

LA PSICOPATOLOGIA IATROGENICA EN PSICOANALISIS

Giovanni Jervis
Università “La Sapienza”, Roma

Iatrogenic pathology is considered in this article from a psychodynamic point of view. Several situations in where the relationship between psychological intervention and iatrogenic reactions can be identified are specifically analysed.

1. El problema de los posibles inconvenientes y trastornos iatrogénicos -es decir causados por el tratamiento- en el curso de los tratamientos psicoanalíticos y, más en general, de las psicoterapias está emergiendo como parte de una revisión crítica más global sobre los efectos -más o menos benéficos, terapéuticos, promotores de “cambio”, o eventualmente producto de la sugestión, más o menos reales o imaginarios, etc., de estas mismas técnicas. Se trata, pues, de un tema que no es marginal: si más no, porque está incidiendo en el destino *histórico* de la herencia freudiana. La crisis de la credibilidad del psicoanálisis, el aumento de datos disponibles sobre los efectos de las terapias, la mayor sensibilidad del público, inciden en la actualidad del problema. Además, en varios países de Occidente, la magistratura considera con mayor frecuencia que tiene el deber de intervenir sobre los errores culpables de los sanitarios o de otros especialistas, además de sobre los abusos de poder en el ámbito de las relaciones terapéuticas, implicando también en esta tendencia al campo que nos interesa.

Una bibliografía sobre la patología psico-iatrogénica ha sido publicada por Casonato (1995) además M. Bianciardi y U. Telfener (1995) han compilado el volumen *Ammalarsi di psicoterapia*. La atención por el tema aumenta también en los escritos “técnicos”; y según la opinión de muchas personas con las que informalmente se habla sobre la cuestión, “los tiempos están maduros” (maduros, se supone, al menos para hablar sobre ello más abiertamente): pero también, se puede sospechar que se trate de un problema que aún no encuentra plena acogida,

si más no porque choca contra resistencias (resistencias más que comprensibles, por otra parte, dado que son los mismos terapeutas y psicoanalistas quienes más se ocupan del tema), y porque, independientemente de reticencias y resistencias, existen notables dificultades técnicas, es decir, objetivas, de documentación.

Y, a parte del retraso histórico en la recogida de datos suficientemente numerosos y fiables sobre los efectos de las psicoterapias, retraso que sólo ahora, desde hace unos años, se empieza a subsanar a pesar de los notables problemas metodológicos, hay que subrayar cómo las informaciones que psicoanalistas y psicoterapeutas dan sobre su propio trabajo son en general fragmentarias. De hecho, estas son, casi sin excepción, informaciones básicamente anecdóticas y -al examinarlas de cerca- a menudo reticentes. En general, quien cuenta casos y problemas clínicos prefiere mostrar a los demás cómo se hace para afrontarlos y resolverlos eligiendo episodios particulares, y prefiere dar a entender que *sus* casos se resuelven felizmente, a pesar de no extenderse jamás en decir *cuántos* se resuelven felizmente. A nadie le gusta hablar de fracasos y menos de los propios. Además, existe una tendencia general, cuando se entra en detalles clínicos de psicoanálisis y de otras psicoterapias, de describir cómo estas terapias *tienen que ser*, o mejor dicho, cómo *tendrían que ser*, o como máximo, cómo son de hecho en los casos más *típicos* pero no necesariamente más frecuentes: raramente se quiere hablar sobre cómo son la mayoría de las veces, es decir, no sólo cuando todo es limpio, claro, sin defectos ni errores de intervención y de conducción y “de acuerdo a las reglas”, sino que incluso cuando -y considero que esto ocurre más bien a menudo- el tratamiento es “sucio”, incierto, quizás presenta tales márgenes de incompetencia, y de todas maneras contiene errores y produce inconvenientes y fracasos.

Permítaseme ahora definir mejor el campo en el que voy a moverme en este artículo. Todos sabemos qué son las psicoterapias. Las psicoterapias, y entre éstas el psicoanálisis, se basan en la experiencia viva de la interacción y en el uso de la palabra, y nosotros nos servimos de ella para ayudar a las personas que afrontan serios problemas existenciales o desequilibrios de sus funciones psíquicas. Otros instrumentos afines han sido desde siempre prerrogativa de sacerdotes, magos, curanderos y adivinos; otros instrumentos, bien diferentes en cuanto no son psicológicos sino de tipo físico-químico, están tradicionalmente en mano de los médicos.

En este artículo me referiré sobre todo al psicoanálisis en sentido restringido, es decir “interpretativo”, de ascendencia freudiana (a veces, como sabemos, más “clásica”, otras veces conducida según específicas derivaciones, por ejemplo kleinianas, o lacanianas, etc.), y en cambio sólo marginalmente me referiré a las psicoterapias psicodinámicas no clásicamente freudianas, como el análisis jungiano (a menudo, por otra parte, considerado como una forma de psicoanálisis) o bien las psicoterapias analíticas “breves”, o las psicoterapias “de orientación psicoanalítica”, o también el *counseling* de corte psicoanalítico. En cambio, no me referiré en

absoluto o casi en absoluto a las psicoterapias no psicodinámicas como las terapias comportamentales o cognitivas, ni a la hipnosis, ni a las terapias de autocontrol y relajación.

2. Quisiera subrayar la dificultad de situar con precisión los límites de la patología iatrogénica en el ámbito que me interesa: pero precisamente de esta dificultad nace toda la “riqueza”, y sobre todo, la importancia, del tema.

Por una parte, en este caso, situaremos el tema de la patología iatrogénica dentro de sus verdaderos límites conceptuales: es necesario decir enseguida que es un problema netamente más restringido que el tema general de los “inconvenientes” que surgen en el curso del tratamiento. En confrontación, pues, con el ámbito bastante más amplio, de los “éxitos sólo parciales”, y de los netos fracasos, y de las cronificaciones, y de los empeoramientos y de las recaídas, la patología iatrogénica se considera, ante todo, como algo diferente y más específico. En términos “clásicos” y tradicionalmente restrictivos, cuando se habla de patología iatrogénica en este campo, nos referimos a la aparición de nuevos, significativos, específicos e identificables trastornos psíquicos (y/psicosomáticos) en el curso de tratamientos psicoterapéuticos y psicoanalíticos (o bien enseguida después de su finalización) como consecuencia indeseada -y en general inesperada- de los tratamientos mismos.

Por otra parte, en cambio, si observamos con más detalle, es decir, en los casos concretos, cómo se configura esta patología, nos damos cuenta de que sus límites son, en la práctica, mucho menos netos de como los quisiéramos en teoría. En otras palabras, la psicología psico-iatrogénica es, en la práctica, difícil de separar del tema más general de los “inconvenientes” y de las “desilusiones” que surgen en el curso del tratamiento, es decir, de los “éxitos sólo parciales”, y de los netos fracasos, y de las cronificaciones, y de los empeoramientos y de las recaídas.

Una concepción restrictiva, o conceptualmente “apropiada” de la patología psico-iatrogénica tiene pues sus justificaciones: pero puede también ser considerada un poco limitativa, o al menos excesivamente esquemática, o abstracta. Y esto sucede, pasando ahora a ver las cosas con más detalle, al menos por dos motivos:

A) En primera lugar, se puede observar que la definición de patología iatrogénica en sus acepción “restrictiva” o “propia” o “en sus verdaderos límites conceptuales” -como ya hemos dicho- es de por sí, por así decir, demasiado “neutra”, o bien demasiado “naturalística”. En efecto, ésta pasa por alto el hecho de que generalmente la patología iatrogénica no aparece por casualidad, ni por motivos impredecibles, sino por errores, omisiones, incapacidades y -a veces- por verdaderas culpas del terapeuta. En otras palabras, sería demasiado fácil y de alguna forma engañoso sostener que esta patología iatrogénica es solamente una especie de “riesgo intrínseco” de un determinado tipo de tratamiento, un inconveniente posible. Es más justo decir que en muchos casos ésta deriva de errores y carencias

identificables; y que sólo algunas veces ésta es, por el contrario, la consecuencia de riesgos intrínsecos de un determinado tipo de tratamiento, sin que se hayan cometido necesariamente errores.

Para entendernos, podemos tomar prestado un simple ejemplo del campo médico-psiquiátrico. En éste son bien conocidos los cuadros discinéticos extrapiramidales que surgen como consecuencia de la toma prolongada de altas dosis de fármacos neurolépticos fenotiacinas: pero una cosa es su aparición cuando este tipo de terapia es inevitable en un determinado paciente, y es pues necesario aceptar sus riesgos e inconvenientes; y otra es cuando la toma prolongada de altas dosis de fenotiacinas podría, y debería, haberse evitado en aquel particular caso clínico tanto porque la sintomatología no era bastante grave como porque había tratamientos menos tóxicos disponibles. En ambos casos nos encontramos ante una patología iatrogénica: pero en el primer caso ésta era inevitable, en el segundo hubiera podido evitarse en la medida en que es efecto de errores de tratamiento.

Yendo ahora al plano de las psicoterapias y del psicoanálisis, mencionamos en primer lugar los errores y las carencias de los terapeutas. Debido a los motivos que ya se han apuntado, sobre este punto los datos documentados son pocos y verdaderamente es una lástima que uno deba fiarse de recopilaciones de experiencias personales. Si hago caso de mi memoria, esto es, de lo que he podido observar a lo largo de los casi treinta y cinco de trabajo en este campo, puedo decir que todos (yo incluido) cometen frecuentemente errores en el ámbito terapéutico y psicoanalítico, pero que algunos tipos de errores podrían -en teoría- evitarse más fácilmente que otros. Personalmente, y en contraste con la opinión prevalente entre los psicoanalistas (que creen que los errores más típicos derivan de los problemas irresueltos del terapeuta) yo creo que los errores más graves derivan de la incompetencia, esto es, para decirlo sin tapujos, de la no preparación e ignorancia; y quizás de un bajo nivel científico-cultural en general.

Otros errores, en cambio, ciertamente importantes, pero creo que a fin de cuentas menos numerosos, derivan de problemas y conflictos psicológicos no resueltos del terapeuta. Y aquí naturalmente uno se podría extender si entrara en detalles. En efecto, de sus problemas irresueltos, el terapeuta puede no tener conciencia por varios motivos: porque de hecho no los conoce, o bien porque *cree* que puede no tenerlo en cuenta en la medida en que tiene el privilegio de ejercer esta profesión, es decir, en la medida que en su trabajo el trastorno psíquico es, por definición, de los *otros*, o bien también porque tiene demasiada confianza en su entrenamiento, como puede suceder a veces a los analistas que han pasado por uno o más análisis personales, de las cuales han obtenido más que un mayor equilibrio interior y una conciencia más realista de sus propios límites, un exceso de seguridad en sus capacidades y así sucesivamente.

Los errores de incompetencia, por lo contrario, son de varios tipos.

Los más significativos, generales, y clásicos se refieren a los tratamientos

inapropiados: el caso típico es la prescripción de tratamientos psicoterapéuticos y psicoanalíticos a pacientes que tienen necesidad de ayuda de otro tipo. Se trata, en primer lugar, de un caso más bien común, es decir, desde que se ha dado una difusión en masa de las terapias de corte psicológico. Refiriéndonos a un error bien conocido, hay deprimidos graves, o personas afectadas de trastornos bipolares, que durante años son “tratados” sólo con psicoanálisis y psicoterapias: y es útil recordar que los psicofármacos antidepresivos existen desde hace ya más de treinta años, y que desde hace más de treinta años cualquier especialista competente sabe que éstos son el tratamiento a elegir en estos casos clínicos, donde psicoanálisis y psicoterapias sirven de bien poco o nada. (Seguramente cualquier psiquiatra con un poco de experiencia ha visto, a lo largo de su carrera, trágicos casos de deprimidos graves que han puesto fin a su vida mientras estaban “en análisis” y que seguramente hubieran podido salvarse si hubieran sido tratados de modo adecuado. Otras veces, formas neurasténicas de origen físico como astenia, malhumor, cefalea, dificultades de concentración, depresiones leves, etc., son erróneamente consideradas como psicógenas o atribuidas a mecanismos psicosomáticos incluso en los casos en que son, en cambio, debidas a causas tóxicas, infecciosas, o físico-traumáticas (y algunas veces tumorales) no diagnosticadas y, naturalmente, sin ningún origen psicosomático.

En estos casos llama la atención la extrema facilidad con la que el mismo paciente se convence de que sus síntomas dependen no ya de afecciones corporales sino de problemáticas inconscientes: en efecto, en este caso no sólo los tratamientos psicoanalíticos y psicoterapéuticos son ineficaces, sino que sucede que tales tratamientos hacen que el sujeto adopte una postura psicológica de no querer buscar en ningún otro lugar ni diagnósticos más adecuados ni tratamientos más apropiados. En general, es típico de los analistas y psicoterapeutas desprovistos de formación médica un modo ingenuo y a menudo tosco de explicar las temáticas referidas al cuerpo, a las enfermedades físicas, y a los trastornos psicosomáticos: a veces, incluso, esta tosquedad alcanza grados surrealistas, irracionales y “mágicos”; todo se convierte, mágicamente, en psicosomático, y todo es culpa de las tendencias inconscientes “equivocadas” del mismo paciente.

Análogamente, en estos años pasados, quizás se ha abusado de tratamientos psicoterapéuticos y psicoanalíticos en sujetos esquizofrénicos: y en este caso el daño no deriva de su eventual ineficacia, ni del hecho que la esquizofrenia sea curable con medios físico-químicos (desgraciadamente no lo es) sino del hecho que hacer caer todo el peso, un poco fanáticamente, sobre estructuras psicológico-psicodinámicas individuales de limitada o discutible utilidad, a veces impide utilizar flexiblemente otros instrumentos que podría ser tanto o más útiles, y que van de las intervenciones sobre la familia y sobre el ambiente, a las hospitalizaciones (cuando son necesarias), a los psicofármacos, etc.

Otros errores, debidos también a la incompetencia, se refieren a la falta de

preparación del terapeuta respecto a un determinado tipo de tratamiento, con el resultado que éste último se aplica de modo superficial, esquemático y poco responsable: por ejemplo, sucede que un tratamiento analítico es aplicado por un terapeuta con un *training* inadecuado, o bien en posesión de un adecuado *training* psicoanalítico pero sin una adecuada formación científico-profesional-cultural de base.

Otros errores, siempre ligados a la incompetencia, tienen que ver con la incapacidad, que encontramos en muchos analistas y psicoterapeutas ancianos y con formaciones freudianas tradicionales, de reconocer y afrontar temáticas pre-*edípicas*, *bordeline* y psicóticas latentes en sus pacientes.

(Y finalmente, y para evitar equívocos, es útil recordar que también se cometen a menudo errores enormes fuera del campo del cual nos ocupamos en este artículo, es decir, cuando médicos, cirujanos, y psiquiatras “organicistas” no saben percibir las exigencias psicológicas de los pacientes, o bien cuando les falta la preparación necesaria para intervenir con palabras y gestos que no sean apresurados o ingenuos.)

B) El segundo motivo por el cual puede justificarse el poner en discusión una concepción restrictiva, o esquemática, de los trastornos psico-iatrogénicos, depende de la dificultad general de identificar con claridad los efectos de las psicoterapias y psicoanálisis: en este campo, en la práctica, resulta particularmente difícil separar netamente los efectos positivos de los negativos de los mismos tratamientos, precisamente porque tanto unos como otros no son evaluables de modo claro.

En efecto, como es bien conocido, se trata de tipos de tratamientos que distan de las terapias médico-quirúrgicas, donde en cambio es relativamente fácil -aunque no siempre facilísimo- establecer ventajas e inconvenientes de cada uno de los métodos o cada una de las intervenciones. Para tomar el ejemplo más banal, si un ortopédico se equivoca en la reducción de una fractura los efectos se ven muy bien; y se ven aunque no se haya equivocado pero si después por mala suerte o negligencias mínimas surgen complicaciones, por ejemplo, si sin culpa de ninguno una fractura que se tendría que haber curado no se cura en el tiempo debido. De este modo, y por motivos de este tipo, un médico de medicina interna o un ginecólogo que realicen malos diagnósticos terminan con perder, poco a poco, sus clientes: y esto porque, a parte de las eventuales verificaciones sistemáticas y científicas de los efectos de sus tratamientos, los usuarios interesados se dan cuenta realmente si aquellos profesionales de la sanidad aplican sistemáticamente tratamientos inapropiados.

Ahora, nos podemos preguntar si este tipo de verificación empírica funciona o no también en el campo de las psicoterapias. Psicoanálisis y psicoterapias psicodinámicas, en efecto, no se dedican a eliminar trastornos parciales, sino más bien a modificar el equilibrio general del sujeto; además duran no días o semanas,

sino meses o -más a menudo- años, por lo cual sus efectos, ya de por sí no fáciles de objetivar, se suman poco a poco con otros debidos a otros factores de vida. De este modo, si una persona cambia “para mejor” en el espacio de cinco o diez años, es difícil saber si hubiera cambiado igualmente sin ningún tipo de tratamiento: muchos trastornos neuróticos, como es bien sabido, se curan espontáneamente, y muchas personalidades maduran de manera decisiva en determinados años cruciales de la vida sin ningún tipo de ayuda “técnica”. E incluso en otros casos uno se podría preguntar si la maduración no hubiera sido aún mejor, más armónica, más plena y feliz mediante otros tipos de experiencias existenciales, como cambios de trabajo, de compañero sentimental, nuevas afiliaciones religiosas, compromisos políticos, yoga, meditación budista, hobbies como el alpinismo o la espeleología, toma diaria de pequeñas dosis de psicofármacos, aprender a tocar la flauta, etc., etc., en lugar de la experiencia del análisis o de la psicoterapia.

Otras veces, naturalmente, tenemos buenos indicadores de la eficacia de estos tratamientos: y no tanto porque el interesado afirma encontrarse mejor (puede tener, y tiene en general, potentes motivaciones de las cuales no se da cuenta para sostener que el tratamiento le ha sido útil aunque no sea verdad) sino más bien porque una serie de personas que no saben que ha realizado un tratamiento psicoterapéutico o psicoanalítico, afirman que ahora ha cambiado mucho, que es mucho más sereno, más maduro, y que un cambio de este tipo habría sido impensable hace algunos años y no parece que sea debido a variaciones de los hábitos de vida.

Pero otras veces, quizás la mayoría, los cambios son de dudosa evaluación, tanto por el sujeto como por sus conocidos, y por lo mismos especialistas: y no se trata solamente, por lo general, de evaluar si y porqué una persona ha mejorado, sino también de evaluar porqué en algunos aspectos (y sólo en algunos) está mejor mientras que al mismo tiempo algunas dificultades suyas pueden, al contrario, haber aumentado con el tratamiento.

Tomemos algunos simples ejemplos. ¿Cómo podemos valorar a una persona que, en un tratamiento psicodinámico por hipertensión psicósomática y problemas crónicos de cólera reprimida, ve mejorar el aspecto psicósomático pero empeorar su rendimiento en el trabajo y su adaptación social? Y ¿cómo valorar, en cambio, un caso en muchos aspectos opuesto como el de un sujeto que ve disminuir su ansiedad pero desarrollarse, durante el análisis, una dermatitis exfoliativa que no se cura a pesar de todos los intentos, y sin que se hayan identificado errores técnicos, que expliquen la aparición del trastorno? O bien, simplemente, si observamos que cierto paciente se vuelve más tranquilo y sereno, menos nervioso, pero también más establemente taciturno, melancólico y resignado después de un año de proceso psicoanalítico, cómo podemos hacer un balance claro de su caso? Y, en cambio, para tomar un ejemplo ya más complejo, si un joven de dieciocho/veinte años un poco inseguro desarrolla a lo largo del tratamiento una explícita oposición contra los padres con los cuales vivía, busca hacerse independiente, se establece lejos de

casa pero logra con dificultad afrontar las frustraciones y responsabilidades de la vida autónoma cotidiana, y en los años sucesivos no encuentra nunca un buen equilibrio, ni personal ni social, entonces, ¿cómo podemos saber cuál hubiera sido su destino si no hubiera pasado por un psicoanálisis?

3. Precisada, ni que sea de modo sumario, la existencia de estos serios problemas “de ubicación” y “de limitación” de la definición de la patología iatrogénica en el campo psicodinámico, podemos ahora volver a examinar los casos en los cuales existe una relación más clara entre el tipo de tratamiento y la aparición de trastornos y sufrimientos identificables. Quisiera detenerme en primer lugar, a este propósito, en el más clásico de los problemas, esto es, el riesgo de que aparezcan síntomas de desorganización del Yo, es decir, de trastornos psicóticos, en el curso de tratamientos psicoanalíticos; y a continuación, en un plano un poco diferente, quisiera también detenerme brevemente sobre los daños causados por la sugestión y la dependencia analítica.

En el ámbito psicoanalítico, de riesgos iatrogénicos se habla -aunque no siempre en voz alta- desde hace muchos años, no sólo en relación con la llamada “reacción terapéutica negativa”, de raíz freudiana, sino también en relación al riesgo de que el tratamiento haga emerger o produzca descompensaciones psicóticas. En tales casos, en efecto, cuando existe una condición latente de fragilidad del Yo, y el paciente “se implica” emocionalmente y afectivamente en las sesiones, y si éstas son muy “densas” emocionalmente, y caracterizadas por la aparición de muchos contenidos asociativos, y si, además, el analista no es suficientemente cauto y parco al interpretar y no es capaz de funcionar como sólido “contenedor”, puede suceder que el paciente se vea “inundado” de un exceso de material inconsciente, y que, por tanto, su Yo como instancia normalmente “estructurante” no sea capaz de poner orden a este material, de gestionarlo, de introducir serenamente su significado en la realidad de la vida cotidiana, en fin, de “digerirlo” y “asimilarlo” de modo normal. El resultado puede ser la aparición, precisamente, de trastornos psicóticos (quisiera precisar que en un sentido muy amplio) debido a fenómenos de desorganización (en la mayoría de los casos temporal) y en algún caso de verdadera desestructuración del Yo.

Estos trastornos consisten en los casos más leves en algún indicio de desorden en la realización de las actividades normales de la vida cotidiana. Efectivamente, puede suceder, incluso en el curso de un tratamiento llevado a cabo con toda cautela, que a partir de determinadas sesiones, o a partir de breves sucesiones de sesiones, emerjan temas y emociones que el paciente tiene dificultad en afrontar aunque no fracase propiamente en el intento. En este caso no se deriva la aparición de un verdadero trastorno de tipo psicótico -ni que sea transitorio- y las consecuencias clínicas se limitan a la manifestación, durante unos pocos días, de síntomas como un leve insomnio, ansiedad, vaga sobreexcitación (quizás sobreexcitación eufórica)

con dificultad para pensar de modo normal y para gestionar las actividades cotidianas con la tranquilidad habitual. En casos un poco más serios, observamos la aparición de fugas de ideas, de un sentimiento de confusión mental, de vagas temáticas de autorreferencia o de atisbos sub-delirantes de grandiosidad expansiva, o bien de formas de transfert psicótico, a veces, de tipo persecutorio; cuando la situación se agrava, entonces, encontramos síntomas de desorganización del pensamiento, con el desarrollo de verdaderos y propios trastornos delirantes, y quizás también con la aparición de alucinaciones. Mientras que los trastornos más leves son en general transitorios, los más graves pueden requerir hospitalizaciones, resolverse con alguna secuela, o no resolverse en absoluto.

Síntomas de este tipo surgen con más facilidad durante el primer año de tratamiento, y se ven facilitados por la excesiva frecuencia de las sesiones o por la prisa en interpretar; por este motivo no pocos analistas prefieren iniciar con una o dos sesiones a la semana y yendo con mucha cautela en sus intervenciones, para después pasar gradualmente a tres o cuatro sesiones y a afrontar los temas psicodinámicos más “candentes” para aquel paciente. Pero, incluso de este modo, no siempre se puede estar del todo seguro de no hacer correr riesgos a la persona. Cualquiera analista experto es bien consciente de estos peligros, que por otra parte no logran ahorrarse tampoco los pacientes de psicoterapeutas que utilizan otras formas de tratamiento. Pero, es posible que no todos los analistas corran el mismo “riesgo”: los especialistas con una personalidad más estable, tolerante y serena, y más sólidos, cautos y coherentes, permiten a sus pacientes un tipo de relación en la que el riesgo de la aparición de trastornos de este tipo es mínimo. Contrariamente, es posible constatar que otros analistas han tenido y tienen un porcentaje inquietantemente alto de pacientes que, como se suele decir, “han sufrido trastornos psicóticos”. A menudo se trata de terapeutas portadores ellos mismos de rasgos psicóticos latentes, o bien -por varios motivos- demasiado imprevisibles en sus actitudes, o que no respetan las conocidas reglas de la “neutralidad” freudiana, o violan abiertamente los límites del “setting”, o incluso son latentemente agresivos o intrusivos, o bien alguna vez seductores hacia sus pacientes, facilitando de este modo que éstos experimenten no sólo regresiones sino también ansiedad y -sobre todo- confusión.

Graves errores y daños psico-iatrogénicos de este tipo pueden observarse muy frecuentemente también en psicoterapeutas que no son analistas y que no han pasado por un proceso de análisis, particularmente cuando éstos no se conocen bien ni a sí mismos ni las temáticas del transfert y del contratransfert, y cuando por ignorancia, superficialidad y exceso de confianza tienden a ser, a menudo con buena fe pero sin valorar las consecuencias, intervencionistas, carismáticos, autoritarios, seductores o intrusivos.

4. El problema de la dependencia analítica es más delicado, y tiene límites más difusos. Cuando Sigmund Freud planteó el problema del *transfert*, en el inicio, le pareció que se trataba de un problema de erotismo histérico: las pacientes se enamoraban del analista, y éste tenía que gestionar la seducción de las pacientes. Después, Freud se dio cuenta de que el *transfert* de las pacientes (y luego, también de los pacientes) era algo necesario e incluso positivo; en efecto, se presentaba como un vínculo psicológico, que movilizaba experiencias emocionales importantes, cuyas modalidades podían ser interpretadas, tanto para ayudar al paciente a comprender la naturaleza y el origen remoto de sus necesidades y conflictos afectivos, como para captar, entender y analizar y finalmente liquidar las características básicamente inconscientes e ilusorias de la relación con el terapeuta. En la actualidad, se tiende a ver el *transfert*, en primer lugar, como un conjunto de expectativas, fuertemente cargadas emocionalmente, relativas a una imagen (inconsciente, o fundamentalmente inconsciente) del propio terapeuta no tanto como un posible amante, si no más bien, en primer lugar, como una figura paternal idealizada.

Pero el riesgo radica en el hecho que se idealice la naturaleza misma del *transfert* y no por parte del paciente sino por parte del analista. Casi siempre, repitémoslo, para el inconsciente del paciente analizado, el analista es *también* (y a veces fundamentalmente) alguien que está a medio camino entre un padre omnipotente y un brujo omnisciente. Y en este sentido podemos preguntarnos en qué grado el analista no se ve ocultamente gratificado por el poder psicológico del cual se beneficia, y en qué grado tiende a infravalorar los posibles inconvenientes. Es obvio que normalmente, si no es un terapeuta muy desequilibrado ni un franco bribón, no se aprovechará para conseguir que le firmen cheques en blanco y fianzas bancarias, o para seducir a las pacientes, quizás acogiéndose -en este último caso- a una inexistente libertad psicológica de relación recíproca, o a supuestas libres elecciones por parte de ambas partes de la pareja *in fieri*. En efecto, cualquier analista con un mínimo de competencia sabe perfectamente que la relación analítica es tan asimétrica, y está tan cargada de autoridad implícita y de posible sugestionabilidad, que confiere al terapeuta tal poder psicológico que le resultaría facilísimo ejercer cualquier tipo de abuso sobre cualquier paciente suyo, incluyendo los cheques en blanco y las más descaradas seducciones sexuales. Si el analista no tiene demasiados problemas personales irresueltos, no es tampoco deshonesto, entonces, estará muy atento a no transformar la relación analítica en una relación de seducción y de explotación, e intentará mantener el mínimo nivel posible de componentes implícitos, no explicitados ni analizados, de autoridad y de sugestión presentes en este tipo de tratamiento.

Pero aunque se tomen todas las precauciones necesarias y no hayan grandes abusos, ¿no es posible que, en cambio, se realicen abusos menos conscientes y, por así decirlo, microscópicos? Por ejemplo, la situación de *transfert* puede ser tal que

no permita al paciente oponerse a interpretaciones absurdas, o imposiciones y desviaciones comportamentales inapropiadas o caprichos y pequeñas tiranías del terapeuta, o bien sólo aumentos excesivos del coste de las sesiones. Y ¿no puede darse que esta situación de dependencia psicológica sea tal que no permita al cliente proponer una interrupción eventual del tratamiento cuando éste se revela a todas luces ineficaz o incluso negativo en sus efectos? La modesta hipótesis, aunque razonable, que yo quisiera plantear se refiere a un tema general que casi nunca los analistas toman en consideración, es decir, el hecho de que la situación transferencial *puede* fácilmente determinar problemas y situaciones no positivas, nada positivas ni sanas y quizás no del todo éticas, sobre las cuales el analista tiene un interés inconsciente en pasar por alto. Sería natural y lícito pedir a los analistas que reconocieran de modo más abierto y franco, que en la dependencia causada por el *transfert pueden* existir aspectos de regresión infantil, no necesariamente terapéuticos, y vínculos tácitos y difíciles de criticar, y a pesar de esto sospechosos de una sustancial falta de libertad psicológica. Podemos preguntarnos en qué grado estos inconvenientes pueden resolverse mediante la aplicación del método analítico y, sobre todo, en qué medida pueden verse compensados mediante los efectos positivos de los mismos tratamientos.

Naturalmente el cuadro no es uniforme, ni uniformemente negativo; por ejemplo, algunas modalidades de análisis facilitan más que otras la aparición de serios problemas de dependencia. Si, en particular, las sesiones son más de tres a la semana durante meses y años, y si -como sucede a veces- el analista se mantiene callado como regla general y tiende a no responder a las preguntas, y si cuando habla lo hace para sentenciar interpretaciones, cuya lógica el paciente no entiende muy bien, ni tampoco su relación con la realidad cotidiana como él normalmente la percibe, entonces, es muy fácil que se cree, en el ánimo del paciente, una situación de extrema sugestionabilidad y una dependencia irracional e infantil que raya en lo patológico, a veces acompañadas de un estado de confusión interior crónica, cuyos efectos son bien observables a un observador neutral.

Creo que un buen analista está en general muy atento no sólo a no ejercer ningún poder indebido, y por tanto a no ejercer ninguna tiranía sobre el paciente (ni siquiera de modos indirectos y sutiles, como por ejemplo, con cambios de actitudes y cambios de horarios), sino también a no confundir, y sobre todo, a no adoctrinar. El respeto de las reglas del setting, y sobre todo su estabilidad, es decir, el hecho de no cambiar las características en el curso del tratamiento, es una gran garantía. Desde este punto de vista, la finalización del análisis se convierte, a veces, en una tarea delicada: sea porque algunos (malos) analistas imponen prematuramente y de una manera imprevista y aparentemente arbitraria, una próxima fecha de finalización del análisis que el paciente no entiende (y que le provoca inútilmente malestar), sea porque los mismos (u otros) analistas consideran que inmediatamente después del fin del tratamiento se pueda iniciar “un nuevo tipo de relación” entre los dos,

donde la efectiva no resolución de la dependencia causada por el transfert abre la puerta a cualquier clase de afiliación, sugestión y -eventualmente- abuso del ex-paciente. He sido testigo de varios de estos casos, y sin excepción he tenido la clara impresión de un notable sufrimiento, e incluso de trastorno profundo, de los analizados o ex-analizados cogidos dentro de una estrategia patológica de este tipo por parte de sus terapeutas.

Pero, más en general, impresiona por lo frecuentes que son las formas larvadas de “secuestro mental” de la persona en el curso del análisis: este secuestro se hace evidente en el hecho de que el sujeto “se casa” con el psicoanálisis, “se adhiere” a las ideas de su analista en un modo acrítico, se encuentra inmerso en una situación de dependencia de las sesiones (dependencia también en el sentido estrictamente patológico de adicción) que es tan afectiva como cultural. El paciente “a través de su análisis”. Este “secuestro” presenta siempre aspectos regresivos: se coloca al sujeto en una situación donde el nivel de funcionamiento de su capacidad crítica es peor y más infantil de cuanto cabría esperar, conociendo su grado de autonomía y de inteligencia de que goza habitualmente. Este debilitamiento crítico se puede hacer más general, cada vez más, es decir, generalizarse a otros campos (y así hacer nacer una tendencia a desinteresarse de todos los problemas a los cuales el sujeto podría aplicar su inteligencia de modo individual y autónomo) o bien puede ser solamente parcial, y circunscribirse en este caso sólo al psicoanálisis y al psicoanalista en cuestión.

En otros casos observamos una dependencia crónica respecto al analista que es menos profunda, y no posee un carácter propiamente infantil-regresivo, sino que es más madura, y no por esto menos difícil de erradicar: la percibimos entonces como una especie de cronificación del rol de las sesiones en el interno del equilibrio de la vida. Por ejemplo, si el tratamiento se prolonga durante varios años, en lugar de hacer que el paciente inicie una vida normal puede suceder que simplemente en parte la sustituya. En este caso, el psicoanalista se convierte en un sucedáneo crónico, en una prótesis permanente: las sesiones se convierten en un fragmento quizás pequeño pero indispensable de la vida personal y social, y incluso una parte establemente importante de la afectividad del sujeto; las sesiones le proporcionan una satisfacción “protegida”, dispensándolo de buscar en otra parte aquellas estructuras normales de relación que necesita.

Finalmente es necesario subrayar el hecho de que los problemas de transfert, a parte de no ser siempre bien gestionables por parte del analista, casi nunca se resuelven con el fin del tratamiento. No raras veces, incluso, sucede que el paciente se encuentra, al final del análisis, con una especie de síndrome de abstinencia del analista, o mejor dicho de aquel analista en particular: observamos, entonces, ansiedad y inquietud, un cierto grado de desconcierto, a veces desorientación, y a veces verdadera depresión; a menudo, nacen nuevas demandas insistentes de relaciones de dependencia. En general, el malestar más grave dura sólo algún mes,

pero si se explora a fondo en los años posteriores es fácil descubrir que la resolución de estos trastornos no es completa.

Entonces, ¿no podemos quizás considerar que éstos también son comparables a los trastornos psíquicos iatrogénicos? En parte, es cierto, no se trata en estos casos de patologías identificables y delimitables, sino más bien de inconvenientes y malestar psicológicos de carácter fluido y variable. Otras veces, sin embargo, parece lícito hablar, también en este caso, de trastornos más serio, que rayan en verdaderas patologías. ¿Cómo clasificar, entonces, estos problemas e, incluso previamente, cómo documentar mejor su existencia y peso? Es evidente que el estudio del tema se encuentra sólo en sus inicios.

Personalmente, como conclusión, considero que el método psicoterapéutico y psicoanalítico, si se usa bien, con un sentido de responsabilidad y por parte de especialistas equilibrados y con una buena preparación y experiencia, puede ser utilísimo para muchos pacientes: pero considero, al mismo tiempo, que un estudio en profundidad de sus inconvenientes, que son frecuentes y a veces graves, sea necesario y urgente, a fin que el universo de los clientes esté mejor garantizado en sus derechos, y los mismos especialistas puedan defender sus credenciales de seriedad.

Aunque no de forma exclusiva el artículo se plantea la definición de la patología iatrogénica desde la perspectiva psicodinámica, y se detiene a examinar los casos en los cuales existe una relación más clara entre el tipo de tratamiento y la aparición de trastornos psicológicos identificables.

Referencias bibliográficas

CASONATO, M. (1995). Rassegna bibliografica sui disturbi indotti dalla psicoterapia. *Psicoterapia* 1, 129-134.
BIANCIARDI, M. & TELFENER, U. (1995): *Ammalarsi di psicoterapia*, Milano: F. Angeli.