) mis observaciones considerando que el modelo era lo suficientemente claro como para poder ser objeto de confrontación o convalidación intersubjetiva, aun con una insuficiente documentación clínica. Pensaba, además, que en una discusión sobre un tema tan importante valiese la pena tanto el riesgo de ser acusado de poca documentación, como el esfuerzo por superar la resistencia a hacer públicos mis propios fracasos profesionales. Por fortuna, descubrí que no era yo sólo el interesado en el problema, de modo que se ha abierto un cierto debate, que hasta el presente ha dado origen a dos grupos de ensayos (Bianciardi y Telfener, 1995; Casonato y Semerari en prensa). Con posterioridad Casonato ha llevado a cabo un minucioso trabajo de recogida de la bibliografía existente sobre el tema (Casonato, 1995b). Estos autores han citado casos que coincidían con las hipótesis que yo había propuesto (Casonato, 1992; 1995a), mientras que otros colegas me han enviado pacientes que creían que sufrían trastornos iatrogénicos o me han referido casos seguidos por ellos, poniendo a mi disposición la documentación clínica correspondiente.

Una investigación sistemática sobre un caso de trastorno inducido por la psicoterapia se está siguiendo en estos momentos en el II Centro de Psicoterapia Cognitiva de Roma (Semerari, Carcione y Nicolò, 1995). Entre las varias formas de trastorno inducido por los tratamientos psicoterapéuticos hay uno que me parece se produce con mayor frecuencia y que destaca por la gravedad de su sintomatología y el grado de sufrimiento subjetivo que conlleva. (Semerari, 1991; Semerari y Procacci, 1993, 1995).

Este cuadro se caracteriza por los siguientes tres elementos:

a) Desde el punto de vista emocional se produce el predominio de una sensación subjetiva de desorientación y de confusión ansiosa, dramáticamente vivida como egodistónica. Se producen fenómenos de despersonalización y el sujeto se queja de una sensación de extrañeza respecto a sí mismo y de falta de contacto con el mundo.

b) Desde el punto de vista cognitivo los pensamientos se hallan envueltos en un proceso continuo, vago, invadente e interminable de autorreflexión, donde el sujeto se pregunta continuamente sobre el significado de los propios actos, pensamientos y emociones y sobre la naturaleza y autenticidad de las propias motivaciones. La omnipresencia del fenómeno lo asemeja a una rumiación obsesiva en la que la desesperada búsqueda de detalles, propia del pensamiento obsesivo, se halla sustituida por una sensación general de vaguedad, indeterminación y confusión.

c) Desde un punto de vista del comportamiento el elemento más sobresaliente lo constituye una grave inhibición en las elecciones dirigidas a la acción, hasta el punto de volver enormemente pesado y difícil decidir incluso entre las alternativas de acción más banales de la vida cotidiana.

Examinados cuidadosamente, estos elementos manifiestan poseer lógica y coherencia interna. Esta lógica proviene de la profunda desconfianza que estas personas guardan respecto a la propia capacidad de juicio sobre sí mismos y sobre el mundo. Esta desconfianza es, a su vez, expresión de la convicción dominante de poseer una absoluta y omnipresente tendencia al autoengaño y a la pérdida del propio juicio.

La estrategia metodológica propuesta por Descartes para fundar el conocimiento sobre bases ciertas, de imaginar un Geniecillo maligno que nos está engañando de continuo en nuestras representaciones y juicios, se convierte para estos pacientes en una convicción de base sobre la propia disposición personal, un elemento fundamental en la construcción del sí mismo. Pero en lugar de proporcionar ideas claras y distintas, este convencimiento lo convierte todo en vago e indeterminado. Por esta razón creo que la forma mejor de describir la esencia de este trastorno sea llamarlo “síndrome del demonio cartesiano”. Naturalmente la manera como los pacientes denominan a su demonio interno varía según la orientación de la psicoterapia iatrogénica que han seguido.

Un paciente que había seguido una psicoterapia de orientación psicodinámica lo llamaba “masoquismo primario”, refiriéndose con esta expresión a la propia presunta tendencia a escoger objetivos y acciones que sólo aparentemente le parecían orientados a su propio beneficio, cuando en realidad los escogía inconscientemente para autodestruirse.

Después de una terapia clásicamente freudiana otra paciente se preguntaba continua y ansiosamente si los propios estados internos eran tal como ella los sentía o parecían ser, o tal vez no estuvieran gravemente distorsionados por sus irreductibles

“resistencias” a aceptar la realidad y a sí misma.

Otra paciente después de una terapia cognitiva se preguntaba, en cambio, si las propias sensaciones no serían el fruto de algún “pensamiento irracional” y cuáles serían de entre sus pensamientos los “irracionales”.

Pero más allá de las distintas terminologías aprendidas el concepto de fondo asimilado de estos pacientes durante sus psicoterapias es precisamente el de estar dominados por una omnipresente tendencia al autoengaño.

Esta idea representa para ellos el punto de vista privilegiado sobre sí mismos. A partir de esta suposición se ven obligados a dudar constantemente de cualquier sensación o juicio propio y se esfuerzan denodadamente en la autorreflexión y la autoobservación para llegar a discernir lo verdadero de lo falso, lo auténtico de lo inauténtico. Pero el mismo punto de vista que genera el proceso autorreflexivo lo hace inútil e inacabable, dado que cualquier conclusión a que se llegue podría ser también ella misma fruto del autoengaño. No es de sorprender en este cuadro, el sentido de confusión ansiosa que domina la vida emocional de estas personas ni que la absorción excesiva y continua en los propios procesos interiores pueda provocar un sentido de extrañeza a sí mismos o de falta de contacto con el mundo.

EL MODELO EXPLICATIVO: ALGUNAS CUESTIONES DE MÉTODO

El “síndrome del demonio cartesiano” representa, a mi juicio, una buena descripción de uno de los posibles resultados patógenos de la psicoterapia. Ofrece una base bastante clara para la observación clínica que permite el control por parte de otros clínicos y puede facilitar el camino a otras correcciones y eventuales desconfirmaciones.

Puede obtenerse igualmente una mayor profundidad y precisión sobre los acuerdos o desacuerdos con las técnicas actuales de investigación en psicoterapia como los registros y transcripciones sistemáticas de las sesiones, el uso de jueces independientes, etc.

La situación cambia si se considera la pregunta: ¿cómo se produce este resultado patógeno? La respuesta a esta pregunta depende en gran medida de nuestras convicciones teóricas sobre la psicoterapia y nuestras ideas sobre los trastornos psíquicos.

No todas las explicaciones teóricas tienen, sin embargo, el mismo valor. La literatura sobre los trastornos iatrogénicos ha desmontado claramente dos mitos perniciosos relativos al estudio del problema. El primero de estos es que habría algunos tipos de terapia con un mayor grado de riesgo o más perjudiciales que otras. Los casos presentados por la literatura (Bianciardi y Telfener, 1995; Casonato y Semerari en prensa), en cambio, se refieren indistintamente a todas las orientaciones psicoterapéuticas existentes.

En el caso particular del “síndrome del demonio cartesiano” he podido constatar que la aparente prevalencia de casos provenientes del tratamiento

psicodinámico era producto de un artefacto estadístico (Semerari y Procacci, 1993), debido al hecho que, al ser las terapias de orientación psicodinámicas las más frecuentes, son igualmente las que tiene una mayor probabilidad de tener un mayor número de resultados negativos.

En aquella ocasión avancé la hipótesis de que la actual difusión de las terapias cognitivas y cognitivo-comportamentales debería llevar más pronto o más tarde a la producción de trastornos semejantes en las personas tratadas con este enfoque. Poco tiempo después los colegas Graziosi y Nicolò me indicaron sendos casos que, a su juicio, después de una terapia cognitiva presentaban los mismos trastornos descritos anteriormente con pacientes que habían seguido una psicoterapia de orientación psicoanalítica, con la diferencia de que en estos casos el demonio no estaba formado por conceptos psicoanalíticos, sino por ideas del tipo “no sé si este pensamiento es racional”, “no sé si llego a reconocer mis emociones”, no sé qué pensamientos han causado esta emoción” y así sucesivamente...

El segundo mito desmontado por la literatura es el de que el daño causado por la psicoterapia sería causado fundamentalmente por terapeutas mal formados, “salvajes” o personalmente trastornados.

No existe ninguna evidencia que demuestre que un entrenamiento oficial, largo y amplio de análisis personal ponga a resguardo de la posibilidad de causar nuevos trastornos a los propios pacientes. Al contrario, en la prevalencia de los casos señalados existen buenas razones para sostener que sea precisamente la aplicación rígida de la metodología aprendida en los tratamientos oficiales o ligeros trastornos de personalidad adquiridos por el terapeuta durante el largo trabajo sobre sí mismo los constitutivos de elementos significativos de riesgo para los pacientes (Casonato, 1991, 1995a; Pani y Casonato, 1994).

Estos dos datos en conjunto implican que los factores de riesgo de la psicoterapia deben buscarse, en primer lugar, en los factores generales y comunes a los distintos enfoques psicoterapéuticos. Lo que no excluye, evidentemente, que en casos particulares, elementos de un setting particular o errores del terapeuta concreto no puedan jugar un papel. Sin embargo, una teoría del riesgo iatrógeno debe proporcionar un modelo general suficiente para identificar lo que en un proceso terapéutico normal puede resultar patógeno. En otras palabras, no podemos considerar satisfactoria una teoría del riesgo que remita simplemente a errores de terapeutas concretos, o que contemple solamente un determinado tipo de contexto.

EL MODELO EXPLICATIVO DEL “SÍNDROME DEL DEMONIO CARTESIANO”

En relación específica al síndrome del demonio cartesiano la teoría explicativa debe considerar además otro dato clínico significativo. A pesar del resultado desastroso de su terapia estos pacientes continúan manifestando hacia sus terapeutas altas cotas de estima y respeto. Con frecuencia los describen como personas

competentes y capaces, seriamente comprometidas con su trabajo y que, al menos en las fases iniciales de su terapia, han servido de notable ayuda terapéutica. La confianza hacia la persona del terapeuta y la confianza hacia el método usado no se discuten, siendo atribuido el resultado negativo a sus límites y tendencias, descubiertos, entre otras cosas, en terapia por el propio paciente.

Parece que estos pacientes sienten hacia sus terapeutas aquellos sentimientos de estima y confianza que para Freud (1912) constituían los elementos característicos de un *transfert* positivo irrefutable. Sólo en algunos casos se han señalado sentimientos de temor y, a veces, de pérdida, pero nunca en sus explicaciones al principio del nuevo tratamiento se ha puesto en discusión la capacidad y la valía profesional del terapeuta anterior. Este hecho, que los pacientes hablen de sus terapeutas exactamente igual como los pacientes cuyas terapias han tenido un resultado positivo, me ha llevado a lanzar la hipótesis que el “síndrome del demonio cartesiano” no es más que una variante especial del proceso terapéutico normal.

Para comprender este punto de vista conviene considerar los procesos cognitivos normales que un paciente pone en funcionamiento en el ámbito de la relación terapéutica. Freud (1912) fue el primero en sacar a la luz la tendencia de los pacientes a proyectar sobre el terapeuta las estructuras prototípicas con que construyen sus relaciones interpersonales significativas. En su trabajo de 1912 llamó a tales estructuras clichés, aunque después han recibido otros nombres como relación objetual interiorizada, modelo operativo, sistema motivacional interpersonal, esquemas interpersonales, etc. El concepto de fondo es que cada uno posee estructuras profundas con que construir la experiencia de las propias relaciones interpersonales y que tales estructuras generan representaciones de sí mismo y del otro y de la relación. En el campo cognitivista al que me refiero, el término más usado es el de esquema interpersonal (Safran y Segal, 1990). Afirmar que el paciente proyecta sobre el terapeuta los propios esquemas interpersonales habituales no hace justicia, sin embargo, a la complejidad del proceso.

La terminología sugiere algo mecánico y fijo, una especie de automatismo o reflejo, que se halla bien lejos del conjunto inteligente y sofisticado de los procesos cognitivos implicados.

La proyección sobre el terapeuta define un contexto problemático en cuyo seno se desarrollan procesos complejos de observación, valoración y deducción. Si, por ejemplo, un paciente tiene miedo de ser humillado, la proyección de este temor sobre el terapeuta no desencadena sólo una simple previsión, sino un proceso atento de observación de la conducta verbal y no verbal del terapeuta, un intento de deducir de pequeños indicios del propio contexto terapéutico la visión general del mundo del terapeuta, un conjunto de pequeñas pruebas para comprobar las reacciones del terapeuta, etc.

Weiss y colaboradores (1986, Weiss, 1993) llaman a estas operaciones “tests de condiciones de seguridad” con que el paciente intenta valorar la seguridad

interpersonal ofrecida por el terapeuta y su acuerdo de fondo con los planos inconscientes adaptativos del propio paciente. Personalmente (Semerari, 1991) considero que los pacientes buscan valorar la disponibilidad del terapeuta y el grado de confianza que se le puede otorgar, de modo que se le pueda considerar una fuente autorizada de información sobre sí mismo.

La aplicación de un esquema interpersonal define, por sí mismo, el contenido de una pregunta y de un problema cuya solución exige del paciente un complejo trabajo cognitivo cuyo objeto es el mismo terapeuta. Esto significa que una gran parte del tiempo de la psicoterapia lo emplea el paciente en un laborioso esfuerzo por construir los que considera son los puntos de vista del terapeuta. Como cualquier trabajo mental complejo también éste tenderá con el tiempo a transformar una serie de elementos de la memoria episódica en una estructura semántica operativa. En una relación marcada prevalentemente por sentimientos de estima y confianza hacia el terapeuta el paciente tenderá a asimilar y hacer propios los puntos de vista que ha construido como propios del terapeuta. En la medida en que esta operación tenga éxito el paciente habrá asimilado una o más neoestructuras de significado con las que llevar a cabo el conocimiento de sí mismo y del mundo.

El término piagetiano de “asimilación” (Piaget, 1975) no se utiliza aquí casualmente. El paciente tiene que llevar a cabo una serie de transformaciones sobre lo que el terapeuta expresa realmente para hacerlo compatible y asimilable por la propia estructura. Además, una vez asimilada una neo-estructura, se requiere un proceso ulterior de acomodación para integrarla en el conjunto del sistema cognitivo. Durante el período de desequilibrio, de asimilación pero todavía de no integración, el paciente vive un intenso diálogo imaginario con el terapeuta en el que se atribuyen una serie de valoraciones sobre sí mismo y la realidad a la imagen interna del terapeuta.

La neoestructura que se forma construyendo los puntos de vista del terapeuta es pues operativa, pero sus operaciones son vividas parcialmente como no pertenecientes al self y atribuidas imaginariamente al terapeuta. Avanzando positivamente la terapia, sin embargo, las neoestructuras se integran como punto de vista autorreflexivo privilegiado para la comprensión y el conocimiento de los propios procesos. En otras palabras el paciente tiende a usar lo que ha asimilado de su construcción del punto de vista del terapeuta como el punto de vista con que explicarse y describirse a sí mismo.

Dado que, en general, este nuevo punto de vista autorreflexivo permite un conocimiento de sí más pleno, más heurístico, menos distónico que los precedentes, la neoestructura que lo genera merece el nombre de “neoestructura terapéutica”.

Las analogías de este planteamiento con algunas concepciones tradicionales psicoanalíticas se han discutido ya en otra parte (Semerari, 1991; Pani y Casonato, 1994). Aquí me gustaría sólo notar cómo estos procesos cognitivos pueden estar en la base de los procesos de identificación con el terapeuta que, según muchos

analistas (Fossi, 1993), representan uno de los factores más potentes de la cura. Sin embargo, si se tiene presente el “síndrome del demonio cartesiano” se comprende cómo este mismo idéntico proceso pueda llevar a un resultado iatrógeno. Como en la terapia de resultados positivos también estos pacientes experimentan sentimientos de estima y confianza hacia el terapeuta. Como en las terapias beneficiosas se esfuerzan en comprender y asimilar el punto de vista del terapeuta. Como en las terapias beneficiosas la construcción de este punto de vista constituye el conjunto de significados con que mirarse a sí mismo y comprender los propios procesos. Lo que cambia dramáticamente es el contenido. En estos casos el paciente ha construido al terapeuta como una fuente autorizada de informaciones que le atribuye una omnipresente tendencia al autoengaño. Este concepto, profundamente asimilado se aplica a la interpretación de cualquier pensamiento propio, sentimiento o acción. La desconfianza en la propia capacidad de juicio encuentra a los ojos de estos pacientes, la más autorizada de las confirmaciones.

Llegados a este punto, conviene precisar que es absolutamente imposible establecer sobre la base de la casuística existente, si efectivamente los terapeutas han sostenido estrictamente ideas como esas con sus pacientes. Lo que sabemos es sólo que este es el modo con que los pacientes han construido lo que los terapeutas les decían. Si se considera que prácticamente cada psicoterapia invita al paciente a reconsiderar el modo habitual con que éste se contempla a sí mismo, no se puede excluir que un paciente interprete esta invitación como una forma de poner en duda, por parte de una fuente autorizada, su entera capacidad de juicio.

En este punto sin una teoría del riesgo iatrogénico pueden desencadenarse círculos viciosos capaces de llevar a resultados desastrosos. Imaginemos a un terapeuta que haga notar, con razón o sin ella, a un paciente su resistencia. En este punto el paciente puede estar de acuerdo con el terapeuta en el sentido de reconocer una renuencia a admitir la verdad de una clase específica y concreta de informaciones que le afectan. Pero el paciente podría, en cambio, estar de acuerdo con el terapeuta en el sentido de pensar que se empeña obstinadamente en evitar llegar al conocimiento de sí mismos e imaginar que si se resiste tanto es que la verdad debe ser muy desagradable. En este punto comunicará al terapeuta un sentido de temor y confusión. Si el terapeuta interpreta esta comunicación como un indicador de resistencia y transmite al paciente esta idea, éste último se reforzará en las convicciones precedentes llegando a admitir tal vez explícitamente que nota la resistencia. Se creará, en definitiva, un círculo de convalidación recíproca que llevará al terapeuta a repetirse en la línea interpretativa que vuelve al paciente cada vez más confuso.

Me gustaría subrayar que el terapeuta hipotético que acabamos de describir (sacado en realidad de la narración de una paciente) no es ni salvaje, ni sádico ni mucho menos, necesariamente un despreocupado. Se trata, simplemente, de un terapeuta normal que al no estar en posesión de una teoría del riesgo iatrogénico,

ante una situación difícil tiene la reacción normal de remitirse con mayor rigidez a la teoría y a la técnica que conoce. Los riesgos de la psicoterapia, a mi juicio, no se reducen multiplicando todavía más los años de formación, sino estudiando los síndromes iatrogénicos, sus mecanismos y sus indicios precoces.

Por ejemplo, en el caso del síndrome que acabamos de describir, deben considerarse como indicios de un posible resultado patógeno las reacciones de confusión del paciente, las manifestaciones angustiosas de desconfianza en la propia capacidad de juicio, las tendencias a una actividad autorreflexiva inacabable, y deben incitar al terapeuta a no interpretar ni a dirigir preguntas al paciente que le lleven a ulteriores procesos de autorreflexión, sino a darle seguridad sobre su capacidad de juicio e invitarlo a emplear la propia actividad mental más hacia el mundo exterior y menos hacia el interior.

RIESGO IATROGÉNICO Y TRASTORNO DE AUTORREFLEXIVIDAD.

De cuanto llevamos dicho hasta ahora se deduce que uno de los trastornos inducidos por la psicoterapia se manifiesta esencialmente como un trastorno agudo de la actividad autorreflexiva. Es el punto de vista autorreflexivo llevado a su exacerbación el que resulta profundamente patogénico en estos casos, a la vez que tal actividad autorreflexiva resulta extremadamente penosa y gravemente ineficaz.

Los pacientes viven con dolor un profundo sentido de distonía con sí mismos. Pero podemos preguntarnos: ¿son siempre tan agudos los trastornos a que puede llevar la psicoterapia como los de la autorreflexividad?

Algunos de los autores que respondieron al cuestionario de Strupp y colaboradores (1976) pusieron de relieve que, además de los sufrimientos inducidos por la psicoterapia que el paciente vive subjetivamente como tales, existen otros sufrimientos desarrollados por el paciente que acepta y percibe como egosintónicos, pero que son percibidos, en cambio, negativamente y constituyen fuente de sufrimiento para quienes se relacionan con él. Generalmente tendemos a sobrevalorar las denuncias de los familiares o de la pareja tomándolas como resistencias a los cambios positivos del paciente. O al contrario tendemos a pensar que tales quejas no nos incumben, dado que lo que nos interesa particularmente es el bienestar de nuestro paciente. ¿pero estamos seguros de que algunos cambios son ciertamente positivos para el paciente?

Si se considera desde el punto de vista de los procesos autorreflexivos la cuestión se vuelve más complicada. Seguros como estamos de la bondad y del poder terapéutico de la autorreflexión y del autoconocimiento, acabamos por olvidarnos de que la salud, incluida la salud mental, es siempre una cuestión de equilibrio.

Existe probablemente un equilibrio, no fácilmente definible, pero que no puede violarse gravemente sin consecuencias, entre la atención y la reflexión sobre nosotros mismos o sobre el mundo. En este caso, aunque no se lleguen a producir puntos de vista autodestructivos como en el síndrome del demonio cartesiano, no

puede acaso la psicoterapia violar el equilibrio cuantitativo entre los procesos al empujar constantemente hacia la autorreflexividad? Y cuando este equilibrio se desplaza tendenciosamente hacia los procesos autorreflexivos ¿no se paga un precio en términos de pérdida de inmediatez en la relación con las cosas que se traduce en último término en un empobrecimiento de la persona?

Probablemente esta es nuestra enfermedad profesional, dada la actitud constantemente autorreflexiva a la que nos lleva nuestro trabajo. Este desequilibrio puede que no sea percibido inmediatamente por el sujeto, que más bien puede desarrollar un sentido de dominio complaciente y de brillante sabiduría, pero puede ser advertido por los demás.

Las ocurrencias y chistes sobre el sentido de desconfianza que suscitan analistas y terapeutas demasiado taciturnos y pensativos traducen en su raíz un bloqueo y dificultad reales, tal vez, debido al exceso de actividad autorreflexiva que provoca el contacto con las cosas y con los demás.

Si a este ligero trastorno se le junta la creencia, con frecuencia colusivamente construida entre terapeuta y paciente, de que la práctica de la psicoterapia proporciona una sabiduría especial y una especie de superioridad respecto a los demás, entonces se corre el riesgo de construir un verdadero y propio cuadro de trastorno de personalidad egosintónico, carente de sufrimiento subjetivo, pero que puede comprometer gravemente la calidad de las relaciones interpersonales.

Personalmente estoy convencido de que en la medida en que avanzaremos en el estudio y profundización de los trastornos inducidos por la psicoterapia terminaremos por encuadrarlos en formas de trastornos cualitativos y/o cuantitativos de la actividad autorreflexiva. Lo que no debería resultar sorprendente, dado que la actividad psicoterapéutica invita constantemente a un aumento de la autorreflexión y a una variación de los puntos de vista con que reflexionar sobre sí mismo.

Si, por otro lado, esta hipótesis llegara a confirmarse, nos encontraríamos frente al hecho que precisamente el instrumento principal de la psicoterapia, el aumento de la capacidad autorreflexiva, resulta al mismo tiempo el mayor factor de potencialidad iatrogénica. No creo que una perspectiva de este tipo nos deba espantar. La medicina biológica está acostumbrada desde hace tiempo a convivir con la conciencia de que los elementos eficaces son, a la vez, los de mayor riesgo iatrogénico.

Como confirmación de la intuición pionera de Bergin nos veremos llevados a concluir que el riesgo no es otra cosa que la otra cara de la eficacia.

Se propone la descripción de un síndrome inducido por la psicoterapia. Este síndrome se caracteriza por: 1) sensación subjetiva de confusión ansiosa; 2) procesos de pensamiento de tipo autorreflexivo invasores e inconclusos; 3) inhibición en las elecciones y decisiones.

Se plantea la hipótesis que a la base de este trastorno existe la convicción del paciente de poseer una tendencia general al autoengaño.

Se discute el modo en que los procesos cognitivos implicados en la relación terapéutica puedan generar tal convicción.

Finalmente se discute la hipótesis según la cual los trastornos inducidos por la psicoterapia se manifiestan esencialmente como trastornos de la actividad autorreflexiva.

Traducción: Manuel Villegas Besora

Referencias bibliográficas

- BERGIN, A.E. (1967). Some implications of psychotherapy research for therapeutic practice. *International Journal of Psychiatry*, 3, 136-160.
- BIANCIARDI, M., & TELFENER, U. (Eds.) (1995). *Ammalarsi di Psicoterapia*. Milano: Franco Angeli.
- CASONATO, M. (1991). *Psicoterapia Dinamica: verso una prospettiva sistemico-costruttivista*. Bergamo: Moretti e Vitali.
- CASONATO, M. (1992). Disturbi iatrogeni indotti dallo psicoanalisi. *Relazione al Convegno SIRTS sugli effetti iatrogeni della psicoterapia*, Milano.
- CASONATO, M. (1995a). Disturbi indotti dalla psicoanalisi e dalle sue applicazioni stereotipe. In M. Bianciardi & U. Telfener (Eds.), *Ammalarsi di Psicoterapia*. Milano: Franco Angeli.
- CASONATO, M. (1995b). Rassegna bibliografica sui disturbi indotti dalla psicoterapia. *Psicoterapia: Clinica, Epistemologia, Ricerca*, 1, 129-134.
- CASONATO, M., & SEMERARI, A. (Eds.). *I disturbi indotti dalla Psicoterapia* (título provisional) (en prensa). Torino: Bollati Boringhieri.
- CINGOLANI, S. (1995). Come compromettere il bene alla ricerca del meglio: appunti sulle patologie iatrogene e i suoi rimedi da un punto di vista relazionale-sistemico. In M. Bianciardi & U. Telfener (Eds.), *Ammalarsi di Psicoterapia*. Milano: Franco Angeli.
- FOSSI, G. (1987). *Psicoanalisi e psicoterapie dinamiche*. Torino: Bollati Boringhieri.
- FREUD, S. (1912). Dinamica della traslazione. In S. Freud, *Opere Complete*. Torino: Bollati Boringhieri.
- GOMES-SCHWARTZ, B. (1982). Negative change induced by psychotherapy. *British Journal of Hospital Medicine*, 28, 248-253.
- GRAZIOSI, L. *Comunicazione personale*.
- NICOLÒ, G. *Comunicazione personale*.
- HADLEY, S.W., STRUPP, H.H. (1976). Contemporary views on negative effects in psychotherapy. *Archive of General Psychiatry*, 33, 1291-1302.
- PANI, R., & CASONATO, M. (1994). *Interazioni cliniche in psicoterapia dinamica*. Bologna: Editrice CLUEB.
- PETERFREUND, E. (1983). *The processes of Psychoanalytic Therapy*. Hillsdale: Analytic Press.
- PIAGET, J. (1975). *L'équilibration des structures cognitives. Problème centrale du développement*. Paris: PUF.
- SAFRAN, J.D., & SEGAL, Z.V. (1990). *Interpersonal process in Cognitive Therapy*. New York: Basic Books.
- SCHMIDBERG, M. (1970). Psychotherapy with failures of Psychoanalysis. *British Journal of Psychiatry*, 116, 195-200.
- SEMERARI, A. (1991). *I processi cognitivi nella relazione terapeutica*. Roma: La Nuova Italia Scientifica.
- SEMERARI, A., & PROCACCI, M. (1993). Los efectos patógenos de la psicoterapia. *Revista de Psicoterapia*, 3, 89-99.
- SEMERARI, A., & PROCACCI, M. (1995). Effetti iatrogeni, effetti paradossi in psicoterapia. In M. Bianciardi & U. Telfener (Eds.), *Ammalarsi di Psicoterapia*. Milano: Franco Angeli.

- SEMERARI, A., CARCIONE, A., & NICOLÒ, G. (1995). Iatrogenic psychotherapy induced disorder: hypothesis for clinical and diagnostic model. *Comunicación en el 11 Congreso de la Psicología de los Constructos Personales*, Barcelona.
- SPENCE, D. (1993). Beneath the analytic surface: the analysand's theory of mind. *International Journal of Psychoanalysis*, 74.
- STOROLOW, B., BRANDCHAFT, B.L., & ATWOOD, G. (1987). *Psychoanalytic treatment*. Hillsdale: Analytic Press.
- STRUPP, H.H., HADLEY, S.W., GOMES-SCHWARTZ, B. (1977). *Psychotherapy for better or worse: the problem of negative effects*. New York: Aaronson.
- SUH, S.S., STRUPP, H.H., & O'MALLEY, S.S. (1986). The Vanderbilt process measures: the psychotherapy process scale (VPPS) and the negative indicators scale (VNIS). In L.S. Greenberg & W.M. Pinsof (Eds.), *The psychotherapy process: a research handbook*. New York: Guilford
- WEISS, J. (1993). *How psychotherapy works*. New York: Guilford.
- WEISS, J., SAMPSON, H., & col. (1986). *The psychoanalytic process: theory, clinical observations and empirical research*. New York: Guilford.