

Grupanálise e Iatrogenia: Reflexão a partir de uma perspectiva psicodinâmica da teoria do *Attachment*¹

Autor:

António Alberto Surrador

Psicólogo, Psicoterapeuta e Grupanalista em Prática Privada e na Consulta de Psicologia Clínica do Hospital da Força Aérea.

Sócio Efectivo da Sociedade Portuguesa de Grupanálise

Sócio (em formação em Psicanálise) da Associação Portuguesa de Psicanálise e Psicoterapia Psicanalítica.

Resumo:

Meares e Hobson (1977), num artigo considerado relevante sobre iatrogenia, afirmam ser “insensato pensar que a psicoterapia, quando não é benéfica, é simplesmente ineficaz”. Na verdade...”, arrematam os autores, “... a psicoterapia pode fazer muito mal” (*ibidem*, p. 349). Marrone (2000, p.155), nesta mesma linha de pensamento, é inequívoco ao propugnar que “alguns tratamentos psicoterapêuticos podem ser iatrogénicos”. Com efeito, para este autor, na linha de pontos de vista semelhantes trazidos à colação por outros autores (e.g., Bowlby 1988/2005 e Feltham, 2007), o tratamento de orientação psicanalítica, para além de ineficaz, pode também, ser iatrogénico. Neste último sobressai a “relação iatrogénica” caracterizada pelo aprisionamento a um trabalho a longo prazo com um analista que, independentemente dos seus conhecimentos especializados, treino, experiência clínica, anos de análise e vontade pessoal de ser bem sucedido, na intimidade do seu consultório evidencia dificuldades no desenvolvimento de uma relação consistente, empática com *sensitive responsiveness* (Guedeney e Guedeney, 2004). Partindo do pressuposto defendido por Marrone (2000), que “as bases teóricas da grupanalise e da Teoria do *Attachment* são mutuamente compatíveis (p. 167), é objectivo do presente trabalho contribuir para uma reflexão sobre os estilos terapêuticos disfuncionais que podem estar na origem de relações iatrogénicas em grupanalise.

Palavras-chave: attachment, grupanalise, iatrogenia, relação iatrogénica

¹ Comunicação apresentada no XI Congresso Nacional da Sociedade Portuguesa de Grupanálise, realizado em Lisboa, 12 a 13 de Novembro de 2010.

Abstract:

Meares and Hobson (1977) in a relevant article about iatrogeny in psychotherapy, they state that “It would be foolish to imagine that psychotherapy, when it is not beneficial, is merely ineffective. It may do harm...” (ibidem, p.349). Marrone (2000, p. 155), following the same type of thought, it's evident when supporting that “some psychotherapeutical treatments can be iatrogenic”. In fact, according to this author, and based on similar view points highlighted by other authors (e.g, Bowlby 1988/2005 and Feltham, 2007), the treatment of psychoanalytical orientation, besides being useless, can be iatrogenic as well. In Feltham's approach is evident the “iatrogenic relationship” characterized by the imprisonment to a long term work with an analyst that, apart from his qualified knowledge, training, clinical experience, years of analysis and personal will to be successful, it can ensure, in the intimacy of his office, difficulties in developing a consistent, empathic with “sensitive responsiveness relationship” (Guedeney and Guedney, 2004). Setting out with the Marrone's assumption (2000), that “the theoretical bases of group analyses and the theory of attachment can work together” (p. 167), the goal of this work is to contribute for a further thought about the dysfunctional therapeutic styles which can be the prime cause of iatrogenic relationships in group-analysis.

Key-Words: attachment, iatrogenia, iatrogenic relationship, group-analysis

“Podemos fazer mal a nós próprios, aos nossos filhos, analisando, colegas, amigos, inimigos, conhecidos, desconhecidos. Fazer mal sem querer ou propositadamente”.

Neto e Dinis (2010, p. 88)

Desde o tempo de Hipócrates que é reconhecido o potencial efeito lesivo das acções de uma pessoa que tenta curar (do grego *therapeia*, *therapeuein*). A «iatrogenia» tem sido comumente definida pelos erros provocados pela acção, ou omissão do médico, ou pelo tratamento por ele prescrito.

Enquanto na iatrogenia, por acção, poderão estar envolvidas a imprudência e/ou imperícia médicas (na relação com o paciente, no diagnóstico, na terapêutica ou na prevenção), na omissão já encontramos um acto negligente que ocorre pela falta de uma actuação médica, podendo envolver o diagnóstico e/ou o tratamento.

Meares e Hobson (1977), num artigo publicado no *British Journal of Medical Psychology*, trouxeram à colação a iatrogenia em psicoterapia, alegando, como asserção fundamental, ser “insensato pensar-se que *ela* (psicoterapia), quando não é benéfica, é simplesmente ineficaz” (ibidem, p. 349).

Mais recentemente, a *International Library of Group Analysis* publicou um livro de Mário Marrone (Marrone, 2000) sobre “Vinculação e Interacção”. No capítulo *On Iatrogenia*, o autor sustenta que “alguns tratamentos psicoterapêuticos podem ser iatrogénicos” (*ibidem*, p. 155), bem como propugna, na continuidade de alguns pontos de vista também apresentados por outros investigadores – e.g., Bowlby (1988/2005) e, mais recentemente, Feltham (2007) -, que “o tratamento de orientação psicanalítica, para além de ineficaz, pode, também, ser iatrogénico” (*idem*).

Quando, inicialmente, me propus cogitar sobre a temática “Grupanalise e Iatrogenia”, alimentava-me uma ténue curiosidade pelo assunto. Porém, sendo a relação terapêutica um factor curativo decisivo, e a pessoa do terapeuta um elemento fundamental dessa relação, pareceu-me interessante, e sensata, a ideia de reflectir sobre os possíveis efeitos iatrogénicos que podem decorrer no tratamento psicoterapêutico, incluindo o grupanalítico.

E foi na qualidade de “gente”, com qualidades e defeitos, “por mares, *por mim, antes nunca navegados*”, que iniciei o percurso desta odisseia reflexiva, tendo como horizonte, “se a tanto me ajudar o engenho e arte” (Luís de Camões, 1572), uma atitude positiva e construtiva de compreensão do fenómeno iatrogénico em psicoterapia, não escondendo o meu desejo de que desta reflexão pudesse resultar um contributo para uma maior qualidade na minha prática clínica.

Na “nau do meu computador”, naveguei pelo mundo virtual da *internet*.

Confrontado com a carência de trabalhos na área da minha prospecção, amedrontei-me!

- Será que o assunto é irrelevante?

- Estamos perante matéria tabu?

- Ou, simplesmente, estamos perante uma questão do “politicamente correcto”, na opção dos aspectos positivos, benéficos ou «iátricos», no seu sentido do que cura, da psicoterapia?

Dou-me conta que não tem que ser necessariamente assim. O que parece suceder são diferentes formas de abordagem do assunto, duas faces da mesma moeda:

- uma indirecta, como acontece, entre outros, com Bion e Zimerman, quando aludem aos atributos, perfil e funções do terapeuta (psicanalista ou grupanalista);

- outra directa, talvez com um colorido mais reactivo e confrontador, como ocorre com outros autores, como veremos mais adiante.

Comecemos pela primeira perspectiva, abordagem que caminha de mãos dadas na pegada dos benefícios «iátricos», ou curativos, da psicoterapia, nomeadamente de orientação psicanalítica ou grupanalítica.

Num artigo em que o autor procura responder à questão “para que serve uma psicanálise hoje?”, Coimbra de Matos (2011), afirma:

- que serve “para aprofundar o auto-conhecimento, e não só; também o conhecimento do outro (os outros) e, sobretudo, das relações não só interpessoais mas essencialmente intersubjectivas” (*ibidem*, p. 83);

- ela permite “(...) *criar aquilo que não foi e podia ter sido*” (*ibidem*, p. 85);

- ela cria a possibilidade “(...) de existir – em conforto, segurança, permanência e nutrição afectiva – no interior do objecto: um objecto disponível, atento, «responsivo» e adequadamente estimulante” (*ibidem*, p. 86);

- é a criação de uma nova relação, a possibilidade de mudança no estilo relacional do analisando através da internalização de uma relação sanígena e desenvolvutiva, com o desmantelamento da relação patológica e patogénica.

Em “Porque resulta a grupanálise?”, Rita Mendes Leal (1990, p. 44), defende a tese que a grupanálise, tal como foi descrita por Foulkes, é um agente de mudança e de crescimento emocional porque proporciona um lugar, no aqui-e-agora, para otimizar a reacção de «procura da resposta», tal como se observa na infância precoce, facilitando, no sentido do conceito de ambiente facilitador de Winnicott, a actividade intrapsíquica de testar a resposta do outro, *o respondente*, à iniciativa do próprio, num processo contínuo de teste da realidade.

Voltando a Coimbra de Matos (2011), para que a transformação/mudança ocorra é imperativo que “o *psicanalista* possua genuinamente, atributos de introjectibilidade, é dizer, de intuição, empatia e responsividade insaturante” (*ibidem*, p. 86).

Na mesma linha de pensamento, Malcolm Pines e Marrone (2003), sugerem que a qualidade da relação terapêutica depende, em grande medida, das capacidades de empatia e resposta sensível do terapeuta, capacidades que estão relacionadas com a sua história vincular, as suas experiências pessoais decorrentes da supervisão clínica e da análise didáctica, bem como a escola teórica a que pertence.

A ausência de tais qualidades alude Marrone (2001), podem transformar a relação terapêutica numa “relação iatrogénica”.

Numa prática considerada “difícil”, em que o analista está continuamente a lidar com uma situação “desconhecida, imprevisível e perigosa”, e em que, como recorda Bion (1992; citado por Zimerman, 1995, p. 270-271) “(...) a única coisa que parece ser básica, não é tanto aquilo que fazemos, mas aquilo que somos”, compreende-se que, no exercício da grupanálise, a “atitude psicanalítica interna na pessoa real do grupoterapeuta” (Zimerman, 1999, p. 449), em grande parte desenvolvida na análise didáctica, tenha lugar de relevo na estrutura tripartida da formação exigida pelas sociedades analíticas: análise didáctica, supervisão e a formação teórico-técnica.

Face ao exposto, não constitui surpresa que o exercício de tão singulares e delicadas funções exijam capacidades mínimas que, de acordo com Bion (1992; citado por Zimerman, 1995) e Zimerman (1999, 2000), constituem as “condições mínimas necessárias” para a qualificação de um psicanalista e grupanalista.

Debruçando-se sobre este assunto, David Zimerman, num formato predominantemente pedagógico, listou os principais requisitos/capacidades, em termos ideais, na formação e prática de um grupoterapeuta, e que, no seu entender (Zimerman, 2000, pp. 193-201), representam um factor indispensável na evolução, mais ou menos bem sucedida, do grupo, e dos quais realço:

- gostar dos grupos e acreditar neles;

- ser continente, verdadeiro², estável e coerente³;
- ter intuição⁴, empatia (⁵), respeito⁶, sentido de humor, paciência e capacidade negativa;
- dispor de apurado sentido ético;
- oferecer-se como ego auxiliar nas importantes funções egóicas do pensar, discriminar e comunicar, bem como uma disponibilidade genuína para o importante exercício da “função reflexiva” de “pensar os pensamentos”⁷.

Ponderemos agora a outra face da moeda, aquela que designei por abordagem directa da iatrogenia em psicoterapia.

Meares e Hobson (1977; citado por Marrone, 2000, pp. 155-156), em *The Persecutory Therapist*, a partir de uma investigação, verificaram determinados tipos de redundância, ou técnicas terapêuticas iatrogénicas que estes investigadores consideram evocar sentimentos persecutórios no paciente, destacando-se:

- Uso frequente de interpretações intrusivas, “forçando confissões” e “interpretando, de uma forma insistente, toda e qualquer *esquina* da mente do paciente”;
- Prática da derrogação: atitude depreciativa que poderá fazer com que o paciente se sinta ‘mau’, ‘doente’ ou ‘fora do normal’. Com efeito, mencionam os autores, por definição um paciente que procura uma terapia está a tentar lidar com um maior ou menor grau de insegurança nas relações de vinculação, o que arrasta consigo, amiudadas vezes, o fardo pesado da baixa auto-estima. A derrogação, em virtude do seu efeito pernicioso na auto-confiança do paciente, é, obviamente, ‘anti-terapêutica’;

² Capacidade para ouvir, procurar, encontrar e falar verdade.

³ Nomeadamente entre o que diz/faz e o que, de facto, “é”.

⁴ No seu sentido etimológico de «olhar para dentro»: «in» dentro + «tuere» olhar.

⁵ No seu sentido etimológico de «dentro do sofrimento»: «en» dentro + «pathos» sofrimento.

⁶ Do grego «olhar de novo» («re» de novo + «spectore» olhar), dito de outra forma, voltar a olhar para a pessoa/paciente/analizado com outros olhos, outras perspectivas, sem a miopia redutora e estupidificante dos rótulos e papéis que, desde criança, foram profundamente inculcados.

⁷ Competência que autores como Fonagy, Allen e Bateman, no âmbito da MBT (*Mentalization Based Therapy*), identificam como uma capacidade fundamental da figura parental na relação de vinculação, na “leitura” dos seus próprios estados mentais e os do filho (Allen, Fonagy & Bateman, 2008).

- Invalidação da experiência subjectiva do paciente, isto é, o significado que o paciente atribui à sua experiência dificilmente coincide com o do terapeuta;
- Falsa neutralidade: “numa relação analítica não é possível uma assepsia total no que diz respeito à experiência intersubjectiva de duas, ou mais pessoas”;
- Falta de clareza relativamente à estrutura da terapia, impondo-se exigências impossíveis, emitindo mensagens conflituosas e fazendo-se exigências contraditórias;
- Espiral persecutória: a ambivalência, ou má-vontade, pode tornar-se imparável e dominar a relação.

Na mesma linha de pensamento, mas tendo como “pano de fundo” a teoria da vinculação, Marrone (2000), partindo da premissa que é possível traçar um paralelo entre estilos parentais disfuncionais e estilos terapêuticos, também disfuncionais, formula a seguinte hipótese (*ibidem*, pp. 156-157):

Se como propõem Anna Freud, John Bowlby e outros, nós temos tendência para tratar os outros como fomos tratados pelas pessoas importantes do nosso passado, então podemos assumir que o analista também pode tratar os seus pacientes como ele foi tratado, particularmente se a sua própria análise falhou na investigação, em detalhe, dos padrões de interacção que caracterizaram a sua relação precoce com os pais ou cuidadores.

É neste contexto que o autor fala do “analista iatrogénico”, é dizer, um analista que independentemente dos seus conhecimentos, atitudes e habilidades, evidencia, na intimidade do seu consultório, embaraços no desenvolvimento de uma relação consistente, empática e com *responsividade sensível*, que, como vimos anteriormente, são condições *sine qua non* da relação terapêutica.

Segundo o autor (*ibidem*, pp. 157-158), os analistas que trabalham de uma forma iatrogénica apresentam usualmente, no plano da comunicação verbal, determinadas características, tais como:

- A percepção real do paciente relativa às outras pessoas (analista incluído), não é confirmada pelo analista, sendo as distorções perceptivas atribuídas a fenómenos decorrentes da projecção e das fantasias inconscientes;

- Invalidam a experiência subjectiva do paciente;
- Usam o *double-binding*, por exemplo, fazendo o paciente sentir-se culpado e depois interpretar que o seu mundo interno é dominado pela culpa;
- Inibem o comportamento exploratório e a autonomia;
- Fazem o paciente sentir-se “em falta” através das denominadas *fault-finding interpretations*, significações normalmente destinadas a demonstrar que qualquer falha, ou conflito na vida interpessoal do paciente, é exclusivamente resultado da sua psicopatologia ou determinismo inconsciente;
- Cuidam do paciente com rigidez, por exemplo, fazendo interpretações que não podem ser questionadas;
- Criam no paciente uma sensação de insegurança e impotência, podendo o paciente sentir-se cada vez mais inseguro sobre a sua capacidade para tomar decisões adequadas, perceber os outros e fazer escolhas realistas.

Uma outra perspectiva surge de um trabalho, na minha opinião interessante, cujo título é «Microtraumas na Sessão de Análise». Neste escrito, Ribeiro *et al.* (2007) debruçam-se sobre as iatrogenias que ocorrem inconscientemente e silenciosamente durante as sessões, por conseguinte aquém do nível de comunicação, por identificação projectiva.

Definidos como “movimentos subtis, inconscientes, originários da relação real com a pessoa do analista”, os *microtraumas* na sessão de análise resultam do facto de os analistas, como pessoas reais, *trabalharem* com um largo espectro de sentimentos inconscientes que podem, involuntariamente, contribuir para um resultado patogénico no psiquismo do paciente.

Eis um exemplo: há factores que são oriundos do analista, pois ele pode estar preocupado com questões de saúde dele próprio, ou dos seus familiares, e o analisando captar intuitivamente que a mente do analista está parcialmente saturada com questões pessoais. “Ali, ele sente que não há espaço para entrar” constituindo-se o que os autores nomeiam por *microtrauma na sessão* (*ibidem*, p. 130). O silêncio, a evasão, a fuga inconsciente do paciente é uma experiência que ocorre na intersubjectividade da dupla

analítica, que não conseguindo adquirir representação simbólica, resulta, passo a citar, numa experiência surda, cega e muda” (*idem*). Tais fenómenos correspondem a uma iatrogenia inconsciente que não contribuem para mudanças ou crescimento mental.

Termino com um outro vértice de reflexão. David Zimerman (2008) em «Considerações sobre a possibilidade de que a análise didáctica possa ter resultados patogénicos», tece considerações acerca desta, nomeadamente no que diz respeito à sua possível iatrogenia e patogenia no analista em formação.

Referindo-se à psicanálise, e deixando bem claro tratar-se exclusivamente de uma apreciação pessoal, o autor opina sobre as consequências do que designa pela submissão ao “superego psicanalítico”, em tempos idos muito mais rígido, que define como o clima algo persecutório existente entre todas as camadas das sociedades psicanalíticas, abrangendo desde os candidatos aspirantes ao mais graduados dos psicanalistas veteranos, diante do temor do não cumprimento rigoroso das recomendações providas da *International Psychoanalysis Association*.

Realmente, passo a citar, “a forma que a IPA determinou para todos nós” (*ibidem*, p. 173) encerra uma atitude «superprotectora» do analista didacta, com conseqüente infantilização do candidato, correndo-se o risco de forjar, ou reforçar, a estruturação de uma personalidade de natureza submissa, ou a construção de um falso *self*, que tanto pode influenciar o andamento da análise do candidato a analista, bem como, repercutir-se no importantíssimo trabalho da supervisão curricular.

Numa arena em que o homem e o sofrimento se cruzam (Marucco e Marucco, 2004, p. 259) e o imenso mundo do não-sabido se desnuda – estou-me a situar no plano da análise pessoal do terapeuta, dos mistérios da clínica e da vastidão da teoria -, a pessoa real do analista, ou a sua personalidade, são a ferramenta primordial de trabalho, ferramenta que se organizará em torno de vários centros de gravidade dos quais destaco: a tolerância para com o desconhecido, a intuição, a “empatia” e a “responsividade sensível”, na acepção formulada pela teoria da vinculação, isto é, “a capacidade de perceber e interpretar correctamente os sinais emitidos pela criança e responder rapidamente e de maneira adequada” (Guedeney e Guedeney, 2004, p. 73). Resumindo,

utilizando as palavras do psicanalista peruano Kolenkautsky (2008, p. 225), “uma autenticidade consciente e inconsciente e uma humanidade profundamente enraizada”.

Antes de terminar esta reflexão, gostaria de convocar, novamente, a humanidade do «terapeuta», na sua acepção etimológica - «aquele que cuida» -, lembrando, para o bem (iatria), ou para o mal (iatrogenia), as sábias palavras de David Zimerman (2000, p. 201) quando diz: “ele é ‘gente também’, e como todo o ser humano, tem sentimentos, fraquezas e idiosincrasias”, pensamento que se encontra deliciosamente expresso no poema do escritor, e psicanalista brasileiro, Cyro Martins:

*Pois fica decretado
a partir de hoje,
que terapeuta é gente também.
Sofre, chora,
ama e sente
e, às vezes, precisa falar.
O olhar atento,
o ouvido aberto,
escutando a tristeza do outro,
quando, às vezes, a tristeza
maior está dentro do seu peito.
Quanto a mim,
Fico triste, fico alegre
e sinto raiva também.
Sou de carne e sou de osso
e quero que você saiba isto
de mim.
E agora,
que já sabes que sou gente,
quer falar de você para mim?*

Referências Bibliográficas

- Allen, J., Fonagy, P. & Bateman, A. (2008). *Mentalizing in Clinical Practice*. USA: American Psychiatric Association.
- Bowlby, J. (2005). *A Secure Base*. New York: Taylor and Francis.
- Feltham, C. (2007). Ethical Agonising. *In Therapy Today*, Vol. 18, Nº. 7, pp. 4-6.
- Guedeney, N. e Guedeney, A. (2004). *Vinculação: Conceitos e aplicações*. Lisboa: CLIMEPSI.
- Kolenkautsky, S. (Junho de 2008). Psicanálise Hoje: Minha Experiência de Quarenta Anos como Psicanalista. *Jornal de Psicanálise*, São Paulo, 41(74): 225-237.
- Leal, M. R. (Janeiro de 1990). Porque resulta a Grupanálise. *Grupanálise*, Nº 2, pp. 41-55.
- Marrone, M. (2000). Attachment Theory and Group Analysis. *In M. Marrone, Attachment and Interaction* (pp. 167-177). London: Jessica Kingsley Publishers Ltd.
- Marrone, M. (2000). On Iatrogenia. *In M. Marrone, Attachment and Interaction* (pp. 155-165). London: Jessica Kingsley Publishers Ltd.
- Marrone, M. (2001). *La Teoría del Apego: Un enfoque actual*. Madrid: Psimática.
- Martins, C. (2008). *Prémio Fato Literário 2008*. Obtido em 30 de Maio de 2011, de Centro de Estudos de Literatura e Psicanálise Cyro Martins: http://www.celpcyro.org.br/v4/Estante_Autor/oTerapeuta.htm
- Marucco, N. e Marucco, A. (2004). A prática analítica atual e a problemática do poder. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 26(3): 259-267.
- Matos, A. Coimbra. (2011). Para que serve uma psicanálise hoje. *In A. Coimbra de Matos, Relação de Qualidade: Penso em ti*. (pp. 86-89). Lisboa: CLIMEPSI.
- Meares R. & Hobson R. (1977) The persecutory therapist. *British Journal of Medical Psychology*, 50:349–359.
- Neto, I. e Dinis, F. (2010). O mal, a maldade, violência e terrorismo. *Revista Portuguesa de Grupanálise*, pp. 87-101.
- Pines, M., & Marrone, M. (2003). Empathy and sensitive responsiveness. *In M. Cortina. & M. Marrone (Eds.), Attachment Theory and the Psychoanalytic Process* (pp. 42-61). London: Whurr.
- Ribeiro, M. et al. (2007). *Microtraumas na sessão de análise*. *Revista Brasileira de Psicanálise*, Volume 41, Nº 2, pp. 125-139.

- Zimerman, D. (1995). Atributos do psicanalista. In D. E. Zimerman, *Bion: Da teoria à prática* (pp. 270-276). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Zimerman, D. (1999). *Fundamentos Psicanalíticos: Teoria, técnica e clínica*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Zimerman, D. (2000). *Fundamentos Básicos das Grupoterapias*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Zimerman, D. (Junho de 2008). Considerações sobre a possibilidade de que a análise didática possa ter resultados patogênicos. *Jornal de Psicanálise*, São Paulo, 41(74): pp. 169-178.