

## Más allá del DSM-5: dimensiones transdiagnósticas y psicopatología fenomenológica

Marino Pérez Álvarez  
Universidad de Oviedo

Julio 2015. Boletín Psicoevidencias nº 42. ISSN 2254-4046

La crisis de los sistemas diagnósticos viene a ser el último clavo en el ataúd del modelo biomédico (de todos modos viviente), después de la persistente falta de marcadores neurobiológicos y de la decepción genética con muestras cada vez más y más largas de pacientes y hallazgos moleculares más y más pequeños. Esta defunción de los sistemas diagnósticos, aquí personificada por el DSM-5 pero igualmente referida al CIE-10 y a lo que parece al venidero CIE-11, se constata en tres grandes alzamientos en su contra. Se verá también que existen alternativas.

### Alzamientos contra el DSM-5

El lanzamiento del DSM-5 en 2013 marca curiosamente el tiempo para un replanteamiento radical de la psicopatología, más allá del sistema diagnóstico que representa. En realidad, el DSM-5 nace clínicamente muerto, desde la declaración de Thomas Insel, director del *Instituto Nacional de Salud Mental* de EEUU (NIMH, por sus siglas en inglés), según la cual dicho Instituto no lo va a utilizar en adelante como criterio diagnóstico en la planificación de la investigación. Esta declaración es poco menos que su acta de defunción. No está de más recordar que el NIMH define las líneas de investigación en psiquiatría. También conviene tener presente que su rechazo del sistema diagnóstico DSM es por falta de validez. Esta falta de validez se refiere a la validez discriminante o de contenido, predictiva y conceptual, como decir que no sirve porque en realidad no describe las realidades clínicas por sus contornos. La ubicua comorbilidad es un ejemplo más de los artefactos diagnósticos en lo que incurre. De hecho el NIMH ya tenía una alternativa en los llamados *Criterios de los Dominios de Investigación*: los RDoCs por sus siglas en inglés. Los RDoCs suponen una estrategia de investigación que trata de identificar dimensiones patofisiológicas subyacentes a las distintas categorías, un enfoque transdiagnóstico, en vez de categorial<sup>1</sup>.

Otro movimiento surgido dentro de la psiquiatría en contra de los sistemas diagnósticos es el promovido por la *Red Internacional de Psiquiatría Crítica* (INCP, por sus siglas en inglés), creada por psiquiatras británicos en 1999, siendo hoy Sami Timimi y Joanna Moncrieff figuras de

referencia entre otras. Destaca su campaña dirigida al colegio de psiquiatras británico para la abolición de sistemas diagnósticos tales como el DSM y el CIE, por su falta de validez y asunciones ideológicas. Su enfoque consiste en entender y atender los problemas de la gente en el contexto social de la comunidad de referencia, sin necesidad de diagnósticos formales, utilizando los recursos personales, comunitarios e institucionales disponibles. En particular, enfatiza los propios recursos de las personas como las redes de apoyo de usuarios tipo del *Movimiento Escuchando Voces* y la relación terapéutica como principal instrumento psiquiátrico, en un contexto de colaboración tendente a encontrar y construir marcos de significado que ayuden al cambio. Se entiende que los diagnósticos los necesita más el sistema burocrático de salud que los propios pacientes y clínicos. Si acaso unas pocas “clásicas” grandes categorías serían suficientes, cuando fueran necesarias, como las relativas a problemas neuróticos, psicóticos, del desarrollo incluyendo dificultades del aprendizaje y de la personalidad<sup>2</sup>.

También es de citar aquí el *Manifiesto por una Psicopatología Clínica, que no Estadística* promovido desde 2011 por un colectivo de psiquiatras, psicoanalistas y psicólogos de diversos enfoques. Por psicopatología clínica se refiere una vuelta a la psicopatología centrada en el sujeto o la persona y su sufrimiento, reivindicando las concepciones teóricas, frente al aparente ateoricismo de los sistemas “estadísticos” al uso. En particular, se entiende que los malestares psíquicos resultan de múltiples factores empezando por la historia de cada sujeto de acuerdo con las vicisitudes familiares, de los contextos vitales, condiciones socio-culturales y circunstancias actuales, en combinación con posibles factores constitucionales. Sin rechazar la evaluación de la eficacia, el énfasis se pone en la dimensión subjetiva de los problemas y en la personalización del tratamiento, no en la protocolización ni en la valoración sobre una lista de síntomas<sup>3</sup>.

### Alternativas al DSM-5, hay

Existe una declarada insatisfacción con los sistemas diagnósticos al uso, personalizados aquí en el DSM-5. Hay también alternativas, que se pueden concretar en dos grandes direcciones:

- a) La búsqueda de dimensiones transdiagnósticas, representadas hasta aquí por los RDoCs,  
y
- b) La vuelta a la psicopatología clínica, que recupera categorías “clásicas no superadas” según Timimi y que en el caso del Manifiesto reivindica la subjetividad.

La primera parece un plan hacia el futuro y aun futurista en el caso de los RDoCs y la segunda parece una vuelta a la psicopatología clínica tradicional. Sin embargo, ni las dimensiones transdiagnósticas son tan nuevas según su búsqueda forma parte de la tradición de la psicología clínica, ni la psicopatología clínica es tan tradicional según los boyantes nuevos desarrollos en la perspectiva de la fenomenología.

Las dos alternativas (dimensiones transdiagnósticas y psicopatología clínica) son las salidas naturales al DSM-5 y ambas son coherentes con la psiquiatría y la psicología clínica que se precien de su nombre.

El problema es que son contradictorias entre sí. Mientras que una es transdiagnóstica, pasando de las categorías diagnósticas a procesos patógenos comunes, la otra es diagnóstica en el sentido de atenerse a categorías diagnósticas, bien que no estadísticas sino clínicamente informadas. Este es el gran debate que se nos abre. Son alternativas contradictorias y a la vez coherentes y es de esperar que complementarias. Una imagen provisional para entender esta complementación la puede servir la noción de cordillera: una cadena de montañas que sobresalen con nombre propio pero que forman parte de una dimensión tectónica común.

En primer lugar, se hace referencia al estado actual de las dimensiones transdiagnósticas y después a la nueva psicopatología clínica de base fenomenológica.

### Dimensiones transdiagnósticas: más allá de los RDoCs también

Como se recordará, RDoC es un plan estratégico del NIMH para crear un marco de investigación sobre la idea de identificar dimensiones patofisiológicas que pudieran estar implicadas en “distintos trastornos”. La estrategia RDoC descansa en tres asunciones: las enfermedades mentales como trastornos del cerebro cifrados en “circuitos defectuosos”, los circuitos defectuosos como algo que nuevas herramientas de la neurociencia clínica pudieran identificar algún día y la identificación de claves genéticas y neurobiológicas como dianas para el manejo clínico. La nueva psiquiatría resultante sería una neurociencia clínica, equiparable a cualquier especialidad médica hoy día, como la cardiología y la urología.

RDoC utiliza diferentes unidades de análisis para definir los dominios en estudio: genes, moléculas, células, circuitos, fisiología, conducta y auto-informes, siendo los circuitos su santo y seña. Los dominios inicialmente propuestos para echar a andar el proyecto son cinco: sistemas

de valencia negativa, sistemas de valencia positiva, sistemas cognitivos, sistemas de procesos sociales y sistemas de activación/regulación.

Las objeciones que invalidan los RDoC como alternativa cabal, a pesar de la buena idea de buscar dimensiones transdiagnósticas, derivan de ser un proyecto con mucho cerebro pero sin cabeza, por así decir. En primer lugar, no parte de los fenómenos clínicos: de lo que realmente le pasa a la gente como si eso no fueran más que signos y síntomas de una “avería” en circuitos eléctricos o químicos, resultante de la variación en algún polimorfismo genético. En segundo lugar, pasa por alto la psicopatología que pudiera estudiar qué son y en qué consisten los problemas psiquiátricos como algo distinto de los problemas normales de la vida y de las enfermedades propiamente médicas. En tercer lugar y como consecuencia de lo anterior incurre en un reduccionismo decimonónico en tiempos de la tecnología digital, a cuenta de hallazgos futuros que, por saltarse la psicopatología como ciencia de la psiquiatría, terminarán probablemente en el despilfarro de enormes cantidades de dinero, esfuerzos e inteligencia mal invertidos. Como aquel que se embarcara en un barco pertrechado con la mejor tecnología punta a explorar el polo oeste sin preguntarse qué es un polo terrestre<sup>4</sup>.

### Dimensiones transdiagnósticas en la psicología clínica: una pléyade

La búsqueda de dimensiones transdiagnósticas es una tendencia muy propia de la psicología clínica tradicional que no haya sucumbido a la vorágine diagnóstica. Así, por ejemplo, el psicoanálisis, el análisis existencial y el análisis de la conducta, así como la psicoterapia humanista y el enfoque sistémico familiar utilizan sus propias conceptualizaciones de los problemas sin entrarlos ni tratarlos como categorías diagnósticas específicas. Por su parte, las llamadas terapias de tercera generación o terapias contextuales son por su propia naturaleza y vocación terapias transdiagnósticas, conocido su hincapié en la evitación experiencial y en la inflexibilidad psicológica como proceso psicopatológico común a una diversidad de topografías diagnósticas. Sin embargo, estas terapias de vocación transdiagnóstica no dejan de *incurrir* en el uso de categorías diagnósticas como ansiedad y depresión, empezando por las terapias de tercera generación o terapias contextuales. Esta incoherencia pone de relieve seguramente la tensión, más que contradicción quizá, entre dimensiones y categorías: una cordillera con sus montañas.

Sería la terapia cognitivo-conductual el enfoque psicológico que más se ha adherido a los sistemas diagnósticos ofreciendo modelos cognitivos de cada trastorno y terapias específicas para cada uno de ellos. Así se ganó el prestigio que tiene en el ámbito psiquiátrico, como la

terapia psicológica más conocida y reconocida. Con todo, la terapia cognitivo-conductual se está moviendo en la dirección transdiagnóstica, adoptando muchos aspectos de las terapias de tercera generación. La terapia cognitivo-conductual tradicionalmente adherida a los sistemas diagnósticos no sólo se está moviendo en la dirección transdiagnóstica, sino que cuenta con una variedad de modelos de lo que se han venido a llamar “protocolos unificados de tratamientos transdiagnósticos”, por ejemplo, para trastornos emocionales y para trastornos de la alimentación. El más conocido en relación con los trastornos emocionales es probablemente el desarrollado por David Barlow y colaboradores<sup>5</sup>, que ha dado el nombre de “protocolo unificado” y servido de modelo a otros, incluyendo uno de la tradición psicodinámica como el “protocolo unificado de tratamiento psicodinámico transdiagnóstico para trastornos de ansiedad”<sup>6</sup>.

Lo que es de destacar aquí no es solamente el movimiento como tendencia en la dirección transdiagnóstica, sino la diversidad de opciones que se ofrecen. Así, en una revisión que no pretendía ser exhaustiva sino representativa destaca trece dimensiones transdiagnósticas dadas en la psicología clínica, distintas entre sí, con su nombre, sus autores de referencia y alcance, entre ellas la atención autofocalizada, la autoconciencia intensificada, la rumia, la preocupación y la citada evitación experiencial<sup>7</sup>. Bien es cierto que dentro de su variedad todas vienen a cubrir mayormente el campo de los trastornos relacionados con la ansiedad y la depresión. En este sentido, una variedad de topografías diagnósticas (ansiedad generalizada, ansiedad social, fobias, agorafobia, depresión mayor, distimia) quedan “reducidas” a una dimensión común. No en vano se ha propuesto el “síndrome de afecto negativo” (David Barlow) o “síndrome neurótico general” (Gavin Andrews) como dimensión común.

### Buscando una dimensión psicopatológica general

También es cierto que dentro de su diversidad se percibe un aire de familia entre ellas, consistente en alguna manera de autoconciencia intensificada. Esta autoconciencia intensificada no se entiende que sea meramente secundaria al problema (tengo depresión y entonces me vuelvo “pensativo” o ansiedad y por ello estoy “preocupado”). La propia autoconciencia intensificada puede ser al final ella misma la condición patógena, cuando la propia rumia y preocupación sean ya más parte del problema que de una posible solución reflexiva (“hiper-reflexividad”). Esta condición patógena de la reflexividad ocurre cuando se constituye en un bucle caracterizado por alguna manera de autopresencia de uno para sí mismo que termina por interponerse entre uno y la vida, como si ya no hubiera vida más allá de los “síntomas”<sup>8</sup>.

El problema con las dimensiones propuestas, aun dentro del aire de familia que las une, es su circunscripción prácticamente al ámbito neurótico, quedando fuera el ámbito de la psicosis como, si por ejemplo, la esquizofrenia perteneciera a otra “dimensión”. La cuestión para una perspectiva transdiagnóstica sería ver si la esquizofrenia, aun contando con su marcada diferencia respecto de los problemas neuróticos y reconocida su “fractura” respecto del sentido común o mundo convencional, no participa de alguna manera de la dimensión de auto-presencia intensificada que parece caracterizar a las condiciones psiquiátricas. Al fin y al cabo, la esquizofrenia pertenece a la misma cordillera de la psiquiatría y la psicología clínica y, no por ejemplo, a la neurología o la inmunología.

A este respecto de una dimensión psicopatológica general se ha propuesto la hiper-reflexividad o autoconciencia intensificada como condición patógena común a las distintas dimensiones pensadas para los problemas neuróticos y común también a aspectos característicos, quizá definitorios, de la esquizofrenia. La hiper-reflexividad en el caso de la esquizofrenia no se refiere tanto a aspectos intelectuales y volitivos (“rumia”, “preocupación”), como a la conciencia de aspectos normal y funcionalmente tácitos, implícitos, pre-reflexivos. Serían ejemplos de esta hiper-reflexividad las “sensaciones” corporales cenestésicas, la sonorización del pensamiento en forma de voces, la objetivación del cuerpo convertido en “cuerpo” o máquina y la desautomatización de hábitos rutinarios descompuestos en sus elementos como, por ejemplo, pensar cada movimiento de vestirse.

### Por una psicopatología de base fenomenológica estructural

La psiquiatría así como la psicología clínica tienen por redescubrir la psicopatología y aun habrían de tomar este redescubrimiento como una prioridad, si quieren salir del marasmo en el que están sumidas debido al modelo biomédico dominante y los sistemas diagnósticos al uso<sup>9</sup>. La psicopatología es la ciencia de la psiquiatría y de la psicología clínica, fundamento común de ambas disciplinas<sup>10</sup>. Por su parte, la fenomenología sería la base de la psicopatología. Estaríamos hablando entonces de una psicopatología fenomenológica y dentro de ésta de una fenomenología estructural, diferente de una mera fenomenología descriptiva<sup>11</sup>.

Aunque la descripción es una tarea primordial de la fenomenología, la fenomenología estructural no se queda en la descripción de los signos y síntomas, como hace la fenomenología nosográfica. Tampoco se conforma con la descripción de la experiencia subjetiva idiográfica. La fenomenología estructural se interesa sobre todo en “captar” y describir la “esencia” de los fenómenos: su forma, núcleo, *gestalt* o estructura<sup>12</sup>. Lo que ocurre es que lo esencial no está a

la vista. Pero la esencia tampoco es algo metafísico—fuera del mundo—o una construcción mental del clínico o investigador. La esencia de las cosas es constitutiva de las cosas mismas, en su ser lo que son: lo que hace, por ejemplo, que una silla cualquiera que sea su diseño sea una silla o para el caso que una experiencia dada sean una experiencia *psicótica* y no de otro tipo o una variedad de experiencias constituyan una esquizofrenia y no otra forma de psicosis.

La fenomenología estructural no es idiográfica, de modo que su interés se agote en el caso individual. Tampoco es nomotética (nosográfica), donde el caso se subsume en una categoría abstracta, resultante de datos estadísticos. Su modo de categorización es prototípico—interesado en identificar estructuras o formas *típicas* de alteración, generales, básicas, transpersonales—, aun cuando cada caso tenga su particularidad y ninguno sea enteramente igual a otro. Los prototipos vienen a ser tipos ideales weberianos: los mejores ejemplares de una clase, basados en los atributos más característicos; un gato es un mamífero más típico que un murciélago o un ornitorrinco. Así, los tipos ideales captan casos reales que no exhiben algunos de los aspectos del tipo, a diferencia de los conceptos nomotéticos, sin más criterio que un recuento de síntomas, todo o nada<sup>13</sup>. No en vano Georges Lantéri-Laura en su *Ensayo sobre los paradigmas de la psiquiatría moderna* señala el paradigma de las grandes estructuras como la época más madura de la psiquiatría, echada a perder con el advenimiento de los sistemas nosológicos estadísticos.

La fenomenología estructural es a la vez dimensional. Su descripción empieza por explorar dimensiones básicas de la experiencia humana con miras a captar posibles núcleos, configuraciones o centros de gravedad que pudieran ser característicos de un fenómeno clínico con toda su heterogeneidad. Las dimensiones de la experiencia humana más estudiadas por la fenomenología clínica son la autoconciencia o experiencia de sí mismo, la intencionalidad como sujeto de acción, la corporalidad o experiencia del doble aspecto de cuerpo-vivido y del cuerpo-como-objeto, la temporalidad o tiempo vivido, la espacialidad como espacio vivido y la intersubjetividad<sup>14</sup>.

### Estructuras de la subjetividad y modos de ser-en-el-mundo

Estas dimensiones de la experiencia cuando devienen alteradas no hacen sino poner de relieve estructuras de la subjetividad y modos de ser-en-el-mundo dentro de los que se sitúa cada experiencia o “síntoma”. Se entiende que los fenómenos psicopatológicos suponen una modificación del mundo de la vida o marco ontológico en el que se tienen las experiencias que se tienen (de sí mismo, del cuerpo, del tiempo, de los demás, de angustia, de tristeza).

Curiosamente, los más brillantes desarrollos de la fenomenología estructural, desde Minkowski su fundador, se refieren a la esquizofrenia, donde destaca el modelo de la perturbación-de-la-ipseidad (*ipseity-disturbance model*). El modelo fue propuesto inicialmente por Louis Sass en su magna y ya clásica obra *Locura y modernismo*<sup>15</sup>, después fue desarrollado en el trabajo seminal “Schizophrenia, consciousness, and self”<sup>16</sup> y cuenta con una puesta al día por el propio Sass en un reciente monográfico de *Schizophrenia Research*<sup>17</sup>. Exposiciones en español se pueden encontrar en el citado libro de las *Raíces de la psicopatología moderna*<sup>18</sup> y en la revista *Clínica y Salud*<sup>19</sup>.

La psicopatología fenomenológica deja en pie figuras clínicas *tradicionales* como la esquizofrenia, la ansiedad o la depresión, pero sin coger el rábano por las hojas, quedándose con los síntomas en la mano, sino poniendo de relieve la estructura de la subjetividad alterada: el modo de estar-en-el-mundo de acuerdo con las circunstancias. Aun cuando la categoría clínica se mantiene, tiene poco que ver con el cuadro diagnóstico al uso. Lo que antes quedaba fuera de cuadro, el núcleo del problema o si se prefiere el rábano, queda ahora al descubierto. La *verdad* del problema se *revela*: que sería alguna alteración del modo de estar o mal-estar en el mundo. Así, la ansiedad y la depresión se revelan antes que como categorías diagnósticas, como categorías existenciales. Y habría que ver cuándo y cómo la ansiedad y la tristeza llegan a ser un problema clínico que requiere ayuda psiquiátrica o psicológica.

¿Cuándo la depresión llega a ser un trastorno mental?<sup>20</sup> No hay pruebas objetivas ni apenas criterios establecidos sobre los que se pueda definir un trastorno depresivo respecto de la tristeza normal, la desmoralización u otras condiciones clínicas. De acuerdo con el DSM, se pueden reunir los criterios diagnósticos de 227 maneras pudiendo darse el caso de que dos pacientes con el mismo diagnóstico no compartan ningún síntoma<sup>21</sup>. Maj examina tres enfoques: contextual, cualitativo y pragmático. De acuerdo con el enfoque contextual, la depresión se entiende cuando no está relacionada con algún evento de la vida o es desproporcionada respecto de algún evento precedente. Aunque se trata de un criterio sensato, adolece de diversas dificultades entre ellas que el propio estado depresivo puede alterar la “percepción” de qué sean eventos relevantes. El enfoque cualitativo supone que hay alguna diferencia o cualidad en la experiencia depresiva que la hace distinta de la tristeza normal u otras condiciones, pero su indagación está desaparecida hoy en aras de un listado de síntomas. El enfoque pragmático asume un continuo de severidad desde la tristeza ordinaria a la depresión clínica, cuyo umbral se fija sobre criterios prácticos relativos al grado de sufrimiento, el menoscabo funcional o la duración. El problema es la relatividad del criterio, a expensas de una variedad de condiciones.

Los tres criterios son relevantes y ninguno se puede descartar. Sin embargo, el referido a la cualidad de la experiencia es probablemente el central, sobre el que entender los otros. Se requiere estudiar sobre una base fenomenológica las experiencias de primera persona dadas en diarios y memorias así como en entrevistas clínicas<sup>22</sup>. En general, un enfoque fenomenológico estructural permite establecer diferencias sutiles esenciales entre condiciones psicopatológicas que los sistemas diagnósticos al uso no captan, lo que da lugar al artefacto de la comorbilidad y a conceptos-carpa como espectro o conceptos unitarios como el de psicosis. Por ejemplo, el concepto unitario de “psicosis” lo es a costa de pasar por alto alteraciones de las estructuras de la subjetividad características del trastorno maniaco-depresivo y de la esquizofrenia como ponen de relieve estudios de base fenomenológica<sup>23,24</sup>.

### Razones para la formación en psicopatología fenomenológica

Los métodos cualitativos, empezando por la entrevista clínica, proporcionan los datos más relevantes, sin desdeñar su posible cuantificación, así como otras pruebas (escalas, cuestionarios, test). El bagaje para una clínica fenomenológicamente orientada empieza por la formación en psicopatología, donde la base filosófica será una ventaja. Stanghellini y Fiorillo<sup>25</sup> dan cinco razones para la enseñanza de la psicopatología de base fenomenológica:

- 1) proporciona un método que capacita al clínico para la captación de aspectos sutiles de la experiencia de los pacientes, lo que se espera de los clínicos,
- 2) hace saber que los pacientes no presentan colecciones de síntomas aislados, sino una cierta estructura de experiencias, creencias y acciones entretrejidas, permeadas de condiciones biográficas; la psicopatología ayuda así a rehumanizar la psiquiatría como ciencia de la subjetividad anormal,
- 3) ayuda a explicar causalmente los fenómenos clínicos, desde el momento en que sirve para caracterizarlos; cualquier fenómeno en orden a ser explicado debe primero ser descrito en sus aspectos esenciales,
- 4) ayuda a entender que los “síntomas” no tienen simplemente causas sub-personales, sino también significados y formas de sentir personales; en particular, la relación que entabla la persona con sus propias experiencias resulta crucial en lo que le pasa, y
- 5) pone de relieve y facilita la consideración del contexto pre-reflexivo dentro del que las personas construyen el sentido de sus experiencias, como parte de una evaluación clínica minuciosa.

## ¿Cómo ajustar las dimensiones transdiagnósticas con la psicopatología estructural?

Después de este recorrido, queda por ver cómo podría ser el ajuste entre el enfoque transdiagnóstico interesado en dimensiones “subyacentes” comunes y la psicopatología fenomenológica interesada en estructuras de la subjetividad alterada. Cómo entender la cordillera de los fenómenos psiquiátricos. Por lo pronto, ya sería importante percibir esta doble tendencia a la que aboca la superación del DSM-5, con todas sus contradicciones de entrada. Así, la propia tendencia transdiagnóstica no deja de hablar de categorías psicopatológicas y, por su parte, la psicopatología fenomenológica no deja de ser dimensional con sus dimensiones de la experiencia humana. Ahora bien, las dimensiones del enfoque transdiagnóstico son en buena medida distintas de las dimensiones fenomenológicas. Mientras que las dimensiones transdiagnósticas se interesan en procesos patógenos (preocupación, rumia, evitación), las fenomenológicas se interesan en la descripción y captación de experiencias subjetivas (intencionalidad, corporalidad, temporalidad). Se podría ver en aquéllas la falta de una dimensión subjetiva en primera persona y en éstas la falta de una dimensión patógena por la que las experiencias se convierten en trastornos. Respecto a esta dimensión patógena por la que un problema de la vida se convierte en un problema psiquiátrico se podría pensar en la noción de bucle por la que una persona termina enredada en sus propias experiencias.

---

<sup>1</sup> Research Domain Criteria (RDoC). <http://www.nimh.nih.gov/research-priorities/rdoc/index.shtml>.

<sup>2</sup> "Necesitamos modelos de tratamiento que hagan posible establecer relaciones terapéuticas significativas"-Entrevista a S. Timini. [http://www.infocop.es/view\\_article.asp?id=5225](http://www.infocop.es/view_article.asp?id=5225).

<sup>3</sup> “Manifiesto a favor de una psicopatología clínica, que no estadística” – Entrevista a Carlos Rey. [http://www.infocop.es/view\\_article.asp?id=5426](http://www.infocop.es/view_article.asp?id=5426).

<sup>4</sup> Pérez Álvarez, M. (2014). *Las terapias de tercera generación como terapias contextuales*. Síntesis, cap. 2.

<sup>5</sup> Barlow, D.H., Farchione, T.J., Fairholme, C.P., Ellard, K.K., Boisseau, C.L., Allen, L.B. y Ehrenreich-May, J. (2011). *The Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders*. Oxford University Press.

<sup>6</sup> Leichsenring, F. y Salzer, S. (2014). A unified protocol for the transdiagnostic psychodynamic treatment of anxiety disorders – an evidence-based approach. *Psychotherapy*, 51, 224-245.

<sup>7</sup> Pérez Álvarez, M. (2012). *Las raíces de la psicopatología moderna. La melancolía y la esquizofrenia*. Pirámide, cap. 3.

<sup>8</sup> Pérez Álvarez, M. (2012). *Las raíces de la psicopatología moderna*, cap. 4.

<sup>9</sup> Parnas, J., Sass, L. A. y Zahavi, D. (2013). Rediscovering psychopathology: the epistemology and phenomenology of the psychiatric object. *Schizophrenia Bulletin*, 39, 270-277.

<sup>10</sup> Stanghellini, G. y Broome, M. R. (2014). Psychopathology as the basic science of psychiatry. *British Journal of Psychiatry*, 205, 169-170.

<sup>11</sup> Stanghellini, G. (2009). The meanings of psychopathology. *European Psychiatry*, 24, 559-564.

<sup>12</sup> Parnas, J., (2012). The core gestalt of schizophrenia. *World Psychiatry* 11, 67–69.

- <sup>13</sup> Parnas, J. (2012). DSM-IV and the founding prototype of schizophrenia: are we regressing to a pre-Kraepelinian nosology? En K. S. Kendler y J. Parnas (Eds.). *Philosophical issues in psychology II: nosology* (pp. 237-259). Oxford University Press.
- <sup>14</sup> Fuchs, T. (2010) Phenomenology and Psychopathology. En S. Gallagher y D. Schmicking (Eds.). *Handbook of phenomenology and the cognitive sciences* (547-573). Springer.
- <sup>15</sup> Sass, L. (1992/2014). *Locura y modernismo. La esquizofrenia a la luz del arte, la literatura y el pensamiento modernos*. Dykinson.
- <sup>16</sup> Sass, L. y Parnas, J. (2003). Schizophrenia, consciousness, and the self. *Schizophrenia Bulletin*, 29, 427-444.
- <sup>17</sup> Sass, L. (2014). Self-disturbance and schizophrenia: structure, specificity, pathogenesis (Current issues, new directions). *Schizophrenia Research*, 152, 5-11.
- <sup>18</sup> Pérez Álvarez, M. (2012). *Raíces de la psicopatología moderna*, cap. 10.
- <sup>19</sup> Pérez-Álvarez, M., García-Montes, J. M. y Sass, L. (2010). La hora de la fenomenología en la esquizofrenia. *Clínica y Salud*, 21, 221-233.
- <sup>20</sup> Maj, M. (2011). When does depression become a mental disorder? *British Journal of Psychiatry*, 199, 85-86.
- <sup>21</sup> Zimmerman, M., Ellison, W., Young, D., Chelminski, I. y Dalrymple, K. (2015). How many different ways do patients meet the diagnostic criteria for major depressive disorder? *Comprehensive Psychiatry*, 56, 29-34.
- <sup>22</sup> Ratcliffe, M. (2014). *Experiences of depression. A study in phenomenology*. Oxford University Press.
- <sup>23</sup> Stanghellini, G. y Raballo, A. (2015). Differential typology of delusions in major depression and schizophrenia. A critique to the unitary concept of 'psychosis'. *Journal of Affective Disorders*, 171, 171-178.
- <sup>24</sup> Sass, L. y Pienkos, E. (2014). Variedades de la experiencia de sí mismo: una fenomenología comparativa de la melancolía, la manía y la esquizofrenia. Parte I. *Revista Colombiana de Filosofía de la Ciencia*, XIV (28), 37-66.
- <sup>25</sup> Stanghellini, E. y Fiorillo, A. (2015). Five reasons for teaching psychopathology. *World Psychiatry*, 14, 107-108.