

# Il rischio del rischio iatrogeno

Umberta Telfener  
utelfner@telematica.it

# **Ammalarsi di psicoterapia**

M.Bianciardi & U.Telfener, Franco Angeli 95

La problematica relativa al rischio iatrogeno nella psicoterapia si inserisce nel più vasto ambito di riflessione sugli esiti della psicoterapia stessa. Discutere di rischio iatrogeno significa infatti inevitabilmente ragionare sulla possibilità del fallimento dell'intervento psicoterapeutico.

# Iatrogenesi

(iatreia, cura medica; gignomai, nascere)  
che deriva dalla pratica della cura.

Indica situazioni in cui si ipotizza che il peggioramento non sia dovuto alla struttura delle persone in cura ma avvenga a seguito della danza collettiva.

I sintomi più frequenti sono un accrescimento dell'ansia, senso di sgretolamento di sé, senso di trasparenza, pensieri di incapacità e inadeguatezza

# Rischio iatrogeno

Un disturbo aggravato o indotto dall'atteggiamento del clinico, dall'esame svolto, dai commenti o dalla cura messa in atto

Si fa riferimento a quelle situazioni in cui si verifica un peggioramento nelle condizioni della persona in cura a seguito delle operazioni del curante.

Peggioramenti nelle condizioni della persona in cura possono occorrere, non solo a seguito di operazioni del curante che si configurano come errate rispetto alle prescrizioni del modello tecnico di riferimento, ma anche a seguito di operazioni del terapeuta che invece si configurano come assolutamente aderenti ai dettati del modello di riferimento

Anche un terapeuta che applichi "correttamente" il modello "appropriato", può partecipare alla costruzione di un processo non evolutivo.

# Percentuali

Lambert (07): 5-10% dei clienti sperimenta un peggioramento a causa della tp, circa il 35-40% non sortisce effetti.

I peggioramenti includono: aumento dei sintomi, dipendenza estrema dal tp, aumentata preoccupazione dei sintomi già presenti, dolore fisico, dubbi sul continuare

# Tempi

Quanto tempo deve passare perché si consideri un caso bloccato? Per i tp a orientamento psicodinamico circa 14 mesi contro i 6-8 dei cognitivisti e i 2 dei sistemici. Le ragioni della mancanza di evoluzione sono quasi sempre attribuite ai clienti, quasi mai alla relazione terapeutica considerata in sé e neppure alle azioni del clinico

# Più livelli di osservazione

Possiamo evidenziare potenziali determinanti rispetto all'esito:

- Fattori che si riferiscono ai pazienti
- Fattori riferiti al clinico
- Fattori inerenti la relazione tra i due
- Fattori impliciti nel processo terapeutico

Oppure in base alle scelte da effettuare:

- Operative, prendere in carico, chi convocare, setting...
- Cognitivo-emotive, quali dati prendere in considerazione, come collegarli, quali significati far emergere.....
- Relazionali, come condurre il colloquio, come porsi, distanza, trasparenza, quali risposte fornire...

# Un po' di letteratura

Bazilian (93) sostiene che i clienti fanno fatica a riconoscere il peggioramento che deriva da errori tecnici

Sachs (83), Lambert & Bergin (94) riconoscono le tecniche quali cause scatenanti il peggioramento

Crown (83), Vaillant (92) il transfert non concluso/ irrisolto

Campbell (92) accusa la tendenza dei clinici a fare inferenze negative sui clienti e a sopravvalutare la relazione tp

Zuckerman (89) sottolinea le restrizioni temporali imposte dalle agenzie e dalle assicurazioni

Boisvert & Faust (02) accusano il sistema di credenze dei clinici orientato alla patologia, l'utilizzo del DSM e di etichette psichiatriche e stereotipiche, il linguaggio (gergale e negativo) e le metafore impiegate (reificanti)

Logue et al.(92) studia ACOA e non Acoa: ambedue si descrivono come Acoa. Categoria troppo vasta?

Gough (54) tp che fanno il Minnesota al posto dei clienti sono molto + severi dei clienti che se lo somministrano



# Caratteristiche di personalità del clinico

- Vicende personali che scoloriamo sull'altro
- Tp depressi, con scarsa stima di sé
- Troppo attivi o troppo passivi
- Chi tratta amici, studenti
- Tp fobici che non tollerano di sentirsi costretti nella cura e terminano troppo presto
- Tp con problemi di abbandono che non chiudono una terapia
- Collusione per “similitudine”
- Clinici considerati dai pz deboli e incompetenti
- Troppe zone cieche dovute alla risonanza

# **Il terapeuta onnipotente**

R.S.Pepper 1996

I tp che non riconoscono la loro disillusione onnipotente possono danneggiare i loro pz. Quando queste emozioni sono agite in seduta.

Far passare tacitamente l'idea che loro hanno capito tutto, che sono "meglio" oppure il rischio di scolorire la loro patologia (narcisismo, megalomania) sul cliente che deve lottare per affrontare e contenere le sensazioni tossiche sue e dell'altro/a

# Errori nell'offerta terapeutica

- Scegliere di convocare un solo membro di una coppia
- Confondere il dominio della prassi con quello delle spiegazioni
- Accettare persone con cui si è coinvolti socialmente
- “Curare” minori senza coinvolgere la famiglia
- Accettare persone infantilizzate da troppe terapie
- Farmaci o ospedalizzazioni “sbagliate”
- Offrire una cura e una diagnosi senza essersi accorti di sintomi latenti

## **I gruppi per adolescenti antisociali sono iatrogeni**

- Arnold & Hughes (99) l'esperienza del gruppo aumenta i comportamenti antisociali (influenza reciproca, stigma, rinforzo reciproco)
- Weiss et al.(05) non riscontrano questo eccetto che per ragazzi intorno agli 11 anni. Si pongono il problema se i ragazzi fanno nuove amicizie e questo ha effetto sommatorio

# Le premesse epistemologiche impiegate

Il clinico che adotta un approccio lineare, dualistico, semplificante, ortopedico, oggettivante contribuisce a mantenere o a creare le situazioni patologiche.

Al contrario, il terapeuta che assolve alla sua funzione evolutiva è quello che oppone alla visione "aristotelica" una epistemologia cibernetica (Dell, 1980b), alle ipotesi diadiche ipotesi triadiche (Ugazio, 1984), ad una concezione oggettivistica della realtà una concezione costruttivista (Maturana, 1988), al dualismo la complementarità (Fruggeri, Matteini, 1987).

## Boscolo 1995

Direi che i r.i. può essere messo in relazione a due fattori: 1- una epistemologia implicita secondo cui l'osservatore è separato dall'osservato; 2- una teoria che preveda e descriva delle tappe normative secondo cui una persona dovrebbe arrivare alla sanità o alla maturità.

# Cingolani 1995

Locke (minuchin): l'identità determina e mantiene il sintomo

Kant (selvini) Il sintomo determina e mantiene l'identità

Il massimo rischio si corre quando il clinico limita la propria visione del rapporto sintomo/identità ad una sola delle due posizioni prefigurate senza tener conto dell'altra. Che applichi alla lettera i dettami tecnici di uno dei due modelli. Anziché costruire una versione della psicopatologia e della genesi del sintomo nella quale quest'ultimo appaia come determinato da e determinante in qualche equilibrio del sistema.

## Nei servizi pubblici (Rotondo 1995)

Il principale elemento scatenante di un circuito iatrogeno nei servizi pubblici è costituito dalla esaustività e dalla non modificabilità delle risposte istituzionali di intervento e dalla conseguente reificazione della malattia mentale come realtà in sé, avulsa dalla relazione attuale e dalla storia. È solo la modificazione della posizione curativa che potrebbe permettere l'interruzione di tale circuito ed impedire al paziente e alle altre istituzioni pubbliche di accomodarsi alle offerte della struttura.

Solo non istituzionalizzando le risposte si può permettere alle domande di cambiare



# “la profezia che si autoavvera”

Certe diagnosi psichiatriche, piuttosto che definire, creano la condizione patologica.

Watzlawick (1985) ha descritto come le modalità di etichettamento dei comportamenti contribuiscono a costruire i processi interattivi che producono tali comportamenti.

Paul Dell (1980) illustra come i tradizionali approcci psichiatrici alla schizofrenia svolgano un ruolo attivo nello stesso gioco schizofrenico.

Lynn Hoffman sollecita i terapeuti a "...considerare quanto la nostra preoccupazione di trovare la causa o il luogo di un problema in qualche unità esterna a noi contribuisce alla costruzione del problema" (1985)

## Le tecnologia pura

Rischia di diventare iatrogeno quando si considera la psicoterapia come una serie di skills applicati, di tecniche, strategie e forme di intervento e un linguaggio specialistico senza un pensiero teorico che organizzi ognuno di questi aspetti. Sono necessarie una teoria della conoscenza, del cambiamento, del funzionamento delle persone

# **Mosse terapeutiche errate**

- Terapia confrontativa (John Rosen)
- Obbligo di produrre cambiamento troppo velocemente
- Cercare una causa determinata per la patologia
- Lettura limitata o errata degli eventi
- Diventare il dottor omeostata
- Curare subito senza analisi della domanda
- Equiparare la spiegazione del disturbo alla sua possibile risoluzione

# Il rapporto terapeutico

- Non essere consapevoli del potere
- Non tener conto degli aspetti ombra di ciascuno di noi
- Rischio di proporre un rapporto salvifico
- Possibile reazione terapeutica negativa
- .....
- .....

# Problemi connessi al setting

- Un setting troppo lasso o troppo rigido, comunque non adatto alla situazione
- Andare oltre i confini terapeutici (la seduzione/sessualità con i pazienti)
- Interrompere una tp senza una spiegazione, insistere che un pz. continui a venire
- Autarchia anziché regole contrattate e meta comunicazione
- Gestione del potere
- Attenzione ad alcuni contesti particolari: carcerario, tribunale....

# Un po' di letteratura

Boisvert & Faust (02) ritengono che inevitabilmente ogni tp creerà una dose di effetti negativi per tutti i clienti

- criticano l'incapacità dei clinici di massimizzare il sistema di supporto del cliente (che ridurrebbe la dipendenza dalla tp)
- consigliano di concettualizzare ogni seduta come l'ultima
- rinforzare i punti di forza, le soluzioni e le loro capacità e di offrire compiti a casa in modo
- non rimanere ancorati alle loro convinzioni e cercare anche altre spiegazioni
- discutere con i clienti della possibilità di peggioramento
- focalizzarsi sulle soluzioni
- aumentare la sensibilità alla relazione
- riconoscere l'esistenza del rischio iatrogeno

## Oltre il punto di vista causale

Qualsiasi sia il modello di riferimento seguito dal clinico, un eventuale fallimento terapeutico verrà considerato in modo radicalmente differente ove ci si ponga da un punto di vista interno o esterno a quel modello teorico.

Il fallimento di una psicoterapia non può metter in discussione gli assunti di base del modello clinico

## Dal punto di vista interno

Dal punto di vista interno ad ogni specifico approccio teorico-clinico, il fallimento può essere considerato in due modi opposti ma sul medesimo piano: o come un errore nell'applicazione del metodo o come un errore del paziente (grave, inguaribile, resistente...)

Il metodo nelle sue premesse fondanti non può essere invalidato



## Il punto di vista esterno

Da un punto di vista esterno ad uno specifico approccio ogni metodologia clinica reca in sé una cecità costitutiva per cui sarà possibile sostenere che una psicoterapia, anche ben condotta, secondo i propri criteri interni, può risultare dannosa per il paziente proprio perché condotto nel modo più ortodosso e rigoroso. La situazione clinica poteva essere considerata in un altro modo e quindi il clinico ha contribuito in modo significativo al fallimento

# Lilienfeld (2007)

L'autore suddivide in danni probabili (liv.1) e possibili (liv.2) ed elenca una serie di interventi a rischio:

*Critical incident stress debriefing, scared straight interventions, facilitated communication, attachment th., recovered memory techniques, dissociated identity disorder oriented psyc., grief counselling, expressive experiential tp., drug abuse & resistance education*

*Peer group interventions for conduct disorders, relaxation treatments for panic-prone pts*

# Una risposta lineare ma comprensibile

## R.F.Levant 2008

PHT: potentially harmful therapies

EST: empirically supported (validated) treat.:  
interventi particolari che si sono dimostrati  
efficaci per persone con sintomi specifici  
attraverso almeno 2 studi clinici controllati e  
randomizzati

ESP: emp. supported principles of change

EBPP: evidence based practice in psych

APA's division of Clinical Psych, 12, (2007)

# **Un punto di vista sovraordinato**

Ogni clinico può porsi, provvisoriamente, da un punto di vista sovraordinato alla classe delle psicoterapie.

All'interno di un'epistemologia cibernetica nulla è benefico o dannoso in sé bensì può essere definito tale solo all'interno di una relazione e di un contesto

Successi e fallimenti non dipendono unilateralmente dal clinico o dal cliente bensì si generano nella storia della relazione, dell'incontro e del reciproco coordinarsi tra premesse implicite del cliente e teorie del clinico

# Rischio del rischio iatrogeno

Il rischio non è quindi che il terapeuta ignori qualcosa dell'oggetto di conoscenza, questo è inevitabile e salutare. Il rischio è che ignori qualcosa di sé, ovvero ignori le caratteristiche costitutive di potenzialità e di riduttività dei propri percorsi e delle proprie modalità conoscitive in rapporto a quelle dei clienti. Che ignori la propria ignoranza.

Questo confondere i propri mezzi conoscitivi con la realtà è la radice di ogni possibile rischio di un danno iatrogeno

# Discutiamone

“Non ci sono casi insolubili, ma soltanto  
terapisti incapaci” D.Jackson