

# LOS EFECTOS PATOGENOS DE LA PSICOTERAPIA

Antonio Semerari & Michele Procacci  
Centro Psicoterapia Cognitiva, Roma

*Psychotherapy can be considered as a process capable of changing the structures of meaning of a person, for better or for worse. The article proposes to transcend the episodic dimension of errors in therapy and their resulting pathological effects. The article starts with clinical observations and tries to give an answer to three types of questions:*

*a) to determine the clinical phenomenology of psychopathology induced by psychotherapy;*

*b) to analyse the mechanisms and dynamic relations which can emerge between therapist and patient;*

*c) to detect early traces of pathological change that can be used by the therapist in order to change his/her intervention.*

---

Tanto la lógica como el sentido común nos llevan a pensar que si la psicoterapia es un proceso eficaz, capaz de producir cambios beneficiosos para el usuario, esta misma capacidad transformativa puede ser potencialmente productora de procesos iatrógenos o involutivos y de sufrimiento psíquico adicional. Todo lo que puede ejercer una influencia benéfica puede ejercerla también maléfica.

Durante los años setenta el debate sobre la eficacia de la psicoterapia llevó a algunos a señalar la posibilidad de los efectos negativos de la psicoterapia (el efecto del deterioro, Bergin, 1967). Otros, en cambio, de forma más limitada, indicaban la inadecuación de algunos tipos específicos de tratamiento en un recuento de casos clínicos (Schrinderberg, 1970). Otros, finalmente, habían discutido sobre la importancia del terapeuta en relación al éxito o fracaso de la terapia, sobre sus cualidades (Rogers, et al., 1967), su preparación (Bergin, 1967) y sobre algunas de sus posibles comportamientos gravemente incorrectos (Casonato, 1991), como por ejemplo los abusos sexuales de pacientes.

Debemos reconocer amargamente, sin embargo, que a casi un siglo del nacimiento de la concepción moderna de la psicoterapia, nuestros conocimientos relativos a las patologías que pueden derivarse de un tratamiento psicoterapéutico son todavía muy escasos.

Con frecuencia los casos que se cuentan se utilizan como argumentos propagandísticos en el contexto de la polémica entre escuelas o como denuncias de una mala formación personal, profesional o ética de los terapeutas. Pero en realidad, aunque es importante conocer los efectos patógenos de las conductas incorrectas de terapeutas mal preparados o personalmente trastornados, no se puede limitar el problema a la denuncia de estos casos.

La cuestión de fondo es el riesgo patógeno del proceso psicoterapéutico en cuanto tal, no sólo de las conductas que se salen de las reglas normales de la deontología y de la técnica. Limitarse a la pura denuncia de situaciones extremas corre el riesgo de ocultar este problema y de sofocar en el momento de su nacimiento la reflexión sobre el problema llevando a la conclusión implícita por la que el método por sí mismo siempre es beneficioso y que los daños eventuales deben adscribirse a una aplicación incorrecta.

En nuestra opinión hay que empezar por hacerse algunas preguntas fundamentales del tipo:

Cuáles son las fenomenologías clínicas de la psicopatología causadas por un proceso psicoterapéutico?

Cuáles son los mecanismos y las dinámicas de la relación psicoterapeuta paciente que pueden generarlas?

Cuáles son los indicios precoces que pueden hacernos dar cuenta de que un tratamiento está tomando una dirección patógena?

Este artículo pretende constituir una contribución, aunque pequeña y parcial, al planteamiento y respuesta a estos problemas.

## **LA FENOMENOLOGÍA CLÍNICA**

El limitado número de casos que hemos podido observar sugiere la hipótesis de que una de las posibles patologías inducidas por los tratamientos psicoterapéuticos se estructura alrededor de una situación emocional, caracterizada por un sentido dramático de desorientación ansiosa, por un continuo e ineficaz interrogarse sobre el significado de las propias actividades, aun las más banales, por la incapacidad de formular juicios plenos sobre cualquier cosa y por un grave estado de duda sobre la propia capacidad de juicio.

Uno de los casos más significativos, en este sentido, concierne a un señor de cincuenta años que tras un largo período de psicoterapia que había finalizado quince años antes, había tenido una experiencia de al menos una decena de breves e infructuosas tentativas de psicoterapia debidas a una serie de desórdenes que parecían causados por el primer tratamiento. El cuadro clínico estaba presidido por una especie de confusión (desorientación) ansiosa en la que el paciente se preguntaba continuamente, sin responderse, sobre el significado de sus pensamientos y de sus acciones, incluso las más banales. Esta especie de autoreflexión, en el vacío, producía en consecuencia, una desagradable sensación de extrañeza y de falta de

participación en las cosas.

En otra situación, análoga a la precedente, en cuanto que llegó a nuestra observación, después de una larga terapia, tenemos el ejemplo de una mujer de cuarenta años aproximadamente, que interrumpió bruscamente una terapia psicoanalítica que seguía desde hacía seis años. La fenomenología clínica era similar a la del caso anterior: la dominaba un sentimiento total de confusión subjetiva y de incertidumbre angustiosa en la ejecución de las actividades cotidianas más simples, un preguntarse obsesivo sobre el sentido de todo lo que sentía o hacía sin llegar a darse nunca una respuesta.

Análogamente podemos considerar un tercer caso que se refiere a una mujer sobre los treinta años. También aquí el preguntarse angustiado presidía el sentido de las actividades más banales, como qué comer, o si lavarse o no el pelo por la mañana; todo esto se acompañaba de un sentimiento opresivo de vacío interior y de angustia a los espacios vacíos.

Para concluir, un último ejemplo, que puede impactar por el dramatismo de los efectos patógenos: una mujer joven que llegó a nuestra observación por la insistencia de un médico general, preocupado seriamente por la involución de su estado psíquico. De hecho, en las primeras cuatro citas, emergió una experiencia precedente de psicoterapia con un terapeuta del centro de salud mental, para “intentar superar algunas dudas sobre su feminidad y la relación con los hombres”. Después de un período de dos años, los efectos de la terapia fueron definidos por ella óptimos, pero en poco tiempo entró en un período de fuerte crisis, hasta el punto de llevarla a interrumpir la relación terapéutica: su estado de confusión llegó a invadir las actividades más banales y los gestos más cotidianos, de modo que la precipitó en un estado de total desorientación, confusión y angustia, que culminó, pocos días antes de que el médico de familia la enviara a nuestro centro, en un impulso autolesionante se hizo pequeños cortes en los brazos con unas tijeras.

Los tratamientos psicoterapéuticos anteriores diferían entre sí por su duración y por la escuela de pertenencia de los terapeutas pero tenían características comunes: en algunos casos habían conseguido inicialmente éxitos discretos en relación a los que era el trastorno psicopatológico inicial (que también difería entre las personas a las que nos hemos referido en los ejemplos), la relación terapéutica se caracterizaba por sentimientos de confianza y admiración hacia el terapeuta, y ahora, a pesar del resultado desastroso los pacientes sentían sentimientos de angustia y de culpa más que de rabia o de crítica hacia los terapeutas. Pero ¿qué es lo que había sucedido para determinar un resultado tan dramático de psicoterapias inicialmente tan prometedoras?

Volvamos, por un momento, al primer caso clínico. En base a lo que nos había contado el señor de cincuenta años, la sensación de desorientación empezó casi al final de su primer tratamiento, cuando el terapeuta interpretó algunas de sus conductas en términos de “masoquismo primario”; el descubrimiento de padecer “el

masoquismo primario” significó para esta persona el considerarse en una condición permanente de autoengaño, como si frente a cualquier decisión cotidiana se dijera “Tengo la impresión de que, según mi mejor juicio, esta decisión es positiva, pero ¿cómo puedo saber que no estoy dañándome intencionada o/e inconscientemente?”

Análogamente, si bien no fue fácil con la mujer de cuarenta años retroceder a la causa de la ruptura de la relación terapéutica anterior, al menos dió a entender que el analista había dicho algo “que ponía en tela de juicio todo el trabajo hecho hasta el momento”.

Aún resulta más claro lo que nos cuenta la mujer del tercer ejemplo: estuvo en tratamiento por un problema de agorafobia que se enmarcaba en una personalidad caracterizada por una fuerte necesidad de apoyo y de dependencia. Los problemas empezaron cuando el analista comenzó a interpretar algunas de sus conductas en términos de “envidia” hacia los demás. El punto crítico fue que, aún aceptando el punto de vista del analista, no llegaba a “sentir” la envidia donde el terapeuta decía que ella la expresaba. El haber dicho esto al analista y el hablarle de la angustia que la provocaba, vino más tarde interpretado en términos de “resistencia”, haciéndola sentirse inadecuada para el tratamiento psicoanalítico.

De este modo empezó a dudar de todo lo que sentía y pensaba, llegando al estado de desorientación que hemos descrito. Para resolver este problema, inicialmente intentó identificarse con la figura del analista, como si pudiera representar un punto de referencia que le permitiera orientarse. Este hecho evolucionó hasta un ingreso hospitalario por parte de la familia.

En el último ejemplo referido, inicialmente la terapia consiguió que la paciente afrontara sus problemas acerca de su feminidad y de su relación con los hombres; pero pasado un año de tratamiento, advirtió una sensación general de vacío y falta de motivación en las cosas que la llevó a contactar con el terapeuta (de nuevo). Este, retomando el tratamiento, reaccionó agresivamente, interpretando que estos resultados eran la prueba de la incapacidad de la paciente para sacar provecho del trabajo realizado; esta postura confirmó la sensación inicial de incapacidad que la llevó al tratamiento y la empujó a interrumpir la terapia. La situación fue de mal en peor; cualquier cosa que hiciera, la llevaba a preguntarse si debía hacerla y en su caso, si la hacía bien o mal; llegó a un estado de desorientación ansiosa que culminó con la conducta de producirse cortes en los brazos.

Todos los ejemplos descritos, testimonian terapias, algunas conducidas por terapeutas expertos, donde el paciente más que aceptar o no la interpretación del terapeuta, la asimila (para usar un término piagetiano), pero tal operación provoca en él un conflicto, ya sea en términos de organización del pensamiento o en el tipo de emociones expresadas y a ella asociadas. Llegados a este punto, es necesario entender con qué mecanismos sucede cuanto aquí descrito.

## EL MODELO DE LA RELACIÓN TERAPÉUTICA

Ante todo, tenemos que decir, que entendemos por proceso terapéutico, un proceso relacional dedicado a modificar la estructura de los significados con la cual el paciente se construye a sí mismo y sus propias relaciones significativas. Esta afirmación implica una adhesión a una teoría del esquema (Pace, 1988), es decir, a la idea de que los procesos psicológicos de una persona se organizan en base a patrones de significado, llamados, como sabemos, de diferentes formas según los autores (constructos, esquemas), que construyen la realidad externa y generan las representaciones mentales, constituyendo, de este modo, un sistema profundo de significados. La organización de tal sistema puede valorarse en términos de diferenciación, de integración, y de organización jerárquica de los significados (Mancini y Semerari, 1985). A nuestro parecer, es importante, detenerse en el último de estos conceptos, a saber, el de la organización jerárquica. De hecho, las estructuras supraordenadas determinan el contexto mental en el cual adquieren un sentido particular las operaciones ejecutadas por las estructuras de orden inferior. Por ejemplo, en la tragedia de "Julio César" hay un punto en el que Shakespeare atribuye al protagonista la sospecha de que Cassio es un individuo peligroso, en cuanto físicamente delgado; respecto a lo que hemos dicho, parece claro que las operaciones de distinción entre gruesos y delgados hechas por César, tenían sentido, sólo con respecto al problema de la peligrosidad; una estructura supraordenada define, por tanto, el sentido psicológico de las actividades de las estructuras subordinadas.

Sostenemos, en consecuencia, que en la relación terapéutica el conjunto de intervenciones del terapeuta, es uno de los componentes que favorecen la formación de nuevas estructuras que tienden a ser integradas en la organización mental del paciente de diversa forma y al interno de un orden jerárquico. Pero, ¿qué se entiende por nuevas estructuras? Intentaremos aclararlo con ejemplos. Una paciente con ambiciones universitarias, reducía generalmente su capacidad de trabajo, a causa de las acusaciones de poca capacidad y aplicación que ella misma se autodirigía cuando se proponía empezar un trabajo. Una vez contó en la terapia que había conseguido trabajar de modo satisfactorio, después de una especie de diálogo interior, en el que imaginaba que discutía con el terapeuta, llegando a la conclusión de que sus autoacusaciones no eran pertinentes.

Otra paciente, verbalizó que en una circunstancia determinada, le vino en mente una frase del terapeuta sobre el temor a expresar las emociones negativas. De este modo, se había comportado con una amiga de una forma insólita para ella: Es decir, haciendo que la amiga angustiada por problemas, se los contase.

En síntesis sucede lo siguiente: el paciente cuenta que en determinados momentos del día, le viene en mente la imagen del terapeuta que expresa opiniones y comentarios sobre la realidad ambiental o sobre el propio paciente y esto le permite elaborar una visión de sí mismo y de las cosas diferente de la habitual. Esto le

permite, también, desarrollar conductas diversas de las habituales. Tal “neoestructura terapéutica” (Semerari, 1991) constituye una subestructura que genera pensamiento, organiza la experiencia y que en una fase intermedia de la terapia se expresa en el sistema de representaciones del paciente a través de la imagen del terapeuta. La cual se convierte en un punto de vista, a partir del cual el paciente observa sus propios procesos mentales. En otras palabras, se introduce como estructura supraordenada.

Volviendo a la definición del proceso terapéutico, este puede considerarse como un modo de formación de neoestructuras que intentan integrarse en el ámbito de las estructuras preexistentes en el paciente. Este proceso de formación de neoestructuras nos parece que se puede describir mejor si una visión de aumento de la complejidad cognitiva, a través, de los procesos de “equilibrio creciente” donde se alternan fases de asimilación y fases de acomodación (Piaget, 1975). Recordamos y precisamos que entendemos por **asimilación** el trabajo de transformación que una organización mental hace de un objeto para convertirlo en compatible a sí misma. Por **acomodación** se entiende el trabajo de transformación de la organización mental para integrar el objeto que se asimila.

La hipótesis es que la neoestructura representa el resultado del esfuerzo cumplido por el paciente para asimilar el punto de vista del terapeuta (o sus interpretaciones) y para poder integrarlo, de forma personal, en el seno de la propia organización mental. Queremos precisar que no nos referimos a que el paciente acepta o no las opiniones que el terapeuta da sobre él y su modo de relacionarse con el mundo; sino que, cuando el terapeuta se ha convertido en una figura representativa a los ojos del paciente, éste desarrolla en el espacio de la relación terapéutica una modificación de su sistema profundo de significados, tal de liberarlo de los conflictos entre estructuras, evidentes al nivel emotivo. Pero, si esto explica la evolución de una formación ideal de neoestructuras en la relación terapéutica, ¿cómo se forman los efectos patógenos?

Llegados a este punto, si volvemos a los ejemplos clínicos comentados al principio, podemos afirmar que los puntos de vista del terapeuta, son acogidos por el paciente, que no tiene dificultad en reconocerlo como una figura autorizada respecto al conocimiento de sus problemas pero que en el momento en el que se cumple su función en el proceso de confrontación con su punto de vista, por así decirlo, problemático, la organización mental del paciente se encuentra con un conflicto entre estructuras y, en consecuencia, sufre, en términos emotivos, una desorientación ansiosa. En otras palabras, la organización mental afronta, ahora, frente un desorden que no tiene nada que ver con los elementos iniciales de su problema. Sin embargo, se puede decir que padece una especie de enfermedad “iatrógena”: el paciente asimila el punto de vista del terapeuta, y este hecho, es capaz de invalidar todas las actividades de su sistema. De este modo, volviendo al ejemplo del hombre de cincuenta años, el “masoquismo primario”, en cuanto expresión del terapeuta, representa una imagen que llega a asimilarse al sistema estructural, en

términos de autoengaño de cualquier cosa, incluso la más simple.

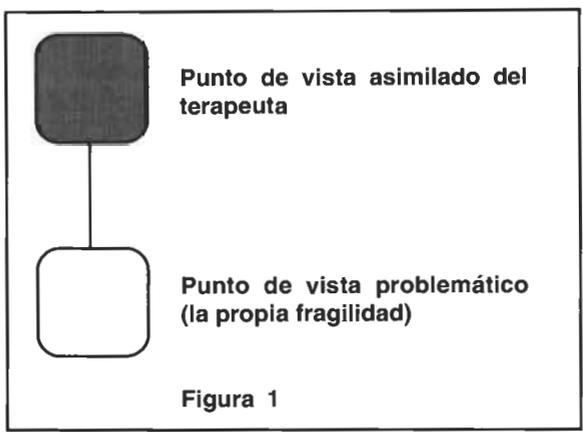
## LOS INDICIOS

Este tipo de consideraciones nos hacen entender hasta qué punto puede ser útil para cualquier terapeuta, tener la posibilidad, en el ámbito de la relación terapéutica de identificar los indicios precoces de los efectos patógenos de su acción interpretativa. Nosotros consideramos las emociones expresadas por el paciente en terapia como un índice de tales procesos. Este punto, para ser comprensible debe referirse, necesariamente, a la que en otro momento llamamos “teoría sistémica de las emociones” (Mancini, Semerari, 1990). Me refiero a la idea de que las emociones, al menos las básicas, pueden considerarse como reguladores de los procesos de transición de un contexto mental a otro. Retomando por un momento al contenido del artículo de Oatley y Johnson-Laird titulado “Towards a cognitive theory of emotions” (1987), recordamos su esfuerzo para incluir las emociones en el seno de una nueva visión dinámica del sistema cognitivo. El modelo de estos autores considera algunos procesadores autónomos, cada uno asociado a un fin, con la tendencia, en ausencia de interrupciones, a terminar el propio proceso. Tal sistema prevé también una coordinación entre los módulos que viene asegurada por las emociones, como únicos elementos intrasistémicos que regulan, de forma inmediata y automática, el paso de un módulo a otro sin tener que pasar a través de la conciencia proposicional. En otras palabras, la emoción puede ser considerada la señal de transición (Kelly, 1955) en la organización mental de un individuo cuando, en el caso específico de la interpretación del terapeuta, facilita el paso de un sistema jerárquico conflictual a uno más evolucionado. Nuestra hipótesis actual es que la calidad o intensidad de las emociones con las que el paciente reacciona a una intervención explícita del terapeuta, constituye uno (no el único) de los indicios precoces que permiten individualizar si la integración de nuevas estructuras se mueve hacia: a) un aumento de complejidad terapéutica; b) hacia un efecto paradójico de convalidación de los puntos de vista problemáticos o c) hacia una nueva patología inducida por la psicoterapia. Si las emociones señalan cambios en el contexto mental, entonces cuando la intervención del terapeuta modifique el contexto mental del paciente se tendrá una emoción. Podemos hipotetizar tres tipos de modificaciones:

1) El punto de vista interpretativo supraordena el punto de vista problemático, o determina el contexto mental en el que, este último, asume un nuevo significado. Este proceso constituirá una variación de contexto mental que vendrá señalada por una variación emotiva. La emoción del paciente antes de la interpretación cambia de cualidad, se pasa de un tipo de emoción a otra.

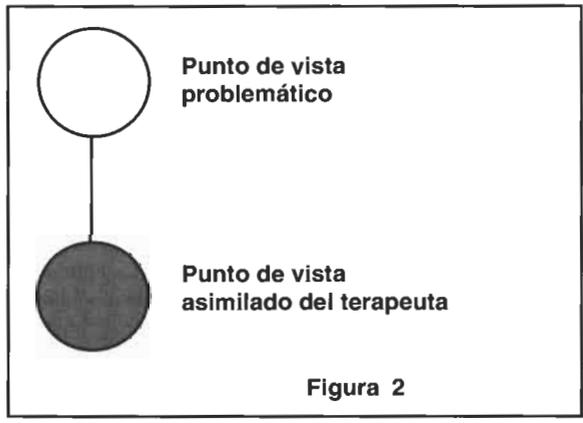
Por ejemplo: en el caso del paciente fóbico, observado por nosotros, él mismo describe sus miedos como si dependieran de su presunta fragilidad, que podría exponerlo a una crisis catastrófica, de pérdida de control de sí mismo. En consecuen-

cia, el terapeuta, intenta relacionar estos temores con algunos eventos significativos que se repiten en su historia de apego. La fragilidad de una percepción inmediata de sí mismo, se convierte en una idea subjetiva y opinable en referencia a la historia personal del paciente; la pérdida de control, de una amenaza real, se convierte en una fantasía idiosincrásica: el paciente adquiere un nivel mayor de autorreflexión, la emoción de ansia se puede transformar en alivio o en interés. El nuevo contexto mental puede representarse como en la Figura 1



Esto significa que la experiencia de la propia fragilidad adquiere un sentido nuevo a la luz del punto de vista asimilado del terapeuta y que esta modificación de sentido se acompaña de una variación emocional.

2) Imaginemos ahora al mismo paciente y el mismo tipo de intervención por parte del terapeuta. Puede suceder que el punto de vista interpretativo se subordine al punto de vista problemático, o bien que sea éste el que venga a determinar el sentido de la intervención terapéutica. En este caso el significado que el paciente asimila de la interpretación viene determinado por el precedente punto de vista problemático. La situación puede representarse como en el Figura 2.

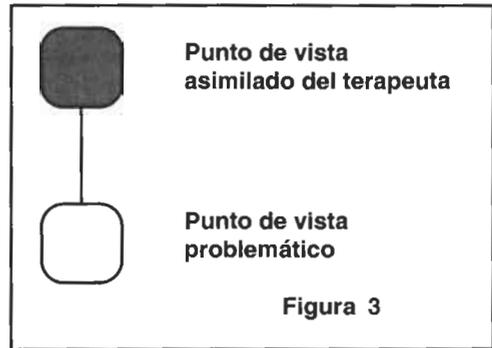


Es como si el paciente se dijera a sí mismo: “esta es la razón por la que soy tan frágil, es precisamente por estos hechos, por lo tanto es evidente que puedo perder de un momento al otro el control sobre mí mismo. La emoción que predomina es la ansiedad que más bien aumentará en intensidad. No habrá ningún avance en el contexto mental, sino más bien una confirmación del precedente. La emoción del paciente tendrá las mismas características que la expresada por el punto de vista problemático, pero aumentada en intensidad. En el caso del paciente fóbico, la

misma intervención del terapeuta puede tener un efecto paradójico en cuanto que la relación terapéutica puede confirmar y reforzar la percepción de fragilidad del paciente.

Para aclarar un poco más imaginemos otro paciente que tema ser humillado por el terapeuta y exprese en las sesiones conductas competitivas y sentimientos de rabia hacia él. El terapeuta interviene intentando unir esta emoción de rabia con su temor, a lo mejor expresado en situaciones diferentes, de ser humillado. Si el punto de vista interpretativo supraordena al problemático se tendrá un cambio en el contexto mental, de un contexto autorreflexivo con respecto a la modalidad propia de percibir de percibir la relaciones interpersonales. También, la misma intervención interpretativa puede leerse como un intento del terapeuta de humillarlo con sus interpretaciones y servirá a reforzar en el paciente el sentimiento de rabia y humillación.

3) Por último, la tercera posibilidad, el punto de vista interpretativo puede supraordenar al punto de vista problemático, pero de forma patógena. Desde una perspectiva estructural la situación es análoga a la primera de las posibilidades consideradas (Figura 3), pero los efectos son diferentes. Cuando esto sucede se obtiene un cambio en el contexto mental y, por lo tanto, una modificación de la cualidad de la emoción expresada, pero en el sentido de desorientación ansiosa.



Por ejemplo, el terapeuta hace notar al paciente su forma idiosincrásica de construir las relaciones interpersonales, según la cual los otros estarían siempre valorándole como infantil y inadecuado a las circunstancias. El paciente reconoce que, en efecto, a menudo la conducta de los demás no se ajusta siempre a este esquema, pero en vez de sentirse mejor y desarrollar una actitud crítica hacia esta interpretación case en la reacción ansiosa de dudar de su percepción: “Entonces, ¿cómo sé cuando distorsiono o no la realidad?”

Como en los ejemplos descritos al principio de este artículo el paciente acepta el punto de vista del terapeuta, llegando incluso a construirlo; pero esta asimilación, lejos de traducirse en un aumento de sentido crítico, contribuye a invalidar los propios juicios. Esta fenomenología puede presentarse de forma transitoria en la terapia, pero si tiende a persistir se convierte en un índice de patología potencial de una determinada línea interpretativa y debe conducir al terapeuta a aclarar o precisar mejor su punto de vista.

De hecho, mientras los ejemplos descritos se refieren a aspectos observados en experiencias de terapias precedentes a nuestra observación clínica, no se puede

olvidar que potencialmente cada proceso terapéutico representa la posibilidad de manifestar una fenomenología yatrógena. El terapeuta deberá cambiar, por tanto, la dirección de las propias interpretaciones para poder intervenir de forma “curativa”.

## **CONSIDERACIONES FINALES**

De acuerdo con nuestras observaciones existe una patología peculiar, inducida por la psicoterapia, cuyos rasgos dominantes son el estado emotivo de desorientación ansiosa y la desconfianza crónica en la propia capacidad de valoración y de juicio. Esta patología parece ir unida a las intervenciones del terapeuta asimiladas por el paciente que implican un mecanismo o tendencia a distorsionar sistemáticamente la propia visión de sí mismo y del mundo. Por tanto, dado que casi todas las psicoterapias requieren un proceso de cambio o revisión de la propia imagen de sí mismo y de las propias relaciones, el riesgo yatrógeno es inherente a cualquier proceso terapéutico. Por otra parte, dado que las intervenciones del terapeuta pueden generar una patología nueva dolo si el paciente las asume como verdaderas y válidas, entonces el riesgo yatrógeno presupone sentimientos de estima y de confianza hacia el terapeuta. En otras palabras, es en las premisas de una buena terapia donde anida la patología potencial.

Hemos editado intencionadamente cualquier referencia a la escuela de procedencia de los terapeutas que habían contribuido a causar los desórdenes expuestos, aunque la necesidad de claridad en la exposición de los ejemplos puede facilitado su identificación. Sin embargo nuestra intención es exclusivamente la de resaltar que la potencialidad yatrógena no es patrimonio exclusivo de determinadas escuelas terapéuticas en particular. Todos podemos producir efectos perniciosos en nuestros pacientes, aun cuando actuemos con ciencia y conocimientos nuestros instrumentos.

Una última consideración metodológica sobre cómo enfocar el problema expuesto en este artículo, sería sin duda, el deseo de que los estudios sobre eficacia de la psicoterapia considerasen la posibilidad de determinar la incidencia cuantitativa de la patología en la psicoterapia. Sin embargo, en esta fase nos parece fundamental subrayar la importancia del conocimiento de la tipología de los trastornos. Es necesario, entre otras palabras, clasificar los distintos tipos de síndromes que presumiblemente son “éxitos” de tratamientos psicoterapéuticos desafortunados. En este sentido es importante descubrir algunos indicios de efectos patógenos en cuanto constituyen los elementos necesarios para identificar el cambio en el proceso terapéutico patológico. Correremos el riesgo, por otra parte, de exponer sin el conocimiento suficiente de lo ocurrido. Por esto sería necesario que en las revistas especializada se incrementaran las indicaciones y análisis de este fenómeno, aunque fuera en estudios de caso único. Es necesario recordar que el primer paso para resolver un problema es plantearse.

Podemos considerar la psicoterapia como un proceso capaz de cambiar las estructuras de significado de una persona tanto para mejorar como para empeorar. Este artículo se propone superar la dimensión anecdótica de los errores en la terapia y afrontar los efectos patógenos a partir de observaciones clínicas intentando dar respuesta a tres tipos de cuestiones relativas a:

a) determinar la fenomenología clínica de la psicopatología inducida por la psicoterapia;

b) analizar dentro de qué mecanismos y dinámicas de relación entre terapeuta y paciente pueden originarse;

c) detectar los indicios precoces de cambio patógeno que puedan servir al terapeuta para modificar sus intervenciones.

Traducción: Edelia Villarroya Soler

## Referencias bibliográficas

- BERGIN, A. E. (1967). Some implications of psychotherapy research for the therapeutic practice. *International Journal Psychiatry*, 3, 136-149.
- CASONATO, M. (1991). *Psicoterapia Dinamica*. Bergamo: Moretti e Vitali.
- KELLY G.A. (1955). *The psychology of personal constructs*. New York: Norton.
- MANCINI F., SEMERARI A. (1985). Lo sviluppo strutturale. In Mancini & Semerari, *La psicologia dei costrutti personali: saggi sulla teoria di G. A. Kelly*. Milano: Franco Angeli.
- Mancini F., Semerari A. (a cura di) (1990) *Teorie cognitive dei disturbi emotivi*. Roma: La Nuova Italia Scientifica.
- OATLEY K., JOHNSON-LAIRD P.N. (1987). *Towards a cognitive theory of emotions in Cognition and Emotion*, 1, pp.29-50,
- PACE T.M. (1988). Schema Theory: a framework for research and practice in psychotherapy, *Journal of Cognitive psychotherapy: Ann. Int. Quart.*, 2, 3, pp. 147-63,
- PIAGET J. (1975) *L'équilibration des structures cognitives. Problème centrale du développement*, 1, Paris: PUF.
- ROGERS, C. R. et alii (1966). *The therapeutic relationship and its impact: a study of psychotherapy with schizophrenics*. Madison: Wisconsin University Press.
- SCHRINDERBERG, M. (1970). Psychotherapy with failures of psychoanalysis. *British Journal of Psychiatry*, 116.
- SEMERARI A. (1991). *I processi cognitivi nella relazione terapeutica*. Roma: La Nuova Italia Scientifica.

