

Grupos de escucha de voces. Creación de espacios seguros para compartir experiencias tabú.

Jacqui Dillon y Eleanor Longden¹

Este capítulo presentará una introducción y una visión de conjunto de los grupos de escucha de voces en Inglaterra, su desarrollo inicial y su expansión posterior hasta constituir una red de 180 grupos. Se describirá el contexto actual, se examinarán las diferentes formas en las que funcionan los grupos, incluyendo una comparación entre grupos estructurados y no estructurados, grupos cerrados y grupos abiertos, grupos dirigidos por usuarios o dirigidos por trabajadores y grupos de colaboración, además de los aspectos prácticos del establecimiento y el mantenimiento de los grupos. Después este capítulo explicará las muchas formas en las que los grupos de escucha de voces pueden ser útiles al capacitar a las personas para que aprendan a vivir con sus voces y para que den sentido a su significado, y ofrece detalles de estudios de investigación que han demostrado los beneficios de asistir a grupos de escucha de voces. También exploraremos algunos problemas habituales que se plantean tanto dentro como fuera de los grupos, además de explorar problemas más generales: las formas de resistir al dominio del modelo biomédico, junto a de los intentos de asimilación en el sistema psiquiátrico. Concluiremos proponiendo que los grupos de escucha de voces son soluciones comunales eficaces que permiten que las personas hagan cambios profundos en sus vidas.

Contexto actual

Desde su inicio en 1988, la Red de escucha de voces (Hearing Voices Network; HVN), una organización sin ánimo de lucro registrada, se ha ganado la reputación de ser un movimiento comunitario innovador, prominente e influyente que critica abiertamente la relación psiquiátrica tradicional entre el médico experto y dominante y el paciente receptor y pasivo. Por el contrario, la postura de la HVN, provocadora y dirigida por los usuarios, aboga por la primacía de la «pericia por la experiencia» como su mensaje retórico más claro. Además, aunque no niega que la escucha de voces puede ser muy angustiada y desmoralizadora, la red HVN establece con firmeza que esta confusión no es indicadora de patología. En lugar de un síntoma aberrante y sin significado de una enfermedad que necesita erradicación y «cura», se considera que la escucha de voces es significativa y descifrable, y que está íntimamente entrelazada con la historia vital de una persona. Por lo tanto, el «enfrentamiento» es un concepto crucial del credo de la red HVN; porque si la respuesta «curativa» de la psiquiatría es la proscripción de las voces, se considera que la comprensión, la aceptación y la integración de su significado emocional es la respuesta de recuperación. Se caracteriza a las voces como mensajeros que comunican información convincente sobre problemas genuinos

¹ Jacqui Dillon y Eleanor Longden (2013) *Grupos de escucha de voces. Creación de espacios seguros para compartir experiencias tabú*. En Romme, M & Escher, S. (Edit) (2013) *La psicosis como crisis personal. Un abordaje basado en la experiencia*. Madrid: Fundación para la investigación y el tratamiento de la esquizofrenia y otras psicosis

de la vida de la persona; un «espejo del mundo social» (James, 2001, pág. 38). Por lo tanto, simplemente no es lógico disparar al mensajero y desechar el contenido del mensaje. Por el contrario, ayudar a las personas a que escuchen las voces sin angustia es una solución a largo plazo más auténtica, porque, para poderse recuperar del sufrimiento, la persona debe aprender a afrontar tanto las voces como los problemas originales que están en el corazón de la experiencia. Además, la aceptación de la realidad subjetiva de las voces es un pilar de su posición; la red HVN considera que todas las explicaciones de la escucha de voces tienen la misma capacidad persuasiva y la misma legitimidad. La filosofía general de la HVN está compartida con otros grupos y redes de todo el mundo, que a menudo se agrupan como el «movimiento de escucha de voces».

La insistencia en que las personas escuchen con atención la sustancia y el contenido de sus voces dista mucho de lo convencional y se puede rastrear hasta las figuras radicales del psiquiatra holandés Marius Romme y su colaboradora Sandra Esther, que fueron los pioneros de un nuevo abordaje de la escucha de voces que insiste en la aceptación y la asignación de sentido a las mismas (por ejemplo, Corstens y cols., 2008; Romme y Escher, 1990, 1993, 2000). Su posición nuclear es que la escucha de voces es en sí misma una experiencia humana normal, no un síntoma de una enfermedad, sino muchas veces una reacción a un acontecimiento traumático o muy emotivo que no se ha resuelto adecuadamente. Un aspecto crucial es que el abordaje afirma que estos vínculos vitales no se deben erradicar con fármacos, sino que se deben explorar utilizando una mezcla de psicoterapia y métodos de autoayuda. Esta postura ofreció un marco teórico útil para las iniciativas de la HVN y supuso una parte del impulso para el movimiento de autoayuda en los últimos años.

La principal ambición de la HVN es promover las explicaciones positivas de las experiencias de escucha de voces y ofrecer a los individuos un marco para desarrollar sus propias formas de afrontamiento. En concreto, la red tiene como objetivos:

1. Concienciar sobre la escucha de voces, las visiones, las sensaciones táctiles y otras experiencias sensoriales.
2. Dar a los hombres, mujeres y niños que tienen estas experiencias la oportunidad de hablar libremente sobre las mismas en colaboración.
3. Apoyar a cualquier persona que tenga experiencias y que quiera comprenderlas, aprender de ellas y crecer con ellas, a su manera.

En los últimos 20 años el abordaje de la HVN ha tenido mucha influencia sobre la psiquiatría, hasta tal punto que los grupos de escucha de voces dentro de los servicios de salud mental no son sólo más habituales y están más aceptados dentro de los servicios de salud mental «oficiales» (por ejemplo, Coupland, 2000; Martín, 2000; Perron y Munson, 2006; Wykes y cols., 1999), sino que también se considera que son un signo de buena práctica (por ejemplo, informe Healthcare Commission Report, 2008). Sin embargo, la HVN expresa su profundo desencanto con los abordajes psiquiátricos convencionales de la escucha de voces, y se considera a sí misma una organización postpsiquiátrica (Bracken y Thomas, 2001, 2005) que favorece las soluciones holísticas en lugar de los modelos de enfermedad reduccionistas, y se sitúa fuera de los servicios estatutarios en reconocimiento de su punto de

vista de que la postura correcta ante las voces es considerar que son una variación humana, como la sexualidad, más que un síntoma de una enfermedad mental'. Además, como ocurrió con la homosexualidad, se espera que tras modificar la forma en la que la sociedad percibe la experiencia, se produzcan cambios en la psiquiatría. Leudar y Thomas (2000) han revisado casi 3000 años de historia de la escucha de voces y concluyeron que la experiencia ha pasado desde un contexto respetado y válido desde el punto de vista social hasta un estado patológico y denigrado, un proceso que generalmente se origina cuando una perspectiva minoritaria se contrapone a las creencias y normas sociales dominantes. Por lo tanto, la «emancipación» de las personas que oyen voces se ha asimilado a los movimientos de derechos civiles de la década de 1960, en el sentido de que la ciencia ejerce un yugo de opresión cultural, social y psicológica (Romme, 2000).

Además, las posiciones «oficiales» que consideran que la escucha de voces es una lamentable alteración biológica que se debe soportar, en lugar de una experiencia compleja y significativa que se debe explorar, desaconsejan la discusión y la implicación con las voces, rechazándolas como síntomas sin significado de una enfermedad. Sin embargo, la investigación sugiere que evitar o ignorar las voces que generan sufrimiento, o negar la oportunidad de dialogar sobre ellas, contribuye a que se mantengan de manera activa (por ejemplo, Corstens y cols., 2008; Morrison, 1998; Romme y Escher, 1993, 2000; Veiga-Martínez y cols., 2008). Por otro lado, la aceptación (o la falta de aceptación) de la escucha de voces de los pacientes por el personal sanitario parece estar determinada por factores tanto culturales como sociales, y puede influir en el resultado del tratamiento de las personas diagnosticadas de «esquizofrenia» (Romme y Morris, 2007), además de la voluntad de los profesionales de discutir y aceptar las descripciones que hacen los pacientes de sus experiencias (Baker, 1995). Por otro lado, aparte de la cuestión de la eficacia de la medicación, la recuperación es un proceso personal en la misma medida que un proceso médico. La afirmación de la HVN de que las personas pueden llevar vidas útiles y productivas mientras siguen oyendo voces, significa que los tratamientos basados en medicamentos potencialmente coercitivos pueden ser más perjudiciales que beneficiosos en personas que por lo demás pueden tener una buena capacidad funcional.

De acuerdo con Martín (2000), es crucial la creación de entornos que llevan a la discusión de la escucha de voces sin prejuicios ni miedo, y no exige estrategias académicas especializadas ni habilidades clínicas, sino simplemente las «soluciones de sentido común» que surgen de las personas que oyen voces y que viven en un entorno que les apoya. Actualmente hay más de 180 grupos de autoayuda de escucha de voces establecidos en Inglaterra (Escocia y Gales tienen sus propias redes, igual que Irlanda; el norte y el sur han desarrollado una red panirlandesa). En la actualidad hay grupos y redes funcionando en 21 países de todo el mundo, como Alemania, Japón, Israel, Australia y más recientemente los Estados Unidos. El trabajo de la red internacional está coordinado por Intervoice: The International Network for Training, Education and Research into Hearing Voices (Intervoice: Red internacional para la formación, la educación y la investigación sobre la escucha de voces; véase cuadro 12.1), que ofrece apoyo administrativo y coordinación a una amplia variedad de iniciativas. Aunque la mayoría de los grupos están en entornos comunitarios, también actúan en otros diversos

lugares, como contextos de cuidados agudos y lugares seguros (tanto hospitales como prisiones), habiéndose desarrollado grupos especializados para mujeres, comunidades negras y otras comunidades étnicas minoritarias, y para niños y jóvenes. Más recientemente se han empezado a establecer grupos para personas atormentadas por creencias poco habituales, bajo los auspicios de la Red de paranoia (Paranoia Network) que, inspirada en parte por el abordaje de la red HVN en relación con la escucha de voces, propone la filosofía de vivir con creencias poco habituales pero convincentes, sin asignarlas necesariamente un significado patológico como signos de enfermedad mental (por ejemplo, Knight, 2006; May, 2007).

¿Cómo pueden ayudar los grupos?

Dentro de los grupos se producen muchos procesos útiles. Principalmente, el ambiente de apoyo mutuo y de participación colectiva que ofrecen tiene una importancia crucial para crear «un reducto seguro en el que las personas se sientan aceptadas y cómodas» (Downs, 2001, pág. 5). Como la escucha de voces puede ser una experiencia solitaria que genera aislamiento, ofrecer un espacio seguro en el que se puedan discutir los sentimientos con libertad y sin censura a menudo da mucho poder a los pacientes; como ha señalado Bullimore (citado por Downs, 2001, pág. 5), «Los grupos de autoayuda son reuniones en las que las personas que oyen voces pueden reunirse sin tener que "ponerse una máscara", y hablan con personas que ya han pasado por eso. No se debe considerar que los grupos de autoayuda sean una terapia, sino un lugar en el que se puede recibir estímulo, tranquilización, apoyo y "una oreja que escucha"». El silencio puede ser un obstáculo, y Escher (1993) ha entrevistado a muchas personas que oyen voces a fin de determinar las ventajas de hablar sobre las propias voces ante un público compasivo. Sus hallazgos se pueden resumir como sigue:

1. La implicación con la experiencia puede ayudar a identificar patrones (por ejemplo, relacionar los sentimientos negativos con una voz negativa).
2. La discusión puede estimular la aceptación de la experiencia de escucha de voces y ayudar a cultivar una identidad saludable como alguien que oye voces.
3. Mediante el reconocimiento y la exploración de los posibles significados de las voces, las personas pueden comenzar a negociar y mejorar su relación con esas voces.
4. Las personas pueden encontrar afirmación y validación, y reconocen su propia situación en las experiencias de los demás.
5. Mientras que la evitación puede evocar sentimientos de impotencia y ansiedad, el diálogo puede reducir el aislamiento y el miedo.

Las voces pueden amenazar, molestar, ordenar y capturar a la persona que oye voces, sumiéndola en un ciclo desmoralizador de dependencia, aislamiento y actividades destructivas. Además, su influencia tiende a aumentar cuando la persona las acalla y no establece límites (Chadwick y Birchwood, 1994). Por lo tanto, se ha señalado que las intervenciones de grupo que actúan sobre la relación entre las personas que oyen voces y sus voces son especialmente beneficiosas (por ejemplo, Chadwick y cols., 2001; Wykes y

cols., 1999), porque la discusión creativa y el debate colectivo pueden actuar como inspiración y motivación para que las personas vivan las vidas que elijan y no las vidas que les indican sus voces. Sin embargo, como han señalado Romme y Escher (1993), una importantísima fuente de sufrimiento y malestar para muchas personas que oyen voces se relaciona con el miedo a perder el control. A la vista del carácter particularmente invasivo que poseen las voces, se trata de un imperativo comprensible; ser sometido continuamente a invasiones e imposiciones genera su propia dosis de indefensión. Por lo tanto, un repertorio de métodos para reducir el miedo y recuperar el control es un principio fundamental de la estrategia de autoayuda de cualquier persona que oye voces (por ejemplo, Coleman y cols., 2003; Downs, 2005; May y Longden, 2010; Perron y Munson, 2006). Sin embargo, muchos profesionales de salud mental desconocen las estrategias de afrontamiento eficaces para manejar las voces que generan sufrimiento, y tampoco saben cómo enseñárselas a sus pacientes (Coffey y Hewitt, 2008). Además, aunque la respuesta tradicional de los servicios es refutar la existencia de las voces y reorientar a los pacientes hacia una realidad más imparcial y objetiva, las propias personas que oyen voces a menudo expresan su deseo de utilizar estrategias de afrontamiento en un intento de recuperar su sentimiento de autonomía personal y de control (Coffey y Hewitt, 2008). Estos imperativos son una estrategia de autoayuda crucial, porque se considera que la consecución de dicho dominio sobre la experiencia adversa es una parte esencial de la recuperación, no sólo de las voces que generan sufrimiento (Honig y cols., 1998), sino también de los problemas de salud mental en un sentido más general (Young y Ensing, 1999). Por ello, los grupos pueden ser un foro muy útil para intercambiar la sabiduría que conlleva la experiencia y generar y compartir estrategias con las que se pueda tener éxito al enfrentarse a las voces, imponer los propios límites y recuperar el control. Estos abordajes holísticos y flexibles del afrontamiento son los más convenientes y útiles, primero porque la escucha de voces es una experiencia que se produce en el contexto de la vida completa de una persona, y segundo porque la mitigación y el alivio de la ansiedad que inducen las voces es un prerrequisito necesario para comenzar un trabajo terapéutico más estructurado. Esta combinación de recursos colectivos y capacidades puede ser un fenómeno inmensamente positivo, afirmativo y capacitante. Ron Coleman, cuyo propio triunfo sobre la angustia de la escucha de voces está bien documentado (por ejemplo, Coleman, 2004; Laurance, 2003; James, 2001), utiliza una analogía de un viaje para describir el camino de vuelta para recuperar su propia vida. Aunque es doloroso y arduo, el viaje se facilita mucho si se tiene un buen «mapa del terreno», y esto es algo que pueden ofrecer los grupos de autoayuda. El apoyo y la guía que ofrecen otras personas que han recorrido trayectos similares no se refiere a ofrecer una solución instantánea, sino a motivar e inspirar a los miembros para que aprendan a entenderse a ellos mismos. De acuerdo con Romme y Escher (2000, pág. 116), este abordaje capacita a los pacientes porque «se libera energía que permite que las personas sean ellas mismas [más allá del grupo], lo que es un prerrequisito importante para alcanzar un nuevo equilibrio y la integración social». En la búsqueda del cambio de «víctima a vencedor» (Coleman y Smith, 2005), la curación práctica del sufrimiento va de la mano con aprender a conocer el propio self y las propias experiencias; las aportaciones personales son la principal herramienta para el cambio. De manera similar, White (1996) ha

descrito sus experiencias de facilitación en grupos de autoayuda bajo el título «Power to Our Journeys» (Dar poder a nuestros viajes), en el que los miembros describen cómo el sentimiento de reconocimiento, justicia, solidaridad y «levedad del ser» que ofrecía el grupo les ayudó a reavivar su amor por la vida.

En contraposición con las perspectivas clínicas, en las que la autoayuda se organiza en relación con categorías diagnósticas (esquizofrenia, depresión maníaca), la red HVN propone que los grupos se organicen simplemente sobre la base de una experiencia compartida (escucha de voces), independientemente del estado psiquiátrico. Aunque los profesionales pueden colaborar con las personas que oyen voces como asesores, ofreciendo cofacilitación, recursos e infraestructura, el grupo está dirigido por los usuarios, y los miembros buscan soluciones en su propio marco de referencia, independientemente de cualquier contacto con los médicos. Las personas tienen la oportunidad de aprender a comprender a sus voces como simbólicas y significativas, y se las anima a que sean participantes activos, no pacientes. Se considera que la introspección personal está por encima del conocimiento médico, y todo el mundo está dotado de una sabiduría, un conocimiento y una experiencia únicos sobre sus propias experiencias. Además, la corriente de apoyo y estímulo mutuos erosiona el cliché de que las personas con un diagnóstico psiquiátrico siempre deben ser receptores de asistencia, nunca proveedores. Por el contrario, los grupos pueden ofrecer un espacio seguro en el que los miembros pueden escuchar historias tranquilizadoras y capacitadoras sobre cómo otras personas han transformado sus relaciones con sus experiencias de escucha de voces. Dentro de los grupos las personas cuentan sus historias sobre quienes son y por lo que han pasado, lo cual les permite desarrollar un sentimiento más fuerte de autonomía, identidad y autodeterminación, un espacio en el que se genera el valor para enfrentarse a los propios miedos. De acuerdo con Reeves (1997), este tipo de autoayuda no se puede prescribir; hace falta valor para comenzar un viaje de descubrimiento de uno mismo.

En el Reino Unido en los últimos 20 años los grupos han sido fundamentalmente un lugar de apoyo y un foro para compartir iniciativas de autoayuda y estrategias de afrontamiento. Sin embargo, aunque es indudable que esta función es fundamental, muchos grupos también han desarrollado aspiraciones más amplias al incorporar las tareas duales de apoyo y acción. La propia red HVN actúa a dos niveles, apoyando a las personas que oyen voces mediante la promoción de la autoayuda y el autotratamiento, a la vez que amplían simultáneamente su ethos a un público más general al fomentar la tolerancia, la concienciación y las explicaciones positivas de la escucha de voces. De esta manera la diseminación de información mediante conferencias, cursos de formación, medios de comunicación, boletines y literatura de autoayuda puede establecer colaboraciones productivas con profesionales, familiares y otros grupos sociales. Por ejemplo, Drinnan (2004) describe cómo el funcionamiento de un grupo de autoayuda en un contexto intrahospitalario estimuló al personal a que buscara formación para mejorar sus habilidades y su confianza en el apoyo a personas que oyen voces, mientras que May y Longden (2010) describen cómo los grupos pueden ayudar a proteger los derechos civiles de sus miembros mediante la lucha contra el estigma y la promoción de la ciudadanía y la inclusión social. Además, como muchas veces se entiende el origen de la escucha de voces en relación con maltrato, opresión

y otras experiencias de injusticia (por ejemplo, Andrew y cols., 2008; Hammersley y cols., 2007; Longden, 2005; Moskowitz y Corstens, 2007), las personas pueden elegir una «misión de superviviente» que intenta abordar estas experiencias de una manera restauradora, y ayudar a prevenir la violencia psicológica futura (Herman, 1992). Puesto que encontrar métodos de contribuir a las vidas de los demás fortalece desde el punto de vista psicológico, la búsqueda de roles que son valorados por uno mismo y por los demás permite el desarrollo de la autoconfianza (que puede haberse visto gravemente mermada por periodos de aislamiento y/o institucionalización). Por lo tanto, los grupos de presión muchas veces establecen que su misión es informar y educar a la comunidad general, concienciar sobre el significado y la aceptabilidad de la escucha de voces, o incluso buscar cambios legales para que haya mejores condiciones para sus miembros. De manera similar, los individuos pueden participar en proyectos de los medios de comunicación generales que ofrezcan descripciones respetuosas e informativas de la experiencia de escucha de voces, a fin de mitigar la negación y el perjuicio en la sociedad general (por ejemplo, Edginton, 1995; Hilpern, 2007; Regara, 2008).

Los diferentes grupos pueden variar en su énfasis en el apoyo, la exploración de los problemas emocionales y las campañas educativas, y pueden complementar el apoyo psicoterapéutico individual al dotar a los miembros de la confianza necesaria para trabajar más profundamente con los problemas emocionales y sociales que subyacen a su experiencia de escucha de voces. Por lo tanto, los miembros muchas veces utilizan el grupo para finalidades diferentes maneras distintas, por lo que generalmente no es útil evaluar a los grupos en relación con criterios de valoración medibles, como la asistencia, porque eso inevitablemente fluctuará a medida que cambien las necesidades, los requisitos y las circunstancias sociales (Downs, 2005; Meddings, 2006). Generalmente la mayoría de los miembros encuentran mucho consuelo y tranquilización simplemente en la existencia del grupo, aunque lo utilicen de manera intermitente. Como la estructura del grupo está definida por las necesidades de las personas que lo forman, la estructura de los grupos puede variar desde grupos muy estructurados hasta grupos no estructurados sin agenda fija, grupos cerrados que solamente están abiertos a los miembros existentes, grupos abiertos en los que los miembros del grupo cambian de unas semanas a otras, grupos que están dirigidos totalmente por pacientes y grupos dirigidos en colaboración con profesionales de salud mental comprensivos.

Se ha diseñado un curso de formación de facilitadores de grupos de escucha de voces para crear un abordaje sistemático al desarrollo de una red de grupos de escucha de voces dirigidos por usuarios y sostenibles. El curso de formación, en el que también participan personas con una experiencia personal de escucha de voces (aunque es poco habitual), junto al personal de salud mental, ha sido un método muy eficaz para aumentar el número de grupos de escucha de voces. El curso, desarrollado inicialmente por la red London Hearing Voices Network (Dillon, 2006), ha aumentado el número de grupos de escucha de voces de ocho a 45 en tan sólo cinco años. Desde entonces el curso de formación se ha realizado en otras partes de Inglaterra, Irlanda, Países Bajos y Australia. El curso aborda todos los aspectos teóricos y prácticos del funcionamiento de los grupos, desde la crítica de los abordajes tradicionales e innovadores de la escucha de voces, la creación de reglas de

seguridad y operativas, el proceso del desarrollo del grupo, la dinámica de grupos, la función de los facilitadores del grupo y un modelo para iniciar y establecer grupos. También se han desarrollado reuniones de apoyo frecuentes con el facilitador porque los grupos tienen más probabilidad de tener éxito si los facilitadores se sienten apoyados y valorados en su rol.

Conclusión

El creciente volumen y la mayor variedad de los grupos de escucha de voces que se están desarrollando en todo el mundo es un dato que indica su tremenda eficacia en la creación de espacios seguros para compartir experiencias tabú. Numerosos testimonios personales dan fe (Romme y cols., 2009) del potencial que ofrecen los grupos al permitir que las personas hagan cambios profundos y duraderos en sus vidas, tras haber fracasado con frecuencia con otros abordajes. En consecuencia, los grupos de escucha de voces son soluciones comunales eficaces (Bloom, 1997); a pesar de la escasez de recursos económicos, la mayoría de los grupos ofrecen la posibilidad de un cambio positivo y significativo, a nivel tanto individual como colectivo.

Cuadro 12.1 Organizaciones útiles

Intervoice

Red internacional para la formación, la educación y la investigación sobre la escucha de voces. La organización también trabaja en todo el mundo para difundir mensajes positivos y esperanzadores sobre las experiencias de escucha de voces.

www.intervoiceonline.org

The English Hearing Voices Network (Red de escucha de voces inglesa) Ofrece información, apoyo y comprensión a las personas que oyen voces y a quienes las apoyan. También tiene como objetivo favorecer la concienciación, la tolerancia y la comprensión de la escucha de voces, las visiones, las sensaciones táctiles y otras experiencias poco habituales. La página web está llena de recursos sobre la escucha de voces, como boletines, foros de discusión y enlaces a grupos de apoyo.

www.hearing-voices.org.

Hearing Voices Network Australia (Red de escucha de voces de Australia) Tiene como objetivo fomentar la aceptación de la escucha de voces y permitir la recuperación de las personas que sufren mediante la creación de grupos de autoayuda, educación y concienciación.

New Zealand Hearing Voices Peer Support Network (Red neozelandesa de apoyo por iguales a personas que oyen voces) www.hearingvoices.org.nz

Stichting Weelank (Fundación Resonante; Fundación Resonancia) Red holandesa de escucha de voces.

www.stemmenhoren.nl

Netzzwrk Stimmenhören

Red alemana de escucha de voces.

www.stimmenhoeren.de

Le Parole Ritrovate (Palabras recuperadas) Red italiana de escucha de voces.

www.leparoleritrovate.com

The Freedom Center (Centro de la libertad)

Comunidad estadounidense de apoyo y activismo para todas las personas que tienen

problemas de salud mental. Incluye listas de eventos, enlaces y consejos sobre la medicación.

www.freedom-center.org

Bibliografía

- Andrew, E. M., Gray, N. S. and Snowden, R. J. (2008). The relationship between trauma and beliefs about hearing voices: A study of psychiatric and nonpsychiatric voice hearers. *Psychological Medicine*, 38, 1409-1417.
- Baker, P. (1995). Accepting the inner voices. *Nursing Times*, 91(31), 59-61.
- Bentall, R. (2004). *Madness Explained*. London: Penguin.
- Bloom, S. (1997). *Creating Sanctuary: Towards the Evolution of Safe Communities*. London: Routledge.
- Boyle, M. (2002). *Schizophrenia: A Scientific Delusion* (2nd ed.). London: Routledge.
- Bracken, P. and Thomas, P. (2001). Postpsychiatry: A new direction for mental health. *British Medical Journal*, 322, 724-727.
- Bracken, P. and Thomas, P. (2005). *Postpsychiatry: Mental Health in a Postmodern World*. Oxford: Open University Press.
- Chadwick, P., and Birchwood, M. (1994). The omnipotence of voices: A cognitive approach to auditory hallucinations. *British Journal of Psychiatry*, 164, 190-201.
- Chadwick, P., Sambrooke, S., Rasch, S. and Davies, E. (2001). Challenging the omnipotence of voices: Group cognitive behaviour therapy for voices. *Behaviour Research and Therapy*, 38(10), 993-1003.
- Coffey, M. and Hewitt, J. (2008). 'You don't talk about the voices': Voice hearers and community mental health nurses talk about responding to voice hearing experiences. *Journal of Clinical Nursing*, 17(2), 1591-1600.
- Coleman, R. (2004). *Recovery: An Alien Concept* (2nd ed.). Isle of Lewis: P&P Press Ltd.
- Coleman, R. and Smith, M. (2005). *Working With Voices: Victim to Victor* (2nd ed.). Isle of Lewis: P&P Press Ltd.
- Coleman, R., Smith, M. and Good, J. (2003). *Psychiatric First Aid in Psychosis: A Handbook for Nurses, Carers and People Distressed by Psychotic Experience* (2nd ed.). Isle of Lewis: P&P Press Ltd.
- Corstens, D., Esther, S. and Romme, M. (2008). Accepting and working with voices: The Maastricht approach. In Moskowitz, A., Schafer, I. and Dorahy, M. J. (Eds.) *Psychosis, Trauma and Dissociation: Emerging Perspectives on Severe Psychopathology* (pp. 319-333). Oxford: Wiley-Blackwell.
- Coupland, K. (2000). The experience of focused group-work for voice hearers experiencing malevolent voices. *Netlink, The Quarterly Journal of the Network for Psychiatric Nursing Research*, 16, 3-4.
- Dillon, J. (2006). Collective Voices. *Open Mind*, 142, 16-18.
- Downs, J. (2001). *Starting and supporting Hearing Voices Groups*. Manchester: The Hearing Voices Network.
- Downs, J. (2005). *Coping with Voices And Visions: A Guide to Helping People Who Experience Hearing Voices, Seeing Visions, Tactile or Other Sensations*. Manchester: The Hearing Voices Network.
- Drinnan, A. (2004). A secure base? A group for voice hearers on an inpatient ward. *Clinical Psychology*, 36, 19-23.
- Edginton, J. (Director). (1995). *Horizons: Hearing Voices*. An Otmoor and Mental Health Media Production for BBC Television.

- Escher, S. (1993). Talking about voices. In Romme, M. and Escher, S. (Eds.) *Accepting Voices* (pp. 50-59). London: Mind Publications.
- Hammersley, P., Langshaw, B., Bullimore, P, Dillon, J., Romme, M. and Escher, S. (2008). Schizophrenia at the tipping point. *Mental Health Practice*, 12(1), 14-19.
- Haminerslev, P, Read, J., Woodall, S. and Dillon. J. (2007). Childhood trauma and psychosis: The genie is out of the bottle. *The Journal of Psychological Trauma*, 6(213), 7-20.
- Healthcare Commission Report. (2008). *The Pathway to Recovery: A Review of NHS Acute patient Mental Health Services*. London: Healthcare Commission.
- Herman, J. L. (1992). *Trauma and Recovery: The Aftermath of Violence From Domestic Abuse to Political Terror*. New York: Basic Books.
- Hilpern, K. (2007). How I beat the voices in my head. *The Independent*, 6 March.
- Honig, A., Romme, M. A. J., Ensink, B. J. M., Escher, S. D., Pennings, M. H. A. and Devries, M. W. (1998). Auditory hallucinations: A comparison between patients and non-patients. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 186(10), 646-651.
- James, A. (2001). *Raising our Voices: An Account of the Hearing Voices Movement*. Gloucester: Handsel] Publishing.
- Knight, T. (2006). *Beyond Belief Alternative Ways of Working with Delusions, Obsessions and Unusual Experiences*. Shrewsbury: Peter Lehmann Publishing.
- Laurance, (2003). Life Stories: Ron Coleman. In *Pure Madness: How Fear Drives The Mental Health System* (pp. 134-138). London: Routledge.
- Leudar, I. and Thomas, P (2000). *Voices of Reason, Voices of Insanity: Studies of Verbal Hallucinations*. London: Routledge.
- Longden, E. (2005). The dance of the lepers. *Asylum: The Magazine for Democratic Psychiatry*, 15, 34-36.
- Martin, P. J. (2000). Hearing voices and listening to those that hear them. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 7(2), 135-141.
- May, R. (2007). Reclaiming mad experience: Establishing unusual belief groups and Evolving Minds public meetings. In Stastny, P, and Lehmann, P. (Eds.) *Alternatives Beyond Psychiatry* (pp. 117-128). Shrewsbury: Peter Lehmann Publishing.
- May, R, and Longden, E. (2010). Self-help approaches to hearing voices. In Larei, F. and Ale-man, A. (Eds.) *Hallucinations: A Practical Guide to Treatment* (pp. 257-279). Oxford: Oxford University Press.
- Meddings, S., Walley, L., Collins, T., Tullet, F, and McGowan, B. (2006). The Voices don't like it. *Mental Health Today*, September, 26-30.
- Morrison, A. P. (1998). A cognitive analysis of the maintenance of auditory hallucinations: Are voices to schizophrenia what bodily sensations are to panic? *Behavioural and Cognitive* 26, 289-302
- Moskowitz, A. and Corstens, D. (2007). Auditory hallucinations: Psychotic symptom or dissociative experience? *Journal of Psychological Trauma*, 6(2/3), 35-63.
- Perron, B. and Munson, M. (2006). Coping with voices: A group approach for managing auditory hallucinations. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 9(3), 241-258.
- Reeves, A. (1997). *Recovery: A Holistic Approach*. Gloucester: Handsell Publishing.
- Regan, L. (Director). (2008). *The Doctor Who Hears Voices*. A Kudos Films production for Channel 4 Television.

- Romme, M. (2000). *Redefining Hearing Voices*. Based on a speech given at the launch of The Hearing Voices Network, Manchester, England, Summer 2000. Consulta el 20 de marzo de 2011, de <http://www.psychminded.co.uk/critical/marius.htm>
- Romme, M. and Escher, S. (1990). Heard but not seen. *Open Mind*, 49,16-18. Romme, M. and Escher, S. (1993). *Accepting Voices*. London: Mind Publications. Romme, M. and Escher, S. (2000). *Making Sense of Voices*. London: Mind Publications.
- Romme, M. and Morris, M. (2007). The harmful concept of schizophrenia. *Mental Health Nursing*, March, 7-11.
- Romme, M., Escher, S., Dillon, J., Corstens, D. and Morris, M. (2009). *Living with Voices: 50 Stories of Recovery*. Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Veiga-Martinez, C., Perez-Alvarez, M. and Garcia-Montes, J. M. (2008). Acceptance and commitment therapy applied to treatment of auditory hallucinations. *Clinical Case Studies*, 7(2), 118-135.
- White, M. (1996). Power to our journeys. *American Family Therapy Academy Newsletter*, Summer, 11-16.
- Wykes, T., Parr, A. and Landau, S. (1999). Group treatment of auditory hallucinations: Exploratory study of effectiveness. *British Journal of Psychiatry*, 175, 180-185.
- Young, S. L, and Fusing, D. S. (1999). Exploring recovery from the perspective of people with psychiatric disabilities. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 22, 219-231.

Nota: en el momento de elaborar este capítulo, el punto de vista de que la esquizofrenia “es una hipótesis poco científica e inútil que se debe abandonar” está adquiriendo un impulso significativa gracias a organizaciones de voluntarios y al trabajo de diversos investigadores y profesionales clínicos (por ejemplo, Bentall, 2004; Boyle, 2002; Bracken y Thomas, 2005, Hammersley y cols., 2008; Romme v Morris, 2007).