

## DANNO DA PSICOTERAPIA: IL PUNTO DI VISTA DEL PAZIENTE

**Cecilia La Rosa**

psichiatra, psicoterapeuta, ARPAS (Associazione per la Ricerca sulla Psicopatologia dell'Attaccamento e dello Sviluppo) Piazza Tuscolo 5, Roma

*Riassunto: L'autore riporta integralmente lo scritto di una paziente riguardante il suo punto di vista sulla precedente terapia ritenuta "iatrogena". Sul testo proposto dalla paziente si inseriscono alcune riflessioni sul danno da psicoterapia.*

**V**erso la fine del 1994 la redazione di *Psicobiettivo* iniziò le riunioni sul presente numero della rivista relativo al danno iatrogeno da psicoterapia. Come spesso succede, parlando di un argomento legato alla clinica, ognuno di noi rievoca nella mente situazioni analoghe accadute nella propria attività professionale. Per chi scrive fu automatico pensare alla signora A., una paziente seguita con terapia farmacologica e colloqui di supporto a cadenza quindicinale per circa tre anni.

Quando la signora A. arrivò allo studio la prima volta aveva terminato da circa sei mesi una terapia analitica della durata di sette anni con tre sedute settimanali, ed era clinicamente depressa. Mi chiese esplicitamente se potevo aiutarla con una terapia farmacologica senza sottoporla ad una psicoanalisi o ad una psicoterapia incontrandoci per dei colloqui di controllo una volta ogni quindici giorni o anche meno frequentemente. La motivazione della richiesta era attribuita allo stato di malessere e di grave confusione che l'analisi effettuata le aveva procurato e al conseguente desiderio di non appoggiarsi ad un'altra persona per paura di perdere del tutto la possibilità di "ragionare con la propria testa". La seconda richiesta fatta dalla signora A. riguardava la garanzia della mia assistenza senza un limite prefissato nel tempo poiché la fine dell'analisi, da lei non voluta, e in un momento molto difficile della sua vita, era stata altamente traumatica.

Decisi di accettare le sue richieste ripromettendomi esplicitamente di parlarne negli incontri successivi, prescissi una terapia farmacologica antidepressiva con ipnotici la sera a causa di una perdurante insonnia e iniziammo gli incontri ogni quindici giorni. Nel corso dei primi incontri la signora A. mi raccontò brevemente la sua precedente analisi, insistendo soprattutto sulla sua conclusione che, sancita dall'analista, era stata da lui portata inesorabilmente avanti nonostante due gravi lutti intercorrenti nella vita della paziente. I nostri incontri proseguirono con l'elaborazione dei due lutti, la ricostruzione della storia familiare alla ricerca dei motivi che la portavano a sentirsi

fragile di fronte alle separazioni e un periodo finale sulla comprensione delle difficoltà nelle nuove situazioni interpersonali che erano nate nella sua vita. Durante la terapia non ricordo di avere utilizzato molto spesso lo strumento dell'interpretazione, privilegiando interventi aderenti alla vita reale, con la ricerca e l'accoglimento delle spiegazioni più vicine alla storia personale e ai vissuti emotivi. La terapia farmacologica è stata sospesa nell'arco di sei mesi dall'inizio poiché la sintomatologia depressiva più grave era risolta, la terapia ipnoinducente e ansiolitica è stata diminuita e poi sospesa dopo circa due anni. Attualmente gli incontri hanno una cadenza variabile tra i quindici e i trenta giorni e i colloqui vertono prevalentemente su tematiche interpersonali. La possibilità di concludere il rapporto terapeutico è, per il momento, non esaminata, e a mio parere, ancora prematura.

Durante questi tre anni di lavoro il tema della precedente terapia è stato accennato più volte, con riferimenti, associazioni, o momenti di rabbia espressi dalla paziente, pur non essendo stato mai esplicitamente introdotto da me. La signora A. più volte aveva espresso il desiderio di scrivere della sua esperienza analitica. Contestualmente alla programmazione di questo numero monografico sul danno iatrogeno in psicoterapia le ho proposto di realizzare questo intento scrivendo un breve contributo "dalla parte del paziente". Abbiamo concordato alcuni argomenti che avrebbe potuto utilizzare come domande o come tracce: **1.** l'efficacia dell'analisi; **2.** il suo stato alla fine della terapia; **3.** a cosa attribuiva il suo malessere e la non riuscita della terapia, specificando se si era trattata di fattori relativi alla relazione terapeutica o alle tecniche usate dal terapeuta.

Ecco la trascrizione integrale del dattiloscritto che la signora A. mi ha consegnato circa un mese dopo.

«La fine della terapia è stata subito caratterizzata da uno stato di depressione causato da vari fattori. Primariamente il lutto per la mancanza di un rapporto che si è protratto per sette anni con cadenza trisettimanale, che ha accompagnato e segnato in modo significativo il corso della mia vita, assumendo un ruolo di centralità rispetto a tutti gli altri rapporti. Secondariamente il fatto che la fine della terapia coincidesse con una serie di separazioni nella mia vita affettiva e quindi con un periodo di grande difficoltà. A questo è subentrato un senso di abbandono da parte dell'analista che ha rispettato la scadenza di fine analisi nonostante la situazione contingente che si era venuta a creare.

La depressione si è manifestata con un senso di perdita irrimediabile, non solo di un rapporto a cui ero ancora attaccata come ad un'ancora di salvezza, ma di un Io che probabilmente acquistava un senso all'interno di questo complesso e conflittuale rapporto terapeutico, ma che all'escuirsi di questo non ritrovavo più in nessuna forma riconoscibile e accettabile.

E' subentrato allora un senso di *disgregazione*, di perdita del mio Io precedente l'analisi e di un Io attuale che mi appariva fatto a pezzi, indegno di stima e di fiducia da parte mia e da parte degli altri. Il sentimento della vergogna, della disistima e del fallimento hanno preso il sopravvento su tutto il resto e con questi anche i pensieri suicidi e i desideri di "sparizione".

Il senso di smarrimento era acuito dal fatto di ritrovarmi senza strumenti di conoscenza e di comprensione di quello che mi era veramente successo nel corso di quegli anni, delle cause vere del malessere che provavo e della sofferenza psichica che continuava a prevalere. Nessuna delle interpretazioni fornitemi durante i lunghi anni dell'analisi mi appariva in quel momento plausibile e appagante e questo aumentava il senso di confusione e di sgretolamento.

Il lavoro analitico si fondava in gran parte sulle associazioni, sui sogni e sulle interpretazioni con un setting abbastanza tradizionale.

Il nucleo forte delle interpretazioni che l'analista via via mi forniva riconducevano all'immagine di una persona aggressiva e incapace di relazionarsi con equilibrio al mondo esterno e agli altri, di distinguere tra il sé e l'altro. L'interpretazione della mia infanzia era centrata sull'idea edipica di una bambina che mirava a separare i genitori per conquistare il padre e tenerlo tutto per sé. Un'interpretazione che lasciava fuori, con dolore e a volte anche ribellione da parte mia, il vissuto affettivo di un'infanzia reale passata con genitori molto freddi e distanti, sia tra loro sia con i figli, che hanno lasciato un vuoto di modelli affettivi che tuttora perdura e che ha segnato con il problema della solitudine gran parte della mia vita.

Per tutti i sette anni dell'analisi è stato pressoché impossibile un lavoro di ricostruzione dell'infanzia e della storia personale reale, lavoro che veniva tacciato come "archeologico" e non psicoanalitico, per privilegiare invece sempre l'analisi e l'interpretazione dei cosiddetti "introietti fantasmatici". Questo a volte avveniva con un linguaggio talmente oscuro e lontano dalla mia formazione culturale che mi suscitava un sentimento ambivalente: la ribellione da un lato e l'aumento della fascinazione che mi ispirava la figura di una persona così colta e così fuori da qualsiasi controllo.

Ogni ribellione alle interpretazioni fornite veniva tacciata come "resistenza" e interpretata all'interno del transfert positivo o negativo con l'analista e quindi naufragava ogni volta miseramente nel nulla.

Il messaggio di fondo sulla mia famiglia era stato fin dall'inizio colpevolizzante nei miei confronti: io non avevo corrisposto al loro amore e ai loro sforzi, non avevo capito le ragioni e le difficoltà di genitori di una figlia "difficile". Le mie numerose malattie infantili avevano organizzato, a causa dello stato di solitudine e di una sviluppata capacità di introspezione, le fantasie aggressive e perverse nei loro confronti.

Questo modello interpretativo, anche se accettato a fatica, dette i suoi frutti. La mia situazione familiare presto prese un'altra direzione, ricominciò quasi un dialogo con i due genitori separatamente, presi a considerarli dal loro punto di vista e rinnegai alcune delle opinioni negative che avevo sempre avuto nei loro confronti. In un certo senso era un modello che ben si accordava con i miei sensi di colpa di figlia cattiva, che era andata via dalla casa dei genitori molto giovane, che non aveva dato loro alcuna gratificazione.

Questo tipo di rapporto, un po' falsificato e reso innaturale dall'entusiasmo per la nuova situazione che si era instaurata, è durato solo il tempo dell'analisi, per lasciare posto, in seguito, ad un rapporto più realistico, basato sulla distanza, sulla netta separazione della sfera più intima, ma anche su una accettazione reciproca tutto sommato impensabile in tempi antecedenti l'analisi.

Alla fine dell'analisi, il fatto di non aver risolto questo tipo di problematica affettiva mi ha fatto sentire perduta, con un'immagine deteriorata di me stessa e questa volta senza le difese di una certa aggressività che mi permetteva di affrontare il mondo e il lavoro, senza quei palliativi affettivi che mi permettevano di andare avanti alcuni periodi, e soprattutto senza il rapporto con l'analista che, con varie modalità, si era costituito come centrale nella mia vita interiore».

Dopo la lettura del dattiloscritto la signora A. ed io abbiamo ritenuto opportuno, di comune accordo, effettuare due sedute ravvicinate. La paziente mi ha espresso subito il suo sollievo nell'aver potuto finalmente esprimere le emozioni relative al precedente rapporto terapeutico, aggiungendo di essersi resa conto solo mentre scriveva che l'esitazione a parlare di questo argomento era legata alla sensazione che io provassi difficoltà a prendere una posizione definitiva nei confronti della sua precedente terapia. La richiesta di scrivere e le domande a cui rispondere le avevano fatto capire che ero dalla sua parte e che "riconoscevo" la possibilità di un esito negativo della precedente terapia. La signora A. aveva ragione: alle sue parole ho ricordato con chiarezza il mio disagio all'idea di "pensare male" o "parlare male" di un collega e la conseguente difficoltà ad empatizzare con i suoi vissuti negativi.

Riguardo al suo racconto proverò una schematizzazione attingendo largamente alla teorizzazione di Antonio Semerari sull'argomento (cfr. Semerari 1995)

1. dal suo racconto e dalle informazioni che ho sulla paziente appare chiaro che nella precedente terapia si fosse strutturata una relazione terapeutica intensa e fiduciosa, che il terapeuta fosse stato assunto come fonte autorevole di informazioni su di sé o, in altre parole, come figura di attaccamento fondamentale nella vita della paziente;

2. le interpretazioni edipiche sono state vissute dalla paziente per lungo tempo come "discordanti" rispetto ai suoi ricordi e alle sue emozioni nei confronti dei genitori e la paziente si è opposta a lungo a queste letture; tale opposizione è stata interpretata come resistenza (cfr. Casonato 1995);

3. la discordanza di vedute con il terapeuta ha provocato una crescente angoscia e confusione che ha prodotto l'inizio di un processo autoriflessivo imperniato sull'invalidazione graduale delle proprie percezioni sulla sua storia familiare, sulle sue emozioni e sulla sua immagine di sé verso l'assimilazione del punto di vista del terapeuta; tale processo è descritto come una graduale "sottomissione" al terapeuta vissuto come "validatore autorevole" (cfr. Semerari, 1991), ma anche come "gerarchicamente dominante" all'interno di una dinamica interpersonale dove l'applicazione stereotipa dell'interpretazione è vissuta come inderogabile e non rifiutabile (per i rapporti di dominanza - subordinazione nelle relazioni interpersonali cfr. Liotti, 1994, cap. 6).

4. l'assunzione del punto di vista del terapeuta ha portato ad un sollievo e ad un miglioramento del clima delle sedute, ad un sollievo dell'angoscia della paziente in seduta e di conseguenza ad un avallo "oggettivo" del punto di vista terapeutico; la possibilità da parte della paziente di assumere il punto di vista del terapeuta è stata a mio parere fortemente facilitata dalla tendenza peculiare della paziente ad assumersi colpe e responsabilità e ad utilizzare il meccanismo della autosvalutazione, tendenza che ha colluso fortemente con la formazione teorica del terapeuta e le sue interpretazioni; la problematica dell'adeguatezza delle interpretazioni sembra quindi essere stata superata dalla sostanziale tenuta della relazione terapeutica che porta la paziente a riconsiderare radicalmente il suo punto di vista su di sé assumendo le informazioni che vengono dal terapeuta;

5. la adesione al punto di vista terapeutico ha portato ad una invalidazione continua da parte della paziente delle emozioni e dei comportamenti nella sua vita reale causata dallo sviluppo della credenza di possedere una tendenza all'autoinganno, e ad una sensazione di piena tranquillità e coesione di sé solo all'interno della relazione terapeutica divenuta quasi totalizzante;

6. la fine della terapia, vissuta come un abbandono e un tradimento, comporta il rigetto delle nuove ipotesi su di sé, assunte per "amore" ma non integrate pur permanendo la critica sostanziale delle precedenti descrizioni di sé. Tale situazione porta la paziente ad un grave stato di confusione unita alla depressione per i lutti di vita e la separazione dal terapeuta.

## Conclusioni

In un interessantissimo capitolo dal titolo "Disturbi indotti dalla psicoanalisi e dalle sue

applicazioni stereotipe" Casonato (1995) fa una analisi attenta, corredata da una vasta bibliografia delle possibili problematiche relative ad una applicazione poco corretta o troppo rigida della teoria psicoanalitica. Tra le azioni patologiche in termini di interventi, Casonato descrive i rischi delle interpretazioni kleiniane che, a causa della precocità e profondità della loro messa in atto nella terapia, potrebbero: **1.** proporre un'immagine fortemente dominante del terapeuta al quale il paziente attuerebbe una progressiva sottomissione (Balint, 1968); **2.** risultare intrusive e disintegranti nei mondi psicologici dei pazienti che le vivrebbero come repliche dell'invasività che ha caratterizzato le loro esperienze infantili (Stolorow, Brandchaft, Atwood 1987). Tali considerazioni sembrano adattarsi al caso della signora A.; a questo proposito considero significativa la profonda emozione prodottasi nella paziente dalla lettura del libro di Alice Miller "Il bambino inascoltato", dove l'autrice critica la tendenza dell'analisi tradizionale a ricondurre la responsabilità dei sintomi al soggetto senza dare spazio ai traumi reali subiti nell'infanzia, perpetuando la catena della cosiddetta "pedagogia nera" (Miller, 1981).

Semerari (1995) ipotizza che una classe di disturbi da danno iatrogeno, si manifesti con una alterazione quantitativa o qualitativa dell'autoriflessività da lui denominata "Sindrome del demone di Cartesio". Tale tendenza all'autoriflessività pervasiva sarebbe il risultato della convinzione prodottasi durante la terapia di avere al proprio interno una tendenza ad ingannarsi sulle proprie percezioni di sé. L'idea di avere una tendenza all'autoinganno originerebbe dal confronto tra le proprie idee su di sé e le interpretazioni non coincidenti del terapeuta. L'assunzione totale del punto di vista terapeutico comporta una egodistonia delle esperienze e delle percezioni nella vita reale che diventano poco integrabili nella visione di sé generando un grave stato di confusione.

Ritengo che la signora A. si sia ammalata di "sindrome del demone di Cartesio" soprattutto "durante" la terapia psicoanalitica. Il sentimento di perdita e la rabbia legata al sentirsi abbandonata dall'analista hanno rapidamente sovrastato tale sintomatologia dandole un senso di integrità all'interno di tali dolorose vicende. Al diminuire della depressione è emerso un quadro immodificato o modicamente peggiorato del disturbo di identità personale che la caratterizzava prima della terapia analitica, complicato da fasi di depressione riferite alla difficoltà di elaborare la sensazione, autoattribuita, di fallimento legato alle vicende della sua vita interpersonale compresa l'analisi.

A tale quadro è necessario aggiungere, come risultato del lavoro precedente, il peggioramento della già difficoltosa capacità di affidarsi a qualcuno, sia nella vita interpersonale che in una nuova terapia.

Parlando di danno iatrogeno da psicoterapia, in casi come la signora A., diventa evidente il maggiore rischio che corrono le strutture di personalità che sono facilitate nell'attribuzione a se stessi di aspetti di responsabilità e colpa o sensibili ai temi della critica e dell'autosvalutazione. Tali strutture potrebbero colludere fortemente con tecniche analitiche fondate sull'interpretazione. Altrettanto rischiosa potrebbe essere la collusione tra strutture di tipo ossessivo e tecniche di tipo cognitivo comportamentale improntate sull'autoriflessività.

Il danno iatrogeno da psicoterapia è un argomento di ricerca e di riflessione che si

presta peraltro a molteplici letture, e può offrire spunto per un acceso contraddittorio. Siamo infatti solo all'inizio di una ricerca che coinvolgerà tutte le scuole di psicoterapia, nell'interesse dei nostri pazienti e del migliore svolgimento del nostro lavoro.

## Bibliografia

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

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