

ANGUSTIA TERAPÉUTICA Y ANGUSTIA IATROGENICA

Una Visión Gestáltica de la Ansiedad Originada en el Proceso Psicoterapéutico

Dr. Jesús Miguel Martínez

ASPECTOS GENERALES

Una Mirada a la Estadística

Quiero comenzar esta conferencia haciendo una alusión breve pero ilustrativa sobre los alcances del fenómeno de la ansiedad desde una perspectiva estadística. En primer lugar deseo hacer notar que la angustia o ansiedad en la actualidad es entendida no como un cuadro patológico sino como una serie de entidades o trastornos entre los que se encuentran el trastorno de pánico, el trastorno obsesivo compulsivo, el trastorno por estrés post-traumático, el trastorno de ansiedad generalizada, las fobias simple y sociale, y la agorafobia.

El Instituto Nacional de Salud Mental de los EEUU en el año 1998 realizó un estudio sobre la prevalencia de algunos trastornos mentales en el que realizó el hallazgo de que uno de cada 8 habitantes en EEUU con edades comprendidas entre los 18 y 54 años padecían de ansiedad. Es decir más de 19 millones de personas. La ansiedad se reveló como la enfermedad mental más común en el continente, esta es dos veces más común en mujeres que en hombres, es además el elemento más común de enfermedad mental entre 4 y 65 años, lo que significa que la ansiedad a menudo acompaña a otros trastornos mentales como la depresión y como dato curioso encontraron que los que la padecen visitan 5 médicos en promedio antes de ser diagnosticados.

En relación a nuestro país un estudio realizado para la Organización Mundial de la Salud por Goldberg y Lecrubier en 1995 realizó una serie de extrapolaciones que aseguraban que había una prevalencia de unos 4.102.851 de personas que padecían algunos de los trastornos del espectro de la ansiedad, es decir un 16,4% de la población del país, algunos expertos aseguran que en la actualidad esta cifra se casi duplicado.

Freud Y La Angustia

Una de las primeras personas en abordar el estudio de la angustia en forma científica y sistemática fue el padre del psicoanálisis y precursor de la psicoterapia Sigmund Freud. A lo largo de su muy fructífera vida Freud elaboró tres teorías sobre la angustia. Aborda el tema por primera vez en 1914 en un artículo que tituló "Justificación de separar, de la neurastenia un cierto complejo de síntomas" en el que decía que la sexualidad frustrada era la causa de la angustia, la represión que genera las neurosis producía perturbaciones sexuales que acarrearán angustia. Posteriormente en 1917 escribe "Lecciones Introductorias al Psicoanálisis" en donde hace una nueva reflexión acerca del tema y define la angustia como un estado afectivo que se da en los neuróticos y también en los sujetos normales. Divide la angustia en angustia real y angustia neurótica. Siendo la primera una reacción congruente y proporcional a un peligro exterior y la segunda el producto de la represión inconsciente de un estado afectivo, los síntomas neuróticos son interpretados como un intento de impedir la formación de la angustia. En 1925 publica "Inhibición, Síntoma y Angustia". Una más completa reflexión acerca del tema en la que concluye que la angustia es la expresión de la lucha entre el "ello" y el "superyo". Añade que las angustias presentes están relacionadas con el temor a la castración y nos explica que los mecanismos de defensa

son un intento de frenar la aparición de la angustia. En síntesis Freud reconoció tres tipos de angustia La angustia real que es una reacción a un peligro exterior, la angustia ante la muerte en la que el yo se abandona a sí mismo y la angustia neurótica ante la pulsión de la libido.

LA PSICOTERAPIA GESTALT

La Terapia Gestalt tiene una visión de la angustia muy influenciada por los conceptos psicoanalíticos aunque con algunas notables diferencias. La Terapia Gestalt es un modelo que estudia las relaciones que se dan en la frontera entre el organismo, es decir el individuo y el campo, o sea su entorno, estas relaciones las conocemos como “*contacto*” entre el organismo y el campo. Todo contacto es un “*ajuste creativo*” entre el organismo y su entorno. El proceso de hacer y retirarse del contacto en la frontera-contacto es lo que llamamos “*la experiencia*”. La energía que conduce la experiencia es conocida como “*excitación*”, no en un sentido erótico o de contenido sexual como la libido, sino en un contexto mas general como una estimulación del individuo que lo impulsa teleológicamente a la realización de alguna necesidad. Hemos constatado que toda experiencia lleva al individuo a transformarse, impacta al self que ha de destruirse y construirse integrando partes del viejo self y del campo que se ha incorporado para construir una nueva configuración, un nuevo self. Esta transformación en situaciones patológicas se encuentra dificultada por eventos de la vida pretérita del individuo que generan emociones y acarrear bloqueos en el flujo de excitación en el ciclo de la experiencia.

Excitación Y Angustia

Bien, esta escueta síntesis sobre el entender gestáltico ha tenido la finalidad de contextualizar el concepto de excitación que según el legado de Perls y Goodman, plasmado en su libro “*Gestalt Therapy Excitement and growth in the human personality*” es la evidencia de la realidad, el elemento que acompaña al contacto y a la diferenciación figura fondo, la excitación nace con la formación de cada Gestalt y en condiciones “normales” se mantiene y crece a lo largo de la secuencia de pasos del contacto. Pero también en el progreso de esta secuencia de pasos puede ser inhibida y hasta bloqueada completamente y entonces surge la angustia. La Angustia entendida desde la perspectiva Gestáltica es la manifestación de la excitación bloqueada, de la interrupción del ajuste creativo entre el organismo y su entorno.

El Ciclo De Autorregulación Organísmica

Cuando en una persona en estado de reposo surge una propiocepción, un estímulo ambiental, una necesidad, un deseo, una atracción, un instinto, una situación inconclusa, algo que reclame algún tipo de resolución se pone en marcha un mecanismo fluido y natural que conocemos con el nombre de ciclo de autorregulación orgánsmica o ciclo de la experiencia y a través del cual se lleva a cabo el ajuste creativo. Brevemente pudo decir que lo primero que ocurre ante el surgimiento de una de estas situaciones es que aflora la excitación que hace que la necesidad comience a diferenciarse del resto del campo, a hacerse figura y el individuo tiene una sensación, imprecisa al principio, que le saca del estado indiferenciado de reposo, a ese primer paso del ciclo se le conoce precisamente como *sensación*, luego esta sensación se hace definida y clara y decimos que el sujeto tiene un *darse cuenta*, la figura se ha

diferenciado del fondo, la excitación se hace consciente ha despertado el deseo, pero no un deseo indiferenciado sino “*mi*” deseo. Un deseo que generó una identificación y que llevó a la persona a movilizarse para encontrar las posibilidades del entorno que lo hagan convertirse en acto, pasa así a la etapa de *movilización de energía*. Luego ha de contactar con el entorno desplazando la frontera de contacto para asimilar algunos de los elementos del campo que le permitan materializar este deseo y a ese momento lo conocemos como *contacto*, en ese instante el deseo es reemplazado por el “objeto”, la figura cambia del organismo al entorno, del interior al exterior. Ocurre después el *contacto final* cuando el individuo se ha apropiado del objeto y modifica al campo destruyendo su conformación particular y como consecuencia su self es cambiado también por el campo y su conformación particular destruida. Luego de satisfecha la necesidad e integrada la experiencia que esto ocasiona a lo que llamamos *fase de satisfacción* el individuo pasa nuevamente a la etapa de *reposo*.

Entre cada uno de estos pasos o etapas puede ocurrir una interrupción en el flujo de excitación, ocasionada por alguno de los conocidos mecanismos de resistencia. Muchos autores han escrito al respecto y hay tantos acuerdos como diferencias, en relación a cual de estos mecanismos ocurre en cada uno de los momentos específicos del ciclo. Me enfocare en la propuesta de Zinker que me parece mas sencilla y adecuada para los efectos de esta conferencia. La *represión* interrumpe la sensación, la *proyección* lo hace con el darse cuenta, la *introyección* con la movilización de energía, la *retroflexión* con la acción y el *aislamiento* con el contacto final, y para completar los pasos finales, en los que Zinker no se pronuncia, los mecanismos de egotismo propuesto por Goodman o los de confluencia o fijación postulados por Salama.

Entendemos mejor lo anteriormente expuesto si comparamos la angustia con el miedo. La angustia es el síntoma neurótico por excelencia, una experiencia intra-orgánica, donde no hay referencia a objetos externos. El miedo, por el contrario, es una emoción, una forma de excitación que procede de una amenaza real o ilusoria de que algo pone en peligro algunas facetas de nuestra existencia como por ejemplo el miedo al ridículo, a volverse loco o a morir, y que requiere una resolución.

LA ANSIEDAD ORIGINADA EN EL ACTO TERAPEUTICO

Pues bien la angustia no solo es esa experiencia de excitación interrumpida con que el paciente acude a consulta buscando que el terapeuta le ayude a resolver. En muchas ocasiones la angustia surge en el paciente como consecuencia de la intervención del terapeuta y esto puede ocurrir de dos maneras absolutamente diferentes. Una de ellas es la angustia terapéutica consecuencia del mismo proceso que conduce a la persona al equilibrio y la otra la angustia iatrogénica producida por errores en el proceder del terapeuta que lejos de mejorar al paciente le enferman o le enferman mas.

La Angustia Terapéutica

La angustia terapéutica es algo muy similar a lo que los autores existencialistas conocían como angustia existencial. En palabras de Kierkegaard, el potencial de la libertad nos confronta con la ansiedad. O como dijese Heidegger, la angustia está generada por la libertad, en tanto que tenemos la capacidad electiva de hacer algo o de no hacerlo. Esto significa que el ser humano enfrentado a su libre albedrío siente angustia, todo aquello que aumenta su capacidad de elegir, lo que le hace mas responsable de su propia existencia es ansiógeno. Todo proceso de psicoterapia tiene

como finalidad o consecuencia devolver al ser la responsabilidad de su existencia, su capacidad de decidir e influir sobre ella. Perls inspirado por Goldstein asume la ansiedad como un hecho existencial diferenciando entre esta ansiedad existencial y la ansiedad neurótica. Rollo May definía la ansiedad Existencial como aquella que es proporcional a un peligro objetivo en la existencia del ser, una en la que no se desarrollan mecanismos de resistencia, que quede ser confrontada constructivamente en el darse cuenta y que es común a las experiencias de separación tal como mencionaba Otto Rank y que si se negocia exitosamente genera independencia. Esta es la angustia que se genera en un proceso de psicoterapia que marcha adecuadamente.

Una persona que tiene bloqueado el fluir de la excitación antes de la sensación, cuando a través del trabajo terapéutico el bloqueo es resuelto, puede sentir una profunda angustia ante la constatación de la ausencia de figura, ante el vacío emocional o perceptual. Igualmente ocurre cuando desaparecen las proyecciones y se recupera, a veces en forma bastante brusca lo que ha proyectado. O cuando se disuelve el bloqueo antes de la movilización de energía generalmente provocado por mecanismos de introyección, y el paciente asume que lo que consideraba parte de si es producto de una invasión del self por parte del campo, y la identidad del self se ve entonces amenazada y confundida. También ocurre que la acción es frecuentemente evitada por la aparición del mecanismo de retroflexión. Mecanismo por medio del cual una persona se hace a sí mismo lo que desearía hacerle al entorno, al desaparecer la retroflexión el sujeto se ve en la necesidad de decidir que hacer con sus impulsos retrofectados y pasa por momentos breves pero a veces intensos de angustia. Y en los momentos finales del ciclo cuando la desaparición de los mecanismos de resistencia hacen inminente el desdoblamiento del objeto luego de satisfecha la necesidad puede presentarse por instantes una fuerte ansiedad de separación.

Las Capas De La Cebolla

Se ha dicho en numerosas ocasiones que la Terapia Gestáltica aborda el tratamiento de las neurosis en una forma progresiva como si se fuese pelando una cebolla. Se han descrito cinco etapas en este proceso, cinco capas de la cebolla. En forma muy breve mencionaré que la primera de ellas la conocemos como la Etapa de los Clichés, y que se caracteriza por la presencia de una conversación muy impersonal y una evidente evitación del contacto con las propias emociones; la segunda es La etapa "como si" o estrato falso de la neurosis y durante ella los pacientes actúan como si fueran lo que en realidad no son, pretender ser de tal manera que complazcan las expectativas del terapeuta o lo que perciben como el deber ser, este es un nivel intensamente defensivo, en el que son comunes las discrepancias entre la conducta verbal y la corporal; luego aparece la fase de impasse o etapa fóbica en que se debilitan las resistencias y se experimenta el vacío con gran angustia, se elimina el soporte del medio y el soporte interno todavía no ha surgido, la persona se siente amenazada y reacciona agrediendo y desarrollando una actitud fóbica, tiene en este momento una conciencia dolorosa del estancamiento. La cuarta etapa es la implosiva o de muerte en este momento toda la energía va dirigida hacia adentro, hay un intenso temor a la muerte, el paciente se siente contraído, comprimido, cargado de tensión, en una actitud catatónica, se le escucha decir con mucha ansiedad cosas como "tengo tanto que hacer que no se por donde empezar" o "tengo miedo del resultado de lo que voy a hacer"; y por ultimo la etapa explosiva en la que el paciente es capaz de experimentar y expresar emociones como alegría, rabia, dolor, orgasmo, toda la energía esta dirigida hacia afuera

y hace un contacto genuino con el entorno y quienes lo habitan dando paso a la autenticidad e intimidad.

La Angustia Iatrogénica

Pues bien no toda la angustia que se origina en el contexto de un proceso de psicoterapia tiene tan buen fin. En diversas ocasiones la labor del terapeuta no se ciñe a los límites de la actividad terapéutica y termina por hacer más daño que beneficio. La angustia iatrogénica no es más que angustia neurótica pero ocasionada por la inadecuada praxis del especialista. Rollo May describe la ansiedad neurótica como el resultado de no encarar la ansiedad existencial. Aseguraba que evadir la ansiedad existencial implicaba renunciar en alguna medida a la propia libertad y describía la angustia neurótica como aquella que era desproporcionada al peligro objetivo actual, pero no al conflicto pretérito; una que involucraba fuerte represión e inhibía la afectividad y el darse cuenta a través de la utilización de mecanismos de defensa y como consecuencia por la presencia de síntomas.

Acerca De La Inocuidad Del Acto Terapéutico

El acto psicoterapéutico no es inocuo, no es cierto que la psicoterapia por ser una curación a través de la palabra sea inofensiva, mal utilizada puede causar mucho daño. Me gusta parafrasear a Dick Fisch cuando decía que poco podía ayudar una técnica que mal aplicada no causase daño alguno, y como sabiamente decía Jay Haley, "...cada terapeuta hereda los fracasos de sus colegas. si fracasamos en un caso, dificultamos aun más el trabajo del próximo terapeuta que trate a esa persona."

Un terapeuta puede generar angustia en forma iatrogénica por inmadurez, por inexperiencia o por patología. La mayoría de las veces a través del uso de actos no terapéuticos, por el uso de intervenciones inadecuadas que empeoran la patología o crean dependencia, o por empujarlo a realizar conductas que no está capacitado para realizar en ese momento. Las consecuencias de esta forma de actuar con los pacientes son bien conocidas: síntomas compatibles con trastorno por stress postraumático, crisis de ansiedad o ataques de pánico, depresión, auto agresiones e intentos de suicidio, profundos sentimientos de culpa e incremento en la dependencia en el terapeuta que le está ocasionando el daño. Y lo que es aun peor genera en los pacientes un sentimiento de desconfianza en el resto de los profesionales ayuda que le dificulta ser ayudado por otros profesionales más competentes o adecuados.

Iatrogénia: Las Denuncias Mas Frecuentes

Algunas de las quejas más frecuentes de los pacientes en relación a la mala práctica profesional por parte de los psicoterapeutas, recibidas en los servicios de denuncia profesional son que habla permanentemente sobre sus propias creencias, problemas y opiniones, amenaza finalizar las sesiones si el paciente no obedece sus demandas, extiende las sesiones sin beneficio para el paciente, acuerda encontrarse con los pacientes para propósitos no terapéuticos, les incita a participar en intimidad emocional o física y luego niega o justifica la intimidad emocional o sexual con ellos, les impele a realizar algún tipo de negocio, realiza acciones que aumentan la dependencia de los pacientes, se comporta en forma condescendiente, les aconseja que cambien de orientación sexual. Algunos presionan a sus pacientes pidiendo consejos para sus problemas financieros o de otra índole, no respeta los acuerdos de

confidencialidad, genera desconfianza en otros colegas, olvidan o llegan tarde a las citas, exagera o diagnostica erradamente sus problemas, se distrae en otros pensamientos durante las sesiones, infravalora, critica o se burla del paciente, se niega a contestar las preguntas razonables o a considerar las percepciones o creencias de los pacientes, presenta cambios injustificados de humor o arranques emocionales, califica la comunicación del paciente como mala o inadecuada, se niega injustificadamente a tratar los temas que el paciente desea discutir, acusa al paciente de hacerle actuar en forma inadecuada, retiene información relevante para el paciente sin justificación, acusa al paciente de estar sobre actuando, etc.

Las Características Del Terapeuta Iatrogénico

En relación a estos terapeutas, Marrone en su libro “La teoría del apego. Un Enfoque actual”, definió las características del terapeuta iatrogénico. Planteaba que es aquel que contradice la percepción que tiene el paciente de los demás incluyendo al propio terapeuta, hace esto enfatizando el uso hecho por el paciente de la proyección y la fantasía como causa de su supuesta distorsión de la realidad. También invalida la experiencia que el paciente tiene de la realidad adoptando una actitud que parece indicar “Lo que usted siente y experimenta no es realmente eso sino lo que yo digo que siente o experimenta.” En tercer lugar usa mensajes de doble vinculo como hacer al paciente sentirse culpable y luego señalarle que esta dominado por la culpa, aconsejarle y declararse luego neutral o exigirle que otorgue una excesiva importancia a la psicoterapia y luego le señalarle su excesiva dependencia a esta. El terapeuta iatrogénico reprime la experimentación y la autonomía de sus pacientes a través de interpretar la experimentación como acting out y la autonomía como una defensa narcisista contra la dependencia. Además resaltan los fracasos del paciente con lo que le hacen sentir que no puede sin la psicoterapia y sin el terapeuta. Algunos adoptan actitudes rígidas y castigan los intentos de cuestionarlos como en el caso de aquellos que haciendo una interpretación insisten que si el paciente acepta la interpretación, esta es cierta, si no se esta resistiendo, el caso es que hacen ver que el terapeuta no se equivoca. Y por ultimo generan sentimientos de impotencia e insuficiencia asumiendo un comportamiento que indica “yo me hago cargo de todo.”

Cuando un terapeuta presiona para que el paciente adopte sus deseos o puntos de vista ocasiona un sentimiento de angustia por la perdida de la propia identidad, si le fuerza a hacer algo para lo que este aun no esta preparado produce fuertes sentimientos de ambivalencia y miedo con ansiedad de disolución del yo, si el terapeuta responsabiliza al paciente de lo que el mismo hace o siente produce angustia paranoide, el que resalta los fracasos del paciente y genera sentimientos de insuficiencia produce dependencia y en consecuencia angustia de separación.

Propuestas Contra La Iatrogénia Del Psicoterapeuta

Deseo finalizar esta conferencia con algunas propuestas para evitar la iatrogénica en el acto psicoterapéutico creo que es imprescindible que todos los aspirantes a ejercer la profesión de psicoterapeutas tengan: Una adecuada formación teórica y practica en que se estudie profundamente la influencia que ejerce el terapeuta y las consecuencias de las intervenciones hechas por este. Un prolongado periodo de supervisión con varios supervisores. Una psicoterapia personal concienzuda y de calidad. El uso del método fenomenológico en el marco de una terapia dialógico existencial. La creación espacios para la información y sensibilización al publico

general en que se encuentran los potenciales usuarios de los servicios de la psicoterapia. Insistir en la formación y sensibilización ética de los profesionales. Y fortalecer las asociaciones profesionales y dirigir parte de sus esfuerzos hacia la adecuada formación y difusión de la ética del profesional.

Gracias por su interés en esta presentación y en el tema de esta mesa que tan importante es para los fines de la Asociación Venezolana de Psicoterapia (AVEPSI). Con el deseamos mejorar la calidad de los profesionales de esta disciplina y del servicio que prestan a sus pacientes.