

¿PSICOTERAPIAS PERJUDICIALES? COMENCEMOS POR LAS MALAS PRÁCTICAS HARMFUL PSYCHOTHERAPIES? LET'S START WITH MALPRACTICE

Guillermo Mattioli

Decano del Colegio Oficial de Psicología de Catalunya

Una vez resuelto el debate eysenckiano sobre la utilidad de la psicoterapia, sobrevino la controversia sobre las eficacias relativas de cada método. Superado parcialmente este último con el traslado de la investigación sobre la eficacia a la de la cualidad de la alianza terapéutica, ha surgido recientemente en España la pregunta sobre la eventual nocividad de algunas psicoterapias. En este texto incluiremos consideraciones tanto en el nivel científico como deontológico como de la práctica profesional de la psicoterapia.

Palabras clave: Psicoterapias nocivas, Ciencia, Deontología, Práctica profesional.

After the Eysenck debate on the usefulness of psychotherapy was resolved, professional psychotherapists witnessed seething controversy over the relative efficacy of each method. Having mostly overcome this argument and moved on from the research on efficacy to that on the quality of the therapeutic alliance, once again clinicians in Spain are observing the issue about the potential harmfulness of some therapeutic treatments. In this text, considerations will be developed both at the scientific and the deontological level, from the point of view of the professional practice of psychotherapy.

Key words: Harmful psychotherapies, Science, Deontology, Professional practice.

¡No pienses, mira!
Ludwig Wittgenstein

La psicoterapia siempre se ha batido alrededor de la mayor o menor científicidad, mayor o menor proporción entre discurso descriptivo y discurso prescriptivo, el peso de la relación "humana" entre pacientes y terapeutas, o el placebo. Y todos los contendientes lo han hecho desde algún ideal que una vez dogmatizado se convierte en un ejemplo de freudiana pulsión de muerte o de objeto fetichista, según los gustos.

Con el auge de los estudios clínicos aleatorizados, la balanza se inclinó decididamente del lado de la ciencia biomédica y algunas psicoterapias fueron declaradas científicamente mejores que otras. Recientemente, con la aparición del modelo contextual (Wampold & Imel, 2015), nuevos desarrollos vuelven a ponerlo todo en duda. A título de ejemplo, citaremos *Conclusions and Recommendations of the Interdivisional Task Force on Evidence-Based Therapy Relationships* (APA divisions 12 & 29, 2011), que comentaremos in extenso más abajo y el artículo *Making Science Matter in Clinical Practice: Redefining Psychotherapy* (Beutler, 2009), describiendo la dificultad de los científicos para proponer un modelo factible de ciencia para superar el ya trilla-

do abismo entre ciencia y práctica y para reconocer la debilidad de las pruebas en que basan algunas de sus creencias sobre la base empírica de los tratamientos. Beutler concluye requiriendo de los científicos la necesidad de un enfoque mucho más amplio a la hora de investigar en psicoterapia.

El péndulo se ha dirigido hacia el otro extremo, apoyando ahora a los profesionales psicoterapeutas que, desde la instauración de los ECA (Ensayos controlados aleatorizados) (*randomized controlled trials*), sentimos que esta *Golden Rule* seguramente respondía más bien a la aspiración de "considerar la psicoterapia como a la aspirina" (Klerman, 1986), lo que se traducía en que cada forma de psicoterapia debía tener ingredientes conocidos, habíamos de saber en qué consistían los mismos y tenían que poderse entrenar y replicar entre terapeutas, como también ser administrados de una manera uniforme dentro de un estudio determinado.

Pero seguramente, tanto de la aspirina como de la psicoterapia, podemos esperar que alguna vez harán bien y otras mal. Este es el objetivo de este artículo, estudiar este tema de la nocividad de las psicoterapias, desde el punto de vista clínico

La psicoterapia no es una ciencia, en todo caso es la aplicación de la psicología, ciencia *soft* vista desde la ciencia natural o extremadamente *hard* si se la considera como lo hacía Dilthey (1949), frontera entre la *Natur-* y la *Geistwissenschaften*. Es una aplicación que se nutre libremente de cualquier campo metafórico: arte, artesanía, antropología, literatura, deportes, ajedrez, en resumen, de todo lo que conenga al servicio de la eficiencia terapéutica a la hora de hablar el lenguaje del cliente, máxima aspiración de todo

Recibido: 9 junio 2020 - Aceptado: 17 julio 2020

Correspondencia: Guillermo Mattioli. Col-legi Oficial de Psicologia de Catalunya. Rocafort 129. 08015 Barcelona. España.

E-mail: gmattioli@copc.cat

psicoterapeuta que no pretenda enseñar su lenguaje al paciente y dispuesto a descubrir conmovidos alguna palabra nueva entre ambos.

Podríamos considerarla una técnica y, en este sentido, la madre de la ciencia (Charpak y Omnés, 2005; Ridley, 2010). El hombre viene resolviendo problemas técnicos desde las cavernas hasta hoy, desde emboscar al mamut hasta el 5G, mientras la ciencia como la definimos hoy nace digamos que en el siglo XV o XVI, con Nicolas de Cusa o Galileo Galilei. Al revés de lo que parece, la ciencia no es la madre de la técnica sino la hija, la ciencia viene después de la técnica explicando por qué algunas acciones han sido exitosas y otras no.

LA CIENCIA NO ES EL CIELO, ES EL SUELO

En la lucha por la eficacia la aspirina creyó haber ganado, logró algunas victorias pírricas, demostrando eficacias locales a cambio del exterminio de demasiadas variables de la clínica en vivo. Las comparaciones entre tratamientos psicológicos demostraron que las psicoterapias no se comportan como medicamentos. A esta posición llegó la APA (2011), concluyendo que la relación terapéutica genera substanciales contribuciones al resultado de la psicoterapia con independencia del tipo de tratamiento empleado; y es responsable de la mejoría o del empeoramiento del paciente en igual o superior medida que cualquier ingrediente específico. En este texto, la APA desgana una serie de corolarios tales como que las guías de tratamiento deben promover conductas y cualidades del terapeuta que generen una relación terapéutica facilitadora, excluyendo la cual todo esfuerzo por promulgar las mejores prácticas basadas en pruebas resultará gravemente incompleto y potencialmente desorientador. Este es un texto que no tiene desperdicio y su intención política seguramente era la de calmar las hostilidades entre las escuelas teórico clínicas.

Mucho ha llovido desde la teoría de los factores comunes (Rosensweig, 2010; Frank & Frank, 1993), pasando por la guerra entre modelos teórico-clínicos (Saltzman & Norcross, 1990) hasta el movimiento de la integración en psicoterapia (Norcross y Beutler, 2002), este último nacido tanto en la clínica como en la investigación y en la actualidad representado por una copiosa producción bibliográfica. El famoso pájaro Dodo, importado por Rosensweig del País de las Maravillas, ha sido declarado tan vivo como muerto, al punto que ahora quizás se haya convertido en el gato de Schrödinger.

Entremos de lleno en materia. La pregunta es: ¿existen psicoterapias perjudiciales? Y si es el caso, lo son por poca o mala ciencia, o se trata de casos de mala práctica, merecedora de consideraciones éticas y deontológicas más que epistemológicas. ¿Qué relación existe entre buena o mala ciencia y buena o mala psicoterapia, se puede ser buen científico y mal psicoterapeuta, o al revés? O quizás conviene reformularlo todo, comenzando por renunciar al ideal de

la ciencia natural tan útil al modelo biomédico, pero hasta ahora insuficiente para asimilar la psicoterapia a la aspirina.

Un trabajo de Lilienfeld (2007) muy citado desde su aparición, con un título impactante y algunos *disclaimers* tiene la virtud de poner las piezas sobre la mesa, y también la valentía de señalar *a contrario sensu* donde está el problema. Lilienfeld repasa una lista de tratamientos psicológicos que hacen daño y los clasifica en un Nivel I que incluye el a) *Debriefing*, b) la intervención del susto, c) la comunicación facilitada, d) el *rebirthing*, e) las técnicas de recuperación de recuerdos, f) el *counseling* para duelo normal, g) las terapias expresivo-experienciales, h) la residencia en campamentos para trastornos conductuales, i) los programas de tratamiento de drogadictos.

En el nivel II encontramos: a) las intervenciones en grupo de pares para trastornos de conducta y b) la relajación para pacientes con tendencia al pánico

El nivel I es caracterizado como "probablemente perjudicial para algunos individuos" y el II como "posiblemente perjudicial para algunos individuos". En el primer nivel se puede esperar de cualquiera de estos tratamientos resulte perjudicial para alguien, en el segundo no se espera que ocurra, pero tampoco se puede negar algún resultado inesperado en un número infinito de ejemplos.

Esta clasificación se basa según los casos en ECA, metaanálisis, y en varios casos en estudios de sucesos poco probables *a priori* en informes de casos replicados. No es el propósito de este artículo replicar o revisar la bibliografía del artículo de Lilienfeld. Quien lo desee encontrará en Wampold & Imel (2015, pp104-112) un detallado análisis de las referencias en el texto de Lilienfeld, señalando sus debilidades metodológicas.

Como dicen Wampold e Imel, cualquiera puede observar que esta lista no es homogénea y que es difícil considerar psicoterapias a algunos de sus elementos. Un rudo campamento de montaña puede ser una formidable experiencia modificadora para un adolescente traumatizado y violento, y también es posible que un buen susto propinado por un agente de policía, que le describa con algún detalle lo que le va a pasar en la prisión, a un joven delincuente sea suficientemente disuasorio, pero dudo mucho, es decir nada, que consideremos psicoterapia a estos métodos.

El *rebirthing* es considerado una terapia perjudicial basándose en el caso de algún paciente (sic) que murió sofocado reviviendo su trauma de nacimiento mientras intentaba abrirse paso a través de una pila de entusiastas copartícipes de esa experiencia grupal. Incluso aceptando que el *rebirthing* sea una psicoterapia (síntoma más relación, más técnica con algún fundamento inteligible) ¿considerarla perjudicial porque una vez alguien murió? En todo caso sería un accidente, o un caso de mala práctica, o un asesinato con psico-coartada, buen argumento para un psico-thriller.

Para hablar de psicoterapia, necesitamos en primer lugar un síntoma, ese malestar que no me explico, aunque me pa-

se el día pensando qué habré hecho para que me pase justamente a mí. Un síntoma es una solución insatisfactoria, transitoria, pero solución al fin, después de todo el paciente hace lo mejor que puede en sus circunstancias biográficas y psíquicas. ¿Eso mejor que puede es un síntoma?, bueno, es trabajo para el psicoterapeuta colaborar para que el paciente descubra ese misterio, y tanto lo hará con estrategias conductuales como introspectivas. Como en los casos anteriores, un programa preventivo de eventuales traumas, como el *debriefing* o el *counseling* para duelo normal será esperablemente beneficioso o dañino alguna vez para alguien, pero estrictamente hablando no es psicoterapia. Por eso la psicoterapia comenzó con las neurosis (Freud) y se fue extendiendo a medida que comenzamos a descifrar los misterios y conflictos emocionales y relacionales para los cuales las adicciones o las alucinaciones, incluso los delirios organizados representaban soluciones. ¿Los estudios sobre eficacia se centran en ansiedad y depresiones? Ninguna sorpresa, estos pacientes no dejan de interrogarse cómo han llegado a estar así. Pero por más trastornado que algún paciente esté, si no se hace alguna pregunta quizás podamos tratarlo de alguna otra manera, pero no hablemos de psicoterapia. Y cuantas primeras entrevistas hacen falta para que un paciente se interroge sintomáticamente es el pan de cada día de muchos profesionales.

Pero dicho todo esto podemos ir al fondo del asunto, los valores del terapeuta que informan su estrategia de cambios. Lilienfeld en este punto es fugazmente diáfano: *"the very definition of a harmful effect may be influenced by value-laden considerations that lie outside the scope of this article"*. Consideraciones cargadas de valores que no son objeto de nuestro estudio, pero ¿es que estamos hablando de otra cosa que de valores cuando hablamos de psicoterapia o más precisamente de cambio psíquico? *"The issues here are again not readily resolved, and hinge on often-unarticulated a priori assumptions regarding what types of change are more or less desirable"* Exactamente, nuestros valores como terapeutas constituyen e informan de nuestros tipos de cambios deseados, así como los de nuestro paciente están en la base y nos informan de los suyos.

Aquí tenemos el verdadero problema, la ciencia biomédica no integra estos valores en sus razonamientos, y si lo hace es para despojarse lo antes posible de los mismos, con todos los ciegos que se requieran para ello. El objeto de la ciencia natural es indiferente a los valores del científico que lo estudia, y el científico respira aliviado al constatarlo. El paciente, por su parte, es extremadamente sensible a los valores de su terapeuta, lo estudiará muy atentamente y puede perdonar cualquier error menos una insinceridad del corazón, especialmente si es psicótico, siempre tan sensible a la autenticidad. Este hecho solamente refleja la importancia que los valores tienen en los conflictos que se expresan en el síntoma (Dios habrá muerto, pero el superyó no) y es posible que, aunque menos, también en el resto de los signos que expre-

san y contribuyen a su padecer. Sea que consideremos al paciente un héroe edípico fallido, un sujeto acobardado ante sus angustias ontológicas, una inteligencia equivocada y presa de sus sesgos, o alguien que se fue enredando en sus nudos relacionales hasta no poder salir del pozo que se había cavado, y detengo esta lista que podría ser casi tan larga como el catálogo de las psicoterapias, tenemos valores en conflicto a todo lo largo del espinel. Sin valores no habría conflictos, desde el principio de supervivencia hasta los debates sobre la afinación del primer violín los valores se infiltran en todos los conflictos, sin los cuales tampoco tendríamos síntomas.

La psicopatología y su psico-tratamiento se aloja en el capítulo de la moral, es un tema moral, en sentido amplio, y seguramente por eso mismo no cabe cómodamente en las estadísticas, los ensayos clínicos y los metaanálisis. No parece que exista una psicoterapia *value-unladen*, compárese con una píldora si se quiere.

La lista de Lilienfeld nos regala un ejemplo flagrante de la influencia de los valores del terapeuta en el caso de la Comunicación facilitada, terapia psico-motora de niños autistas, que ha generado según nuestro autor docenas de denuncias de abuso sexual presuntamente cometido por los padres, en su inmensa mayoría no confirmadas y que Lilienfeld admite como posiblemente inspiradas por la hipótesis causal entre abuso y autismo albergada por los terapeutas. Lo mismo tenemos en el caso de las terapias evocadoras que muy equivocadamente confunden la historia con el pasado. Desde la psicología, ya sabemos que los recuerdos son construcciones en presente, el pasado no es la historia, y la historia siempre se escribe en el presente. Esta diferencia, esencial para la buena práctica es muchas veces ignorada por terapeutas cuyos valores justicieros y rescatadores los llevan frecuentemente a encontrar niños abusados en adultos que no tenían el menor recuerdo de haberlo sido al principio de la terapia (Yapko, 1994) y que entran en colusión con las reivindicaciones contra-transferenciales del terapeuta

Y *let alone*, la clasificación de posiblemente perjudicial (ya no probable) para las técnicas de relajación para pacientes proclives a la ansiedad. Como dice Wampold & Imel, se sospecha aquí una discriminación negativa, si comparamos con los riesgos que la exposición aplicada de manera desmeledada tiene en estos pacientes. Es desde luego más fácil sospechar de las técnicas de relajación que de la ampliamente evidenciada exposición, aunque confieso que no entiendo por qué, ni en un caso ni en el otro. Es difícil criticar la relajación, así como también a la exposición, todas las psicoterapias son de exposición, desde el hacer consciente lo inconsciente hasta superar el asco a la araña.

Para nuestro consuelo, en un artículo presentándose como el nuevo editor de *Clinical Psychological Science* (Lilienfeld, 2017) nuestro autor recupera citando su trabajo anterior estas consideraciones, pero ahora con un foco muy amplia-

do con la intención de tender un puente “en la a menudo bostezante brecha entre ciencia básica y aplicada en los problemas clínicos” y no la de publicar *horse race treatment studies*.

Ya antes de poner el acento en la alianza terapéutica, el Grupo de trabajo sobre práctica basada en la evidencia (APA, 2006), definió dicha práctica como la integración de la mejor investigación disponible con la pericia clínica del profesional y ambos en el contexto de las características, cultura y preferencias del paciente.

La historia reciente de esta propuesta ha ido pendulando desde la mejor evidencia disponible, pasando después por la pericia clínica y más recientemente por el contexto de los valores y preferencias del paciente. No es una novedad “hablar el lenguaje del paciente”, es desde antiguo la mayor aspiración de todos los terapeutas, entrar en su mundo, *hablar como él, ver como ven sus ojos y sentirse en su cuerpo*, todo esto ya es una primera y enorme intervención, y la base de la eficacia de todas las siguientes, ninguna psicoeducación no dejará más que una huella autoritaria sin esta condición. Y no se trata solamente del trillado ponerme en su lugar, sino de preguntarme constantemente en qué circunstancias, biográficas o psíquicas yo haría, sentiría o pensaría como mi paciente, quien por cierto, si esto ocurre y hemos llegado a este nivel de colaboración, ya no es para nada un paciente.

Todo esto son valores, en el sentido más axiológico, si se me permite la redundancia, del término, de los suyos y de los míos, sobre el bien y el mal, sobre el amor, el odio y el sentido de la vida, sobre la vida y la muerte y sucesivamente. Si no puedo compartir los suyos, aunque no sean los míos no le seré de gran ayuda, y cualquier técnica será bienvenida por extravagante que parezca si opera en el interior de esta meta-identificación.

Práctica basada en evidencia, evidencia basada en la práctica, tratamientos empíricamente soportados, práctica deliberada, todas estas son etapas mutuamente articuladas de la reflexión sobre la psicoterapia, el peso relativo de aquella tríada: mejor ciencia/pericia/contexto del paciente.

Llegados aquí enfrentemos la pregunta: ¿existen terapias perjudiciales? ¿Y qué relación tiene este perjuicio con la mayor, menor, o peor ciencia?

La respuesta más fácil y obvia es que aún no lo podemos saber, si nos sacudimos del modelo ciencia biomédica, después de haber constatado su insuficiencia para abordar la complejidad de las psicoterapias, solamente nos queda desarrollar otro. El modelo contextual (Wampold & Imel, 2015) parece ser la buena vía, no reniega en absoluto de los ECA ni de los metaanálisis pero los eleva a un nivel superior, donde ya no son la *Golden rule* pero conservando el valor de su aportación.

Pero también tenemos otra opción, que no la anula como tampoco atenta contra las preferencias de los psicólogos seguidores del modelo biomédico de trastorno/tratamiento/ingrediente específico.

Este otro modelo es el de la deontología y la ética profesional. La mala práctica es un caso especial del error. Cualquiera puede equivocarse, pero hay acciones que transgreden principios deontológicos y éticos y si son denunciados reciben la valoración de las comisiones deontológicas de los colegios profesionales. Como psicoterapeutas podemos ser tan flexibles y creativos como las exigencias de nuestra práctica y nuestras capacidades nos lo demanden, pero como psicólogos la mejor ciencia disponible es una exigencia ineludible, como lo es la formación permanente.

La práctica de la psicoterapia exige una rigurosa ética y los psicólogos psicoterapeutas en práctica privada estamos expuestos a diversos riesgos. Por un lado, la tentación del gurú, especialmente si andamos en apuros económicos y la pérdida de algún paciente nos pone nerviosos y por otro la tentación de la excepcionalidad, es decir del narcisismo. Ambas tentaciones coinciden en buena parte. En nuestro trabajo es antiético disfrutar a costa del paciente, errores técnicos podemos cometer todos, pero aquello que trasciende el error y para lo que se supone que hemos sido pacientes nosotros mismos es para no hacer del paciente objeto de nuestras tendencias, sean sádicas, masoquistas, voyeuristas, exhibicionistas o por el estilo, para no vampirizar sus emociones, para no aprovecharnos de sus angustias o inhibiciones y así sentirnos mejores que ellos. Quizás es por eso que el funcionamiento neurótico sea el que mejor capacita para ser terapeuta, porque tenemos tanto miedo a ser perversos que cuando nos equivocamos sufrimos y corremos a buscar supervisión o el apoyo de los colegas.

Sabemos que existen gurús que se aprovechan de la desesperanza. Muchas personas tienen la capacidad, la disposición e incluso la vocación de entrar en relaciones perversas, tóxicas, de ser víctimas de algún psicópata disfrazado de terapeuta, con y sin título. Los trastornos de apego en la infancia dejan un pozo sin fondo de añoranza de un amor nunca recibido y que nos dejan vulnerables y a veces dispuestos a poner nuestras vidas en manos del carisma de algún terapeuta seductor. En la práctica pública, estas tentaciones también acechan, desde luego, pero como el mercado es diferente, dado que no competimos por clientes sino por plazas laborales, no es exactamente lo mismo, esta diferencia de mercado seguramente produce alguna diferencia en la práctica clínica.

Recapitemos. Comenzamos preguntándonos por la existencia de psicoterapias perjudiciales. La respuesta es que no, o que en todo caso aún no tenemos el sistema de evaluación suficientemente complejo como para dilucidar esto en el nivel científico. Porque la psicoterapia cabalga entre la técnica y la ética, entre los procedimientos de ayuda psicológica y los valores que infiltran tanto los conflictos sintomáticos del paciente como los del terapeuta posición y los métodos del psicoterapeuta. Una buena confluencia entre paciente y profesional requerirá un reconocimiento recíproco, un ajuste entre personas y métodos, quizás no existe la psicoterapia compuesta solamente de factores comunes, algún ingrediente

específico será necesario, pero sin la relación y su alianza terapéutica no tendrá el *momentum* de cambio necesario. Para Norcross y Beutler (2002), el éxito de una terapia descansa en varios factores en el siguiente orden: el paciente, la relación de ayuda, el terapeuta y el método particular de tratamiento. Dicho de manera más abstracta: síntoma, relación, contra-transferencia y finalmente el método. El qué y el cómo de cada tratamiento son difíciles de distinguir. Cada uno de nosotros preferirá algún método o elaborará su propia fórmula y la relación terapéutica que proponga será coherente con dicha elección. O no lo será, como en el caso de aquellos profesionales que desean fervientemente ser fieles a determinada escuela o maestro, sin aceptar que esta ansiada y culposa fidelidad es la fuente principal de su propia resistencia y un previsible freno a sus talentos naturales.

No podemos afirmar que existan malas psicoterapias, pero si constatamos frecuentemente nuestras malas prácticas, en nosotros mismos por comenzar. Supervisamos nuestros casos, es decir a nosotros mismos, y volvemos a terapia con alguna frecuencia. Así constatamos que nuestros éxitos y fracasos se basan en nuestra capacidad de acoger al otro en tanto otro, en escuchar bien para que el paciente pueda hablar mejor.

CONFLICTO DE INTERESES

No existe conflicto de intereses

REFERENCIAS

- APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice (2006). Evidence-based practice in psychology. *The American Psychologist*, 61, 271-285. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.61.4.271>
- APA Divisions 12 & 29 (2011). *Conclusions and recommendations of the Interdivisional Task Force on Evidence-Based Therapy Relationships*. Washington, DC: Author
- Beutler, L. (2009). Making science matter in clinical practice: Redefining psychotherapy *Clinical Psychology Science and Practice*, 16, 301-317. doi: 10.1111/j.1468-2850.2009.01168.x
- Charpak, G. & Omnes R. (2005). *Sed sabios, convertíos en profetas*. Barcelona: Anagrama,
- Dilthey, W. (1949). *Introducción a las ciencias del espíritu*. Buenos Aires; Fondo de Cultura Económica
- Frank, J. D. & Frank, J. B. (1993). *Persuasion and healing*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Klerman, G. L. (1986) *Keynote address. Delivered to the Annual Meeting of the Society for Psychotherapy Research*, Wellesley, MA.
- Lilienfeld, S. (2007). Psychological treatments that cause harm. *Perspectives on Psychological Science*, 2(1), 53-70. <https://doi.org/10.1111/j.1745-6916.2007.00029.x>
- Lilienfeld, S. O. (2017). Clinical psychological science: Then and now. *Clinical Psychological Science*, 5(1), 3-13. <https://doi.org/10.1177/2167702616673363>
- Norcross, J. & Beutler, L. (2002). *Integrative psychotherapies*. Disponible en: https://www.academia.edu/29181886/Integrative_Psychotherapies
- Ridley, M. (2010). *The rational optimist*. New York: Harper Collins.
- Rosenzweig, S. (2010) Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry*, 6(3), 412-415. doi: 10.1111/j.1939-0025.1936.tb05248.x
- Saltzman, N. & Norcross, J. C. (1990) *Therapy wars: Contention and convergence in differing clinical approaches*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Yapko, M. D. (1994). *Suggestions of abuse: True and false memories of childhood sexual trauma*. New York: Simon & Schuster.
- Wampold, B. E. & Imel, Z. E. (2015) *The great psychotherapy debate. The evidence for what makes psychotherapy work (2nd ed.)*. New York: Routledge.