

Desafíos Centrados en la Persona a los Sistemas Tradicionales de Asistencia Psicológica

Pete Sanders
Ross-on-Wye, UK

Traducción: Silvia Lombardi

Desafíos centrados en la persona a los sistemas tradicionales de asistencia psicológica

Se revisan las tensiones entre la asistencia psicológica tradicional y la psicoterapia centrada en la persona y experiencial. Se proponen los siguientes desafíos a los sistemas tradicionales dominados por el modelo médico: (i) reconocer y actuar teniendo en cuenta que la lucha por la salud mental y el desarrollo implica tratar y el cambiar el ambiente; (ii) entender que los seres humanos crecen en respuesta al ambiente y que el crecimiento es la mejor metáfora para el cambio; (iii) poner en práctica las consecuencias de la unicidad de cada persona; (iv) reconocer que la única “pericia” útil en terapia consiste en la capacidad no interferir en el proceso curativo del cliente y de acompañarlos, reconociendo y actuando basados en el hecho de que el cliente es el experto, y el refinamiento de la capacidad humana de brindar una buena relación; (v) terminar con la actividad perjudicial que es el psicodiagnóstico; (vi) los clientes deben tener la opción de elegir el tratamiento y los terapeutas psicológicos deben ser facilitadores no-críticos del proceso elegido; (vii) el uso de técnicas individuales de relación no equivale a encuentro; y (viii) los psicólogos deben elegir los tratamientos que consideren morales, éticos, y de acuerdo a los principios.

INTRODUCCIÓN

En una entrevista con el psiquiatra Anthony Clare para el programa de radio de la BBC, “Todo en la mente” en 1976, Carl Rogers dijo:

Consideramos el modelo médico como un modelo extremadamente inadecuado para ocuparse de resolver los problemas psicológicos. El modelo que tiene más sentido es un modelo de crecimiento o un modelo de desarrollo. En otras palabras, vemos a las personas como teniendo un potencial para el crecimiento y el desarrollo, y que el mismo puede ser liberado en el clima psicológico adecuado. No las vemos como enfermas y necesitando un diagnóstico, una receta y una cura. Y eso es una diferencia fundamental con muchas implicaciones. (Rogers, 1976)

Gran parte de este escrito es una elaboración de esa corta afirmación. Puede haber poco o nada nuevo en este escrito, su valor yace en la continua relevancia, en verdad prescencia de la visión de Rogers acerca de la naturaleza del cambio y las consecuencias de sus teorías para un sistema psicológico de salud que sigue dominado por el modelo médico.

LA INFLUENCIA PENETRANTE DE LA CULTURA PROFESIONAL DE LA ASISTENCIA PSICOLÓGICA

El sistema de cuidado del bienestar psicológico da forma no sólo a cómo pensamos acerca de nosotros mismos y nuestras experiencias cotidianas, sino también a nociones tales como el orden y el desorden, la salud y la enfermedad, y la normalidad y la anomalía. Está tan arraigado en nuestras vidas que es lo que el sociólogo francés Pierre Bourdieu llama *doxa*: la manera natural de las cosas que damos por sentado. ‘Va sin decir porque viene sin decir’ (Bourdieu, 1977, p. 167). Es una creencia colectiva de la que no se habla, tan poderosa y penetrante que nunca necesita ser hablada, en verdad no sabemos que está allí para que se hable de ella. Limita

y orquesta qué se nos permite pedir o no, preguntar o no, qué nos permiten pensar y qué no, qué es normal y qué anormal, y, en nuestra vida mental, qué consideramos como experiencia común o como condición que necesita ser tratada.

Es difícil para los profesionales psicológicos cuestionar el sistema de asistencia psicológica porque el prestigio profesional y el sustento dependen del mismo. Es difícil para clientes y usuarios del sistema cuestionarlo porque tiene una posición estructural débil (Proctor, 2002) y naturalmente muchos se sienten cómodos, seguros y sostenidos por él – siendo esta una razonable y eficaz dinámica que ayuda a crear un ambiente para sobrellevar y hasta recuperarse. Tanto los profesionales como los usuarios de los servicios psicológicos se arriesgan a perder el derecho a voto.

Cada momento de sumisión a la cultura profesional dominante sedimenta en cada persona – se deposita capa por capa de tal modo que terminamos incluidos en ella. Cada terapeuta encarna la cultura profesional prevaleciente sin darse cuenta – no sólo estamos confinados a pensar desde ella, sino que también actuamos a partir de ella, sin importar cuáles sean nuestras intenciones.

Aunque necesariamente abreviado para este corto escrito, es claro que por muy radical que fuera la afirmación de Rogers en 1976 – su trabajo fue en los 40 y 60 (Rogers, 1942, 1951) – o siga siendo hoy en día, el sistema tradicional de asistencia psicológica sigue resistente al cambio.

SISTEMAS TRADICIONALES DE ASISTENCIA PSICOLÓGICA

En el Reino Unido el sistema de asistencia psicológica es tradicional ya que su cultura y práctica han sido determinados por la historia de la psiquiatría y psicología clínicas. Esta influencia continua a través del poder estructural de estas dos profesiones. Sus luchas de poder entre las autoridades morales, políticas y económicas que compiten, más que la ciencia, son las que han determinado quién es responsable del bienestar de nuestra vida mental (Newnes, 1999). El siglo XXI ve un sistema complejo y multifacético cuyas características incluyen ser, entre otras cosas: un sistema para curar; una empresa científica; un medio de empleo para psicólogos, psiquiatras y otras profesiones asociadas; una jerarquía profesional en la cual las reputaciones se pueden construir y destruir; un mecanismo de control del estado; un santuario para escapar de la abrumadora desintegración de las relaciones sociales en la vida diaria; un apéndice de la industria farmacéutica (adaptado de Newnes, 1999, p.22).

Aunque no todos compartirán estas opiniones, quizás todos podemos concordar en que el cuidado psicológico tradicional sigue siendo un vasto experimento humano. Sostengo que tiene con las siguientes atributos:

1. Medicaliza el sufrimiento.
2. Es reduccionista y orientado a los síntomas y reproduce una psicopatología sin evidencias.
3. El proveedor del servicio se constituye en profesional, técnico y experto.
4. La persona a la que se cuida se constituye en paciente, enfermo, quebrado o deficiente
5. El problema se elabora como desequilibrio, deficiencia, o enfermedad
6. Las relaciones de poder entre el profesional y la persona a la que se cuida son complejas, en gran parte no reconocidas y con tendencia a la docilidad y coerción
7. Las relaciones de poder se representan en forma de tratamiento: los modelos comúnmente ofrecidos son educacionales, correccionales, reforzando un modelo tanto de enfermedad como de deficiencia, y de poco poder estructural y personal en el paciente
8. El proceso del cambio se constituye como la administración de un tratamiento tecnológico correctivo que ofrece reparación o reprogramación
9. La meta del tratamiento es recuperar un estado anterior de bienestar, corregir los desvíos y devolver al paciente a su entorno social y ocupacional

Este sistema de comprensión representa el triunfo de la tecnología sobre la naturaleza en el dominio de la psicología. Valora

- El resultado por sobre el proceso
- La objetividad por sobre la subjetividad
- El análisis por sobre la síntesis
- La abstracción de los hechos por sobre la descripción de las experiencias
- Las personas como objetos por sobre la gente como personas

Y el siglo veintiuno ve a la biologización del esfuerzo terapéutico abarcar una más amplia gama de áreas. La

consideración de las discutibles repercusiones de la neuropsicología en la psicoterapia llevan a Grawe (2006) a introducir la nueva supuesta práctica de *neuro-psicoterapia*, pero este no es un desarrollo no problemático – a menudo se ignoran los riesgos del reduccionismo y se tira por la borda la prudencia. Alerta a las limitaciones, Fuchs (2004, p. 482) señala:

Si bien los procedimientos de neuro-imágenes pueden ser herramientas muy útiles, también tienen un número de limitaciones que deben ser tenidas en cuenta (Beutel et al., 2003). Por supuesto que estas imágenes brillantes no muestran al cerebro real en acción sino que son meras visualizaciones de análisis estadísticos, basadas en la substracción de gran número de imágenes con problemática correlación con las estructuras morfológicas del cerebro (Selemon et al., 2002). Por lo tanto son mucho más constructos científicos que imágenes del “cerebro”. Además no es para nada seguro que los fenómenos clínicamente importantes correspondan a aquellos que se ven más coloridos en las imágenes (Caspar, 2003).

Y en conclusión él advierte: “Si embargo sería verdaderamente una ilusión esperar que los complejos procesos interpersonales que se dan en el curso de la psicoterapia puedan ser alguna vez descriptos por completo por la fisiología del cerebro (Fuchs, 2004, p. 484).

Mientras que se ha apuntado con críticas al modelo médico debemos entender que la preocupación de este escrito tiene que ver con la metáfora de la enfermedad, la medicalización de la angustia y todo lo que se desprende de esto. Aplicar esa crítica a la práctica es un asunto de matices. Es posible, por ejemplo, criticar la medicalización y al mismo tiempo reconocer que la medicación psicotrópica funciona – es decir al menos temporalmente mejora los síntomas de algunos pacientes. El desafío es explicar *cómo* funciona la medicación, y aunque una explicación completa está más allá del alcance de este trabajo, se sostiene que las explicaciones del modelo centrado en la enfermedad con respecto a la acción de las drogas están en discrepancia con el tono de esta ponencia, mientras que las explicaciones del modelo centrado en las drogas (Moncrieff, 2008) están en armonía con las posiciones aquí esbozadas.

PORQUÉ ES IMPORTANTE PENSAR ACERCA DE LA CULTURA DEL SISTEMA PSICOLÓGICO DE AYUDA

Al develarse esta descripción del sistema de cuidado psicológico, se revela su potencial de ser una forma deshumanizante de tratar a los seres humanos. No es mi intención cuestionar la cualidad del trabajo o la buena voluntad de millones de personas que tratan de brindar cuidado de primer nivel a sus pacientes y clientes – este trabajo protesta contra el *sistema*. Pero por muy monstruoso que parezca este sistema, es brindado por seres humanos, cuya gran mayoría hacen un excelente trabajo mientras luchan contra sus desafíos diarios para re-humanizar un sistema y una forma de trabajo acostumbrados a hacer las cosas a su manera. Son las protestas de los trabajadores, pacientes y clientes en el sistema las que eventualmente llevarán al cambio. Los desafíos implícitos en las terapias centradas en la persona y experienciales se pueden resumir como la re-humanización del cuidado psicológico por la gente que está en él; trabajadores y usuarios.

En 1976 Ivan Illich introdujo el concepto de iatrogenesis para indicar los efectos perjudiciales de la medicalización de la vida y los tratamientos médicos. Él describe tres niveles de daños: (i) iatrogenesis clínica es el daño causado a pacientes por tratamientos médicos; (ii) iatrogenesis social es el daño causado por la innecesaria medicalización de la vida; y (iii) iatrogenesis cultural es la destrucción de maneras culturalmente tradicionales de tratar el dolor, la enfermedad y la muerte.

Porque la manera que pensamos acerca de los procesos de angustia y cambio se encarna en los médicos, se reproduce en los clientes a través de su contacto con los profesionales de la salud así como también a través del contacto generalizado con el sistema de asistencia psicológica y la vida diaria. Cuando los terapeutas crean las condiciones para el cambio, sus creencias y acciones le dicen al cliente en qué tipo de proceso están y cuál puede ser el resultado. Los investigadores de psicología hablan de *las características de la demanda* (Orne, 1962) por la cual los participantes en experimentos se forman una interpretación del propósito del experimento e inconscientemente cambian su comportamiento en consecuencia. Hinshelwood (1997) y Johnstone (1989) por ejemplo, van más allá y describen coerción activa en terapia no siempre practicada al servicio del cliente. Claramente hay más de una dinámica por la cual los clientes vulnerables, con poco poder estructural y personal en la terapia (Johnstone, 1989; Proctor, 2002), tratan de entender y de seguir las reglas y de responder a las características que perciben en la demanda terapéutica. La medicalización de la angustia crea los tres niveles de iatrogenesis de Illich (1976).

Entonces si el que ayuda piensa el cliente está enfermo, dañado, o que necesita reprogramación, lo más probable es el cliente vulnerable actuará de esta manera para cumplir con las características terapéuticas demandadas. Si esperamos que sean, como dice Jürgen Kriz (2008, p. 8), una “lata” a la que se pondrá en forma nuevamente entonces así es cómo probablemente se comporten.

¿QUÉ ES TAN DIFERENTE EN LAS PSICOTERAPIAS CENTRADAS EN LA PERSONA Y EXPERIENCIALES?

En una presentación en la Universidad de Minnesota el 11 de diciembre 1940, Carl Rogers desafió la ortodoxia de la terapia proponiendo algunos de los “conceptos más nuevos” (Rogers, 1940, 1942). Él desafió lo que llamó terapia centrada en el counselor (ver Rogers, 1942, p. 27) con los subsecuentes desarrollos en los 50 que incluían (i) la tendencia actualizante; (ii) la no-directividad; (iii) el holismo; y (iv) la importancia de la relación caracterizada por la aceptación, comprensión y genuinidad. Esta es la génesis de los desafíos actuales. Las siguientes secciones explican cómo la promulgación de los terapeutas centrados en la persona y experienciales de estos “conceptos más nuevos” es un antídoto para la iatrogenesis clínica, social y cultural.

La tendencia actualizante

El lenguaje y las metáforas de las terapias centradas en la persona nos recuerdan continuamente que los seres humanos son organismos vivos, sensibles, sensitivos (ver Tudor y Worrall, 2006). Una pregunta en el corazón de los enfoques humanísticos al cambio es si la supervivencia, la prosperidad y la realización se logran por medio de la liberación del potencial o de la regulación de impulsos destructivos. Rogers definió la tendencia actualizante en 1959:

Ésta es la tendencia inherente del organismo a desarrollar todas sus capacidades de maneras que sirvan para mantener o para realzar el organismo. Implica no sólo la tendencia a resolver lo que Maslow llama “necesidades de deficiencia” de aire, alimento, agua, y otras similares, sino también actividades más generalizadas. Implica el desarrollo hacia la diferenciación de órganos y de funciones, expansión en términos del crecimiento, expansión de la eficacia mediante el uso de herramientas, expansión y crecimiento a través de la reproducción. (Rogers, 1959: p. 196)

La tendencia actualizante provoca una práctica cooperativa, fenomenológica y de acompañamiento, dedicada a quitar obstáculos a la actualización dentro de la personalidad y el ambiente. Paul Wilkins (comunicación personal) recuerda a María Bowen comparando la tarea del terapeuta Centrado en la Persona con la de un Sherpa: Él sugiere que los Sherpas son compañeros de viaje, conocedores de las montañas, aunque pueden no haber viajado antes por esa ruta o esa montaña, pacientemente alentando con su presencia; allí para asumir temporalmente el peso cuando negociar el rumbo requiere toda la energía del viajero. Esto considera a la angustia no como síntoma de deficiencia del organismo, sino como la respuesta del organismo a los desafíos y deficiencias del ambiente. Puesto que el organismo siempre está haciendo lo mejor que puede, podemos ver a la angustia como una respuesta razonable a un mundo poco razonable.

Tomando prestado los términos de Dave Mearns (2006, p. 134), hay conflicto intrínseco entre por un lado el modelo centrado en la persona de *potencialidad* y, por otro lado, el modelo de *deficiencia* del sistema de salud mental. El modelo de deficiencia del sistema tradicional describe la angustia en términos de mala adaptación, falla, defecto o debilidad inherentes en el organismo. En el modelo de la potencialidad la angustia se entiende como el mejor intento del organismo para sobrevivir, mantenerse, crecer y desarrollarse en un medio ambiente nocivo intrapersonal e interpersonal, social, económico o material – un ambiente del cual nosotros como ciudadanos somos responsables en nuestras familias, vecindarios y escuelas y en el cuarto oscuro. Aunque la evidencia apunta a la pobreza, educación deficiente, problemas de vivienda, bajo capital comunitario, falta de oportunidades y opresión como psicológicamente dañinos (ej., Bhui, 2002; Emisch et al., 2001; Read, 2004), como profesionales con interés en comprender qué nos hace infelices, los psicólogos permanecen silenciosos e inactivos.

Por lo tanto el primer desafío centrado en la persona al sistema de asistencia psicológica es *reconocer y actuar habiendo comprendido que la lucha por la salud mental y el desarrollo implica confrontar y cambiar el medio ambiente* (Sanders & Tudor, 2001, p. 157).

El segundo desafío también surge de la tendencia actualizante. La terapia centrada en la persona a diferencia de la receta del modelo médico no es un acto de restaurar al individuo a un cierto estado pre-mórbido. A diferencia de las formulaciones de las terapias psico-dinámicas, behavioristas o cognitivas no es la reparación

de una maquinaria mental defectuosa, ni volver a aprender una receta adaptativa para vivir. En la terapia centrada en la persona la persona crece a través de y con su *experiencing* presente logrando uno nuevo, diferente, que abarca otros acontecimientos y experiencias sanates, único en la trayectoria de la vida individual del cliente. El segundo desafío de las terapias centradas en la persona es entonces *entender que los seres humanos crecen en respuesta al ambiente, ese crecimiento es la mejor metáfora para el cambio*.

Los seres humanos no aprenden a sobreponerse de la angustia, no se reparan, no se curan, no se re-conectan espiritualmente o vuelven a estar enteros. Ellos hacen todas y ninguna de estas cosas: la psicología centrada en la persona libera al cliente para experimentar y comprender su proceso individual de cambio de cualesquier forma que desee. Entonces en lo que respecta al cliente, puede ser que se esté curando, se esté sanando, reparando, reprogramando o hasta que lo estén desabollando. En la práctica centrada en la persona tendrán sus propias metáforas idiosincráticas para el cambio respetado y seguido por el terapeuta.

El tercer desafío al sistema psicológico de salud es entonces: *Los terapeutas deben poner en práctica las consecuencias de la unicidad de cada persona*. Cuando los profesionales centrados en la persona dicen “todos son únicos” no es cliché, un eslogan contemporáneo. Es caminar una senda desconocida a la recuperación de cada persona en sus propios términos, sin un mapa, excepto uno donde todos los caminos conducen al encuentro y al diálogo.

No-directividad

Este tema es muy discutido todavía ya que se trata de algo más que una cuestión de cómo comportarse en la práctica – para muchos está en el centro de una constelación de valores de vida y ética. No hay suficiente espacio en esta presentación para tratar las diferencias entre las posiciones aquí. Para una revisión y descripción de las posiciones actuales ver Levitt, 2005.

Barry Grant (1990) esbozó la diferencia entre usar la no-directividad como un instrumento o una herramienta en vez de sostenerla como valor fundamental o central de la vida humana. Dado que el centro de la naturaleza humana se expresa mejor con la idea de la tendencia actualizante, el principio de no-directividad como valor central y actitud se deduce por lógica. La no-directividad del Enfoque Centrado en la Persona no es imprecisa, ni confusa, ni implica ociosidad, inercia o *laissez-faire*. Es la aplicación consciente de las acciones que siguen a la naturaleza más que un acto contrario a ellas.

Muchos profesionales centrados en la persona no se sienten inclinados a usar la no-directividad como una herramienta o técnica. Cuando este principio activamente da forma a la práctica determina todo el marco actitudinal del profesional hacia el cliente como otro miembro de la raza humana. Señala un reconocimiento de la persona como un organismo en proceso, con el crecimiento y florecimiento como metáforas de cambio y de curación humana relacional. Milita contra una valoración instrumental del ser humano (la persona como máquina), con la reparación manual y el ajuste como metáforas para el cambio y un tratamiento invasivo, cuasi-médico.

Cuando los profesionales ponen el seguimiento más que la intervención en el corazón de la sanación, plantean dos preguntas para el mundo de las profesiones de ayuda: Primero, “¿qué clase de pericia necesita el terapeuta psicológico?”

Ya que la mismísima existencia de la habilidad en psicología humana se afirma en la idea del presunto conocimiento, es apropiado preguntar: ¿qué tipo de conocimiento? ¿acerca de qué exactamente? Desde John Locke hasta Wilhelm Wundt y desde William James a los psicólogos cognitivos de siglo XXI, ha llegado a ser axiomático que la psicología es una ciencia (Miller, 1957). El campo emergente de la psicología se volvía más prestigioso, más respetable si copiaba a las ciencias físicas en sus métodos. El destino jugó las cartas a favor de la medicina cuando se descubrió que la parálisis general del enfermo mental era sífilis terciaria (Healy, 2002) y los psicólogos y psiquiatras tradicionales limitados por los supuestos de las ciencias naturales han usado los métodos de la ciencia natural para buscar una base física para la locura y la angustia desde entonces.

La medicina psicológica tradicional entonces utiliza intervenciones y metáforas tecnológicas y cuando la máquina humana se rompe, el tratamiento es la reparación tecnológica. Ese tipo de reparación sólo puede ser realizada por un experto que utilice técnicas. Sin embargo los Profesionales Centrados en la persona no realizan intervenciones tecnológicas. Adoptan el principio de no-acción para facilitar que florezca la naturaleza humana en un estilo ecológico de curar. Los ecologistas observan, describen y hacen esfuerzo para entender sistemas complejos mientras que los tecnólogos intervienen en el funcionamiento del sistema y aconsejan con frecuencia en contra de esa naturaleza al practicar una experta interferencia tecnológica.

¿En qué son expertos los profesionales centrados en la persona? Son expertos en la descripción, la facilitación, la comprensión y el seguimiento o en acompañar a la naturaleza - específicamente entendiendo y acompañando la naturaleza única del sistema complejo que es el ser humano que está enfrente de ellos con todas sus variadas y múltiples conexiones con el sistema social más complejo aún en el cual vive.

El enfoque centrado en la persona plantea un desafío más al sistema tradicional al formular una segunda

pregunta: “Si el terapeuta no es el experto entonces ¿quién lo es?” Carl Rogers (1961, pp. 11-12) resumió la respuesta así: “Es el cliente que sabe qué le duele, en qué direcciones ir, qué problemas son cruciales, qué experiencias ha enterrado profundamente”. Poco más de 10 años antes de su muerte, Rogers todavía sostenía la no-directividad en el centro de su pensamiento cuando en 1975 él dijo: “Todavía siento que la persona que debe dirigir la vida del cliente es el cliente” (Rogers, en Evans, 1975: 26).

En 1946 Carl Rogers observó:

“Uno podría suponer que habría una reacción general favorable ante este descubrimiento, puesto que implica recurrir a los grandes depósitos de la energía hasta ahora poco usada. Sin embargo sucede todo lo contrario en los grupos profesionales. No hay otro aspecto de la terapia centrada en el cliente que sea tan fuertemente atacado. Parece que para muchos profesionales es verdaderamente perturbador pensar que este cliente a quien han estado ofreciendo su habilidad profesional en realidad sabe más sobre su [sic] ser psicológico interno de lo que ellos pueden saber, y que él [sic] posee las fuerzas constructivas que hacen que el empuje constructivo del terapeuta verdaderamente parezca inútil en comparación. (Rogers, 1946)

Ahora sabemos por la obra de, por ejemplo, Bohart y Tallman (1999), Hubble, Duncan y Miller (1999) y Wampold (2001) que Rogers tenía razón. Como lo expresó John Shlien, “el cliente es único, tiene derecho a fracasar así como también a tener éxito, y es el *principal factor* del éxito, ya que se da demasiada importancia a la actuación del terapeuta” (Shlien, citado en Sanders, 2003, p. xiii, énfasis del original). Los terapeutas centrados en la persona y experienciales continúan intentando ‘golpear suavemente’ “los grandes depósitos de energía del cliente hasta ahora poco utilizada” (Rogers, 1946) en el cliente y esto continúa erizando a los profesionales. Es más, las terapias centradas en la persona y experienciales son también para la emancipación, la conciencia de sí mismo y autodeterminación. Proporcionan métodos para transformarnos de ser, como dice Madigan, *pacientes* sin conocimiento a ser *personas* con conocimiento. No debería resultar para nada sorprendente para los terapeutas usando el título de centrados en el cliente o la persona, que el cliente es verdaderamente el principal factor en el resultado exitoso de la terapia – en verdad es más un caso de profecía cumplida. Junto con esto viene el mandato de desnudarnos a nosotros y a nuestra profesión del mito de la maestría. Esto es un desafío poco popular al sistema de asistencia psicológica que se está convirtiendo rápidamente en un desfile de tecnologías. Es tan impopular con los profesionales como Carl Rogers descubrió hace más 60 años, y es impopular con los clientes también.

Es impopular con los profesionales porque amenaza la posición profesional, el prestigio personal, el poder y los ingresos. Es impopular con los clientes porque la psicologización y el medicalización de todo en nuestras vidas nos han llevado a ser dependientes de los expertos. La cultura consumista requiere que reneguemos de nuestros propios deseos, nuestro marco interno de referencia, y en lugar eso consultemos a expertos. Expertos en las maneras de la salud psicológica, que presentan como nuevos descubrimientos pero no son otra cosa que técnicas constantemente re-inventadas. Las terapias psicológicas son cómplices de hacer que los clientes sean adictos a ser expertos y ahora apoyan su necesidad de conseguir la dosis habitual de los distribuidores confiables.

El cuarto desafío para las terapias centradas en la persona es por lo tanto reconocer *que en terapia sólo sirve ser expertos en*

1. *la capacidad de no interferir en el proceso curativo del cliente y acompañarlos*
2. *reconocer que el cliente es experto y actuar de acuerdo a eso*
3. *refinar la capacidad humana de brindar una buena relación*

Holismo

La terapia centrada en la persona es intrínsecamente holística. Desde 1951 en adelante Rogers reclama que el organismo es un “todo organizado” (Rogers, 1951, p. 486), y que deberíamos verlo y responder así, como tal es de primordial importancia en la teoría y práctica. Los seres humanos son entidades complejas que, a pesar de los mejores esfuerzos de la ciencia reduccionista, están más allá de todo análisis y comprensión en términos de sus componentes. Por ejemplo, después de que se gastaran millones de libras en el proyecto del genoma humano y la década del cerebro, seguimos estando lejos de comprender la naturaleza de, por ejemplo, la mente (ver Rose, 2005).

El modelo médico de la enfermedad mental – reduccionista y parcial en su consideración de la persona y con su foco exclusivo en la semejanza de los síntomas más que en la experiencia de la angustia – claramente no va al ritmo de las terapias centradas en la persona. A los dominios somáticos, cognitivos, afectivos y espirituales

de la existencia humana se les da igual oportunidad de expresión en las terapias centradas en la persona, dependiendo de las propias tendencias y particularidades del cliente y con consideración respetuosa de la primacía de su experiencia de sí mismos.

El sistema de clasificación central en el modelo médico, base del diagnóstico, es en sí mismo en el mejor de los casos irrelevante y en el peor de los casos un insulto dañino y una restricción cultural de la diversidad (ver Boyle, 1999; Kutchins & Kirk, 1999), ya que el sistema de cuidado psicológico utiliza el diagnóstico simplemente para etiquetar, gerenciar y juntar fondos, por más que aparenten otra cosa (Bentall, 2003). Los terapeutas dedicados a la emancipación, a la libertad, a la autodeterminación, al crecimiento, al desarrollo, y al potenciamiento, están en una situación comprometida por la arbitraria (Bentall, 2003), iatrogénica y estigmatizante (Read & Haslam, 2004) naturaleza del diagnóstico. El diagnóstico requiere que una persona ya vulnerable se someta a la autoridad inconsistente y perjudicial (aquí cuestionada) del experto que diagnostica. Como dijo Rogers, *el experto es el cliente*, y el terapeuta centrado en la persona, como dice Peter Schmid (2004, p. 36), “vuelve al cliente” para tener autoridad.

Si el diagnóstico tiene algún lugar es como encuentro, un proceso reflexivo continuo de descubrimiento de todas las posibilidades de comprensión de uno mismo y del otro. La terapia centrada en la persona tiene el potencial para este diagnóstico co-creado. Pero otra vez, para confusión de los observadores exteriores, cada maniobra de diagnóstico es imprevisible, cada diagnóstico es un momento temporal del proceso, no un destino. Y lo más confuso de todo, cada diagnóstico es único para el individuo en cuestión y por lo tanto inclasificable.

El quinto desafío al sistema psicológico es *parar la actividad perjudicial que es el psico-diagnóstico*. Y en su lugar correr el riesgo de encontrarse con sus clientes.

La importancia de la relación y lo que nos dice la investigación

Cada vez más, parecería que la simple mención de la palabra relación es bastante desafío para los que manejan los sistemas de prestación de tratamientos tradicionales. Después del diagnóstico instrumental el sistema psicológico tradicional le da pocas opciones a los pacientes excepto ser tratados de manera instrumental. A veces ni siquiera por una persona, sino en un proceso de cuidado progresivo de libros de autoayuda, seguido por terapia cognitiva computarizada y, si no hay progreso, a regañadientes contacto con una persona real - que probablemente proceda según las instrucciones de un manual de protocolo de terapia.

De una variedad de estudios surge que un gran número de factores y actividades van a ayudar a una persona a crecer a través de y con su sufrimiento psicológico. Cultivar plantas (Sempick, Aldridge, & Becker, 2003); caminar y hacer ejercicio (Cowper et al., 1991); tener esperanzas (Leete, 1989); estar con animales (Lipton, 2001); estar en contacto cercano con ambientes naturales (Mind, 2007); tener una pareja (Willitts, Benzeval, & Stansfeld, 2004); tener una buena red de contactos sociales (en oposición a estar socialmente aislado); tener un trabajo (Lewis & Sloggett, 1998); vivir en una comunidad estable y segura (ver Payne, 1999); tener control de su propio tratamiento (Chamberlin, 1978) y otras; todo esto está asociado al bienestar psicológico y/o a un resultado positivo. Ofrezcamos sólo dos o tres de éstos a la madre sola que vive debajo de la línea de la pobreza en un lugar húmedo e inapropiado, tomando antidepresivos y veremos una mejoría. Pero esta lista da vergüenza por dos razones. Primero, todos estos factores son evitables en el sentido que podemos organizar a la sociedad para prevenirlos, y segundo, la terapia no está en la lista.

En términos de la contribución que la terapia puede hacer a la obtención de un buen resultado, la evidencia muestra que no hay un solo método terapéutico eficaz para todos los clientes, más bien muestra que todos los enfoques terapéuticos son, con leve variación, igualmente eficaces (e.g., Lambert & Barley, 2002; Stiles, Barkham, Twigg, Mellor-Clark, & Cooper, 2006; Cooper, 2008). Pero todavía peor para el profesional psicológico experto, la investigación también muestra que los terapeutas no son el factor más eficaz en el proceso curativo. Son los factores del cliente - qué tan activamente están comprometidos con la terapia, qué tan dispuestos están a asumir el rol de cliente y qué tan altas son sus expectativas de un resultado exitoso - los que tienen mayor peso en el resultado (Bohart & Tallman, 1999; Wampold, 2001).

Entonces surgen tres desafíos finales más. Primero las terapias psicológicas deben inclinar el equilibrio de vuelta hacia el cliente, y deben considerar prestarle menos atención a las tecnologías de la terapia. El primer paso es declarar sin lugar a dudas la primera parte de estos seis desafíos, que los *clientes deben tener una opción*, ya que darle la opción al cliente es el comienzo del proceso de reconocer y activar al cliente como su propio agente curativo. Habrá algunos clientes que prefieran ocuparse de su sufrimiento leyendo un libro del autoayuda o recurriendo a un programa de tratamiento por computadora o tomando medicación. Otros preferirán un programa basado en actividades como cultivar el jardín, o equino-terapia, y están los que anhelan el crecimiento a través de una relación auténtica. De este modo la segunda parte de este sexto desafío propone que los *terapeutas psicológicos deben ser facilitadores, sin erigirse en jueces, del proceso de tratamiento elegido por el cliente*.

Sin embargo, debemos asegurarnos de que la relación entre el cliente y el terapeuta no sea relegada a una

colección de posibles actividades terapéuticas. A los clientes no se les da un manual de equino-terapia asistida, y se los pone en el campo con un caballo y se les dice que hagan eso. Hay una delicada relación de tres vías entre el terapeuta, el cliente y el caballo. La jardinería, caminar, actividades al aire libre y otras, también se ofrecen mejor en el contexto de una relación. Y hay muchos escritores centrados en la persona (Bozarth, 1998; Merry, 2002; Tudor & Worrall, 2006) que creen que la aplicación de las condiciones básicas de Rogers en la relación como entidades separadas falla por su base. Si los terapeutas tienen que ofrecer relaciones, que no ofrezcan un enfoque mezclado del tipo de “es momento de ser más congruentes” o “este cliente necesita más empatía”. En 1961 Rogers explicó que un cliente avanza cuando se siente entendido, bienvenido, recibido plenamente en todas sus expresiones, comportamientos y experiencias (Rogers 1961, pp. 132–155). ¿Qué debe prevalecer en terapia para que el cliente experimente esto? Por muy bien intencionado y hecho a medida de los síntomas del cliente que pueda parecer, un enfoque tan atomizado, con las condiciones vistas como componentes, todavía reduce al cliente a una bolsa de síntomas, más un objeto que una persona - algo a ser analizado. Cuando los terapeutas se someten a la fragmentación de la relación terapéutica, permiten el uso fragmentario de sus elementos constitutivos de acuerdo a las prioridades del terapeuta. No creo que Rogers tuviera la intención de que su intento de poner en funcionamiento una relación de ayuda se deba tomar como excusa para diseccionar y después re-ensamblar las partes de una manera centrada en la persona.

El enfoque centrado en la persona ya no está solo en promover la empatía y la valoración incondicional, el respeto, la confianza y la autenticidad del terapeuta como características esenciales de buenas relaciones. Prácticamente todos los enfoques terapéuticos abogan por la calidez, empatía y una postura de colaboración como técnicas. Sin embargo los profesionales centrados en la persona son todavía voces marginales cuando se trata de explicar que ese uso instrumental de las variables de la relación es una pálida e insatisfactoria sombra de una relación íntegra y de principios.

Con esto en mente, entonces mi penúltimo desafío a los profesionales de la asistencia psicológica tradicional es que entiendan *que la aplicación de técnicas individuales de relación no equivale a encuentro*. Cortar la relación en componentes puede crear una relación tipo Frankenstein, hecha de piezas robadas, armadas en un laboratorio, pero incapaz de sentir el aliento de la vida. Copia al método médico de administrar dosis o tratamientos y no es holístico. El desafío es evitar una mímica de los métodos médicos (dosis de empatía o congruencia) e ir hacia una manualización de los tratamientos.

¡La psicoterapia es tan efectiva que sólo la ética y la acción social nos pueden salvar ahora!

Si todos los enfoques son igualmente eficaces, si hay una vasta gama de actividades que los clientes pueden realizar para ayudarles a superar sus problemas, si los mismos clientes son el principal agente de su cambio, entonces no importa seguramente lo que hacemos. Todos tendrán premios, como dijo el pájaro dodo.

Los psicólogos y otros profesionales de la ayuda en el siglo XXI deben ponerse de pie o serán descubiertos. Lo que elijamos hacer ahora - cuando creemos que podemos hacer cualquier cosa con el mismo efecto - seguramente será nuestra medida como personas. Nuestras opciones mostrarán los valores que nos mueven. ¿Elegimos el método de ayuda más barato? ¿Elegimos una manera de ayudar que trata a la gente como máquinas, o latas? ¿Elegimos un método que se jacta del calor blanco de la psico-tecnología? ¿Qué elegirá usted?

Si todo es igualmente eficaz y ya no tenemos que inclinarnos en dirección al pragmatismo - nuestras elecciones deben regirse por la ética. Entonces el desafío final dirigido a todos los lectores, y yo me incluyo - *los psicólogos deben elegir los tratamientos que consideran morales, éticos y de acuerdo a los principios*. No lo que *funciona*, sino lo que es *correcto*. Yo estoy de acuerdo con John Shlien cuando él dijo que él elegía este enfoque porque es el único *decente* (Shlien, 2003, p. 218, énfasis original).

Si los desafíos centrados en la persona incluyen el crecimiento más que la curación, relacionarse con todo el organismo más que tratar las partes de una máquina, tratar de entender al individuo más que ofrecer una clasificación que daña, incorporar actitudes más que aplicar técnicas, y elegir la ética más que un pragmatismo que probó ser redundante, entonces las terapias de ECP son de nuevo radicales. Desarrollar una metáfora y modelo que sean adecuados a las personas en el centro, sería un antídoto para la iatrogenesis; como lo sería organizar recursos no sólo terapéuticos sino también económicos y materiales para facilitar la supervivencia, el mantenimiento y el desarrollo del individuo. Tales desarrollos en la teoría y práctica centradas en la persona honrarían el legado revolucionario de Rogers y pondrían este enfoque nuevamente en contacto con los temas centrales de la psicoterapia del siglo XXI. Rogers describió a la “persona del mañana” (Rogers, 1980, p. 339) y cómo facilitar el crecimiento de la misma. La investigación nos dice las condiciones en las cuales las personas florecen, entonces ¿por qué limitarnos a brindar mejores condiciones interpersonales una hora por semana? ¿Porqué parar cuando las condiciones terapéuticas requieren que ayudemos a alguien a superar las malas condiciones sociales, económicas y materiales en las cuales viven? Debemos desarrollar una manera de hacer todo al mismo tiempo.

Ahora es el momento de plantear estos temas, de discutir, de considerar y de determinar nuestra posición. Las acciones posibles incluyen:

- Juntarnos con otras personas de ideas similares (no sólo terapeutas del ECP) para representar la psicoterapia como relación, no como tratamiento pseudo-médico.
- Formar grupos especiales de interés en cuerpos profesionales para hacer campaña a favor de lo psico-social, más que a favor de los modelos médicos en psicoterapia.
- Desafiar al modelo médico y al psico-diagnóstico cada vez que sea posible.
- Resistir los intentos de individualizar y biologizar los problemas - investigar las causas y soluciones psico-sociales con la metodología de las ciencias sociales, no ensayos pseudo-médicos controlados y aleatorizados.
- Instalar este debate, con todas sus dificultades y defectos, en el centro del entrenamiento en counseling, psicoterapia, psicología y psiquiatría.
- Alinearse con el movimiento de servicio al usuario.

Finalmente me desafío a mí mismo preguntándome ¿a quién pienso que estoy sirviendo? ¿Quién está tocando la gaita? ¿Al compás de qué música estamos bailando? Dave Mearns recientemente se preguntó si él había sido un “colaborador, auto engañándose”, de un sistema que utiliza el lenguaje de la psicología humanística para hacer promesas vacías, y utiliza los métodos centrados en la persona para controlar la “disonancia perturbadora” e “institucionalizar la auto-culpa de la víctima” (Mearns, 2006, p. 142). Su respuesta fue “no sé” (ibid). Y si me hago a mí mismo la misma pregunta, llego la misma respuesta. Pero sí sé que *podría* hacer más. El desafío es no ofrecer solamente una receta repetida simplemente de “terapia individual como de costumbre”, pero, si los terapeutas desean ayudar a sus clientes, pararse a su lado de otra manera.

¿Qué quieren las personas que colocamos en el centro de nuestro esfuerzo terapéutico? Pocos terapeutas centrados en la persona concurrimos a reuniones de usuarios del servicio de salud mental en el Reino Unido, o hemos trabajado con organizaciones como Red de escuchar voces, o estamos familiarizados con el creciente movimiento anti-discriminación, anti-estigmatización. Innumerables psiquiatras cognitivos conductuales y psicólogos psicodinámicos asisten a eventos de usuarios en UK, pero los profesionales centrados en la persona brillan por su ausencia.

El cambio hacia nuevas formas de trabajar es una gran tarea cuando la formación actual es obsoleta para preparar a los terapeutas psicológicos para la práctica como profesionales psicosociales. Aprender a ser agentes activos del cambio de los ambientes nocivos psicológicos, sociales y económicos y volverse consultores acerca de ambientes de desarrollo orientados al crecimiento, y al mismo tiempo atender a las causas de sufrimiento intra e interpersonales en los clientes individuales, requerirá dedicación y mucho esfuerzo. Y más aún, como John K. Wood (Wood, 2008, p. 81) escribió:

Practicar la terapia centrada en el cliente es una de las actividades más apasionantes en las que uno puede participar. Demanda todo lo que uno tiene. Exige que saquemos lo mejor que hay en nosotros hacia lo mejor en el otro para sacar a la luz lo mejor que esa relación pueda ofrecer.

Nuestra tarea – estar preparados para ser activos en *todos* estos niveles a la misma vez – es indudablemente difícil, y gran parte será probablemente territorio poco familiar para muchos de nosotros, pero como el sufrimiento psicosocial cada vez más define la vida diaria en el mundo occidental, brindar una práctica psico-social integrada será el próximo desafío para los sicoterapeutas. Esperemos estar a su altura.

REFERENCIAS

- Bentall, R. P. (2003). *Madness explained: Psychosis and human nature*. London: Allen Lane/Penguin.
- Bhui, K. (2002). *Racism and mental health: Prejudice and suffering*. London: Jessica Kingsley.
- Bohart, A.C., & Tallman, K. (1999). *How clients make therapy work: The process of active self-healing*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Bourdieu, P. (1977). *Outline of a theory of practice*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Boyle, M. (1999). Diagnosis. In C. Newnes, G. Holmes, & C. Dunn (Eds.), *This is madness: A critical look at psychiatry and the future of mental health services*, (pp. 75–90). Ross on-Wye, UK: PCCS Books.
- Bozarth, J. D. (1998). *Person-centred therapy: A revolutionary paradigm*. Ross-on-Wye, UK: PCCS Books.
- Chamberlin J. (1978). *On our own: Patient-controlled alternatives to the mental health system*. New York: McGraw-Hill.

- Cooper, M. (2008). *Essential research findings in counselling and psychotherapy: The facts are friendly*. London: Sage.
- Cowper, P. A., Morey, M. C., Bearon, L. B., Sullivan, R. J., DiPasquale, R. C., Crowley, G. M., et al. (1991). The impact of supervised exercise on the psychological well-being and health status of older veterans. *Journal of Applied Gerontology* 10, 469–485.
- Ermisch, J., Francesconi, M., & Pevalin, D. (2001). *Outcomes for children of poverty: Research report No. 158*. London: Department for Work and Pensions. Retrieved May 12, 2008, from <http://www.dwp.gov.uk/asd/asd5/rrep158.pdf>
- Evans, R. I. (1975). *Carl Rogers: The man and his ideas*. New York: E. P. Dutton & Co.
- Fuchs, T. (2004). Neurobiology and psychotherapy: An emerging dialogue. *Current Opinion in Psychiatry*, 17, 479–485.
- Grant, B. (1990). Principled and instrumental non-directiveness in person-centered and client-centered therapy. *Person-Centred Review*, 5, 77–88.
- Grawe, K. (2006). *Neuropsychotherapy: How the neurosciences inform effective psychotherapy*. Hove, UK: Routledge.
- Healy, D. (2002). *The creation of psychopharmacology*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Hinshelwood, R. D. (1997). *Therapy or coercion: Does psychoanalysis differ from brainwashing?* London: Karnac.
- Hubble, M., Duncan, B. L., & Miller, S. D. (1999). *The heart and soul of change: What works in therapy*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Illich, I. (1976). *Medical nemesis: The expropriation of health*. New York: Pantheon Books.
- Johnstone, L. (1989). *Users and abusers of psychiatry*. London: Routledge.
- Kriz, J. (2008). *Self-actualization: Person-centred approach and systems theory*. Ross-on-Wye, UK: PCCS Books.
- Kutchins, H., & Kirk, S. A. (1999). *Making us crazy: DSM — the psychiatric bible and the creation of mental disorders*. London: Constable.
- Lambert M. J., & Barley D. E. (2002). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (pp. 17–32). Oxford: Oxford University Press.
- Leete, E. (1989). How I perceive and manage my illness. *Schizophrenia Bulletin*, 8, 605–609.
- Levitt, B. E. (2005). *Embracing non-directivity: Reassessing person-centered theory and practice in the 21st century*. Ross-on-Wye, UK: PCCS Books.
- Lewis, G., & Sloggett, A. (1998). Suicide, deprivation and unemployment. *British Medical Journal*, 316, 1283–1287.
- Lipton, L. (2001) Some patients petting their way to improved mental health. *Psychiatric News*, 36, 17.
- Madigan, S. (1999). Inscription, description and deciphering chronic identities. In I. Parker (Ed.), *Deconstructing psychotherapy* (pp. 150–163). London: Sage.
- Mearns, D. (2006). Psychotherapy: The politics of liberation or collaboration? A career critically reviewed. In G. Proctor, M. Cooper, P. Sanders, & B. Malcolm (Eds.), *Politicizing the person-centred approach: An agenda for social change* (pp. 127–142). Ross-on-Wye, UK: PCCS Books.
- Merry, T. (2002). *Learning and being in person-centred counselling*. Ross-on-Wye, UK: PCCS Books.
- Miller, G. A. (1957). *Psychology: The science of mental life*. London: Penguin.
- Mind (2007). Ecotherapy: The green agenda for mental health (Mind Report). Retrieved May 12, 2008, <http://www.mind.org.uk/NR/rdonlyres/D9A930D2-30D4-4E5B-BE79-1D401B804165/0/ecotherapy.pdf>
- Moncrieff, J. (2008). *The myth of the chemical cure: A critique of psychiatric drug treatment*. Basingstoke, UK: Palgrave.
- Newnes, C. (1999). Histories of psychiatry. In C. Newnes, G. Holmes, & C. Dunn (Eds.), *This is madness: A critical look at psychiatry and the future of mental health services*, (pp. 7–27). Ross-on-Wye, UK: PCCS Books.
- Orne, M. T. (1962). On the social psychology of the psychological experiment: With particular reference to demand characteristics and their implications. *American Psychologist*, 17, 776–783.
- Payne, S. (1999). *Poverty, social exclusion and mental health: Findings from the 1999 PSE survey: Working Paper 15*. University of Bristol, Townsend Centre for International Poverty Research. Retrieved May 12, 2008, from <http://www.bristol.ac.uk/poverty/pse/99PSE-WP15.doc>
- Proctor, G. (2002). *The dynamics of power in counselling and psychotherapy: Ethics, politics and practice*. Ross-on-Wye, UK: PCCS Books.
- Read, J. (2004). Poverty, ethnicity and gender. In J. Read, L. R. Moshier, & R. P. Bentall, (Eds.), *Models of madness* (pp. 161–194). Hove, UK: Brunner-Routledge.

- Read, J., & Haslam, N. (2004) Public opinion: Bad things happen and can drive you crazy. In J. Read, L. R. Moshier, & R. P. Bentall, (Eds.), *Models of madness* (pp. 133–145). Hove, UK: Brunner-Routledge.
- Rogers, C. R. (1940). *Newer concepts in practice*. Talk given at the University of Minnesota, December 11.
- Rogers, C. R. (1942). *Counseling and psychotherapy: Newer concepts in practice*. Boston: Houghton Mifflin.
- Rogers, C. R. (1946). Significant aspects of client-centered therapy. *American Psychologist*, *1*, 415–422. Retrieved May 8, 2008, from <http://psychclassics.yorku.ca/Rogers/therapy.htm>
- Rogers, C. R. (1951). *Client-centered therapy: Its current practice, implications and theory*. London: Constable.
- Rogers, C. R. (1959). A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework. In S. Koch (Ed.), *Psychology: A study of a science. Volume III: Formulations of the person and the social context* (pp. 184–256). New York: MacGraw-Hill.
- Rogers, C. R. (1961). *On becoming a person: A therapist's view of psychotherapy*. London: Constable.
- Rogers, C. R. (1976). Interview with Anthony Clare. *All in the Mind*. BBC Radio. Retrieved May 12, 2008, from http://www.bbc.co.uk/radio4/science/allinthemind_20070710.shtml
- Rogers, C. R. (1980). *A way of being*. Boston: Houghton Mifflin.
- Rose, S. (2005). *The 21st century brain: Explaining, mending and manipulating the mind*. London: Jonathan Cape.
- Sanders, P. (2003). Editor's introduction. In J. M. Shlien, *To lead an honorable life: Invitations to think about client-centered therapy and the person-centered approach* (pp. viii–xv). Ross-on-Wye, UK: PCCS Books.
- Sanders, P., & Tudor, K. (2001). This is therapy: A person-centred critique of the contemporary psychiatric system. In C. Newnes, G. Holmes, & C. Dunn (Eds.), *This is madness too: Critical perspectives on mental health services* (pp. 147–160). Ross-on-Wye, UK: PCCS Books.
- Schmid, P. F. (2004). Back to the client: A phenomenological approach to the process of understanding and diagnosis. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, *3*, 36–51.
- Sempik, J., Aldridge, J., & Becker, S. (2003). *Social and therapeutic horticulture: Evidence and messages from research*. Loughborough, UK: Thrive in association with the Centre for Child and Family Research, Loughborough University Media Services.
- Shlien, J. M. (2003). *To lead an honorable life: Invitations to think about client-centered therapy and the person-centered approach*. Ross-on-Wye, UK: PCCS Books.
- Stiles, W. B., Barkham, M., Twigg, E., Mellor-Clark, J., & Cooper, M. (2006). Effectiveness of cognitive-behavioural, person-centred and psychodynamic therapies as practised in UK National Health Service settings. *Psychological Medicine*, *36*, 555–566.
- Tudor, K., & Worrall, M. (2006). *Person-centred therapy: A clinical philosophy*. Hove, UK: Routledge.
- Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate: Models, methods and findings*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Willitts, M., Benzeval, M., & Stansfeld, S. (2004). Partnership history and mental health over time. *Journal of Epidemiology & Community Health*, *58*, 53–58.
- Wood, J. K. (2008). *Carl Rogers' person-centered approach: Toward an understanding of its implications*. Ross-on-Wye, UK: PCCS Books.