

TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO: LA DUDA, ¿ALIADA O ENEMIGA?

Sergi Corbella y Lluís Botella

Universitat Ramon Llull, Facultat de Psicologia Blanquerna

Along the years people have learned how to cohabit with doubt, but in some cases, the doubt block the subject and takes him to certain dysfunctionality. Analyzing our cultural and social context we increase the knowledge of one of the fundamental aspects of the compulsive obsessive disorder: the doubt. In this article we intend to come closer to the phenomenology of the compulsive obsessive disorder and we present an explanatory framework that can be useful in our clinical interventions.

Key words: Compulsive obsessive disorder, doubt, social context, relational constructivism.

INTRODUCCIÓN

La duda ha acompañado al hombre desde el inicio de su existencia. El hecho de ejercitar la cognición con tareas simples y no tan simples del día a día nos descubre un elemento imprescindible, pero a menudo molesto, la duda. Cuando la acción autocuestionadora llega a extremos de perturbación de la vida cotidiana provoca un malestar y una disfuncionalidad que Legrand de Saulle en 1875 calificó como “*La folie du doute*”. Los psicopatólogos fueron debatiendo a lo largo de los siglos XVIII y XIX sobre la terminología adecuada para categorizar un conjunto de síntomas caracterizados por los pensamientos intrusivos. En 1799, Wartburg empleó el término obsesión y cien años después, Falret (1889) ayudó a la difusión del uso de la palabra obsesión en el sentido actual para describir dichos síntomas. Obsesión viene del latín “*obsidere*” que significa investir, asediar y bloquear; por lo que su sentido etimológico refleja la descripción de la intromisión de los pensamientos que explican los pacientes que sufren un trastorno obsesivo compulsivo (TOC).

En muchas culturas y distintos momentos históricos se han identificado y descrito formas obsesivas de conducta (Berrios, 1985). Robert Burton escribía:

“... el individuo no se atrevía a atravesar un puente, pasar cerca de un

embalse o permanecer en una habitación con vigas, por miedo que tuviera tentaciones de ahorcarse o precipitarse” (Mora, 1969).

El pensamiento obsesivo y la compulsión han sido el punto de mira de muchos teóricos e investigadores que han pretendido formular explicaciones y modelos de intervención eficaces. Desde Freud, cuando en 1906 realizó el seminario “notas sobre un caso de neurosis obsesiva” donde describía el desarrollo del caso denominado el hombre rata, hasta los avances relevantes propuestos por la terapia postracionalista (Guidano & Liotti, 1983) o las que surgen de la terapia cognitiva (Beck y Emery, 1985; Emmelkamp & Beens, 1991), pasando por las teorías de la valoración de la emoción (Lazarus, 1966) entre muchas otras, han ayudado a aproximarnos y profundizar en un fenómeno que todavía nos guarda muchos interrogantes a la vez que nos plantea nuevos retos.

CONTEXTO SOCIAL DE LA DUDA

A lo largo de la historia, el ser humano ha aprendido a formularse preguntas, lo que le ha permitido evolucionar y sus respuestas han pasando del mito al logos. La voluntad del hombre ha ido detrás de grandes respuestas que permitan enlazar las teorías en un sistema de conocimiento supraordenado que posibilite la explicación de lo que sucede en nuestro mundo. El motor esencial de la búsqueda de respuestas era y todavía es una “necesidad” de control sobre lo que puede suceder para poder estar seguro delante la incertidumbre del ambiente. De algún modo parece inevitable un mínimo de seguridades garantizadas para poder sobrevivir, pero hasta qué punto resultan necesarias otro tipo de seguridades más basadas en lo impredecible... ¿dónde ponemos el límite?. Quizás va siendo hora de aprender a relativizar la claridad de muchas de las respuestas que se han dado y de las que se darán.

¿Aceptamos la duda en nosotros mismos?, ¿y en los demás?, ¿es incómodo dudar? Desde Descartes con el planteamiento de la duda metódica parece que el estado dubitativo sea una fase temporal que finaliza cuando se toma la decisión. Se formula la duda como infértil e improductiva si no permite llegar a una elección clara y convencida. Los existencialistas ya advertían de la ansiedad que producía la libertad de decisión por la responsabilidad que implicaba. Cuando hay libertad de decisión y responsabilidad hay la posibilidad de equivocarse y sentirse culpable. Tradicionalmente se ha estructurado una concepción explicativa lineal de las decisiones habituales basadas por la siguiente secuencia: duda, decisión y consecuencia de la decisión tomada. Esta secuencia lógica plantea un par de cuestiones. La primera consistiría en la atribución de la responsabilidad de la decisión, es decir, la secuencia lineal parece estar centrada en el individuo sin tener en cuenta variables de suma importancia como el interlocutor, la conversación, el tipo de relación, la temática de la decisión, etc. El segundo interrogante que surge es acerca del paso de una fase de la secuencia a otra, concediendo el inicio de una fase como el final de

la otra, es decir, la decisión clara se debe tomar cuando la duda haya finalizado y así la asunción de la responsabilidad de la decisión tomada es máxima.

Esta explicación tan lógica es “idónea” para un sistema legal y penal donde se considera bien establecida la responsabilidad individual, pero parece excesivamente simple y limitada para poder explicar las dinámicas dialógicas de la toma de decisiones. La formulación secuencial y lineal tiene sentido en nuestro contexto cultural influenciado por la religión judeocristiana. La educación y la sociedad favorecen la idea de la duda como instrumento para llegar a la decisión clara, pero huye de la duda como método de reflexión en sí. Parece como si la duda fuera sinónimo de indecisión y estuviera asociada a ciertos niveles de ansiedad. La vida y el sistema social actual obliga a tomar decisiones y estas deben ser claras y tomadas a conciencia porque a menudo no se puede dar vuelta atrás. Las decisiones son absolutamente necesarias, pero la seguridad, el convencimiento, la claridad de las decisiones son aspectos más cuestionables. El estancamiento de la duda en la primera fase de una toma de decisiones favorece, en muchos casos, el bloqueo en la toma de decisiones por la demanda social de tener que ser convencidas y seguras. Si abriéramos las puertas a la duda y permitiéramos que fuera una acción habitual en la fase posterior de la toma de decisión podríamos relativizar la omnipotencia que parecen tener hoy en día las decisiones. No se trataría de ridiculizar las decisiones o de quitarles el valor frivolizando la responsabilidad de la decisión tomada, sino de despojar el contenido ansiógeno que culturalmente hemos ido atribuyendo al fenómeno dubitativo. Quizás deberíamos alejarnos de una visión de la duda como estado de indecisión ansiógena delante de la necesidad de tomar una decisión que debe ser la acertada, para pasar a concebir la duda como vehículo facilitador de una conciencia reflexiva del sujeto.

Hasta el momento hemos mencionado superficialmente dos conceptos que resultan esenciales para la comprensión y posterior tratamiento psicoterapéutico de los pacientes con un trastorno obsesivo compulsivo: la duda y la culpa. A continuación haremos una aproximación a la fenomenología y tratamiento del Trastorno obsesivo compulsivo.

FENOMENOLOGÍA DEL TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO

Las obsesiones son pensamientos, impulsos, ideas o imágenes persistentes de carácter involuntario que provocan ansiedad y angustia. El contenido más usual de las obsesiones acostumbra a estar relacionado con la contaminación y suciedad seguido por la agresión, la religión y el sexo (Akhtar, Wig, Verna, Pershod y Verna, 1975). Las compulsiones son conductas repetitivas que habitualmente se producen en respuesta a las obsesiones (Tallis, 1999; Vallejo y Berrios, 1995). Estos actos se realizan normalmente de manera estereotipada o ritual vinculados directa o indirectamente con el contenido de los pensamientos recurrentes. No obstante, se han descrito casos en que algunas compulsiones no se asocian con las obsesiones y

parecen ser autónomas. Las compulsiones más comunes incluyen: aseo de manos, limpieza, comprobación y recomprobación de elementos domésticos como puertas y luces (Khanna, Kaliaperumal y Channabasavanna, 1990; Rasmussen y Eisen, 1992). A menudo se habla de las obsesiones o las compulsiones como si se trataran de disecciones del comportamiento humano comprensibles en sí mismas sin la necesidad de recurrir a aspectos contextuales y relacionales para aumentar su conocimiento y sentido en cada caso. A continuación expondremos cinco aspectos básicos para facilitar la comprensión y el tratamiento psicoterapéutico de las personas que sufren la sintomatología del TOC.

Perfeccionismo y escrupulosidad: La rigidez en el seguimiento de las normas, pautas o incluso hábitos cotidianos llevan al sujeto a sufrir por cualquier posible percance que pueda perturbar la dinámica común de sus acciones. Jeremy Taylor, ya en el siglo XVII sugería que los escrupulosos “*se arrepienten aun cuando no hayan cometido ningún pecado...*” (citado en Suess & Halpern, 1989). Este comentario ilustra los sentimientos de confusión y de ansiedad que padecen los sujetos con TOC incluso cuando permanecen sin la posibilidad de infringir alguna norma. Consideran los pensamientos como controlables igual que las acciones y por consiguiente igualmente evaluables y punibles. La escrupulosidad nos lleva hasta uno de los elementos esenciales del TOC, la culpa.

Miedo a la culpa: En nuestra tradición cultural y religiosa la culpa ha sido uno de los conceptos pilares utilizados en la educación de muchas generaciones y como mecanismo de contención social. Cuando los seres vivos adquirimos la consciencia de decisión surgió la responsabilidad, y con esta la posibilidad de acertar o equivocarse. La culpa entendida como el incumplimiento de una norma por omisión o por comisión facilita la comprensión de la escrupulosidad de los TOC. De este miedo a la culpa podemos desgranar la hiperresponsabilidad percibida (Rachman, 1976), así como la voluntad de encontrar soluciones correctas (Guidano y Liotti, 1983) y explicaciones únicas, exclusivas y esenciales tanto de cuestionamientos simples (por ejemplo, ¿cómo debo saludar?) como más complejos (¿cuál es el sentido de la vida?).

Poca tolerancia a la incertidumbre: El miedo a realizar o haber realizado alguna violación de las normas dictadas por el “qué se debe hacer” resulta muy perturbador y genera una necesidad de seguridad para desbloquear el proceso de anticipación. La necesidad de certeza en las decisiones y acciones a realizar resulta de gran importancia (Rasmussen y Eisen, 1990), pero muchas veces imposible de asegurar. La poca aceptación de la incertidumbre parece llevar a la voluntad de controlar lo incontrolable para evitar una equivocación que resultaría intolerable. Los imprevistos resultan incómodos para las personas con TOC por la dificultad de anticipar con seguridad lo que sucederá y lo que se debe hacer.

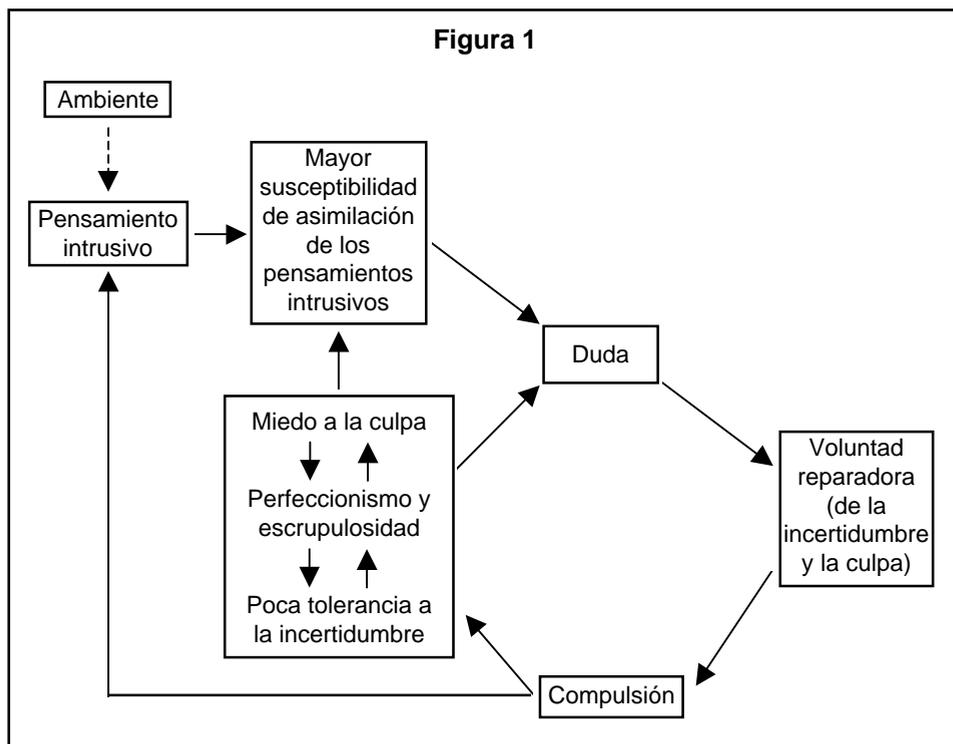
La duda: El conjunto de aspectos comentados hasta el momento facilita la

visión del pensamiento dubitativo como una de las características centrales del trastorno obsesivo. Se ha hablado de la duda desde distintos posicionamientos pero la mayoría de veces se ha considerado como opuesto a las creencias, separando claramente dos conceptos que en los TOC resultan indivisibles (Montserrat Esteve, 1985). Como hemos comentado anteriormente, la duda aparece y se fortalece cuando las decisiones cotidianas se viven como si cada una fuera absolutamente trascendental o de vida o muerte.

Voluntad reparadora o preventiva: El malestar y la ansiedad que provoca la conjunción de la duda genera un mecanismo secundario consistente en una voluntad reparadora y preventiva. Reparadora respecto la posibilidad de haber cometido algo incorrecto en el pasado y preventiva para intentar reducir la incertidumbre amenazadora del futuro. Por lo que se establece una vida esclavizada por el pasado y por el futuro. La voluntad reparadora sería el motor de las consideradas compulsiones de comprobación (revisar continuamente si se ha cerrado el gas) o de limpieza (limpiarse las manos cada vez que se toca un objeto) mientras que la voluntad preventiva lo sería de los rituales para evitar accidentes, inconvenientes o catástrofes (tocar con una mano lo que ha sido tocado con la otra, seguir secuencias estrictas al realizar alguna tarea). Así como la voluntad reparadora se activa como respuesta a la duda, la preventiva se fundamenta en el pensamiento mágico propio de los supersticiosos para intentar reducir la inseguridad provocada por la incertidumbre.

Es evidente que en todos los aspectos comentados con anterioridad se da un continuo entre la “normalidad” y la “patología”. El perfeccionismo y la escrupulosidad pueden ser considerados aspectos deseables y socialmente muy bien valorados. El temor a la culpa, como comentábamos con anterioridad, sirve en cierta medida como forma de control social. La búsqueda de certidumbre es parte esencial de actividades como la investigación científica. La voluntad reparadora es la base de rituales sociales como la disculpa y religiosos como la confesión. Sin embargo, lo que distingue tales prácticas en su manifestación “normal” de su manifestación “patológica” es la vivencia del sujeto de que, en su caso, resultan incomprensibles, absurdos e inevitables; la vivencia de que no llevarlos a cabo provocaría un desastre de dimensiones cósmicas y un estado de alteración emocional insoportable.

Resulta obvio el solapamiento existente entre algunos de los conceptos comentados, pero forma parte de la dificultad de intentar aproximarse a una comprensión de la complejidad del TOC. En la figura 1 mostramos la relación existente entre los conceptos mencionados anteriormente y el dinamismo existente entre unos y otros. Teniendo en cuenta estos cinco puntos expuestos intentaremos plantear unas estrategias básicas que ayuden a la intervención psicoterapéutica.



TRATAMIENTO DEL TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO: APORTACIÓN DESDE EL CONSTRUCTIVISMO RELACIONAL

El trastorno obsesivo compulsivo plantea unos retos importantes en la asistencia psicoterapéutica. El primer contacto con el paciente resulta especialmente importante. Es sobradamente conocida la relevancia del establecimiento de una buena alianza terapéutica como prerequisite indicador de un buen trabajo conjunto posterior (Botella, Pacheco, Herrero y Corbella, en prensa). La conciencia del sujeto de realizar conductas peculiares o extrañas sin una lógica razonable dificulta la expresión sincera y clara de algunas compulsiones e incluso obsesiones sin un contacto terapéutico inicial que proporcione confianza. Algunos casos, incluso, presentan una demanda que creen más aceptable para ser consultada por la vergüenza que sienten de las conductas ritualizadas. Gran parte de los sujetos que asisten a un servicio de atención psicológica aquejados de TOC consultan al profesional dos años después de la aparición de la sintomatología (Turner y Beidel, 1994), por lo que la ansiedad y la preocupación llegan a niveles altos de disfuncionalidad.

Hasta el momento los datos proporcionados por la investigación en psicoterapia del tratamiento de los pacientes con TOC ponen de manifiesto la eficacia de las

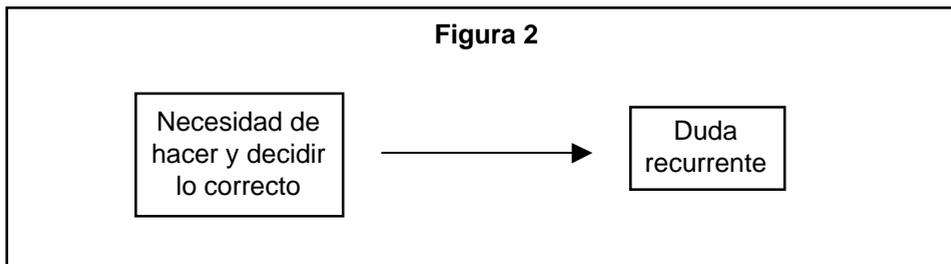
terapias que usan las técnicas de exposición a los estímulos más ansiógenos para las obsesiones y prevención de respuesta para las compulsiones. Algunas de las estrategias proporcionadas por la modificación de conducta y la terapia cognitivo racionalista resultan de gran utilidad como la exposición, el bloqueo de pensamiento, la prevención de respuesta, el retardo auto impuesto, reestructuración cognitiva, pero dejar pendientes algunos aspectos que también consideramos relevantes para la mejora del individuo. A partir de ahora nos centraremos en estos aspectos sin profundizar en las técnicas previamente citadas que nos pueden ser de gran ayuda en el tratamiento de los pacientes con el trastorno obsesivo compulsivo.

Partiendo de una actitud integradora en psicoterapia podemos formular una propuesta donde se dé cabida a distintos principios y técnicas de intervención que nos pueden ayudar en distintos momentos y perfiles de pacientes.

Conocer el estilo de afrontamiento o la dirección de intereses (Corbella, Botella, Maydeu y Feixas, 2000) del cliente nos proporciona información relevante para saber qué estrategia, proceso, técnica o principio puede ser más adecuada emplear en la primera fase de la terapia (Beutler y Clarkin, 1990; Beutler y Harwood, 2000). En el caso de los clientes externalizadores, puede resultar más útil emplear predominantemente técnicas como la exposición o control de respuesta, mientras que los clientes internalizadores se pueden beneficiar más de la aplicación inicial de procedimientos cognitivos dirigidos a trabajar sobre su autoconciencia. Paralelamente, aprovechando algunas de las variables que Larry Beutler ha tenido en consideración para formular su Selección Sistemática de Tratamientos, vemos como la reactividad o el posicionamiento relacional frente a las sugerencias, opiniones o figuras de autoridad, nos proporciona información respecto al nivel de directividad del terapeuta más adecuado para que el paciente se siente más confortable en la fase inicial del trabajo psicoterapéutico. Esta variable resulta especialmente importante en algunos pacientes con TOC que acostumbran a padecer un nivel de disfuncionalidad elevado y que buscan un profesional como figura de autoridad que ayuda a afrontar la lucha contra las compulsiones y obsesiones. En estos casos resulta importante el establecimiento de la alianza con un psicoterapeuta predominantemente directivo. Por otra parte, con los clientes con una reactividad considerable que se muestran distantes frente a las indicaciones del terapeuta, acostumbra a ser más adecuado emplear procesos no directivos que permitan al propio paciente llevar parte de la iniciativa del tratamiento y que vaya proporcionando información al terapeuta sobre la coherencia y los mecanismos de construcción que mantienen unos criterios rígidos de mantenimiento de las obsesiones y compulsiones. Con esta información el psicoterapeuta podrá ir planificando el tratamiento y proporcionando cuestiones y estrategias que el paciente pueda emplear sin sentirse amenazado, ya que hay algunos casos con cierta historia clínica en que la sintomatología ha establecido cierto rol o posicionamiento en su dinamismo vital cotidiano que ha ido forjando parte de la identidad del paciente. En otros

casos, hay pacientes que acuden a la consulta con un nivel de sufrimiento y perturbación muy elevado, pero con una motivación e involucración, y confianza hacia la psicoterapia que resulta útil al trabajo inicial conjunto con alguna ayuda coherente con el *locus* del paciente como puede ser algún fármaco (por ejemplo: inhibidor de la recaptación de la serotonina, tricíclicos) con el objetivo de poder empezar el tratamiento y que el paciente comience a involucrarse directamente con la problemática y la necesidad de afrontarla activamente sin la necesidad del uso de una sustancia psicofarmacológica. En los casos con TOC el trabajo terapéutico puede intervenir en los distintos aspectos que mantienen las ideas obsesivas y los rituales compulsivos en función de las variables ya comentadas y de las características y situación del paciente en el momento de la consulta.

Nuestra principal estrategia se fundamenta en el trabajo de la duda. Hemos comentado que decidir lo correcto o elegir la solución acertada es uno de los argumentos educativos comunes en nuestra sociedad. En los pacientes con TOC este planteamiento de búsqueda de la decisión correcta llega a construirse como premisa fundamental en el desarrollo vital convirtiéndose en una necesidad del sujeto. La necesidad de acertar y evitar el error favorece el establecimiento de la duda como mecanismo que se activa cuestionando las acciones y decisiones tomadas en el pasado y las pendientes.



El periodo dubitativo característico de la población general se convierte en un estado dubitativo constante en el obsesivo compulsivo. Este modo de estar en la duda constituye un elemento diferenciador de la duda metódica de la población general. La duda en los pacientes con TOC se establece y se mantiene como una creencia. Ortega y Gasset (1955) comenta que la verdadera duda es un modo de creencia y pertenece al mismo estrato que ésta en la arquitectura de la vida. La duda no se puede comprender como la “no creencia” sino más bien todo lo contrario, como las dobles, triples o múltiples creencias que resultan antagónicas entre sí que provocan una confusión por necesidad de mantener una lógica “acertada”. Nosotros planteamos la duda de la duda propia del obsesivo como fundamento para el trabajo psicoterapéutico. El trabajo terapéutico de la duda es de gran importancia en el contexto de la psicoterapia en general y no se circunscribe exclusivamente en los

casos con TOC. Desde nuestra perspectiva del constructivismo relacional (ver Botella, 2000) entendemos la duda como el resultado de la confrontación entre distintas voces internas del sujeto. Un conjunto de voces críticas internalizadas que se caracterizarían, entre otras cosas, por la necesidad de decidir lo correcto sin aceptar la posibilidad de error y evitar la culpa van expresando un posicionamiento relacional de la persona. Frente a esta voz crítica, el paciente puede mantener una posición sumisa (aceptando como cierto e indiscutible los mensajes de la voz crítica) o posicionarse insumisamente. La insumisión del sujeto delante de la voz crítica puede establecerse mediante la confrontación (que lleva a la rigidificación de la voz crítica) o el diálogo (que lleva a una posible disolución “negociada” del conflicto). De este modo nos encontramos que la mayoría de pacientes con TOC mantienen una relación o bien de sumisión o bien de insumisión confrontativa con las voces críticas que dan como resultado el proceso dubitativo. El diálogo colaborativo dirigido hacia la duda permite el cuestionamiento del posicionamiento subjetivo relacional del paciente expresado por la voz crítica facilitando la emergencia de otras voces internas que manifiesten nuevas maneras de posicionarse más funcionales en determinadas situaciones relacionales. Esta apertura a otras voces que proporcionan nuevas maneras de comprender lo que sucede incentiva la aparición de nuevas narrativas gracias al paso inicial de cuestionar, “criticar” o dudar del posicionamiento subjetivo relacional general del paciente o narrativa prototípica (Gonçalves, 1998).

Como hemos comentado más arriba, algunos casos de pacientes con TOC experimentan la duda como resultado de dos o más ideas, creencias pensamientos o posicionamientos subjetivos vivenciados como incompatibles por unos criterios de coherencia de los discursos socialmente disponibles que son “adaptados” por parte de los sujetos. De este modo podríamos entender la duda como la dificultad de dar cabida a un diálogo entre los distintos pensamientos o voces internas que expresarían diferentes posicionamientos subjetivos relacionales. Estas voces están mediadas por un moderador interno que considera necesaria la elección de una sola de ellas. Se podría entender la duda como una lucha entre las distintas voces para asumir el “poder”.

Desde la perspectiva constructivista relacional podemos plantear unas estrategias globales para el trabajo con la duda que distan mucho de las pautas rígidas de los tratamientos manualizados: (a) identificación de la voz o voces críticas, (b) identificación de la actitud sumisa o insumisa del paciente respecto a la voz crítica, (c) microanálisis del mensaje de la voz crítica y deconstrucción mediante recursos tales como la transvaloración, la tolerancia a la incertidumbre, la aceptación de las limitaciones del *self*, etc., (d) diálogo entre la voz crítica y otras voces emergentes, (e) establecimiento de nuevos posicionamientos subjetivos funcionales.

Gran parte de la intervención psicoterapéutica estará dirigida a ayudar al paciente a construir un contexto propio facilitador del diálogo interno entre sus

distintas voces aceptando la diversidad de su self y desmitificar la necesidad de tomar decisiones inequívocas y experimentarlas como trascendentales para el futuro de uno mismo o de los demás. Se trata de aceptar el intercambio de expresiones de distintos posicionamientos subjetivos relacionales como diálogo abierto sin la necesidad de establecer un debate donde uno tenga que demostrar la idoneidad por encima de los demás. Esto lleva al paciente a una apertura a la posibilidad de improvisación sin deber de establecer el control de una cantidad de datos o variables que han ido perturbando su funcionalidad durante los últimos meses.

Está claro que no hay una nueva técnica resolutoria y eficaz para abordar la problemática planteada por los pacientes con TOC sino que solo proponemos una manera de comprender algunos de sus aspectos esenciales de forma complementaria a otras explicaciones e intervenciones psicoterapéuticas. Los planteamientos expuestos hasta el momento sirven como principios útiles para dirigir el tratamiento psicoterapéutico, siempre teniendo en cuenta las diferencias y particularidades que cada obsesión o compulsión planteada por el paciente puede suponer.

PLANTEAMIENTO DE UN CASO: VÍCTOR Y EL TIEMPO EXACTO

Víctor es un joven de 22 años que acude al servicio de atención psicológica por la ansiedad que siente delante de los globos de fiesta hinchados. Víctor es el menor de tres hermanos, buen estudiante y se describe como nervioso, buen amigo, muy casero e interesado el cine y la literatura. La información proporcionada en la primera sesión y la formulación de la demanda parecían dirigir hacia lo que sería una fobia específica. Durante el final de la segunda sesión y toda la tercera fue cuando empezó a comentar avergonzado su preocupación respecto a unas conductas extrañas. La consciencia de realizar conductas impropias, no adecuadas produce en algunos casos un gran reparo en comentarlas y prefieren justificar la demanda de atención psicológica por otros aspectos. *“Hago cosas un poco raras, pero es como si tuviera que hacerlo”*. Esta frase demuestra su preocupación por las compulsiones que realiza de forma ritualizada. El paciente comenta que desde los 15 años empezó a sentir la necesidad de realizar ciertas conductas “peculiares” para que las cosas le salieran bien. La vergüenza que el paciente muestra cuando va describiendo las conductas compulsivas lleva consigo una elevada preocupación por su estado y su situación que la percibe como anormal. En esta primera fase del proceso psicoterapéutico resulta de gran importancia establecer un clima relacional entre el terapeuta y paciente en el cual el cliente se siente cómodo al describir los rituales y obsesiones, a la vez que se siente reconfortado al comprobar como el terapeuta entiende, comprende y conoce su problemática mostrándolo mediante la semidirección de la conversación preguntando sobre algún ritual de limpieza o de comprobación que acostumbran a padecer los sujetos con sintomatología del TOC.

Víctor poseía una larga historia sintomática obsesiva y compulsiva constituida

actualmente por algunos rituales de limpieza y comprobación, pero sobretudo rituales “irracionales” que realizaba al sentir que con la compulsión las cosas de su vida y la de sus personas queridas irían bien y sin accidentes (por ejemplo, tener que realizar un movimiento concreto con las manos siempre que le venía a la cabeza que algo malo podía suceder o poner en marcha y apagar el cronómetro de su reloj cuando veía o pensaba en algo desagradable. De este modo en un primer momento realizaba los rituales como mecanismo para reducir la ansiedad, pero a la vez le perturbaban y le impedían mantener el ritmo normal esperable en un estudiante universitario. Las compulsiones de limpieza, en un par de ocasiones en los períodos de exámenes, habían llegado a consistir en una sesión matinal de higiene consistente en una ducha de unos 45 minutos de duración acompañada por todo un conjunto de conductas de evitación del contacto con el suelo del baño e incluso con la toalla por miedo a que esta estuviera sucia. De este modo Víctor había de permanecer en el baño desnudo esperando secarse sin usar la toalla por lo que todo el período de limpieza matinal lo hacía levantarse dos horas antes de lo necesario. Durante el resto del día necesitaba limpiarse las manos siempre que tocaba alguna cosa que consideraba susceptible de estar sucia o cuando había saludado a alguien. A estos rituales les acompañaban rituales de comprobación como la de revisar si se ha apagado la luz e ideas obsesivas de identidad sexual y de causar daño a sus seres queridos.

Dadas las características del paciente como la motivación por afrontar activamente la problemática planteada, y la disposición de involucración en la psicoterapia decidimos intervenir en las primeras sesiones (4 y 5) con técnicas de control de respuesta de las compulsiones y trabajar paralelamente con las ideas obsesivas. En las siguientes sesiones nos centramos en explorar con más profundidad el contenido de las obsesiones así como los acontecimientos vitales que habían sucedido en los periodos de máxima intensidad sintomática. Víctor comentó que cuando tenía trece años su hermano mayor de 17 años sufrió un accidente de tránsito cuando un grupo de amigos iba a celebrar el fin de curso pasando una semana en la casa de veraneo de un amigo.

Víctor comentó que siempre le ha sido muy difícil tomar decisiones hasta el punto de cuando era pequeño no hacer lista a los reyes esperando que sus padres decidieran por él. Por las explicaciones de algunos aspectos se nos hace evidente cierta sobreprotección de los padres, de modo que la iniciativa de las decisiones tomadas en su vida siempre ha estado determinada por sus padres.

Curiosamente, cuando Víctor empezó con el primer episodio de obsesiones y compulsiones fue cuando su hermano de 2 años mayor tenía previsto un viaje de celebración de fin de curso a la vez que coincidía cuando él debía de decidir si estudiar ciencias o letras. En ese momento empezó a experimentar períodos de gran ansiedad y a realizar las primeras compulsiones como establecer un orden escrupuloso en todos los objetos de su habitación, llegando a no permitir la entrada de su

madre por la angustia que suponía que las cosas no estuvieran en su sitio. También realizaba algún ritual antes de ir a dormir como dejar el reloj-cronometrador de mano con la aguja segundera en una posición exacta. Cuanto más aumentaba la ansiedad más necesidad de realizar las conductas ritualizadas.

La toma de conciencia de la incertidumbre de los sucesos vitales como el accidente del hermano más el inicio de una fase de aumento de responsabilidades y de decisiones personales como la elección de los futuros estudios genera una ansiedad tal que Víctor recurre a estrategias de pensamiento mágico para crear unos rituales que le permiten reducir en un momento inicial dicha ansiedad mediante las compulsiones fundamentadas a un nivel irracional. La sumisión de Víctor a su voz crítica caracterizada básicamente por la poca tolerancia a la incertidumbre y la necesidad de hacer lo correcto supuso un trabajo lento en el proceso de microanálisis de la voz crítica y su deconstrucción. El proceso de aceptación de ciertos niveles de incertidumbre fue laborioso pero supuso una mejoría constante en las conductas ritualizadas permaneciendo una moderada actividad de pensamientos obsesivos. A medida que avanzaban las sesiones, la constancia del trabajo con la duda mediante el diálogo interno entre la voz crítica y nuevas voces emergentes que habían permanecido ocultas empezó a rebajar los rituales mejorando el desarrollo funcional en sus actividades cotidianas. Esta reducción de las compulsiones y algunas ideas obsesivas juntamente con el haber establecido una buena alianza terapéutica favoreció que Víctor empezara a tratar en las sesiones contenidos que se apartaban de lo hablado y trabajado hasta el momento, ayudando todavía más a una descentración del contenido obsesivo y los pensamientos intrusivos. El trabajo con la duda provocada por la incertidumbre y al tomar decisiones tal y como hemos argumentado anteriormente supuso proporcionar un nuevo marco de significación para Víctor ayudándole a afrontar las situaciones. Dirigir la intervención hacia una aceptación de las limitaciones personales descubriendo la imposibilidad de vivir sin un cierto porcentaje de azar e incertidumbre convierte el mecanismo obsesivo compulsivo en inútil para Víctor.

CONSIDERACIONES FINALES

Cuando la duda llega a extremos de perturbación y disfuncionalidad en el sujeto se vuelve tan poderosa que consigue canalizar gran parte de los procesos cognitivos del sujeto convirtiéndose en un mecanismo percibido como inevitable y que resulta intimidante como para sentirse incapaz de rivalizar con él y conseguir afrontarlo con garantías. El contexto social y los significados personales mantienen viva la duda en nuestras vidas y por este motivo sugerimos trabajar con ellos dando un nuevo marco de significados de manera que la duda pueda entenderse también como una estrategia útil consiguiendo aceptar las dudas dudando de ellas.

El trastorno obsesivo compulsivo continúa planteándonos muchos interrogantes, pero con lecturas que intenten dar cabida al papel social de aspectos intervinientes

en el TOC como la culpa o la duda podemos encontrar puentes explicativos entre los discursos socialmente disponibles y ciertas construcciones individuales que llevan al individuo a una disfuncionalidad y malestar. Los planteamientos postmodernos, constructivistas y construccionistas han aportado y todavía tienen mucho que aportar en las explicaciones e intervenciones de las problemáticas como las del trastorno obsesivo compulsivo.

Resulta obvio que los autores de un artículo lean unas veces su texto antes de decidir enviarlo a una revista. Al leerlo nos hemos dado cuenta que el título plantea una cuestión que no termina de aclararse en el desarrollo del texto por lo que pensamos si realmente la duda era una aliada o una enemiga; quizás será mejor continuar dudando aceptando que una cosa no excluye a la otra.

A lo largo de los años las personas han aprendido a convivir con la duda, pero en algunos casos la duda lleva al sujeto al bloqueo y a cierta disfuncionalidad. Analizando nuestro contexto cultural y social ganamos perspectiva para aumentar el conocimiento de uno de los aspectos fundamentales del trastorno obsesivo compulsivo: la duda. En este artículo pretendemos acercarnos a la fenomenología del trastorno obsesivo compulsivo y presentamos un marco explicativo que nos puede ayudar en nuestras intervenciones clínicas.

Palabras clave: *Trastorno obsesivo compulsivo, la duda, contexto social, constructivismo relacional.*

Nota editorial:

Este artículo se ha realizado durante el periodo de disfrute (Sergi Corbella) de una beca de Formación de Profesorado Universitario (AP98-36526706) del Ministerio de Educación y Cultura de España.

Referencias bibliográficas:

- AKHTAR, S., WIG, N. H., VERNA, V. K., PERSHOD, D., VERNA, S. K. (1975). A phenomenological analysis of symptoms in obsessive-compulsive neuroses. *British Journal of Psychiatry*, 127, 342-348.
- BECK A. T. & EMERY, G. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York: Basic Books.
- BERRIOS, G. E. (1985). *Obsessional Disorders during the 19th century: terminological and classificatory issues*. En Bynum & cols. (dirs.). *Anatomy of Madness*, vol 1, pags 166-187. Londres: Tavistock.
- BEUTLER, L. E. & CLARKIN, A. J. (1990). *Systematic treatment selection: Toward targeted therapeutic interventions*. New York: Brunner/Mazel.

- BEUTLER, L. E. & HARWOOD, T. M. (2000). *Prescriptive Psychotherapy*. Oxford: Oxford University Press.
- BOTELLA, L. (2000). Diálogo, relações e mudança: uma aproximação discursiva à psicoterapia construtivista. En Ó. Gonçalves & M. Gonçalves (Eds). *Abordagens construcionistas à psicoterapia*. Coimbra: Quarteto.
- BOTELLA, LL., PACHECO, M., HERRERO, O., CORBELLA, S. (en prensa). Investigación en psicoterapia, el estado de la cuestión. *Clínica & Salud*.
- CORBELLA, S., BOTELLA, LL., MAYDEU, A., FEIXAS, G. (2000, setiembre). *Spanish Version of DIQ: Directions of Interest Questionnaire*. Comunicación presentada en el 7th International Congress on Constructivism. Ginebra. Suiza.
- EMMELKAMP, P. M. G. & BEENS, H. (1991). Cognitive therapy with obsessive-compulsive disorder: a comparative evaluation. *Behaviour Research and Therapy*, 29, 293-300.
- FALRET, J. P. (1889). Obsessions intellectuelles et émotives. *Archives Neurologiques*, 2, 274-293.
- FREUD, S. (1909). *Notes upon a case of obsessional neurosis*. Vol, 193-383. Londres: Collected Papers, Hogarth Press.
- GONÇALVES, O. (1998). Hermanéutica, constructivismo & terapias cognitivo-conductuales. En R. Neimeyer & M. Mahoney (comp), *Constructivismo en psicoterapia* (págs 179-218). Barcelona: Paidós.
- GUIDANO, V. L. & LIOTTI, G. (1983). *Cognitive Process and Emotional Disorders*. New Nork: Guilford Press.
- KHANNA, S., KALIAPERUMAL, V., & CHANNABASAVANNA, S. (1990). Clusters of obsessive-compulsive phenomena in obsessive-compulsive disorder. *British Journal Psychiatry*, 156, 51-54.
- LAZARUS, R. S. (1966). *Psychological Stress and the Coping Process*. New York: McGraw-Hill.
- MONTSERRAT ESTEVE, S. (1985). *Psicología y psicopatología cibernéticas*. Barcelona: Herder.
- MORA, G. (1969). The scrupulosity syndrome. *International Journal Clinical Psychology*, 5, 163-174.
- ORTEGA & GASSET, J. (1955). *Ideas y Creencias*. Madrid, Espasa-Calpe.
- RACHMAN, S. (1976). Obsessive-compulsive checking. *Behaviour Research and Therapy*, 14, 269-277.
- RASMUSSEN, S. & EISEN, J. (1990). Epidemiology and clinical features of Obsessive-Compulsive Disorder. In M. A. Fenike, L. Baer & W. Minichiello (eds), *Obsessive-compulsive Disorders: Theory and Management*, 2nd edn. London: Mosby Year Book.
- RASMUSSEN, S. & EISEN, J. (1992). The epidemiology and clinical features of obsessive compulsive disorder. *Psychiatr. Clin. North Am.*, 15, 4, 743-758.
- SUESS, L. & HALPERN, M. S. (1989). Obsessive compulsive disorder: The religious perspective. In J. Rapoport (ed.), *Obsessive-Compulsive Disorder in Children and Adolescents*. Washington, American Psychiatric Press Inc.
- TALLIS, F. (1999). *Trastorno Obsesivo Compulsivo, Una perspectiva Cognitiva y Neuropsicológica*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- TURNER, S. & BEIDEL, D. (1994). *Tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo*. Barcelona: Martinez Roca.
- VALLEJO, J. & BERRIOS, G. (1995). *Estados Obsesivos*. Barcelona: Masson.