

RESILIENCIA Y ENFERMEDAD MENTAL: UNA APROXIMACIÓN DESDE LA TERAPIA CENTRADA EN LA PERSONA

**Resilience and mental illness:
An approach to a therapy-centered on the person**

Javier Armenta Mejía
Centro de Enseñanza Técnica y Superior de Tijuana¹

RESUMEN

Este trabajo propone una exploración de la llamada “enfermedad mental” desde dos posturas que privilegian el desarrollo y el crecimiento sano del ser humano: la resiliencia y la terapia centrada en la persona. Se analizan algunos planteamientos del modelo médico, y, al mismo tiempo, se hace una crítica. Se presenta un modelo terapéutico basado en la teoría de Rogers, pero afin a ciertos planteamientos de la resiliencia.

Indicadores: Terapia centrada en la persona; Resiliencia; Fenomenología; Preterapia.

Abstract

This paper proposes an exploration of the so-called “mental illness” from two positions that foster development and healthy growth of human beings: resilience and person-centered therapy. It analyzes and criticizes some postulates of the medical model. A therapeutic model based on Rogers theory, but compatible with certain aspects of resilience is presented.

Keywords: Person-centered therapy; Resilience; Phenomenology; Pre-therapy.

¹ Departamento de Psicología, Av. Cety-Universidad s/n, Fracc. El Lago, 22550 Tijuana, B.C., México, tel. (664)903-18-00, correo electrónico: armentaxavier@hotmail.com. Artículo recibido el 25 de agosto de 2008 y aceptado el 13 de enero de 2009.

INTRODUCCIÓN

Siendo la psicosis uno de los trastornos más severos e incapacitantes, y habiendo varios acercamientos teóricos acerca de su origen, diagnóstico y tratamiento (American Psychiatric Association, 2000), el presente escrito busca hacer una exploración desde la terapia centrada en la persona y el enfoque de la resiliencia; es decir, desde perspectivas que privilegian la tendencia del ser humano hacia el crecimiento sano y funcional (Barrett-Lennard, 1998, 2005; Cooper, O'Hara, Schmid y Wyatt, 2007; Cornelius-White, 2007; Sanders, 2005).

En este sentido, y lejos del modelo médico y de los tratamientos farmacológicos, las cuestiones que se tratan de responder aquí serían las siguientes: ¿qué utilidad tiene el diagnóstico de psicosis?, ¿cómo se puede proponer un método terapéutico basado en la dignidad y el respeto a la persona, aunque ésta viva “fuera de la realidad”?, ¿cómo se implementarían las condiciones necesarias y suficientes de la terapia, propuestas por Carl Rogers (1957), en la persona que sufre psicosis?, ¿es posible la construcción de un acercamiento terapéutico con la persona con psicosis basado en la tendencia a la actualización? y ¿es posible, dentro del enfoque centrado en la persona, hablar de vida plena, crecimiento continuo, resiliencia o búsqueda de la plenitud, incluso en la persona que padece una etapa psicótica? (Berghofer, 1996; Mearns y Cooper, 2005; Moreira, 2001; Prouty, 1994, 1998; Sanders, 2005; Sommerbeck, 2003; Yip, 2005).

LA RESILIENCIA: DE LA ADVERSIDAD AL FORTALECIMIENTO

La resiliencia, como modelo teórico aplicado a diversas cuestiones y problemas humanos, es relativamente reciente (Manciaux, 2003). Su campo de trabajo se ha dirigido en gran parte a los niños y adolescentes en condiciones adversas e incapacitantes, presentando un paradigma en donde, al igual que en el modelo rogeriano, se trabaja con la parte sana, con los recursos y con la capacidad de vincularse afectivamente y de manera constructiva con un “otro” significativo (Cyrułnik, 2003; Cyrułnik, Tomkiewicz, Guenard y cols., 2004; Henderson, 2006; Melillo, Suárez y Rodríguez, 2004).

El movimiento de la resiliencia tiene fuertes afinidades tanto con la terapia centrada en la persona como con la psicología positiva (Joseph y Worsley, 2007). En términos generales, y aunque no existe una

sola definición, se puede decir que “la resiliencia es la capacidad de una persona o de un grupo para desarrollarse bien, para seguir proyectándose en el futuro a pesar de los acontecimientos desestabilizadores, condiciones de vida difíciles y traumas a veces graves” (Cyrulnik, Lecomte, Manciaux y Vanistendael, 2003).

Algunos desarrollos conceptuales que también serían compatibles con la resiliencia podrían ser “el efecto Fénix”, estudiado en las personas que pasan por una crisis, quienes pueden salir fortalecidas después de la misma (Bloch y Wainrib, 2001). Igualmente, en esta misma línea tendríamos el llamado “crecimiento postraumático” y toda la investigación y teoría clínica que en torno a éste se ha desarrollado. Calhoun y Tedeschi (1999) definen al crecimiento postraumático como una “serie de cambios positivos que el individuo experimenta como resultado del enfrentamiento con un evento traumático”. Una crisis puede deteriorar las relaciones de una persona o exacerbar los problemas anteriores a la crisis, pero cuando existe el crecimiento postraumático, lo que se observa es una mayor cercanía o intimidad con algunas relaciones significativas, además de un sentimiento de mayor expresión emocional o autorrevelación. Paradójicamente, el crecimiento postraumático genera en las personas la sensación de vulnerabilidad, pero igualmente la vivencia de la propia fortaleza. La persona puede estar más en contacto con su propio dolor o tristeza, pero sin sentirse devastada o desesperanzada, sino muy en contacto con toda la gama de sus sentimientos, tanto agradables como dolorosos.

El enfrentamiento a un evento devastador, sobre todo cuando hay una resolución, generalmente hace que la persona reevalúe muchas de sus actitudes y formas de ver la vida. Tales cambios pueden apreciarse en el reordenamiento de sus prioridades en la vida, en el disfrute y mayor apreciación que hace de ésta, o incluso en los cambios relacionados con la espiritualidad, la religiosidad o el sentido de vida que la persona construye después del evento traumático.

Es posible entonces establecer en qué medida la resiliencia y el enfoque centrado en la persona serían modelos de trabajo y facilitación humana profundamente esperanzadores o anclados en los recursos o partes sanas del individuo, incluso de aquel que exhibe problemas severos, como la experiencia de la psicosis, lo cual se irá analizando en este escrito.

LA TENDENCIA ACTUALIZANTE Y FORMATIVA

El enfoque centrado en la persona propone como eje central de su trabajo la *tendencia actualizante*, entendida como un proceso en el cual el organismo busca mejorar, mantener o actualizar sus potencialidades (Cornelius-White, 2007; Levitt, 2008; Rogers, 1951, 1961). Este concepto se ha constituido como el fundamento o eje a partir del cual el facilitador realiza su trabajo tanto en la terapia individual como en la facilitación de grupo, el trabajo con familias, la terapia de juego, la educación, las organizaciones, e incluso los procesos donde se ha abortado el diálogo entre grupos con posturas o ideologías diferentes (Armenta, 2007; Barrett-Lennard, 1998, 2005; Behr y Cornelius-White, 2008; Cain y Seeman, 2002; Tudor y Worrall, 2006; Seeman, 2008).

En este sentido, las condiciones necesarias y suficientes o el entramado relacional entre cliente y facilitador tienen como trasfondo a la tendencia actualizante (Cooper y cols., 2007, Rogers, 1957; Schmid, 2008), pero en el caso de una persona que sufre esquizofrenia u otro trastorno severo, ¿qué ocurre con la tendencia actualizante y formativa?, ¿por qué algunas personas inician procesos psicóticos y permanecen en ellos durante años? y ¿qué son las alucinaciones o cómo se abordarían desde este enfoque dirigido al crecimiento y desarrollo sanos? (Portner, Prouty y Van Werde, 2002; Rogers, Hendlin, Kiesler y Truax, 1967; Sommerbeck, 2003).

La tendencia actualizante se centra en el individuo, y probablemente una profundización de la tendencia formativa pudiera llevar a fundamentar una visión menos individualista y más social, es decir, centrada no en el individuo sino en el potencial creativo y de crecimiento que pudieran tener en el ámbito humano las relaciones significativas, llámense de pareja, familiares, de amigos, de grupos o comunitarias (Cornelius-White, 2007; Cornelius-White y Kriz, 2008; Kriz, 2007; Schmid, 2006, 2008; Tudor y Worrall, 2006).

La tendencia formativa fue postulada por Rogers (1980) en la última etapa de su vida como “una tendencia evolutiva hacia un mayor orden, una mayor complejidad, y una mayor interrelación”. Para él, la tendencia abarcaba desde los microprocesos celulares hasta los macroniveles del cosmos. Tal vez, por no haber sido profundizada por Rogers, o por algunos de sus colaboradores, y por incluir el mundo material e inorgánico, esta conceptualización no ha recibido tanta atención o un desarrollo posterior.

Así, es Jeffrey Cornelius-White (2007) quien establece que la tendencia formativa abarca o incluye la actualizante, y mantiene con esta última un diálogo continuo e imprescindible. Establece de manera muy precisa que “si la tendencia formativa es central para la comprensión del enfoque centrado en la persona, de acuerdo con su sub-concepto –la tendencia actualizante–, entonces la responsabilidad de los practicantes centrados en la persona cambia no solo hacia la liberación de los individuos, sino de los grupos, de otros organismos y, quizá más importante, de la ecología”.

También el modelo que utiliza Jurgen Kriz (2007) de una teoría sistémica interdisciplinaria clarifica y profundiza el funcionamiento de la tendencia formativa. En su apreciación, establece que “la no directividad es un aspecto crucial de la confianza. El terapeuta no directivo no es experto sobre el contenido, pero sí en la facilitación de procesos evolutivos de *emergencia* y *transición* de los potenciales inherentes” (cfr. Cornelius-White y Kriz, 2008). Cabría agregar que es en este proceso donde emergen patrones de mayor complejidad y donde ocurre una reorganización del organismo o de las relaciones significativas entre la persona y los otros; el terapeuta o facilitador asiste como *compañero dialógico* de un proceso creativo, de una direccionalidad constructiva, y no necesita un orden impuesto desde afuera.

Una consecuencia práctica de tomar en cuenta esta visión holista de la tendencia formativa es que es posible percatarse de la gran complejidad de los procesos humanos, pero a la vez se asume una práctica basada en el respeto a la particularidad y originalidad humanas, así como también a la diversidad de la vida en las manifestaciones de las personas, los grupos y las comunidades.

Esta visión de la tendencia formativa es “un profundo abandono del control –al decir de Cornelius-White (2007)–, no solamente sobre los individuos sino sobre la vida. Aunque implícito en la tendencia actualizante, la tendencia formativa nos ayuda a darnos cuenta de que todo-está-conectado-con-todo, de tal forma que nuestro deber ético debe abarcar mucho más que al individuo”.

Es factible concluir que la tendencia actualizante es un proceso de *encuentro*, entramado en un profundo e inalienable diálogo con un “otro” significativo, sin el cual el desarrollo de los potenciales o el crecimiento sano no son posibles (Friedman, 1983; Schmid, 2008).

AUTENTICIDAD Y ALIENACIÓN

Pensando específicamente en la vivencia psicótica que puede tener una persona, se analiza brevemente la relación que ello tiene con la autenticidad, la alienación y, por último, con el modelo de la “persona que funciona plenamente” (Levitt, 2008; Rogers, 1961; Seeman, 2008). Se pondrá aquí énfasis en la dimensión dialógica de los conceptos anteriores, subrayando también, y de manera posterior, el anclaje dialógico que pudiera tener el proceso terapéutico.

El proceso de la desorganización psicológica es entendido como una separación o disociación entre el organismo experienciante y el autoconcepto; es decir, que cuando lo que se vive en el nivel organizativo no es compatible con la imagen que la persona tiene de sí, generalmente el resultado es la incongruencia (Rogers, 1951). De manera que ésta genera una merma en la autenticidad y en el involucramiento que la persona puede tener en su vida, además de cierta tensión y dolor psicológico.

En el caso de una persona que vive una experiencia psicótica, ¿qué es lo que le ocurre en términos de la incongruencia?, ¿se puede acceder a su mundo particular e idiosincrásico y comprenderlo “desde dentro”? y ¿cómo la fenomenología podría ayudar en este proceso y cómo la perspectiva dialógica puede ayudar a entender este proceso o servir como recurso de facilitación? (Armenta, 2007; Haarakangas, Seikkula, Alakare y Aaltonen, 2007; Moreira, 2001; Sommerbeck, 2003).

Algunos autores, como De Nicola, definen la enfermedad en un lenguaje existencial, como el “congelamiento del proceso del ser, alejamiento de la responsabilidad de existir, aprisionamiento en un mundo particular y alejamiento de un modo compartido”. Todo lo anterior, en otros términos, nos describe cómo la tendencia a la actualización, al verse obstruida o temporalmente bloqueada, podría reaccionar.

La psicopatología, entonces, podría definirse como un “bloqueo de la posibilidad de comunicación e integración consigo mismo, de la posibilidad de ser quien se es y de la posibilidad de salud concebida de forma intrínseca e inherente a la persona” (De Nicola, citado por Moreira, 2001).

Algunos teóricos del enfoque centrado en la persona, como Peter Schmid (2005, 2008), se orientan más hacia una dimensión o perspectiva dialógica del ser humano (crf. también Anderson, Arnett y Cissna, 1994; Barrett-Lennard, 1998, 2005; Heard, 1993). En tal orienta-

ción, el ser humano no solo establece relaciones con los demás, sino que de alguna manera está constituido por esta serie de vínculos. De acuerdo a esto, más que de psicopatología y desorden se podría hablar de procesos de alienación o falta de autenticidad (Anderson y cols., 1994; Cornelius-White, 2007; Moustakas, 1988; Pollard, 2005). Como señala Schmid (2005), “una persona se vuelve inauténtica si está alienada de sí misma y de los otros, es decir, del organismo experienciante y de las necesarias relaciones genuinas. El sufrimiento psicológico es generalmente el resultado”.

De lo anterior se deduce que es en un proceso vivencial y entramado en una relación genuina con un “otro” –en este caso el facilitador– que la persona va a vincularse nuevamente y tal vez aprender nuevas formas de salir o abandonar su alienación, y a decidir por formas más satisfactorias de relacionarse consigo mismo y con otros significativos en su ambiente inmediato (Cain y Seeman, 2002; Friedman, 1983; Haugh y Paul, 2008; Heard, 1993; Pollard, 2005; Sommerbeck, 2003).

Relacionado con la perspectiva dialógica, es el enfoque de un grupo de terapeutas finlandeses que vienen trabajando bajo una perspectiva basada en el construccionismo social (Gergen, 2006), en la que abordan situaciones de crisis psicóticas en un modelo muy novedoso al que ellos llaman “diálogo abierto” y que igualmente pudiera ubicarse dentro de una perspectiva de las fortalezas o el trabajo con los recursos de la persona, su familia y medio social inmediato, siempre vinculados por un proceso dialógico en la interacción de todos estos sistemas (Haarakangas y cols., 2007).

En el extremo opuesto se tendría que el modelo médico –que ha influido tanto el desarrollo de la psicología clínica– históricamente se ha tomado como el punto de partida para la mayoría de los tratamientos psicológicos o psiquiátricos. De ahí que cuestionar el diagnóstico como una herramienta de uso común es para muchos profesionales de la salud mental equiparable a poner en duda la misma profesión psicológica o psiquiátrica. Sin embargo, a lo largo del siglo XX y hoy día las críticas al modelo médico –específicamente al diagnóstico realizado hoy a través del DSM-IV– no se han hecho esperar. Éstas nacen de las teorías fenomenológicas, existenciales o humanistas (Cain y Seeman, 2002; Dunn, Colmes y Newness, 2001; Haarakangas y

cols., 2007; Joseph y Worsley, 2005; Moreira, 2001; Moustakas, 1988; Van Deurzen y Arnold-Baker, 2005). Basta con mencionar algunas de ellas.

- El diagnóstico, como elemento del proceso terapéutico, tiende a ser visto por los profesionales de la salud como un hecho incontrovertible y “empíricamente” fundamentado.
- Un diagnóstico psiquiátrico como el de psicosis o esquizofrenia no ayuda a la persona a comprender qué es lo que le sucede, y mucho menos se convierte en un recurso que facilite el crecimiento de la persona.
- La historia natural del diagnóstico –podría establecerse como hipótesis– es la de perpetuarse en el tiempo y consolidarse a sí misma. La llamada “profecía autocumplida” tiende a presentarse para perpetuar una conducta debido a las expectativas que la están reforzando o sosteniendo.
- Más allá del diagnóstico siempre existe una persona. Lo verdaderamente importante es la persona y su vivencia del problema, no un psicodiagnóstico diferencial.
- El diagnóstico muchas veces le sirve más al profesional de la salud que a la persona o a sus familiares.
- Se puede caer en el error de confundir a la persona con el diagnóstico, reduciendo su vida, con toda su riqueza y extensión, a la simplicidad de una etiqueta, que, valga decirlo, muchas veces adquiere carácter de deficiencia, perturbación, anormalidad o, peor aún, falta de voluntad de la persona para salir de su situación.

Desde el enfoque centrado en la persona, el diagnóstico siempre pasa a un segundo plano y toma el centro del proceso la persona misma, sus vivencias y la relación que establece con los demás, incluido el facilitador (Barrett-Lennard, 1998; Schmid, 2001, 2002, 2006, 2008).

Lo que se busca es no cosificar al ser humano, etiquetarlo o tratarlo como si toda su existencia se redujera a un simple diagnóstico, que incluso muchas de las veces ni siquiera es una aproximación real a la experiencia interna de la persona, sino que surge como una imposición a partir de un marco de referencia externo que puede no tener nada que ver con la situación de vida de esa persona (Dunn y cols., 2001; Van Deurzen-Smith, 1997).

Según apunta Acevedo (2001), “el enfermo no es ante lo patológico mero cuerpo, ni simple ser viviente, sino *persona*: un individuo vivo dotado de intimidad, inteligencia racional y libertad, que [proyecta] su

vida –con mayor o menor deliberación– según una idea de sí mismo y del mundo y cumpliendo o intentando cumplir sus proyectos”.

Asimismo, continúa el autor, “desde la perspectiva de la logoterapia entendemos la salud no como ausencia de enfermedad sino como sentido de vida, en un plan de vida incluido en un proyecto familiar y social; la posibilidad de escribir la propia historia vital en la propia familia, el trabajo y la comunidad; la posibilidad de expresar lo “no dicho” en el diálogo y la reflexión; la posibilidad de sentirse querido y de querer, privilegiando el encuentro con el otro; la posibilidad de transformar y transformarse; la posibilidad de comprometerse, de participar y de sentirse participando, y la posibilidad de establecer vínculos afectivos solidarios, de convivir” (Acevedo, 2001).

Aquí, el desafío consiste en continuar con esta visión de la persona, aun en la psicosis. Es decir, si se piensa desde la terapia centrada en la persona que todo organismo se encuentra en un proceso de actualización de sus potencialidades, ¿cómo se puede facilitar dicha tendencia al crecimiento sano en la persona que se ha estancado en su proceso de desarrollo?, ¿es posible ver a la persona que enfrenta una psicosis como un individuo digno, con capacidad de decidir, de optar hacia una vida más satisfactoria y existencialmente más plena? Si así se hace, ¿cómo puede esto fundamentarse teóricamente o de qué recursos puede disponerse para asistir o facilitar este proceso de reorganización o reconstrucción?

Otra visión muy afín con lo expuesto anteriormente es la de Kam-Shing Yip (2005), la que pudiera ubicarse dentro de un modelo de tratamiento de la enfermedad mental basado en las fortalezas o recursos de la persona. Yip (2005) concibe a los clientes con esquizofrenia como capaces de comunicarse y poseedores de recursos y potenciales constructivos. Es por ello que privilegia los recursos del cliente y su capacidad de reintegración tanto interna, como interpersonal y comunitaria.

En este modelo de “fortalezas”, o *resiliente*, los siguientes aspectos serían clave: *a)* el individuo que vive un episodio psicótico es considerado como una persona normal, con necesidades, fortalezas y capacidades; *b)* los síntomas psicóticos son capaces de ser comprendidos y nunca son vistos como patológicos o incoherentes; *c)* el tratamiento más efectivo es la integración comunitaria, el desarrollo de capacidades o recursos y la rehabilitación; *d)* el rol del terapeuta es el de ser *facilitador* de un ambiente social positivo y del desarrollo de la capacidad potencial o las fortalezas de la persona, dentro de un contex-

to de rehabilitación o integración comunitaria; e) las recaídas o el deterioro psicológico son generados por el estrés psicosocial, la discriminación, el estigma o la ausencia de vínculos significativos o de apoyo, y f) los derechos, intereses y fortalezas de la persona deben ser respetados, aunque viva temporalmente un episodio psicótico.

A continuación se presenta un modelo centrado en la persona basado en la teoría de Rogers, con aportaciones de teóricos humanistas, existenciales y centrados en el cliente.

EL PROCESO TERAPÉUTICO: ALGUNAS CONSIDERACIONES

A partir de la concepción de la terapia como proceso es posible entender que para una persona que experimenta o vive una psicosis, uno de los elementos centrales será la relación que establezca con el facilitador, mediante la cual, a través de un restablecimiento del contacto psicológico, y posteriormente de la percepción de las actitudes “necesarias y suficientes”, se podrá llevar a cabo la lenta o incipiente reconstrucción del mundo interno de aquella (Haugh y Paul, 2008).

Autores como Swildens, Croes, Gramsma y cols. (2008) proponen algunas fases por las que puede pasar el proceso terapéutico en la psicosis, que constituyen una aproximación fenomenológica al mundo interno del cliente y nunca un programa estructurado que la persona deba recorrer ordenadamente. Las fases son las siguientes:

Fase de premotivación: Se caracteriza por un retraimiento y desconfianza hacia la persona del facilitador. La persona prácticamente puede estar en una suerte de autismo existencial y no tener interés o gusto por la terapia. Incluso puede haber un rechazo abierto al proceso terapéutico. La persona se encuentra de alguna manera completamente ensimismada y retraída de las relaciones con los demás y con el mundo en general. Pareciera que únicamente vive en su mundo interno, con todas las complicaciones que ello implica.

Fase sintomática: La persona exhibe mucha de la sintomatología llamada psicótica. Lo importante es recordar que, para la terapia centrada en la persona, los llamados síntomas presentan también una dimensión constructiva al no permitir una desorganización mayor o la existencia de un mundo interno más caótico o desorganizado.

Fase verbal: Algunos sentimientos empiezan a ser expresados paulatinamente y de manera particular. Los síntomas de la fase anterior empiezan a reducirse o a transformarse lentamente, dando paso a una etapa más enfocada en la expresión de lo que la persona piensa, siente o vive.

Fase existencial: Considerada la más importante, implica preguntarse cómo se puede vivir de manera significativa con este trastorno.

Algunas otras cuestiones prácticas dentro del proceso terapéutico que necesitan tenerse en cuenta para poder facilitar o desbloquear la tendencia actualizante y formativa en la persona con psicosis son, a saber:

Regulación de la cercanía-distancia: Implica respeto y una regulación por la forma, muchas veces cambiante, en la que la persona con psicosis se aproxima al facilitador. De la misma manera, significa la aceptación de la persona cuando establece más distancia. El terapeuta debe considerar este proceso de acercarse-alejarse como propio del cliente y no tomarlo como una cuestión que la persona dirige hacia él; es decir, ante la proximidad, el alejamiento o una actitud fría o de rechazo de la persona con psicosis, el facilitador muestra la misma respuesta: un esfuerzo empático y una valoración positiva e incondicional de la persona, independientemente de la conducta que manifieste en ese momento.

Formación de límites: Si se piensa que en un mundo interno caótico, desorganizado o incoherente la persona puede vivir una ausencia de límites internos y externos, la presencia de un "otro" que establece tentativamente una relación humana que facilita un proceso de crecimiento previamente obstruido o temporalmente abortado da como resultado que inicie también la reorganización de sus límites intra e interpersonales en este proceso de reconstrucción y reorganización de sus experiencias.

Sintomatología psicótica: Un elemento fundamental para que se pueda establecer una relación genuina entre cliente y facilitador es que el terapeuta pueda aceptar como reales los síntomas que exhibe una persona. Ello significa que si el cliente expresa: "Yo puedo volar todas

las noches y mi cuerpo poco a poco se diluye en el espacio”, el facilitador puede entender que se enfrenta a un pensamiento que contradice la física y el sentido común, pero también debe entender –y esto es lo más importante– que para esa persona constituye algo real, una parte de su experiencia vivencial; al ser seguida o reflejada empáticamente, se comprobará que contiene aspectos vivenciales y fidedignos, aunque transformados en un lenguaje aparentemente confuso, incoherente y “fuera de la realidad”.

El “sí mismo” en proceso de reorganización: Mucho del trabajo de Prouty (1994, 1998) se orienta a explorar como el *self* preexpresivo, a través de ir entrando en contacto psicológico con el facilitador, puede tentativamente integrar aspectos o dimensiones anteriormente anuladas o que, por experiencias de mucho sufrimiento o dolor, habían permanecido fuera de la conciencia. Tal proceso de regreso a la experiencia vivencial de “encuentro” con los otros y con el mundo parte de contactar el aislamiento existencial o la total reclusión del sí mismo en que ha vivido la persona por algún tiempo; de la misma forma, implica un proceso de salir y abandonar lentamente la soledad y alienación en que se ha vivido. Tal como Merleau-Ponty (1954) señala, «en el fondo, la experiencia del otro, en la medida misma en que es convincente y verdaderamente experiencia del otro, es necesariamente una experiencia “alienadora” en el sentido de que me quita a mí mi soledad e instituye en su lugar una trabazón entre yo y el otro».

La cuestión existencial: Está orientada básicamente a encontrar un sentido a la propia vida, sobre todo bajo las circunstancias que implica la experiencia de la psicosis. Significa también un enfrentamiento de la persona con situaciones límite, en las que su propia capacidad de responder y encontrar dicho sentido se ve auxiliada por un ambiente psicológicamente seguro, como la terapia.

LA PRETERAPIA

Si se parte de que la persona que experimenta un episodio psicótico puede estar en distintos niveles de procesamiento de su experiencia, en diversos grados de contacto psicológico o sin éste, entonces el proceso terapéutico podría tomar de manera muy general distintas formas. Por ejemplo, si la persona que experimenta alucinaciones o algunos síntomas psicóticos, y al iniciar la terapia presenta o puede acceder a un “contacto psicológico” con el facilitador, el proceso terapéutico podría

ser el tradicional: en este contexto, la terapia centrada en la persona. No obstante, si la persona está incapacitada para hacer ese “contacto psicológico”, entonces se podría utilizar la preterapia, la que a continuación se explica de manera muy simplificada.

Basada en la terapia centrada en la persona, en algunos conceptos del enfoque experiencial de Gendlin (cfr. Alemany, 1997, 2007) y en una perspectiva fenomenológico-existencial, surge la preterapia de Garry Prouty. El elemento del cual parte es la primera de las seis condiciones de la terapia enunciadas por Rogers (1957), es decir, que dos personas –cliente y terapeuta– se encuentren en *contacto psicológico*. Esta condición, poco profundizada por Rogers (1967) y Rogers y cols. (1967), es retomada y ampliada en profundidad, sobre todo al pensar en procesos de terapia con personas psicóticas.

Prouty (1998) establece que la persona que vive una psicosis se encuentra temporalmente fuera de contacto psicológico con los demás, o bien con un contacto deficiente o bloqueado. Incluso, la misma preterapia puede ser entendida como una teoría acerca del contacto en sus diferentes dimensiones.

Para teóricos como Margaret Warner (2002), “el contacto psicológico es una forma en la que la persona se representa a sí misma y que le permite expresarse desde la experiencia del *self* subjetivo y significativo; a la vez, también es una forma en la que las personas se representan unas a otras, lo que les permite un sentido de presencia significativa entre ellas”.

Otro recurso que podría ser de mucha ayuda serían las formas de procesamiento (frágil, disociado y psicótico) con las que Warner (2002, 2003) ha trabajado y que permiten un mayor acercamiento fenomenológico hacia la vivencia de ciertas reacciones del cliente que a primera vista pueden ser malentendidas, pero sobre todo que hacen posible una comprensión empática, un desbloqueo o ciertos procesos más fluidos y constructivos en el cliente; reconectan de alguna manera a la persona con su propia valoración organísmica o la dirigen de manera tentativa, cada vez más, hacia procesos experienciales de reconocimiento y valoración de su propia experiencia; en este mismo sentido, la persona se empieza a dirigir hacia su propia congruencia o autenticidad.

Este proceso de reconstrucción es muy parecido a la concepción existencialista del *self*, la que postula que “no existe el *self* como sustancia o consolidación. Lo que experimentamos como nuestro *self* o

nuestra identidad es siempre un proceso de cambio y transformación” (Van Deurzen y Arnold-Baker, 2005).

Lo anterior recuerda, de alguna manera, que el proceso organizativo o experiencial de cada persona es sumamente rico y complejo, y así, aunque se vive con una sensación de continuidad temporal y de una cierta integración en cuanto al autoconcepto, en la realidad vivencial siempre se está en un proceso de transformación e integración de la experiencia, como “llevando la experiencia hacia adelante”, hacia nuevas y más constructivas formas de integración de dicha experiencia (Alemany, 1997, 2007).

Así, la vivencia psicótica, más que en un proceso fluido o de transformación, estaría teñida o entramada en esta sensación de que, según Prouty (1994), “la existencia se torna carente de significado, un fracaso en la coherencia. La conciencia se vuelve vacía, una barrera aislada de carencia de sentido. La conciencia no se vincula con la existencia. Se sitúa sin una creación de significado que surge de un contacto primordial con el mundo, el *self* y los otros”.

De ahí la importancia fundamental que tiene en el proceso de la terapia la vinculación entre cliente y facilitador. Vinculación –o, como algunos la han llamado, *relación dialógica*– que surge de la presencia genuina de un facilitador que busca entender el mundo interno del cliente y aceptar por igual las experiencias de vida del mismo. A tal relación se le ha llamado “encuentro”, o últimamente, según la definición de Mearns y Thorne (2003) y de Mearns y Cooper (2005), “trabajo en profundidad relacional”.

La pregunta es cómo el facilitador puede transitar o acompañar existencialmente al otro, desde la etapa en donde hay un bloqueo en la comunicación o contacto, hacia el encuentro profundo con el otro y con sus propias potencialidades, con su propio proceso de plenitud (Levitt, 2005, 2008; Schmid, 2005, 2006; Seeman, 2008). Es a partir de esta carencia o bloqueo del contacto psicológico con la persona psicótica que surgen los *reflejos* como el medio o el puente que pueden restablecer el contacto psicológico con la persona, con los demás y con el mundo.

El enfoque de la preterapia no se basa en la clasificación de los síntomas, en la estructura y directividad, y mucho menos en una exhaustiva lista de las partes enfermas de la persona; por el contrario, se busca establecer nuevamente un contacto psicológico con la persona y con su mundo interno y particular para, desde ahí, poder rein-

tegrar aquellas partes de la experiencia de vida que por ciertas razones se han ido invalidando, negando o manteniendo fuera de la conciencia (Joseph y Worsley, 2005; Levitt, 2005).

A continuación se presentan los reflejos de contacto y las funciones que constituyen el eje central de la preterapia.

Reflejos situacionales (Rs): Son una aproximación a lo que la persona realiza, a la conducta que tiene o al ambiente inmediato en el que se encuentra en ese momento. Estos reflejos facilitan el contacto con el mundo o realidad externa. Ejemplos de ello pudieran ser los siguientes: “Has estado mirando fijamente la ventana y ahora te levantas y cierras los ojos”, “Tu mano está haciendo una figura en el aire en este momento”, etcétera.

Reflejos faciales (Rf): El terapeuta observa la expresión de la persona, sobre todo de su rostro, buscando algún tipo de afecto, aunque sea en un nivel preexpresivo. Este tipo de reflejos facilitaría con el tiempo la expresión de algunas emociones: “Cuando hablas de tu casa, tu expresión pareciera ser triste”, “Cuando aprietas tu quijada, me da la impresión de que estuvieras sintiendo molestia o ira”.

Reflejos palabra-por-palabra (Rpp): En el caso de una persona que experimente esquizofrenia, cuyo vocabulario contenga muchas frases incoherentes, ensalada de palabras o neologismos, el terapeuta refleja “palabra-por-palabra”, recibiendo la comunicación como algo válido. Esto le regresa a la persona su propio discurso, la capacidad de escucharse y a la vez de corregir, extender o clarificar parte de lo que dice.

Reflejos corporales (Rc): Si la persona mantiene posturas rígidas o particulares, como puede ocurrir en la catatonía, el terapeuta reflejaría verbalmente o a través de su cuerpo la postura de la persona.

Reflejos reiterativos (Rr): Este tipo de reflejo tiene como principio el que si alguna comunicación empática o un reflejo del facilitador sirvió antes, se vuelva a aplicar después.

Un aspecto importante dentro de este tipo de trabajo es que el terapeuta debe sentirse cómodo al trabajar muchas veces con un mínimo de progreso, o con un progreso que se va construyendo paso a paso. Otra cuestión es que el facilitador debe sentirse a gusto en una postura existencial de *acompañamiento del otro*, y no en una postura protagónica en la que se le vea como experto, poderoso y en posesión de la verdad sobre la vida del cliente (Heard, 1993; Levitt, 2005, 2008).

FUNCIONES DE CONTACTO

El contacto que se construye en el vínculo interpersonal entre cliente y facilitador tiene como consecuencia que aquél pueda reintegrar, muchas veces de forma tentativa y vacilante, el mundo interno anteriormente disociado o alienado. De ahí que algunas de las funciones que tendría este contacto psicológico con un “otro significativo” sean las que se describen a continuación:

El *contacto con la realidad* se describe como un darse cuenta del mundo, específicamente de gente, lugares, cosas y sucesos. No implica una realidad privilegiada a la que tenga que adaptarse la persona.

El *contacto afectivo* se describe como el darse cuenta de las emociones y sentimientos y de los diferentes matices e intensidades que pueden tener. Implica una incipiente apertura al propio organismo y una mayor confianza en cómo el organismo o la propia persona va enfrentando las cosas y cómo reacciona a través de sus sentimientos. Es un proceso continuado, no lineal, de reconocimiento, aceptación y, después de mucho tiempo, de valoración positiva de la propia experiencia o de las reacciones orgánicas.

El *contacto comunicacional* es la simbolización del contacto, con la realidad y con los demás, que la persona establece a través de su expresión verbal. Esto apuntala el sentido de pertenencia, y en el caso de algunas personas que han vivido la psicosis implicaría un regreso a la vida o a vivir la propia existencia, no aislada y fragmentadamente, sino en contacto con algunos otros significativos.

Desde la fenomenología existencial, Prouty (1994) da algunas sugerencias para el trabajo con personas esquizofrénicas o con algún otro tipo de psicosis (Portner y cols., 2002): *a)* tratar de responder a la experiencia directa de lo que “está ahí”, lo que se percibe de manera inmediata; *b)* tratar de responder al sentido natural o realista cuando éste se encuentre presente en los clientes, y *c)* observar tanto como escuchar.

A continuación se describe el entendimiento y la forma de trabajo con las experiencias alucinatorias desde la terapia centrada en la persona.

TEORÍA PRESIMBÓLICA Y ALUCINACIONES

Como parte de un entendimiento de la experiencia alucinatoria, Prouty (1994) propone una comprensión basada en la semiótica y en la fenomenología. Su evolución parte del trabajo de Gendlin, donde este autor concibe las alucinaciones como una forma de experimentar con una estructura fija, de lo que se desprende que es rígido, estático, repetitivo y no ocurre el dinamismo o el movimiento de un proceso experiencial (Alemany, 1997, 2007). Prouty (1994) explora la posibilidad de entender las alucinaciones no como algo fijo e inmodificable sino como parte de un proceso.

199

En este sentido, la alucinación tendría algunos atributos: i) es expresiva, lo que significa que ocurre una transformación de una experiencia real a una imagen, ii) es fenomenológica, pues la alucinación como estructura fenomenológica es “autoindicativa”, es decir, experimentada como real y, como tal, se implica o representa a sí misma y iii) es simbólica, en tanto que como estructura simbólica la alucinación representa o hace referencia a otra experiencia. La experiencia alucinatoria A contiene su referente, que podría ser la experiencia B.

Las fases del experimentar alucinatorio, que van desde una estructura rígida y estática hacia una experiencia más integrada, inmediata y sentida, o lo que es lo mismo, la forma o el proceso que puede tener el tránsito de una alucinación desde que aparece hasta que se puede finalmente integrar y asimilar en el trabajo terapéutico, son las siguientes:

Fase autoindicativa: Aquí se presenta una imagen alucinatoria que se representa a sí misma y que puede tener algún tipo de intensidad en el color, la forma o el movimiento. El facilitador se dirige a la imagen en sí misma, tratando de reflejarla en sus distintas dimensiones para que aparezca perceptualmente clara tanto para el cliente como para el facilitador.

Fase autoemotiva: Aquí se desarrolla alguna experiencia afectiva alrededor de la imagen alucinatoria. El reflejo del facilitador se enfoca tanto a la imagen como a su contraparte emocional o afectiva.

Fase autoprosesual: En esta etapa la imagen y el afecto tienden a cambiar desde la imagen simbólica hacia un experimentar no simbólico (de sentimientos). El cambio sucede desde un contenido simbólico hacia el experimentar de ciertos sentimientos. Aquí el facilitador, debido

al cambio producido, puede adoptar una postura empática, tal y como aparece en la forma tradicional de la terapia centrada en la persona.

Fase de autointegración: Aquí el afecto cambia de la imagen alucinatória hacia el “sí mismo” de la persona y es paulatinamente integrado, asumido y experimentado como parte del *self*. Igualmente, el facilitador puede acompañar existencialmente al cliente a través de la empatía, y por su parte el cliente asume como propios los sentimientos, sensaciones y experiencias que al inicio de la terapia parecían como extrañas, ajenas al sí mismo y que se expresaban como alucinaciones.

CONCLUSIÓN

Finalmente, es posible concluir que, al igual que en la terapia centrada en la persona clásica, el facilitador establece una confianza en el organismo, en los recursos sanos de la persona y en un proceso de crecimiento, donde la persona siempre es vista como digna, como un ser en proceso de cambio, y con un profundo respeto por dicho proceso.

No existe una forma o técnica para producir “personas” en serie o para generar cambios sencillos y automáticos. Lo que sí hay es el acompañamiento existencial de un “otro” –en este caso el facilitador–, que desde una postura de humildad se aproxima a la realidad del otro, a su forma particular de vivir la vida, a su forma de “ser en el mundo”.

Es en este “encuentro” empático, genuino y respetuoso que el “otro” generalmente opta por continuar hacia un proceso más pleno y satisfactorio de vivir y enfrentar su propia existencia.

REFERENCIAS

- Acevedo, G. (2001). *El modo humano de enfermar desde la perspectiva de la logoterapia de Viktor Frankl*. Buenos Aires: Ediciones Fundación Argentina de Logoterapia Víctor Frankl.
- Alemaný, C. (1997). *Psicoterapia experiencial y focusing. La aportación de E. T. Gendlin*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Alemaný, C. (2007). *Manual práctico del focusing de Gendlin*. Bilbao: Desclee de Brower.

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorder- text revision* (4th. ed.). Washington: APA.
- Anderson, R., Arnett, R. y Cissna, K. (1994). *The reach of dialogue: confirmation, voice and community*. Cresskill, NJ: Hampton Press.
- Armenta, J. (2007). El grupo como espacio de crecimiento y encuentro: una perspectiva dialógica centrada en la persona. *Revista Mexicana de Psicología Humanista y Desarrollo Humano Prometeo*, 50, 28-36.
- Barrett-Lennard, G.T. (1998). *Carl Rogers helping system. Journey and substance*. London: Sage Publications.
- Barrett-Lennard, G.T. (2005). *Relationship at the centre: Healing in a troubled world*. London: Whurr.
- Behr, M. y Cornelius-White, J. (2008). *Facilitating young people's development. International perspectives on person-centered theory and practice*. Ross on Wye (England): PCCS Books.
- Berghofer, G. (1996). Dealing with schizophrenia - A person centered approach providing care to long-term patients in a supported residential service in Vienna. En R. Hutterer, G. Pawlowsky, P. Schmid y R. Stipsits (Eds): *Client-centered and experiential psychotherapy. A paradigm in motion*. Frankfurt: Peter Lang.
- Bloch, E. y Wainrib, B. (2001). *Intervención en crisis y respuesta al trauma*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Cain, D. y Seeman, J.(2002). *Humanistic psychotherapies. Handbook of research and practice*. Washington: American Psychiatric Association.
- Calhoun, L. y Tedeschi, R. (1999). *Facilitating postraumatic growth. A clinician guide*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Cooper, M., O'Hara, M., Schmid, P. y Wyatt, G. (2007). *The handbook of person-centered psychotherapy and counseling*. New York: Palgrave.
- Cornelius-White, J. (2007). The actualizing and formative tendencies: prioritizing the motivational constructs of the person-centered approach. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 6(2), 129-140.
- Cornelius-White, J. y Kriz, J. (2008). The formative tendency: person-centered systems. En B. Levitt (Ed.): *Reflections on human potential. Bridging the person-centered approach and positive psychology*. Ross on Wye (England): PCCS Books.
- Cyrułnik, B. (2003). *Los patitos feos. La resiliencia: una infancia infeliz no determina la vida*. Barcelona: Gedisa.
- Cyrułnik, M., Lecomte, J., Manciaux, M. y Vanistendael, S. (2003). La resiliencia: estado de la cuestión. En M. Manciaux (Ed.): *La resiliencia: resistir y rehacerse*. Barcelona: Gedisa.
- Cyrułnik, M., Tomkiewicz, A., Guenard, J., Vanistendael, S., Manciaux, M. y otros (2004). *El realismo de la esperanza. Testimonios de experiencias profesionales en torno a la resiliencia*. Barcelona: Gedisa.

- Dunn, C., Holmes, G. y Newness, C. (2001). *This is madness too. Critical perspectives on mental health services*. Ross on Wye (England): PCCS Books.
- Friedman, M. (1983). *The confirmation of otherness in family, community and society*. New York: Pilgrim Press.
- Gergen, K. (2006). *Construir la realidad. El futuro de la psicoterapia*. Barcelona: Paidós.
- Haarakangas, K., Seikkula, B., Alakare, J. y Aaltonen, K. (2007) Open dialogue: an approach to psychotherapeutic treatment of psychosis in Northern Finland. En H. Anderson y D. Gehart (Eds.): *Collaborative therapy. Relationships and conversations that make a difference*. New York: Routledge.
- Haugh, S. y Paul, S. (2008). *The therapeutic relationship. Perspectives and themes*. Ross on Wye (England): PCCS Books.
- Heard, W. (1993). *The healing between. A clinical guide to dialogic psychotherapy*. San Francisco: Jossey Bass Publishers.
- Henderson, E. (2006). *La resiliencia en el mundo de hoy. Cómo superar las adversidades*. Barcelona: Gedisa.
- Joseph, S. y Worsley, R. (2005). *Person-centred psychopathology. A positive psychology of mental health*. Ross on Wye (England): PCCS Books.
- Joseph, S. y Worsley, R. (2007). *Person-centred practice. Case studies in positive psychology*. Ross on Wye (England): PCCS Books.
- Kriz, J. (2007). Actualizing tendency: the link between person-centered and experiential psychotherapy and interdisciplinary systems theory. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 6(1), 30-44.
- Levitt, B. (2005). *Embracing non-directivity. Reassessing person-centered theory and practice in the 21st Century*. Ross on Wye (England): PCCS Books.
- Levitt, B. (2008). *Reflections on human potential. Bridging the person-centered approach and positive psychology*. Ross on Wye (England): PCCS Books.
- Manciaux, M. (2003). *La resiliencia: resistir y rehacerse*. Barcelona: Gedisa.
- Mearns, D. y Cooper, M. (2005). *Working at relational depth in counseling and psychotherapy*. London: Sage.
- Mearns, D. y Thorne, B. (2003). *La terapia centrada en la persona hoy*. Bilbao: Desclee de Brouwer.
- Melillo, A., Suárez, E. y Rodríguez, D. (2004). *Resiliencia y subjetividad. Los ciclos de la vida*. Buenos Aires: Paidós.
- Merleau-Ponty, M. (1954). *El problema de la percepción del prójimo en el niño*. París: Centro de Documentación Universitaria de los Cursos de la Sorbona-París.
- Moreira, V. (2001). *Más allá de la persona. Hacia una psicoterapia fenomenológica mundana*. Santiago de Chile: Universidad de Santiago.
- Moustakas, C. (1988). *Phenomenology, science and psychotherapy*. Sidney, NS (Canadá): Family Life Institute.

- Pollard, J. (2005). Authenticity and inauthenticity. En E. Van Deurzen y C. Arnold (Eds.): *Existential perspectives on human issues. A handbook of therapeutic practice*. New York: Palgrave.
- Portner, M., Prouty, G. y Van Werde, J. (2002). *Pre-therapy. Reaching contact-impaired clients*. Ross on Wye (England): PCCS Books.
- Prouty, G. (1994). *Theoretical evolutions in person-centered/experiential therapy: applications to schizophrenic and retarded psychoses*. Westport, CN: Praeger.
- Prouty, G. (1998). Pre-therapy and pre-symbolic experiencing. Evolutions in person-centered/experiential approaches to psychotic experience. En L. Greenberg, G. Lietaer y J. Watson (Eds.): *Handbook of experiential psychotherapy*. New York: The Guilford Press.
- Rogers, C.B. (1951). *Client-centered therapy*. Boston: Houghton & Mifflin.
- Rogers, C.B. (1957). The necessary and sufficient conditions of personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 95-103.
- Rogers, C.B. (1961). *On becoming a person*. Boston: Houghton & Mifflin.
- Rogers, C.B. (1980). *A way of being*. Boston: Houghton & Mifflin.
- Rogers, C.B., Gendlin, E.T., Kiesler, D.J. y Truax, C.B. (1967). *The therapeutic relationship and its impact. A study of psychotherapy with schizophrenics*. Madison, WI: University of Wisconsin Press.
- Sanders, P. (2005). Principled and strategic opposition to the medicalization of distress and all of its apparatus. En S. Joseph y R. Worsley (Ed.): *Person-centered psychopathology. A positive psychology of mental health*. Ross on Wye (England): PCCS Books.
- Schmid, P. (2001). Authenticity: The person as his or her own author. Dialogical and ethical perspectives on therapy as an encounter relationship, and beyond. En G. Wyatt (Ed.): *Rogers' therapeutic conditions: Evolution, theory and practice (volume 1: Congruence)* (pp. 213-228). Ross-on-Wye (England): PCCS Books.
- Schmid, P. (2002). Knowledge or acknowledgement? Psychotherapy as "the art of not knowing" – prospects on further developments of a radical paradigm. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 1, 56-70.
- Schmid, P. (2005). Authenticity and alienation: towards an understanding of the person beyond the categories of order and disorder. En S. Joseph y R. Worsley (Eds.): *Person-centered psychopathology: a positive psychology of mental health* (pp. 75-90). Ross-on-Wye (England): PCCS Books.
- Schmid, P. (2006). The challenge of the other: towards dialogical person-centered psychotherapy and counseling. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 5(4), 240-254.
- Schmid, P. (2008). Personalizing tendency: dialogical and therapeutic consequences of the actualizing tendency axiom. En B. Levitt (Ed.): *Reflections on human potential. Bridging the person-centred approach and positive psychology*. Ross on Wye (England): PCCS Books.

- Seeman, J. (2008). *Psychotherapy and the fully functioning person*. Bloomington, IN: Author House.
- Sommerbeck, L. (2003). *The client-centered therapist in psychiatric contexts. A therapists guide to the psychiatric landscape and its inhabitants*. Ross on Wye (England): PCCS Books.
- Swildens, W., Croes, C., Gramsma, B., Berg, H. van den, Driedonks, G., Voesenek, R. y Wel, T. van (2008). *De Utrechtse Zorgmonitor; ervaringen met monitoring van mensen met psychotische stoornissen*. Utrecht: Altrecht.
- Tudor, K. y Worrall, M. (2006). *Person-centered therapy. A clinical philosophy*. East Sussex (England): Routledge.
- Van Deurzen-Smith, E. (1997). *Everyday mysteries. Existential dimensions of psychotherapy*. London: Brunner-Routledge.
- Van Deurzen, E. y Arnold-Baker, C. (2005). *Existential perspectives on human issues. A handbook of therapeutic practice*. New York: Palgrave.
- Warner, M. (2002). Psychological contact, meaningful process and human nature. A reformulation of person-centered theory. En P.Sanders y G. Wyatt (Eds.): *Rogers' therapeutic conditions: evolution, theory and practice. Contact and perception (vol. 4)*. Ross-on-Wye (England): PCCS Books.
- Warner, M. (2003). La terapia centrada en la persona en el difícil límite: un modelo evolutivo del proceso frágil y disociativo. En D. Mearns y B. Thorne (Eds.): *La terapia centrada en la persona hoy*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Yip, K.S. (2005). A strengths perspective in understandig and working with clients with psychosis and records of violence. *Journal of Humanistic Psychology*, 45(4), 446-464.