

ESTUDIO DE CASOS

Tratamiento de rituales compulsivos en un caso de esquizofrenia residual: eficacia de la hipnosis

Treatment of compulsive rituals in a case of residual schizophrenia: efficacy of hypnosis

**CARLOS SALAMERO¹
JOSÉ MARÍA MANZANO²**

Fecha de Recepción: 23-12-2002

Fecha de Aceptación: 22-04-2005

RESUMEN

Los autores describen el tratamiento de una conducta compulsiva en un caso de esquizofrenia residual. Tras realizar una descripción general del cuadro clínico y un análisis de las conductas evaluadas, se comentan las distintas etapas de intervención: línea base, control de estímulos, entrenamiento en y tratamiento mediante hipnosis, y seguimiento. Se utilizó un método de inducción mediante la fijación ocular, con sugerencias de relajación y de tranquilidad para la profundización hipnótica, y se dieron instrucciones en forma de sugerencias poshipnóticas para extinguir la conducta. Finalmente, se valoran las implicaciones de la hipnosis en el tratamiento de síntomas obsesivo-compulsivos en cuadros de esquizofrenia a propósito de la extinción de aquella conducta.

ABSTRACT

The authors describe the treatment of compulsive behaviour in a case of residual schizophrenia. Following the description of the clinical profile and an

¹ CRPS "Martínez Campos".

² Unidad de Media Estancia. Hospital San Juan de Dios. Ciempozuelos.

analysis of the assessed behaviours, the stages of intervention are discussed, i.e., baseline, stimulus control, training and treatment via hypnosis, and follow-up. A method of induction by ocular fixation was used, with suggestions of relaxation and tranquillity to deepen the hypnosis, and instructions were given in the form of post-hypnotic suggestions to extinguish the behaviour. Finally, implications of hypnosis in the treatment of obsessive-compulsive symptoms in schizophrenia are discussed.

PALABRAS CLAVE

Esquizofrenia, Obsesión-compulsión, Desorden, Hipnosis.

KEY WORDS

Schizophrenia, Obsessive-compulsive Disorder, Hypnosis.

INTRODUCCIÓN

Conocemos pocos estudios sobre tratamientos hipnóticos en casos de esquizofrenia y sobre abordaje hipnótico de rituales obsesivo compulsivos. Son más escasos si cabe los artículos donde se aborde la intervención de estos cuadros desde una perspectiva conductual.

La relación entre el trastorno obsesivo compulsivo y la esquizofrenia fue descrita ya en 1878 por Westphal, que lo contempló como una forma prodrómica de la esquizofrenia. Bleuler (1956) pensaba que algunos pacientes con síntomas obsesivos crónicos eran de hecho esquizofrénicos. Para Stengel (1945) la posible interacción entre manifes-

taciones neuróticas y reacciones psicóticas durante el curso de un trastorno obsesivo compulsivo forma parte de un mecanismo de defensa adaptativo.

Jahrreiss (1926) y Rosen (1957) encontraron en una revisión de casos clínicos que la tasa de fenómenos obsesivo compulsivos en la esquizofrenia estaba entre el 1,1% y el 3,5%, respectivamente. Para estos dos autores los esquizofrénicos con síntomas obsesivos tenderían a presentar un curso clínico más benigno. Estos resultados fueron posteriormente puestos en duda. En un estudio retrospectivo a largo plazo de Fenton y McGlashan (1986) encontraron que el 12,8% de los esquizofrénicos crónicos pre-

sentaban síntomas obsesivo compulsivos. Así mismo, los pacientes esquizofrénicos con sintomatología obsesivo compulsiva presentaban más pobres resultados en las áreas de relación social, empleo, psicopatología y funcionamiento global, comparados con los pacientes esquizofrénicos libres de síntomas obsesivos. En otros estudios posteriores se dieron cifras del 25% (Berman, Kalinosky, Berman, Lengua y Green, 1995) e incluso del 59,2% (Bermanzohn, 1998).

Hwang y Losonczy (1997) identificaron tres subgrupos de fenómenos psicóticos obsesivo compulsivos en pacientes esquizofrénicos. El primer grupo estaría compuesto por pacientes con síntomas obsesivo compulsivos previos bastante tiempo antes al comienzo de la psicosis. Un segundo grupo lo formarían pacientes con síntomas obsesivo compulsivos que debutan coincidiendo con el inicio en las primeras etapas de las psicosis. Un tercer grupo de pacientes presentaba síntomas obsesivo compulsivos variados y pasajeros en el curso de la enfermedad esquizofrénica. Para estos autores, la coexistencia de síntomas psicóticos y obsesivo compulsivos era un signo de mal pronóstico, y apuntaban como hipótesis un posible mecanismo neurobiológico común a ambos trastornos, o al menos a algunos de sus subgrupos.

La utilización de hipnosis en pacientes psicóticos ha sido un hecho controvertido. Autores como Spiegel y Spiegel (1978) informaron

de la baja hipnotizabilidad de estos pacientes cuando eran comparados con un grupo de control sano. Aunque el autor no explicó las razones de estas dificultades, podemos suponer que tienen relación con las alteraciones cognitivas de los pacientes esquizofrénicos señaladas por varios autores (Mc. Ghie y Chapman, 1961; Ruiz Vargas, 1971, 1987; Knight y Russell, 1978; Magaro, 1984; Nuechterlein y Dawson, 1984; Yates, 1966; Liberman, 1992; Frith, 1996; Raz y Shapiro, 2002) desde disfunciones atencionales hasta desconexión entre distintas zonas cerebrales.

Otros autores (Sands, 1986) han utilizado técnicas hipnóticas en pacientes esquizofrénicos con conductas impulsivas, obteniendo buenos resultados. Pearce (1991) aplicó este tipo de técnicas como coadyuvantes en el proceso de rehabilitación de psicóticos crónicos. Otros han señalado la similitud entre la hipnosis y algunos síntomas psicóticos, como las alucinaciones, la despersonalización o la disociación (Hodge, 1988; Haberman, 1987; Erickson, y Zeig, 1991; Procter, 2001), utilizando la hipnosis para disminuir la disrupción provocada por estos fenómenos.

Por otro lado, es bien conocida la dificultad para tratar conductas de carácter compulsivo y de intervenir sobre las ideas obsesivas, que frecuentemente acompañan aquellas. Moore y Burrows (1991) señalan la posibilidad de tratar eficazmente, mediante hipnosis, terapia cognitivo conductual y psicofármacos un

caso de trastorno obsesivo compulsivo. La utilización de la hipnosis desde un modelo cognitivo-conductual es abordada por Capafons y Amigó (1993), aunque no se refieren a rituales ni otros síntomas de carácter psicótico, y por Kirsch (1995).

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se trata de una mujer de 47 años de edad, soltera, y de nivel socioeconómico medio bajo. Sólo realizó estudios primarios, y hasta su ingreso su ocupación había sido la agricultura y las labores del hogar.

El diagnóstico clínico es en este momento de esquizofrenia residual, con una evolución del cuadro de 25 años. Su diagnóstico anterior había sido de esquizofrenia indiferenciada. Al inicio del estudio la paciente llevaba ingresada en el hospital 3 años, tiempo durante el que solo había salido de permiso por breves periodos.

Durante la valoración psiquiátrica, la paciente presentaba: apatía, episodios de agitación psicomotriz seguidos de otros de inmovilidad, hipertonía muscular, y escaso nivel de verbalizaciones. No se pudo constatar ni descartar la presencia de ideas delirantes ni fenómenos alucinatorios.

La paciente también presentaba conductas de apariencia compulsiva: comer de forma precipitada, cambiar una y otra vez de cubiertos, caminar hacia atrás, entrar vestida

en la ducha y abrir el grifo, perseguirse innumerables veces y arrodillarse frecuentemente.

La paciente tenía entonces un tratamiento médico que consistía en el equivalente a 1500 mgr. de clorpromazina diarios y que permaneció constante durante el periodo de intervención. Antes de iniciar la intervención conductual, y durante las dos primeras semanas de valoración, se administró a la paciente 450mgr. de clomipramina diarios. El objetivo de este tratamiento era reducir los rituales compulsivos, en especial el de arrodillarse, ya que este estaba provocando graves problemas en las rodillas e incluso problemas vasculares en la paciente. Este tratamiento se suspendió a las 2 semanas de iniciado el estudio y tras cinco semanas de implementado, ya que no redujo los rituales.

VALORACIÓN

La valoración del caso se llevó a cabo mediante observación de varias conductas, información de las DUE y de las auxiliares de la unidad, y entrevistas con la paciente. El periodo completo hasta la intervención sistemática duró ocho semanas.

1. Observación

Se planteó la observación de diversos comportamientos en la unidad, el dormitorio y los aseos. En un principio tratamos de definir los

antecedentes y las consecuencias de las conductas, para pasar después a delimitar su frecuencia y duración. La llevó a cabo el personal de enfermería de la unidad, para lo que se habilitaron varias hojas de registro y se entrenó al personal. Los comportamientos observados fueron:

- Comer de forma precipitada.
- Levantarse a cambiar de cubiertos de forma repetida.
- Caminar hacia atrás.
- Mirar de manera fija un cuadro determinado y persignarse repetidamente.
- Ducharse vestida.
- Arrodillarse.

Durante la noche la observación se realizó cada hora a partir de las 23 h, hora en que la paciente solía acostarse, y hasta las 8h, hora del cambio de turno. En este registro sólo se apuntó la frecuencia de la conducta de arrodillarse, y si la paciente estaba dormida o despierta.

2. Información del personal

Se tuvieron dos reuniones específicas con el personal de la unidad para entrenar y solucionar dudas sobre la observación y los registros. En la reunión semanal de la unidad se dedicaba un tiempo a la discusión del caso, y se debatían las dudas y los objetivos. Los comentarios del personal de la unidad resultaron muy valiosos tanto para la planificación de la intervención como durante la misma.

Las reacciones del personal ante los comportamientos observados de la paciente cubrían una amplia gama: ignorar la conducta observada, emitir acciones directas para evitar dichas conductas, dar órdenes explícitas para que los comportamientos se dejen de emitir, decir a la paciente que cambie de lugar, gritar a la paciente, o dar instrucciones específicas sobre una alternativa correcta de actuar.

Otro extremo sobre el que se nos informó fue el de la frecuente presencia de musitaciones durante la ejecución de algunas conductas (arrodillarse, cambiar de cubiertos, mirar fijamente un cuadro y caminar hacia atrás.).

También se informó sobre irritabilidad en la paciente en algunas ocasiones en las que otras compañeras o personal de la unidad interrumpían los rituales.

3. Entrevistas

En estas entrevistas el psicólogo fue introducido y presentado por el psiquiatra encargado del caso. Así, se realizó una entrevista conjunta y posteriormente el psicólogo continuó con las entrevistas de valoración de las conductas problema. De la información obtenida durante las mismas se puede decir que la paciente experimentaba un intenso sentimiento de angustia que daba como resultado el inicio de los rituales. También comentó un intenso sentimiento de culpa, como si su enfermedad hubiese sido fruto de

una falta cometida por ella. La presencia de los rituales tenía la función de expiar la culpa y poder curarse de su enfermedad.

Según pudimos verificar durante las entrevistas, la paciente se sentía obligada a rezar por su curación de rodillas y determinadas oraciones en un orden fijo. Si algún estímulo interrumpía esta cadena, iniciaba el ritual a la menor oportunidad. Ella lo tenía que hacer de esa forma, para purificarse, según sus propias palabras, y no había otra alternativa.

A partir de la segunda semana de observación seleccionamos tres conductas diana sobre las que centrar la intervención. Se siguieron criterios como el de peligrosidad para sí misma, inadecuación de la conducta y disrupción en el ambiente de la unidad. Las conductas seleccionadas fueron:

- Arrodillarse.
- Comer precipitadamente.
- Ducharse vestida.

La paciente se arrodillaba con una frecuencia muy fluctuante y con una duración variable. Prácticamente lo hacía a cualquier hora del día, y también en periodos de la noche, y en cualquier lugar de la unidad o en su dormitorio. Quizá había una ligera tendencia a una frecuencia más alta cuando esperaba la hora de la comida y en las horas previas a acostarse.

La conducta de comer precipitadamente se daba con más frecuencia en la hora del almuerzo y apenas

aparecía en el desayuno.

La conducta de ducharse vestida era más frecuente por las tardes, aunque su aseo diario lo realizaba por las mañanas.

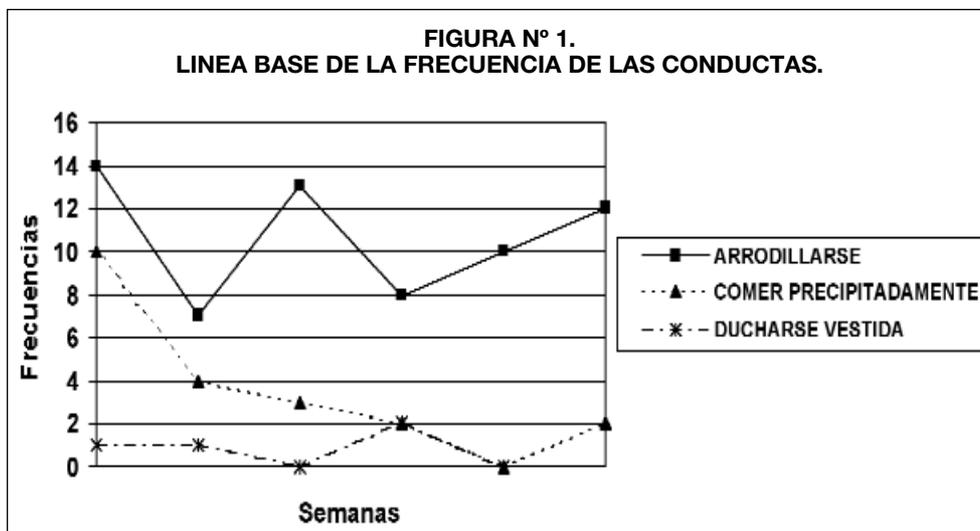
La duración de las conductas oscilaba desde varios segundos hasta una hora.

Como resultado de la información obtenida, postulamos que los rituales podían tener dos motivaciones para la paciente:

1. Expiar sus culpas, purificarse y curarse de su enfermedad: arrodillarse y ducharse vestida.
2. Protegerse de peligros o males futuros: comer precipitadamente y caminar hacia atrás.

La hipótesis que establecimos fue que los comportamientos problema se veían facilitados por estímulos antecedentes, básicamente la ansiedad, y permitían a la paciente huir de esta (posiblemente la ansiedad fuera elicitada por una cadena de pensamientos distorsionados). Esto daba lugar a "conductas supersticiosas", foco de nuestra intervención. Es posible que algunas reacciones del personal, las que implicaban prestar atención a las conductas, jugaran también un papel en el mantenimiento de estas. No obstante estas consecuencias se debatieron y se modificaron durante las reuniones con el personal.

El objetivo que nos marcamos fue la eliminación de las conductas comentadas.



INTERVENCIÓN Y RESULTADOS

Es posible que las primeras reuniones con el equipo de la unidad tuvieran un efecto beneficioso en la frecuencia de las conductas de comer precipitadamente y ducharse vestida. De hecho, estas conductas se redujeron sensiblemente durante la obtención de la línea de base, antes de iniciar la intervención sistemática. Quizá una aplicación más consensuada y uniforme de las consecuencias ante estos comportamientos explique este efecto. Sin embargo, y salvo la fluctuación entre la 1ª y la 2ª semanas, la conducta de arrodillarse sigue apareciendo en frecuencias altas, como puede apreciarse en la figura nº1.

El tratamiento consistió en una fase de control de estímulos, otra fase sin tratamiento, de nuevo una fase de control de estímulos, y por último una intervención mediante hipnosis.

1. Fase I: control de estímulos

Esta fase se inició a partir de la 7ª semana y consistió en:

1. El personal de enfermería dio instrucciones explícitas a la paciente en cuanto a la forma correcta de asearse y de comer (7ª semana).
2. El personal dio instrucciones a la paciente para que se arrodillara en un lugar fijo, sobre un cojín (7ª y 8ª semanas). Posteriormente se le indicó que redujese el tiempo que permanecía arrodillada de forma paulatina hasta los cinco minutos (9ª - 17ª semanas). Se programó una salida y se comunicó a la paciente durante la novena semana, lo que pudo influir en el cumplimiento de las instrucciones por su parte.

Las dos primeras conductas desaparecieron y la conducta de arrodillarse se redujo de manera sensible, como puede observarse en la figura nº2.

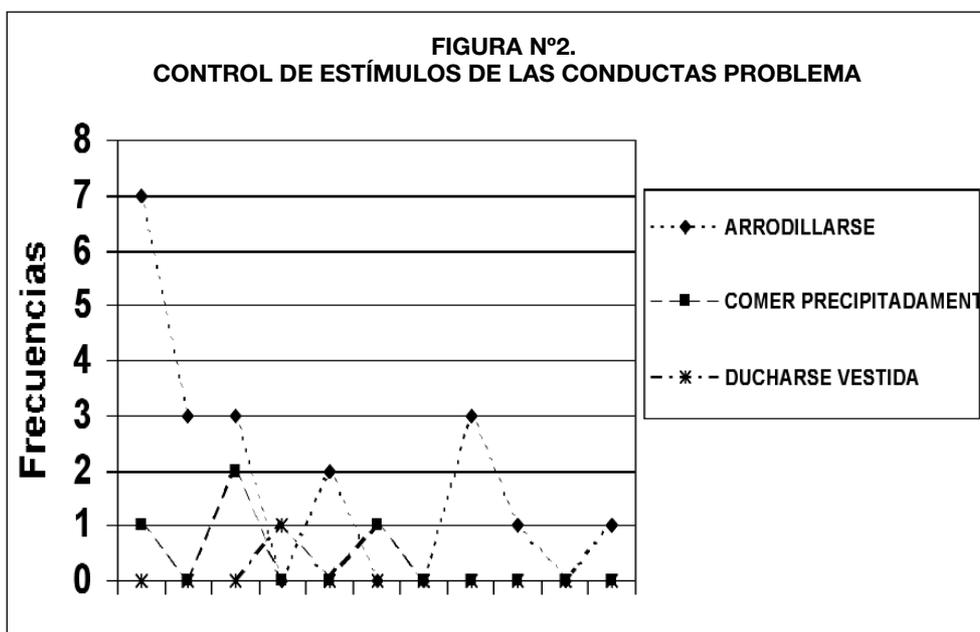
2. Fase sin intervención

Esta fase comenzó con un permiso a la paciente de una semana.

arrodillarse (ver figura nº 3), lo que nos hizo tomar la decisión de volver a intervenir.

3. Fase II de control de estímulos

Durante este periodo, iniciado en la semana nº 22, se volvieron a dar a la paciente las instrucciones sobre el lugar y el tiempo para arrodillarse,



Pasada la semana de permiso continuamos registrando la conducta de arrodillarse. Aunque no se registró de modo sistemático la frecuencia de las conductas de comer precipitadamente y ducharse vestida, el equipo de la unidad no observó que estas volvieran a aparecer. Sí se dio un progresivo y rápido aumento de la frecuencia de la conducta de

de la misma forma que en la primera fase.

Más tarde (semana nº 27) se trataron de reducir los periodos del día en los que la paciente podía arrodillarse. En la figura nº 3, que recoge toda la intervención, desde la línea base hasta el seguimiento de la conducta diana, puede apreciarse como la fre-

mente por encima de la línea de visión de la paciente, induciendo pesadez de párpados y facilitando el giro hacia arriba de los globos oculares. Para la profundización empleamos la repetición de sugerencias de relajación, tranquilidad, calidez y respiración lenta y regular.

Durante la quinta semana de entrenamiento en hipnosis (semana nº 33) se iniciaron las sugerencias poshipnóticas para reducir el ritual.

Aunque el entrenamiento hipnótico lo realizó un autor, ambos intervinieron primero de forma conjunta y después sucesiva en el periodo de las sugerencias. Las sugerencias poshipnóticas se daban después de la profundización y consistían en:

- Sugerencias para que la paciente recitara sus oraciones de pie, en un lugar determinado a horas concretas, o tumbada en su cama nada más acostarse, del tipo; "Puedes rezar de pié y tus oraciones serán bien recibidas"; "es igual de bueno que reces en tu cama como estás ahora" (la paciente de hallaba tumbada en la camilla); "Puedes rezar por la noche acostada en tu cama y saber que tus oraciones llegan igual" ...
- Sugerencias para reducir el número de oraciones que la paciente debía recitar, subdividiendo el ritual en distintas partes: "Puedes rezar un ave María y un Padre Nuestro y saber que todo está bien", "Cuando te

persignas sabes que estás siendo atendida" ...

La impresión clínica, basada en escalas como la de Weitzenhoffer y Hilgard (1962), es que la paciente conseguía un grado de profundidad medio hacia el final del entrenamiento (así puede demostrarlo el seguimiento de las sugerencias poshipnóticas).

Desde la semana nº 33 a la semana nº 44 se realizaron trece sesiones de intervención, comenzando por dos semanales y acabando con sesiones de recuerdo cada quince días.

Como se puede ver en la figura nº 3 a partir de la semana nº 37, cinco semanas después de iniciado el tratamiento hipnótico, la conducta desapareció por completo.

A partir de esta semana y hasta la nº 45 se dieron sesiones quincenales en las que se reforzaron los logros obtenidos y se continuaron dando las sugerencias poshipnóticas descritas. En esa semana se dio como concluido el tratamiento.

El seguimiento posterior, en el que se siguió registrando la frecuencia de la conducta, dio como resultado la ausencia de aparición de la misma. Este periodo cubrió otras seis semanas de observación.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La primera pregunta que nos planteamos en este caso fue, ¿por

qué funcionó durante un tiempo el control de estímulos y resultó ineficaz posteriormente? Entre los factores que pudieron influir destacamos la expectativa de obtener un permiso que, efectivamente, estaba programado.

Este hecho pareció actuar como un potente reforzador para seguir las instrucciones del personal, y también resultaba congruente con las creencias de la paciente sobre la expiación de las culpas y la curación. Otros elementos pudieron ser la novedad de la intervención y la mayor atención que empezó a recibir la paciente por parte del equipo cuando esta se inició.

Los factores mencionados nos llevaron a replantearnos la hipótesis de intervención y a re-situar la misma desde los estímulos ambientales antecedentes o consecuentes hacia estímulos internos de tipo cognitivo.

Parece evidente la eficacia de la hipnosis en el presente caso. A partir de la cuarta semana de intervención mediante hipnosis la conducta de arrodillarse se extinguió. No volvió a aparecer durante las siguientes siete semanas que duró la intervención, ni durante las restantes seis semanas de seguimiento sistemático.

Tres meses después, ningún miembro del equipo había observado la reaparición de la conducta. Podemos considerar pues, que el cambio resultó razonablemente consolidado.

Otro aspecto a destacar es la alta especificidad que tuvo la modificación. Excepto una ligera, y esperable, mejora en el tono muscular de la paciente, no se produjo una generalización a otros síntomas, sobre la sensación de control de la paciente en diversos contextos, ni sobre rituales no tratados.

La diferencia crucial, a nuestro entender, entre el control de estímulos y el tratamiento hipnótico, fue el diferente nivel de conciencia que implicaba una y otra intervención. Una cuestión de interés y relacionada con lo anterior es el escaso grado de sugestionabilidad hipnótica que parecen presentar los cuadros de esquizofrenia (Spiegel y Spiegel, 1978). No obstante, estas dificultades no significan que estos pacientes no sean hipnotizables. El presente caso, con un diagnóstico de esquizofrenia residual, 25 años de evolución del cuadro clínico y con alteraciones en la función cognitiva, es un claro ejemplo de ello. Se podían producir fenómenos de trance ligero (levitación de brazo, catalepsia), y medio (relajación profunda, seguimiento de sugerencias con amnesia poshipnótica), al final del entrenamiento y durante la intervención hipnótica propiamente dicha.

Parece que con un sobreaprendizaje, incluso con métodos estándar, se puede entrenar hasta un buen nivel de profundización hipnótica a personas con un diagnóstico de esquizofrenia crónica de tipo paranoide. Es posible que mediante otras técnicas o adaptaciones de técnicas, se puedan lograr estados de trance

más profundos y adecuados para trabajar en menos tiempo. Quizá con técnicas de tipo ericksoniano, más adaptadas a las reacciones que va manifestando el sujeto. A este respecto son interesantes los trabajos del propio Erickson y Zeig (1991), Procter (2001) y de Zeig (1991).

Una de las cuestiones interesantes, y a nuestro entender pendiente de discusión, es la de qué otro tipo de comportamientos y síntomas pueden ser susceptibles de ser abordados mediante hipnosis en estas patologías. El esfuerzo dedicado al principio para entrenar en hipnosis podría verse compensado después por la aplicación de la técnica ante otras dificultades. Como

ya hemos señalado al principio del artículo, Pearce (1991) utilizó la hipnosis como un elemento más en un proceso de rehabilitación. También parece útil para abordar conductas impulsivas (Sands, 1986) y en la atenuación de dificultades cognitivas. Zeig (1991) la ha utilizado para desplazar ideación de apariencia delirante y suprimir alucinaciones. Parece que el abordaje de conductas rituales mediante intervención hipnótica es prometedor.

En cualquier caso, nos parece que merece la pena explorar las posibilidades de estas técnicas y debatir sin estereotipos ni prejuicios la utilidad de la hipnosis en los cuadros psiquiátricos crónicos.

REFERENCIAS

Berman, I., Kalinosky, A., Berman, S.M., Lengua, J. y Green, A. I. (1995). Obsessive and compulsive symptoms in schizophrenia. *Comprehensive psychiatry*, 36, 6-10.

Bermanzohn, P.C. (1998). *Prevalence and prognosis of obsessive-compulsive symptoms in schizophrenia*. Toronto: American Psychiatric Association Annual Meeting.

Bleuler E. (1956). *Dementia Praecox or the group of schizophrenias*. New York: International University Press.

Capafons, A. y Amigó, S. (1993). *Hipnosis: terapia de regulación e intervención comportamental*. Valencia: Promolibro.

Erickson, M.H. y Zeig, J.K. (1991). Prescripción de síntomas para expandir la visión del mundo del psicótico. *Rapport: Hipnosis de Milton Erickson*, 3, 212-214.

Fenton, W.S. y McGlashan, T.H. (1986). The prognostic significance of obsessive-compulsive symptoms en schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 143, 437-441.

Frith, C.D. (1996). Hacia una geografía de la esquizofrenia. *Mundo Científico*, 172, 868-873.

Haberman, M.A. (1987). Complications following hypnosis in a psychotic patient with sexual dysfunction treated by a lay hypnotist. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 29(3), 166-170.

Hodge, J.R. (1988). Can hypnosis help psychoses? *American Journal of Clinical Hypnosis*, 30(4), 248-256.

Hwang, M.Y. y Losoncx, M.F. (1997). Schizophrenia with obsessive-compulsive features. *Medscape Mental Health*, 2(7).

Jahrreiss, W. (1926). Obsessions during schizophrenia. *Archives of Psychiatry*, 77, 740-788.

Kirsh, I. (1995). Hypnosis as an adjunct to cognitive-behavioral psychotherapy: a meta analysis. *Journal of consulting and clinical psychology*, 63(2), 214-220.

Knigh, R.G. y Russell, P.N.(1978). Global capacity reduction and schizophrenia. *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 17, 275-280.

Liberman, R.P. y Gren, M.F. (1992). Whither cognitive-behavioral therapy for schizophrenia? *Schizophrenia Bulletin*, 18(1). 27-36

Magaro, P. (1984). Psychoses and schizophrenia. *Nebraska Symposium Motivation*, 31, 157-229.

Mc Ghie, A. y Chapman, J. (1961). Disorders of attention and perception in early schizophrenia. *British Journal of Medical Psychology*, 34, 103-116.

Moore, K.A. y Burrows, G.D.(1991).

Hypnosis in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 19(2), 63-75.

Nuechterlein, K.H. y Dawson, M.E. (1984). Information processing and attentional functioning in the developmental course of schizophrenics disorders. *Schizophrenia Bulletin*, 10, 160-203.

Pearce, M. (1991). The use of hypnosis as an adjunct in the rehabilitation of people with a mental illness: Summary of therapy with four clients. *Australian Journal of Clinical Hypnotherapy and Hypnosis*, 12(2), 21-24.

Procter, H.G (2001). *Escritos esenciales de Milton H. Erickson, Vol. 1: hipnosis y psicología*. Barcelona: Paidós.

Raz, A y Shapiro, T (2002). Hypnosis and neurociencia: a crosstalk between clinical and cognitive research. *Archives of general psychiatry* 59(1), 85-90.

Rosen, I. (1957). The clinical significance of obsessions in schizophrenia. *Journal of Mental Science*. 103, 778-785.

Ruiz Vargas, J.M. (1979). *Memoria icónica y esquizofrenias: fases iniciales de procesamiento y déficit cognitivo*. Madrid:Tesis Doctoral, Universidad Autónoma de Madrid.

Ruiz Vargas, J.M. (1987). *Esquizofrenia: un enfoque cognitivo*. Madrid: Alianza.

Sands, S. (1986). The use of hypnosis in establishing a holding environment to facilitate affect tolerance and integration in impulsive patients. *Psychiatry*, 49(3), 218-230.

Spiegel, H. y Spiegel, D. (1978). *Trance and treatment: clinical uses for hypnosis*. New York: Basis Books.

Stengel, E. (1945). A study on some clinical

cal aspects of the relationship between obsessional neurosis and psychotic reactiontypes. *Journal of Mental Science*, 91, 66-184.

Weitzenhoffer, A.M y Hilgard, E.R. (1962). *Stanford Hypnotic Susceptibility Scale- Form C*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, Inc.

Westphal, K. (1878). Ueber Zwangsvors-

tellungen. *Archiv. Fur Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, 8,734-750.

Yates, A. (1966). Data- processing levels and thought disorders in schizophrenia. *Australian Journal of Psychology*, 18, 103-117.

Zeig, J.K. (1991). Técnicas de hipnoterapia con pacientes internos psicóticos. *Report: Hipnosis de Milton Erickson*, 3, 206-211.