

La psicoterapia en el proceso de recuperación de personas con enfermedad mental grave

Psychotherapy in the process of recovery of persons with severe mental disorders

RICARDO GUINEA ROCA¹

Hospital de Día Madrid, Madrid, España

Correspondencia: guinea@rguinea.info

Recibido: 01/10/2016; aceptado con modificaciones: 01/04/2017

Resumen: La psicoterapia ha recibido relativamente poca atención en el plan general de tratamiento de la psicosis. Sin embargo, existe una sólida tradición científica que ha descrito sus posibilidades y ha establecido un repertorio de reglas técnicas para su empleo. Al igual que en otros campos clínicos, existen diversas perspectivas teóricas y técnicas para la psicoterapia en la psicosis. Mas allá de las divergencias, existe un buen número de factores comunes desde una perspectiva integradora (alianza terapéutica, actitud psicoterapéutica, escucha empática, manejo de síntomas, etc.) que permiten considerarla como un recurso técnico justificado como parte del tratamiento de las personas con síntomas psicóticos, y como un factor que puede contribuir eficazmente a su recuperación.

Palabras clave: psicoterapia, psicosis, subjetividad, recuperación, perspectiva integradora.

Abstract: Psychotherapy has received relatively little attention in the overall treatment plan of psychosis. However, there is a strong scientific tradition that has described its possibilities

¹ Ricardo Guinea Roca es presidente de la Asociación Mundial de Rehabilitación Psicosocial (WAPR, www.wapr.org).

and has established a repertoire of technical rules for its use. As in other clinical fields, there are different theoretical and technical perspectives for psychotherapy in psychosis. Beyond divergences, there is a number of common factors from an integrative perspective (therapeutic alliance, psychotherapeutic attitude, empathic listening, symptomatic management, etc.) that allow to consider it as a justified technical resource for the treatment of people with psychotic symptoms, and a factor that may effectively contribute to their recovery.

Key words: psychotherapy, psychosis, subjectivity, recovery, integrative perspective.

INTRODUCCIÓN

EN PALABRAS DE WILMA BOEVINK (1), experta *por experiencia* en recuperación, “la psiquiatría no está acostumbrada a ver a sus pacientes como lo que realmente son: personas con un pasado, un presente y una esperanza para el futuro. La psiquiatría, en sus versiones tradicionales y en las más actualizadas, aspira a ser una ciencia médica: quiere tratar la patología del individuo. No está realmente preocupada por los contextos en los que se desarrollan los problemas de salud mental. En consecuencia, al entrar en una institución psiquiátrica nuestro estatus se reduce al de portadores de una enfermedad mental, o somos considerados como si fuéramos la enfermedad misma. Para poder clasificar el trastorno, nuestro comportamiento y nuestras historias son analizados en tanto que síntomas. Solamente lo que se considera significativo para el examen diagnóstico es visto u oído” (1).

Este tipo de testimonios lo escuchamos con frecuencia los psicoterapeutas que trabajamos con personas con síntomas psicóticos. Describe la sensación del paciente cuando no se toman en consideración los aspectos subjetivos de su experiencia, incluyendo tanto los relacionados como los no relacionados con la experiencia psicótica. Ciertamente ello no describe la totalidad de las prácticas. Numerosos clínicos, desde postulados diversos, ha trabajado en una perspectiva de atención mas humanista que la descrita por Boevink en su caracterización de *cierta psiquiatría*. Harry S. Sullivan (2), pionero del uso sistemático de la aproximación psicoterapéutica en la esquizofrenia desde sus trabajo en Sheppard Pratt Hospital a partir de 1922, escribía en similares términos que el problema de *cierta psiquiatría* es su fracaso a la hora de ver mas allá de los síntomas para ver la persona en su totalidad.

En un sentido general, el tratamiento de las personas con problemas psicóticos ha dado prioridad a las intervenciones médicas, es decir, predominantemente farmacológicas. A pesar de que existe una rica y variada tradición de intervenciones psicoterapéuticas en Europa y en Estados Unidos, la psicoterapia no se ha incorporado en la cultura profesional como un componente regular del tratamiento de la psicosis.

En España, el Ministerio de Sanidad (3) la recomienda de manera general (junto con las intervenciones familiares psicoeducativas y la rehabilitación), considera que “se está haciendo un esfuerzo para aumentar el porcentaje de pacientes que la reciban, y recomienda hacer un mayor esfuerzo de formación”. Sin embargo, no existe una tradición consolidada en que la psicoterapia forme parte del paquete estándar de tratamiento de la psicosis. Nos referimos aquí a una psicoterapia que se ocupe de los problemas que aparecen en los ámbitos subjetivos de la enfermedad mental, y considere la atención a la persona en su totalidad –y no a síntomas delimitados– como la tarea del tratamiento en el sentido que Boevink parece demandar.

Ello se debe probablemente a varios factores. En los servicios públicos de muchos países, la necesidad de primar la accesibilidad a la atención en un contexto de limitación de recursos prioriza los componentes más urgentes –como la atención en crisis– o más factibles de aplicar ambulatoriamente –como los farmacológicos–, en detrimento de los psicoterapéuticos, que requieren más tiempo. El sector farmacéutico, con su gran capacidad de influencia sobre los clínicos y la población general, ha sesgado las intervenciones en este mismo sentido. Y, por último, también existe un cierto prejuicio pesimista de que la psicoterapia no estaría indicada en los pacientes psicóticos, prejuicio que podemos rastrear desde Freud mismo (4), que pensaba que los pacientes psicóticos no eran susceptibles de su método al no ser susceptibles de transferencia.

INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS EN REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL

En la atención desde la perspectiva de la psiquiatría comunitaria y la rehabilitación psicosocial (5), las circunstancias están cambiando. Con su cambio de enfoque desde la institución a la comunidad y la adopción de una estrategia multidisciplinar con inclusión de otros roles profesionales (psicólogos, trabajadores sociales, educadores sociales, preparadores laborales), las posibilidades de atención a las personas con síntomas psicóticos se han enriquecido considerablemente.

En nuestro país, de manera similar a otros, se están desarrollando redes específicas de servicios de rehabilitación psicosocial en diversas formas de coordinación con los servicios de salud mental. En estos servicios se proporcionan intervenciones psicológicas diseñadas y validadas para los pacientes psicóticos. Suelen estar fundamentadas en variantes del modelo cognitivo-conductual, con adaptaciones específicas para la esquizofrenia de Scott, Kingdom, Turkington, Chadwick y Lowe y otros (para una revisión, ver Smith (6)). Se orientan a aspectos específicos de los problemas de las personas con síntomas psicóticos, como, por ejemplo, el manejo de las alucinaciones o la psicoeducación familiar. Suelen operar en formatos directivos, protocolizados, de duración limitada. Su aplicación está orientada a resolver situa-

ciones concretas. Han demostrado su eficacia en aspectos concretos –enfrentamiento de síntomas, habilidades sociales y de la vida diaria, incorporación al mercado laboral, etc.– que mejoran la vida de los pacientes psicóticos y les ayudan a afrontar sus diferentes grados de discapacidad. En su diseño teórico pueden ser consideradas como formas de psicoterapia orientada a focos concretos de la vida de las personas. Aunque en la práctica, como se planteara al considerar las perspectivas integradoras, un terapeuta real seguramente tenderá a una planteamiento mas amplio.

LA PSICOTERAPIA EN LA PERSPECTIVA DE LA RECUPERACIÓN

En las últimas dos o tres décadas ha ido emergiendo una perspectiva conocida como la “perspectiva de la recuperación” que viene a proponer un desarrollo y profundización del marco clásico de la rehabilitación psicosocial.

En esta perspectiva se concede gran importancia a los aspectos subjetivos de las personas con síntomas psicóticos. Entendemos aquí por subjetividad la puesta en valor de las percepciones, argumentos y valores basados en el punto de vista del sujeto, influidos por tanto por los intereses, la historia y los deseos particulares del mismo. Este punto de vista es destacado actualmente por los estudios sobre la forma en que se “recuperan” las personas con síntomas psicóticos, que muestran que la forma en que cada persona afronta los síntomas y discapacidades de la psicosis es altamente individual y todo el proceso se describe en términos eminentemente cualitativos (7).

Esta perspectiva de recuperación representa una orientación cuyo significado preciso se ha ido estableciendo y diseminando progresivamente desde las primeras formulaciones de Anthony y Farkas (8, 9). Anthony, en una de las definiciones más citadas, define la recuperación como “un proceso profundamente personal y único de cambio de las propias actitudes, valores, sentimientos, objetivos, habilidades y roles. Es una manera de vivir una vida satisfactoria y esperanzadora y útil incluso con las limitaciones causadas por la enfermedad. Conlleva el desarrollo de un nuevo significado y propósito para la propia vida, de manera que uno crece mas allá de los efectos catastróficos de la enfermedad mental” (9).

Este tipo de definición se ha elaborado a partir del análisis cualitativo de múltiples testimonios de usuarios “recuperados”. En los procesos de recuperación, el papel de *un otro que escucha y apoya* ha sido también destacado por los testimonios de los usuarios recuperados. “Todos los testimonios subrayan el papel esencial (en la recuperación) desempeñado por la presencia de personas (familiares, trabajadores, otros pacientes) que no se rinden, que mantienen expectativas positivas a pesar de todo” (Wilma Boevink, 1). La idea de que un psicoterapeuta pueda efectivamente operar como *esa persona que apoya y no se rinde* entronca con una perspectiva de abordaje psicoterapéutico más amplio. Por ejemplo, en los términos propuestos por

Lysaker y colaboradores, que por su precisión y pertinencia reproducimos literalmente: “Los estudios que muestran que un porcentaje significativo de pacientes con diagnósticos del espectro de la esquizofrenia son capaces de recobrar un sentido más rico de sí mismos sugieren que es un buen momento para reconsiderar el papel de la psicoterapia como una opción de tratamiento potencialmente útil. Hagamos notar que no nos referimos al interés por resucitar una forma de psicoterapia que busca las raíces de la esquizofrenia como conflicto psíquico, o a un modelo que orienta a las personas a resignarse a una gama muy limitada de posibilidades en la vida. En lugar de eso, nos preguntamos si una psicoterapia que ayuda a las personas en su recuperación para cultivar una auto-experiencia más rica y positiva a través de dimensiones estrechamente relacionadas con los principios de la recuperación –tal y como son adoptados por la Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de Substancias (SAMHSA): rechazo del estigma, desarrollo de un sentido personal de agencia, responsabilidad, esperanza, empoderamiento y perspectiva de crecimiento personal– podrían contribuir a una vida personal más profunda y satisfactoria” (10). Lysaker plantea pues un concepto de psicoterapia más amplio que el de las intervenciones psicológicas con focos limitados mencionadas anteriormente, y que son habituales en los programas de rehabilitación psicosocial. Y nos parece que esta perspectiva está en amplia sintonía con planteamientos psicoterapéuticos de la psicosis de arraigada tradición en la perspectiva psicodinámica.

Terapeutas inspirados en modelos psicoanalíticos han trabajado desde hace más de 80 años en la adaptación de los principios psicodinámicos para la terapia de pacientes psicóticos. La senda pionera abierta por Freud en la exploración de la psicosis fue continuada en la primera mitad del siglo XX en Europa por otros autores/as con indudable arraigo clínico como Carl G. Jung, Karl Jaspers, Eugen Bleuler, Ludwig Biswanger, Sabina Spielrein o Karl Abraham, y en América por autores relativamente independientes como Harry S. Sullivan, Clara Thomson, o Frieda Fromm-Reichman (para una revisión extensa, ver Alanen y colaboradores (11)). A diferencia de la visión relativamente pesimista de Freud con respecto a las posibilidades de su método psicoterapéutico, muchos de sus continuadores, en formatos simples o en combinación con medidas de tipo institucional, trabajaron en esa línea y comenzaron a presentar casos tratados con éxito.

La consideración y la valoración de estas iniciativas en el mundo académico han sido tan variadas en la terapia para la psicosis como en la de la neurosis. Su prestigio ha ido de la mano de los diversos momentos que ha atravesado el estudio “científico” de la psicoterapia, con sus partidarios y detractores, en una apasionada discusión que ha durado más de 50 años y aún continúa. No es ajena a la naturaleza y la dificultad de esta discusión el hecho de que las diversas concepciones de psicoterapia han partido de presupuestos filosóficos diferentes y, en buena medida,

independientes entre sí, hasta un punto que las hace difícilmente comparables en cuanto a cómo operan, cómo se aplican y cómo se pueden evaluar. De hecho, Kuhn (12) consideraba que difícilmente podrían considerárselas como parte de un mismo paradigma, ya que no compartían ni el objeto ni los mismos métodos de estudio.

MODELOS INTEGRATIVOS DE PSICOTERAPIA EN LA PSICOSIS

Las perspectivas integradoras en psicoterapia han tratado de superar estas disensiones y de aportar un terreno común que haga posible alguna forma de comparación entre perspectivas que pueda orientar las decisiones de los clínicos y de los responsables de la organización de los servicios (para una revisión reciente, ver Fernández Liria (13)). Concretamente, y con respecto de la psicoterapia en esquizofrenia, Lysaker participa de esta idea cuando escribe que “otros que han aplicado exitosamente tratamientos cognitivo-conductuales centrados en los síntomas en la esquizofrenia han señalado también los beneficios de avanzar desde estos a los tratamientos centrados en la persona, que se ocupan del desarrollo subjetivo de la percepción de la propia identidad” (10).

En términos generales, convenimos con Alanen (14) en que muchos psicoterapeutas que operan el campo de la psicosis hacen un uso pragmático de las técnicas y usan formatos de intervención integradores. La considerable diversidad teórica de modelos hace que la adherencia estricta a uno de ellos resulte más bien artificial fuera de los ámbitos académicos o de investigación. Como escribe Alanen (14), “un terapeuta real puede interesarse a la vez por las necesidades de los pacientes de explicaciones alternativas a un fenómeno psicótico y por construir con el paciente una hipótesis narrativa comprensible sobre su psicogénesis, pero también por estrategias prácticas para modificar una conducta disfuncional y por el hipotético significado de su persistencia”.

De hecho, algunos formatos de intervención propuestos recientemente integran expresamente herramientas procedentes de modelos filosóficos aparentemente divergentes: ingredientes de la línea de las intervenciones de orientación cognitiva (activos y directivos) que, en la línea de la terapia psicodinámica, prestan cuidadosa atención a la relación terapéutica. Un ejemplo podría ser el *Person Based Cognitive Therapy for Distressing Psychosis* de Chadwick (15), que incorpora herramientas de diferentes modelos (meditación introspectiva, autoaceptación y trabajo reconstructivo del autoconcepto) y otorga una gran importancia a una relación terapéutica de inspiración humanístico-rogeriana.

Por otro lado, es bien sabido que, dentro de la situación de multiplicidad de modelos y referentes teóricos que caracteriza la psicoterapia desde hace muchos años, hay autores (16-18) que han puesto el énfasis en los *factores comunes* entre ellas.

Los análisis de los factores comunes han distinguido variables relacionadas con el terapeuta (empatía, habilidad técnica, calidez, compromiso, directividad, convicción), variables del paciente (compromiso, motivación, confianza, idealización) y factores del vínculo (contacto, apego, grado de acuerdo, transferencia y fidelidad al contrato). Para Asay y Lambert (19), las diferencias específicas de cada modelo sólo explican el 15% del cambio obtenido en las diferentes técnicas, frente al 85% que se explica por los factores comunes. La idea de los factores comunes es interesante en situaciones de la vida real con respecto de la terapia en la psicosis, ya que varios de esos factores comunes propuestos (como empatía, calidez, autenticidad, esperanza, alianza terapéutica), están en amplia sintonía con las características descritas por Farkas (8) para una intervención en la psicosis orientada a la recuperación: orientación a la persona (no al paciente), involucrar a la persona (alianza terapéutica), esperanza, y autodeterminación.

La evaluación de la eficacia de los diversos modelos teóricos es de importancia porque la evaluación de las prácticas lo es, especialmente cuando los recursos del sector público están comprometidos. El problema es que el consenso sobre cómo debería ser esa evaluación es relativamente bajo. Para algunos, una psicoterapia se evalúa de manera similar a un medicamento (cohorte cerrada de pacientes, distribución aleatoria en grupo con tratamiento o grupo control, medición de la fidelidad al modelo, etc.). Se admite que los estudios de evaluación así conducidos muestran resultados favorables a la terapia cognitivo-conductual (15); resultados significativos y sostenidos en el tiempo en la reducción de la cantidad y gravedad de síntomas psicóticos, aunque sin un claro impacto en el curso clínico (recaídas, rehospitalizaciones, funcionamiento social). Pero también se aduce (15) que ese modo de evaluación es artificial e irreal y no refleja adecuadamente la realidad, especialmente en lo que se refiere a los modelos psicodinámicos en los que el cambio se espera por la progresiva incorporación a la personalidad del paciente de nuevos patrones de relación interpersonal.

LA PRÁCTICA DE LA PSICOTERAPIA EN LA PSICOSIS

Asumiendo, por lo antedicho, que puede existir interés en trabajar en modelos de psicoterapia de vocación integradora que puedan inspirar modelos pragmáticos de psicoterapia centrada en la persona de acuerdo con el modelo de recuperación de la psicosis, ofrecemos a continuación algunas ideas inspiradas por nuestra propia experiencia y documentadas en la literatura en la medida de lo posible.

La actitud psicoterapéutica

Convenimos con Alanen (15) en que hay algo en común que debería presidir todas las intervenciones profesionales más allá de sus diferencias de función y de for-

mación: es lo que llamaríamos una actitud psicoterapéutica, que se describe como “una actitud abierta, sincera y respetuosa hacia el paciente” como pre-requisito esencial de cualquier contacto, con el fin de construir una adecuada alianza de trabajo y no dañar la ya de por sí débil autoestima del paciente. Nos parece que Colina (20) alude también a esa actitud personal como una característica deseable del *trato* con la persona, describiéndola como una *maestría personal*, que afecta a la habilidad técnica y a la integración de sus decisiones y que apuesta por la autonomía y la libertad del paciente. Esa actitud psicoterapéutica no implica la realización concreta de ninguna de actividad psicoterapéutica, sino que describe más bien un determinado estilo de trato con la persona que afecta a cada una de las intervenciones.

Planteado a la inversa, la ausencia de esa característica en la relación con el paciente puede ser lesiva para una alianza terapéutica útil para la persona. Clásicamente Goffman (21), o en la actualidad Meares y Hobson (citados en Marro-ne (22)), han descrito como intervenciones *intencionalmente* terapéuticas pueden operar de manera iatrogénica mediante, por ejemplo, el uso de interpretaciones intrusivas, la invalidación de la experiencia del paciente o la pretensión de una falsa neutralidad.

Establecer una comunicación auténtica con el paciente

La pérdida de realidad en la psicosis se puede describir en términos de ruptura de la validación consensual de la realidad del sujeto con su entorno. Por eso, el primer objetivo de cualquier intervención psicoterapéutica en la psicosis es abrir un canal de comunicación con el paciente que sea lo más colaborativo y limpio posible de interferencias psicóticas. Con esto pretendemos sugerir que es deseable, y en buena medida posible, establecer un tipo de comunicación con las personas con síntomas psicóticos basada en una clara y auténtica alianza terapéutica y en la validación consensual de los temas que deben ser abordados en la relación terapéutica.

Levenson (23) recomienda considerar la intervención psicoterapéutica como una interacción con el paciente que ayude a modular su ansiedad interpersonal, proteja su autoestima y le facilite considerar posibles escenarios de cambio. Esa interacción debe reunir algunas condiciones mínimas: se debe producir en ausencia de coacción, debe ser clara y auténtica –sin agendas o pactos ocultos con terceros–, respetuosa, sensible y empática. Un buen punto de partida consiste en que el profesional logre que el paciente se sienta escuchado, o sienta que el técnico se interesa por él *de manera personal*.

Comunicarse de manera útil –o como diría Carl Rogers, “auténtica” (24)– con los pacientes, y más aún con pacientes psicóticos, es un arte difícil que normalmente requiere aprendizaje, experiencia y supervisión. Sugerimos que trabajar y comunicar-

se de esa manera no es algo sencillo ni obvio. Requiere un tiempo de aprendizaje que puede ser variable en función de la personalidad y los valores del terapeuta. Y que es exigente para los profesionales, que necesitan ser conscientes de ello y estar preparados para soportar situaciones complejas y/o evocadoras de ansiedad personal (25).

Las dificultades de comunicación del paciente son a veces interpretadas contra-transferencialmente como formas de *rechazo* al vínculo social (la famosa incapacidad para la transferencia freudiana), pero autores con probada experiencia en el terreno, como Sullivan (26), Fromm-Reichman (27) o Alanen (14), la han considerado más bien como el resultado de la extrema sensibilidad de los pacientes al vínculo social y a su propensión a medidas evitativas para eludir la extrema ansiedad que éste les provoca.

El terapeuta en la psicosis

“No necesitamos una relación terapéutica, sino más bien una relación de colaboración. Es vital que haya una comprensión compartida de lo que está ocurriendo. Y compartida no significa que los pacientes deban compartir el punto de vista de los profesionales, haciéndose finalmente adherentes al tratamiento y asumiendo la llamada conciencia de enfermedad” (Wilma Boevink, 1).

La relación terapéutica con personas con síntomas psicóticos no es sencilla, y es exigente si lo que se intenta es establecer una auténtica relación de colaboración, en los términos propuestos por Boevink, con cierto grado de *comprensión* de lo que sucede; la comunicación es mucho más compleja que con personas sanas porque necesita construirse a través de toda clase de dificultades. Se ha propuesto que algunas características de la personalidad de los profesionales pueden facilitar la tarea. El perfil recomendable del profesional en la psicosis es descrito por Silver (28) como “tolerante, amable, confundido y testarudo, que está allí para ayudar, y que no se rinde”. Debe estar preparado para soportar situaciones de emergencia y altibajos, necesita ser flexible en su encuadre y ha de ser capaz de trabajar en equipo, de tratar de manera constructiva con los familiares, y de desarrollar un genuino y tenaz interés en ayudar.

En la terapia psicodinámica con personas psicóticas, el terapeuta necesita estar formado para comprender, hasta donde sea posible, los fenómenos psicóticos y sus mecanismos de formación e integración en la personalidad del paciente. Los modelos psicodinámicos proponen interesantes modelos para ello (véanse, a modo de ejemplo, Sullivan (26) o Barton Evans III (29)). Asimismo, el terapeuta necesita reconocer y tratar de superar las dificultades en la comunicación con el paciente, para escuchar y establecer una relación empática con la persona, para no juzgar, y para no enmarcar la entrevista en expectativas ajenas a las de el paciente (24). Debe estar prevenido para las situaciones en las que la comunicación pueda verse distorsio-

nada por la mezcla de factores motivacionales que operen de manera contextual en el paciente: expectativas irreales, grado de voluntariedad a participar en la entrevista, el deseo de mejorar, fantasías, distorsiones basadas en experiencias pasadas. Debe estar formado para percibir las actitudes contra-transferenciales propias (ansiedad o miedo, posibles sesgos de la actitud implícita hacia el paciente –autoritaria, auto-complaciente, ansiosa, temerosa, indiferente–), el grado y autenticidad del interés por el paciente y el grado de tolerancia a las distorsiones cognitivas del paciente, etc. También debe poder percibir y sopesar la influencia de los factores contextuales (prioridades institucionales que el profesional debe atender, factores que afectan a la cohesión en los equipos y que inciden a la hora de tomar decisiones colectivas, discursos institucionales imperantes en la institución, etc.). Muy frecuentemente, el terapeuta que trabaja con personas con síntomas psicóticos necesita ser creativo y usar su habilidad para desarrollar un modo de relación con el paciente apto para encuadres muy poco codificados (un despacho, el domicilio, por teléfono, en un pasillo de una institución, en la calle, etc.).

Contextos de aplicación de la psicoterapia en la psicosis: posibles encuadres

Las intervenciones psicoterapéuticas en la psicosis son frecuentemente usadas como componente de tratamientos institucionales en un hospital, hospital de día o comunidad terapéutica (tal como hicieron Sullivan o Fromm-Reichman). Pero también es posible usarlas de manera ambulatoria si las condiciones de la persona lo permiten y no es necesario el apoyo de una intervención institucional.

En nuestro país, la creación de servicios específicos de rehabilitación psicosocial ha contribuido a crear nuevos espacios de contacto con los usuarios: espacios residenciales, formativos, laborales o de apoyo en la vida cotidiana, en los que el usuario está en contacto estrecho y a veces cotidiano con los profesionales. En ellos están apareciendo nuevas demandas de los pacientes y, a la vez, nuevas oportunidades de intervención. Pensamos que con el tiempo se propondrán y formalizarán conceptualizaciones teóricas inspiradas en modelos psicoterapéuticos útiles para este tipo de nuevos encuadres (como, por ejemplo, en las intervenciones de los Equipos de Atención Social Comunitaria).

Considerando los aspectos técnicos de la psicoterapia, es necesario organizar el encuadre, es decir, las reglas de los encuentros entre el terapeuta y el paciente. Este puede resultar muy variable. Existen pacientes con síntomas psicóticos altamente funcionales que pueden demandar terapia por su propio nombre en los servicios públicos –y recibirla si la cartera de servicios lo permite– o incluso costearse su terapia de manera privada. En esa situación, la terapia se puede organizar de manera ambulatoria; la frecuencia de sesiones es acordada entre el paciente y el terapeuta en

función de las circunstancias (necesidades clínicas, agenda, honorarios, disponibilidad, etc.). A los pacientes menos funcionales y más dependientes, terceras personas (padres, pareja, etc.) pueden facilitarles el acceso a la terapia. En tales situaciones es importante que estén claras en el encuadre las reglas de la relación con la tercera persona –confidencialidad, etc.– para evitar futuros malentendidos. Si la terapia forma parte de un programa integrado de atención en un hospital, hospital de día, centro de rehabilitación, etc., dependiendo de la capacidad de la institución los pacientes pueden recibir varias sesiones semanales de terapia como parte de su tratamiento.

Es importante que el encuadre sea previsible para el paciente. Los pacientes, incluso los que tienen más dificultades para la comunicación, perciben e interpretan *transferencialmente* las variaciones del encuadre –como retrasos o cancelaciones atribuibles al terapeuta– aunque no lo comuniquen.

Ideas para una estrategia general de la psicoterapia en la psicosis

“Una parte importante de mi recorrido de recuperación ha sido la de los intentos de entender lo que sucedía en mi vida. Durante mucho tiempo no quería saber y aceptaba el rol de paciente. El vuelco decisivo ocurrió cuando tuve el valor de mirar atrás. Hasta entonces había una única versión oficial de la historia de mi vida” (Wilma Boevink, (1)).

En la psicosis, los partidarios de modelos integrativos (11) consideran que, dependiendo de la situación y de la actitud del paciente, pueden estar indicados dos modos de aproximación. Los pacientes bien conservados, motivados, y con cierta capacidad para la introspección serían teóricos candidatos para variantes de terapia de orientación psicodinámica con la aspiración de restablecer su personalidad premórbida de la manera más completa posible. En contraste, los pacientes más deteriorados, menos motivados o menos capaces para la introspección teóricamente se beneficiarían mejor de terapias más estructuradas y directivas, de tipo cognitivo-conductual. En su modelo psicoterapéutico de intervención para pacientes muy deteriorados, Fuller (30) propone una estrategia con tres etapas diferenciadas. Inicialmente, sería necesario *restaurar las condiciones de la supervivencia psíquica*, crear un entorno seguro y predecible, apoyando la identidad, definiendo objetivos compartidos con el terapeuta, apoyando experiencias de normalización (incluyendo actividades de grupo o encuentros con otras personas afectadas), apoyando la identificación cognitiva de sentimientos y experiencias, creando un canal colaborativo de comunicación con la familia o buscando estrategias farmacológicas consensuadas. En un segundo momento, la persona podría estar preparada para *comenzar a considerar el futuro*, incluirse en actividades vocacionales o de participación social, considerar cambios en su conducta, o incrementar la conciencia de sí mismo y sus circunstancias. En una

tercera fase, se podría considerar el incremento de la conciencia de sus circunstancias biográficas como medio de *integrar sus experiencias*, mejorar el contacto emocional con los demás e incrementar la participación y la independencia.

Para McGlashan, (citado en Blechner (25)) las personas afrontan los fenómenos psicóticos con dos tipos de estrategias. En la estrategia que denomina *de integración*, el paciente experimenta continuidad en su personalidad respecto de la situación premórbida, y en la terapia podrá usar las experiencias psicóticas como fuente de información sobre sí mismo, tratando de restablecer la continuidad en su vida. Otros pacientes que experimentan los fenómenos psicóticos como una ruptura de la continuidad de su vida psíquica tienden a una estrategia que McGlashan denomina *de sellado*. Estos pacientes tienden a percibir sus experiencias como puramente parásitas y producto de una enfermedad, y tienden a buscar estrategias para desconectarse de ellas o suprimirlas. La estrategia psicoterapéutica deberá adaptarse a estos dos tipos de actitud: en la estrategia de integración, el terapeuta trata de ayudar al paciente a conectar sus experiencias como percepciones disociadas de su biografía. En la estrategia de sellado, el terapeuta tenderá a prestar atención preferentemente a las medidas de apoyo, y ayudará al paciente a encontrar estrategias de control del estrés.

Objetivos posibles de la psicoterapia en la psicosis

Dentro de la diversidad de prácticas terapéuticas para la psicosis descritas en la literatura, Harding y McCrory (31) identifican los siguientes objetivos comunes de las intervenciones psicoterapéuticas y de rehabilitación psiquiátrica:

a) Mejorar la comprensión de si mismo y de la vida

En las personas con síntomas psicóticos, como en las demás, las relaciones interpersonales tienen a producirse a través de patrones relacionales relativamente estables que constituyen la personalidad. Esos patrones son automáticos e inconscientes, y a veces pueden ser disfuncionales. Pero es posible hacer explícitos esos patrones y modificarlos. Es un objetivo que se puede lograr examinando los patrones que se asocian a conductas problemáticas y trabajando sobre su posible función o significado (emancipador, agresivo, defensivo) en el contexto de la vida de la persona.

b) Reducir los síntomas

Se suele considerar que estar en recuperación es posible sólo en la medida en que el nivel de síntomas sea soportable (aunque no necesariamente que hayan desaparecido). La psicofarmacología tiene un papel indiscutible en este sentido. Pero

también la comprensión de los síntomas en relación con la propia biografía tiene el interés de restablecer la lógica y la continuidad en la vida psíquica de la persona. En la estrategia de integración el terapeuta puede ayudar al paciente a ubicar fenómenos alucinatorios con respecto a su experiencia vital. Usualmente se encontrará sin dificultad una relación entre los fenómenos psicóticos y acontecimientos abrumadores de la vida de la persona ante los que el paciente hubo de recurrir a mecanismos defensivos disfuncionales (por ejemplo, mecanismos disociativos). Investigadores como Read (32) han encontrado una sobrerrepresentación significativa de personas con pasado traumático (por maltrato, abusos, etc.) entre las personas diagnosticadas de cuadros psicóticos, lo que sugiere interesantes hipótesis para la psicogénesis de los síntomas.

Con respecto a las alucinaciones que no desaparecen con el tratamiento farmacológico, el objetivo de la terapia puede ser “*generar explicaciones menos angustiantes*” (33). El terapeuta debe ofrecerse como una presencia humana y empática que comparte con otra persona una experiencia socialmente inusual y potencialmente estigmatizante –en este caso– y que puede ser altamente estresante en la vida cotidiana por su mera presencia y también por el contenido (en el caso de que sean alucinaciones de contenido hostil, coercitivo o vejatorio). Cuando el paciente comparte sus alucinaciones, el terapeuta puede tratar de ayudar a la persona a ordenar su experiencia alucinatoria validándola como una experiencia altamente individual que la persona –pero sólo ella– experimenta, y sopesando con el paciente su posible significado, su impacto e implicaciones sobre la vida. Desde su experiencia personal como persona con síntomas psicóticos durante mucho años, Ron Coleman (34) considera que, en la relación con la persona que experimenta alucinaciones, el terapeuta no debe tratar de omitir o subestimar su importancia en la vida psíquica de la persona. Para Coleman lo esencial es apoyar a la persona para que sea ella y no la alucinación la que mantenga el control de la conducta.

De un modo similar, el terapeuta puede ayudar a la persona en la gestión de los fenómenos delirantes. Es recomendable que el terapeuta adopte una actitud sincera y honesta ante los delirios del paciente, expresando si es oportuno su incompreensión ante ellos, al tiempo que los acepta como una enigmática experiencia personal. En el modelo psicodinámico el delirio es considerado como una forma de la persona de tratar de reorganizar su vida psíquica y algún tipo de versión coherente de la realidad tras el caos incomprensible que suele estar presente en el curso de una crisis psicótica. En la terapia ha de tenerse en cuenta esa función reconstructiva del delirio. En la tarea de ayudar a la persona a reorganizar sus relaciones sociales, el terapeuta puede apoyarse en la alianza terapéutica para ayudarle a comprender y recordarle si es necesario que las demás personas no participan de esa visión delirante del mundo, y que ese es un problema que necesita tomar en consideración en su vida y sus relaciones.

c) Lograr mejores relaciones personales

Los síntomas psicóticos son sólo un aspecto de la personalidad del paciente. Una queja frecuente de los usuarios es que todo se ponga en relación con su enfermedad. Las personas con síntomas psicóticos afrontan las mismas experiencias, anhelos, alegrías y decepciones que cualquiera. En ese sentido, toda la gama de experiencias humanas puede formar parte virtualmente de la experiencia terapéutica. La amistad, sus avatares y decepciones, el amor romántico, el sexo y todo lo que ello conlleva, las expectativas y frustraciones profesionales, los problemas familiares, los problemas en el desempeño de los roles normales, etc. La persona con síntomas psicóticos afronta todas esas experiencias, pero usualmente en situación de gran desventaja debido a sus mayores o menores limitaciones funcionales.

d) Adquirir mejores estrategias en la vida

Las dificultades relacionadas con la cognición social suelen dificultar a los pacientes la interpretación de situaciones sociales y por consiguiente la toma de decisiones adecuadas. El terapeuta puede poner su propia experiencia de la vida al servicio del paciente para ayudarlo a pensar y tomar decisiones. Puede actuar como un *self* auxiliar que complemente y enriquezca las elaboraciones y reflexiones personales del paciente, que puede estar y sentirse subjetivamente empobrecido ante decisiones y vicisitudes de la vida, siempre que se entienda que es el paciente el que debe asumir hasta el límite de lo posible la responsabilidad de sus actos. Esta función es muy importante en la perspectiva actual de los procesos de toma asistida de decisiones (*supported decision making*) que emergen de la adopción de la Convención de la ONU de Derechos de Personas con Discapacidad (35) en el caso de pacientes que necesitan supervisión o medidas legales de protección.

e) Retomar el control de la vida en la enfermedad

Un prerrequisito de cualquier forma de relación terapéutica orientada a la recuperación de la persona es el mantenimiento de la persona en un contexto de empoderamiento (36), es decir, el mantenimiento de su estatuto de persona, el respeto a su dignidad, a su capacidad de decidir, y por supuesto, el respeto de sus derechos civiles y a su estatuto de ciudadano.

Las estrategias en pro del empoderamiento de la persona son fundamentalmente institucionales. Las posibilidades reales de empoderamiento dependerán de la eficacia de los mecanismos institucionales que puedan apoyar en caso necesario el acceso a un tratamiento adecuado, el respeto a la dignidad y los derechos humanos,

la existencia, calidad y agilidad de garantías en el caso de que sea necesaria la implementación de medidas de protección que limiten la capacidad de actuar de la persona en situaciones de emergencia, la existencia de sistemas de protección social que habiliten el acceso a los servicios básicos a las personas que lo necesiten (alojamiento, alimentación, acceso al trabajo y a la participación social).

La actitud del personal de asistencia de los equipos interdisciplinarios, la calidad humana en el trato, el respeto a la dignidad de la persona en todo momento, son elementos básicos de la actitud en pro del empoderamiento de la persona, que deberían garantizarse. En ese contexto, la persona tiene mejores oportunidades de reconstruir una identidad social más funcional, de recomponer su sensación de *agencia*, y de tomar la iniciativa en su proceso de recuperación personal.

f) Resolver el duelo por las oportunidades perdidas

Como cualquier persona expuesta a pérdidas, una persona con enfermedad mental, cuyas oportunidades de formación, carrera profesional, o desarrollo personal y social han podido ser interrumpidas por las crisis, afronta procesos de duelo. Habitualmente, necesita redefinir sus objetivos personales en función de su limitada capacidad funcional. Recuperación implica encontrar un nuevo sentido en la vida más allá de las consecuencias catastróficas de la enfermedad y la discapacidad y una de las claves que muestra la investigación cualitativa en la recuperación es la importancia de acceder e identificarse en roles socialmente valorados (8) Los sistemas de apoyo que favorecen el acceso al trabajo o a formas de participación son una gran ayuda práctica en ese sentido.

g) Reducir el miedo y fortalecerse

El miedo forma parte de la vida cotidiana de las personas con síntomas psicóticos; miedo ante la incertidumbre del futuro o ante lo incontrolable de la evolución. La relación con los dispositivos de tratamiento también puede estar teñida de miedo y fantasías atemorizantes, sobre todo si se ha experimentado coerción en el pasado. En la medida en que el terapeuta pueda ayudar al paciente a mejorar sus relaciones –de tratamiento, en la familia, en el trabajo– y a comprender mejor las situaciones sociales, el entorno se volverá más previsible y menos ansiógeno.

h) Promover el desarrollo personal

Esperar que la vida mejore es una parte importante del proceso. Es lo que en la investigación sobre los factores que promueven la recuperación se identifica como

esperanza (8). Recuperar el proyecto de vida, eventualmente redefinido en función de las circunstancias, y tener la esperanza de que el futuro puede traer experiencias y oportunidades deseables da sentido a los esfuerzos actuales y forma parte de lo que cualquiera espera de la vida. El paciente necesita que el terapeuta sea un agente que pueda transmitir y sostener su esperanza en que las cosas puedan mejorar. Esta expectativa debe ser auténtica y no fingida. Para ello, el terapeuta mismo necesitará estar familiarizado real y experiencialmente con la idea y los valores de lo que pueda ser una expectativa realista y exitosa de recuperación en la psicosis, y ser capaz de ponerla en valor y trasmitirla en la relación con el paciente.

La identidad es algo que las personas construimos en nuestra relación con los demás. La identidad de las personas con síntomas psicóticos puede ser muy pobre. Si, como es frecuente, la persona sobrevive sobre una historia de dificultades y claudicaciones condicionadas por sus limitaciones funcionales y sus problemas psicopatológicos, es muy probable que su identidad sea muy frágil y su autoestima esté muy lastimada. Algunas experiencias relacionadas con el tratamiento pueden ser factores lesivos para la identidad de las personas. Las experiencias de hospitalización, especialmente si han mediado medidas coercitivas o restrictivas, operan habitualmente de manera traumática y lastiman la identidad de la persona. El terapeuta puede ayudar a la persona a reconstruir la identidad en términos aceptables, usando su influencia y capacidad de sugestión para apoyar modos de identificación personal más soportables y ayudándoles a reconocerse en los intentos cotidianos que hacen por sacar su vida adelante. Los terapeutas experimentados en el tratamiento de personas psicóticas suelen tender a contemplar y tratar a sus pacientes como *supervivientes*, como “héroes que luchan ante la adversidad” (37).

A MODO DE CONCLUSIÓN: MODELOS DE PSICOSIS Y PERSPECTIVAS FUTURAS

En los últimos años se han podido observar algunos cambios en la forma en que se comprende la psicosis. Para muchos clínicos, los modelos diagnósticos dominantes en las últimas décadas están dando signos de agotamiento (38). El programa de búsqueda de verdaderas enfermedades no ha ofrecido los resultados esperados. La multiplicación de la co-morbilidad en los diagnósticos, la relativa falta de estabilidad de éstos a través del tiempo, el fracaso en la búsqueda de biomarcadores claros específicos, etc., ponen en cuestión la viabilidad del programa kraepeliniano de definir enfermedades, y alientan versiones alternativas menos centradas en el diagnóstico. Medio siglo de investigación biológica no ha logrado despejar este problema, y quien puede saber si lo hará en el futuro. En la actualidad, lo que sea la esquizofrenia sigue siendo una caracterización fundamentalmente clínica, extremadamente heterogénea en su curso, y sin marcadores biológicos útiles a nivel práctico.

En contraste con estas apreciaciones, algunos investigadores retoman o avanzan hipótesis sobre la psicogénesis de la psicosis que enfatizan la importancia, previamente subestimada, de acontecimientos traumáticos, como historia de abusos físicos o sexuales, o abrumadoramente adversos en la biografía: negligencia en la crianza o crianza en entornos no empáticos con las necesidades emocionales de la persona (29, 39). Otras líneas de investigación ha mostrado la presencia de fenómenos alucinatorios sin significado clínico en personas no diagnosticadas (40). Otra tercera línea muestra la presencia de fenómenos psicóticos en personas con diagnósticos del ámbito del estrés postraumático (39). Estas líneas de investigación comparten la intuición de que, al menos en algunos casos, o en alguna medida, la experiencia psicótica puede ser una forma catastrófica de reacción defensiva ante experiencias abrumadoras.

El concepto clásico de disociación, descrito por primera vez por Janet (41), está recibiendo recientemente mucha atención como candidato a explicar la psicogénesis de algunos fenómenos psicóticos.

En la medida que el avance en el conocimiento pueda avanzar en el reconocimiento de los mecanismos bio-psico-sociales que contribuyen a psicosis, pueden aparecer nuevos blancos o nuevos recursos técnicos para la psicoterapia. Como ejemplo, es útil recordar la propuesta de Lysaker: “Proponemos dos vías relacionadas con el empobrecimiento de la autoexperiencia que ofrecen un blanco o foco para la psicoterapia y que conciernen elementos subjetivos de la recuperación. El estigma, diferentes formas de afectación neurocognitiva y las experiencias traumáticas pueden conducir a narrativas empobrecidas, y las mismas formas de compromiso neurocognitivo, trauma o desregulación afectiva pueden conducir a déficits metacognitivos. Los déficits en metacognición y el empobrecimiento de las propias narrativas pueden ser considerados por consiguiente como conducentes a una alteración de la autoexperiencia” (10).

Estas aportaciones alientan líneas de investigación que tienden a contemplar la experiencia psicótica como *una variante extrema de experiencia psíquica normal*, más que como una experiencia *estructuralmente diferente*. Correlativamente, invitan a considerar a las personas con síntomas psicóticos –como las diagnosticadas de esquizofrenia–, en la línea de la propuesta clásica de Sullivan, como personas sometidas a experiencias subjetivamente abrumadoras, más que como enfermos psicóticos o personas de otra clase o categoría, y a proseguir en la investigación de modelos de terapia y técnicas congruentes con este planteamiento.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Boevink W. Vita oltre la psichiatria. En: Maone A, D'Avanzo B, editores. Recovery. Milán: Raffaello Cortina, 2016.
- (2) Sullivan HS. The Psychiatric Interview. New York: Norton, 1970.
- (3) Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad: Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013.
- (4) Freud S. Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia (Dementia paranoidea) descrito autobiográficamente (1911). En: Obras Completas, Madrid: Biblioteca Nueva, 1974.
- (5) World Health Organization, Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse. Psychosocial Rehabilitation, A Consensus Statement, 1996 (Consultado el 01-02-2017). Disponible en: www.wapr.org/wpcontent/uploads/WHO_WAPR_ConsensusStatement_96.pdf
- (6) Smith L, Nathan P, Juniper U, Kingsep P, Lim L. Cognitive Behavioral Therapy for Psychotic Symptoms, A Therapists Manual. Northbridge, Australia 2003: Center for Clinical Interventions Consultado el 01-02-2017. Disponible en: www.cci.health.wa.gov.au/docs/Psychosis%20Manual.pdf
- (7) Lysaker P, Vergo J. Il ruolo dell'insight nel percorso di recovery dalla schizofrenia. En: Maone A, D'Avanzo B, coords. Recovery. Milan: Raffaello Cortina Editore, 2015; p. 73-84.
- (8) Farkas M. The vision of recovery today: what it is and what it means for services. World Psychiatry 2007; 6: 4-10.
- (9) Anthony W. Recovery from Mental Illness: The Guiding Vision of the Mental Health Service System in the 1990s. Psychosocial Rehabilitation Journal 1993, 16(4): 11-23.
- (10) Lysaker P, Glinn S, Wilkniss S, Silverstein S. Psychotherapy and Recovery from Schizophrenia: A Review of Potential Applications and Need for Future Study. Psychological Services 2010; 7(2): 75-91.
- (11) Alanen Y, González de Chávez M, Silver A, Martindale B, editors. Psychotherapeutic Approaches to Schizophrenic Psychosis. Past, Present and Future. New York: ISPS/Routledge, 2009.
- (12) Kuhn TS. La estructura de las revoluciones científicas. México DF: Fondo de Cultura Económica, 1962.
- (13) Fernández Liria A.: Los Factores Comunes a todas las Psicoterapias y la cuestión de la eficacia de la Psicoterapia en el Siglo XXI. Átopos 3, Febrero 2017 (Consultado el 04-04-2017). Disponible en: [en www.atopos.es](http://www.atopos.es)
- (14) Alanen Y, González de Chávez M, Silver A, Martindale B. Further developments of treatment approaches to schizophrenic psychosis. An integrated view. En: Alanen Y, González de Chávez M, Silver A, Martindale B, editors. Psychotherapeutic Approaches to Schizophrenic Psychosis. Past, Present and Future. New York: ISPS/Routledge, 2009; p. 357-376.
- (15) Chadwick P. Person Based Cognitive Therapy for Distressing Psychosis. Chichester, UK: Wiley, 2006.

- (16) Frank JD, Nash EH, Stone AR, Imber SD. Immediate and long-term symptomatic course of psychiatric outpatients. *Am J Psychiatry* 1963; 120:429-39.
- (17) Luborsky L, Singer B, Luborsky L. Comparative studies of psychotherapies: is it true that “everyone has won and all must have prizes”? *Arch Gen Psychiatry* 1975; 32(8):995-1008.
- (18) Rosenzweig S. Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration* 2002; 12(1):5-9.
- (19) Assay TP, Lambert MJ: The empirical case for the common factors in therapy: Quantitative findings. In Duncan BL, Hubble MA, Miller SD, editors. *The Heart and Soul of Change*. Washington DC: American Psychological Association, 1999; p. 23-35.
- (20) Colina F. *Sobre la locura*. Valladolid: Cuatro Ediciones, 2014.
- (21) Goffman E. *Internados*. Buenos Aires: Amorrortu, 1970.
- (22) Marrone M. *Attachment and Interaction*. London: Kingsley, 2008.
- (23) Levenson E. *The Ambiguity of Change*. New York: Basic Books, 1983.
- (24) Rogers C. *Therapeutic Relationship and Its Impact: A Study of Psychotherapy with Schizophrenics*. Madison: University of Wisconsin Press, 1967.
- (25) Blechner M. Schizophrenia. En: Lionelis M, Fiscalina J, Mann C, Ster D, coords. *Handbook of Interpersonal Psychoanalysis*. New York: Routledge, 1995; p. 375-396.
- (26) Sullivan HS. *Schizophrenia as a Human Process*. New York: Norton, 1962.
- (27) Fromm-Reichmann F. *Principles of Intensive Psychotherapy*. Chicago: University of Chicago Press, 1960.
- (28) Silver A, Koehler B, Karon B. Psicoterapia psicodinámica para la esquizofrenia. En: Read L, Mosher L, Bentall R, coords. *Modelos de locura*. Barcelona: Herder, 2006; p. 255-270.
- (29) Barton Evans III. *Harry S. Sullivan: Interpersonal Theory and Psychotherapy*. New York: Routledge, 1996.
- (30) Fuller P. *Surviving, Existing or Living*. New York: ISPS-Routledge, 2013.
- (31) Harding K, Macrory D. *Psychotherapy and Rehabilitacion*. A comparison between psychotherapeutic approaches and psychiatric rehabilitation for persons with serious and persistent mental illness. En: Alanen Y, González de Chávez M, Silver A, Martindale B, editors. *Psychotherapeutic Approaches to Shizophrenic Psychosis*. Past, Present and Future. New York: ISPS/Routledge, 2009.
- (32) Read J, Goodman L, Morrison A, Ross C, Aderhold V. *Trauma Infantil, Pérdida y Estrés*. En: Read L, Mosher L, Bentall R, coords. *Modelos de locura*. Barcelona: Herder, 2006; p. 270-302.
- (33) Morrison A. *Terapia Cognitiva para personas con psicosis*. En: Read L, Mosher L, Bentall R, coords. *Modelos de locura*. Barcelona: Herder, 2006; p. 353-370.
- (34) Coleman R, Smith M. *Lavorare con le voci*. Torino: P&P Press, 2005.
- (35) Organización de Naciones Unidas: *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad* (consultado el 02-02-2017). Disponible en: www.un.org/esa/soc-dev/enable/documents/tccconvs.pdf
- (36) Agnetti G. *Empowerment e recovery*. En: Maone A, D’Avanzo B, editores. *Recovery*. Milán: Raffaello Cortina, 2016, p. 169-184.

- (37) Rønnestad MH, Skovholt TM. The journey of the counselor and therapist: Research findings and perspectives on professional development. *Journal of Career Development* 2003; 30: 5-44.
- (38) Barbato A. ¿La terapia farmacologica a lungo termine favorisce la guarigione dalla psicossi? En: Maone A, D'Avanzo B, editores. *Recovery*. Milán: Raffaello Cortina, 2016, p. 159-168.
- (39) Read J, Goodman L, Morrison A, Aderhold V. Trauma Infantil, perdida y Estrés. En: Read L, Mosher L, Bentall R, coords. *Modelos de locura*. Barcelona: Herder, 2006.
- (40) Ohayon MM.: Prevalence of hallucinations and their pathological associations in the general population. *Psychiatry Res* 2000; 97(2/3):153-64.
- (41) Van Ded Hart O, Horst R. The Dissociation Theory of Pierre Janet. *Journal of Traumatic Stress* 1989; 2(4) (consultado el 02-02-2017). Disponible en: www.on-novdhart.nl/articles/dissociationtheory.pdf