

REVISTA DE

# PSICOTERAPIA

TRASTORNOS OBSESIVO-COMPULSIVOS

Epoca II, Volumen XI - 2º/3er. trimestre 2000

Ψ Ψ Ψ Ψ Ψ Ψ Ψ € **42/43** Ψ

---

# REVISTA DE PSICOTERAPIA

**Director:** MANUEL VILLEGAS BESORA

**Consejo de Dirección:** LLUIS CASADO ESQUIUS, ANA GIMENO-BAYON COBOS, LEONOR PANTINAT GINÉ, RAMON ROSAL CORTES.

**Comité de Redacción:** MAR GOMEZ MASANA, NEUS LÓPEZ CALATAYUD, SILVIA CASTILLO CUESTA, MARK-DANA MUSE, IGNACIO PRECIADO IGLESIAS, M<sup>a</sup> JOSE PUBILL GONZALEZ, M<sup>a</sup> ROSA TORRAS CHERTA.

**Secretaria de Redacción:** EMPAR TORRES AIXALÀ

**Consejo Editorial:** ALEJANDRO AVILA ESPADA, CRISTINA BOTELLA ARBONA, RENZO CARLI, ISABEL CAROGABALDA, LORETTA CORNEJO PAROLINI, GUILLEM FEIXAS I VIAPLANA, JUAN LUIS LINARES, GIOVANNI LIOTTI, FRANCESCO MANCINI, JOSE LUIS MARTORELL YPIENS, MAYTE MIRO BARRACHINA, BERNARDO MORENO JIMENEZ, JOSE NAVARRO GONGORA, LUIGI ONNIS, SANDRA SASSAROLI, JAUME SEBASTIAN CAPO, ANTONIO SEMERARI, VALERIA UGAZIO.

**Coordinador:** LLUIS BOTELLA GARCIA DEL CID.

---

**EDITA:**

**REVISTA DE PSIQUIATRIA Y PSICOLOGIA HUMANISTA, S.L.**

APARTADO DE CORREOS, 90.097 - 08080 BARCELONA

**Epoca II, Volumen XI - Nº 42/43 - 2º/3er. trimestre 2000**

Esta revista tuvo una época 1ª, desde 1981 hasta 1989, con el título de «Revista de Psiquiatría y Psicología Humanista», con veintinueve números publicados, veinticinco de ellos monográficos. Ha sido desde sus comienzos un importante medio de difusión de aportaciones psicológicas y terapéuticas relacionadas con los principales modelos de orientación humanista, con un enfoque predominantemente integrador en lo terapéutico, y de fomento de rigor científico en lo teórico.

---

Los directores anteriores han sido; Andrés Senlle Szodo (1.981-1.984), fundador de la revista; Lluís Casado Esquiús (1.984-1.987), Ramón Rosal Cortés (1.987-1989)

---

**Portada:** Ana Gimeno-Bayón Cobos

**Autoedición:** Gabinete Velasco Tel.: 934 340 550 BARCELONA

**Impresión:** OFFSET INFANTA, S.L.

Josep Taradellas, 101 - 08029 Barcelona - Tel.: 934 302 309

ISSN 1130 - 5142

Depósito Legal: B. 26.892/1981

---

Precio de este ejemplar 2.000 pts. (incluido I.V.A.)

# SUMARIO

<b>EDITORIAL .....</b>	<b>3</b>
<b>UN MODELO COGNITIVO DEL TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO .....</b>	<b>5</b>
Francesco Mancini	
<b>APEGO Y CONOCIMIENTO: ENTRE EL TRASTORNO DE PERSONALIDAD OBSESIVO-COMPULSIVO Y EL SÍNDROME OBSESIVO .....</b>	<b>31</b>
Roberto Lorenzini y Sandra Sassaroli	
<b>PSICOPATOLOGÍAS DE LA LIBERTAD: LA OBSESIÓN O LA CONSTRUCCIÓN DE LA ESPONTANEIDAD .....</b>	<b>49</b>
Manuel Villegas Besora	
<b>LA VOZ, MITOS Y RITOS: TERAPIA FAMILIAR DE UN PROBLEMA FÓBICO OBSESIVO .....</b>	<b>135</b>
M. Adelaine Berardi, Mario Caltabiano, Ana Chouhy y Maria Luisa Fiorillo	
<b>OBSESIONES CONTRA OBSESIONES: UNA (RE)CONSTRUCCIÓN DEL SIGNIFICADO .....</b>	<b>145</b>
Marcia Scheinberg, M. S. W.	
<b>TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO: LA DUDA, ¿ALIADA O ENEMIGA? .....</b>	<b>161</b>
Sergi Corbella y Lluís Botella	

# REVISTA DE PSICOTERAPIA

## **Dirección y Redacción:**

Apartado de Correos 90.097  
08080 Barcelona  
Tel. 933 217 532 (martes tarde)

## **Administración:**

GRAO (IRIF, S.L.)  
Revista de Psicoterapia  
c/. Francesc Tàrraga, 32-34  
08027 - Barcelona  
Tel. 934 080 464 Fax: 933 524 337

## **BOLETIN DE SUSCRIPCION**

Fecha: .....

Deseo suscribirme a la **REVISTA DE PSICOTERAPIA** por el período de un año, renovable sucesivamente, hasta nuevo aviso.

Apellidos: .....

Nombre: .....

Teléfono: ..... Profesión: .....

Dirección: .....

Ciudad: ..... D.P. ....

- Forma de pago:
- Domiciliación bancaria (Rellenar autorización adjunta)
  - Adjunto cheque bancario núm.: .....
  - Contrareembolso
  - VISA
  - MasterCard



Tarjeta N°:

Fecha caducidad: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Precio de la suscripción anual para 1999  
para España ..... 5.000 pts.  
para el extranjero ..... 70 \$ USA

**Firma:**

---

## **BOLETIN DE DOMICILIACION BANCARIA**

Señores:

Les ruego que atiendan, con cargo a mi cuenta/libreta, y hasta nueva orden, el recibo que anualmente les presentará SERVEIS PEDAGOGICS S. A., para el pago de mi suscripción a la revista «REVISTA DE PSICOTERAPIA».

Nombre y apellidos: .....

Código de Cuenta del Cliente:

Entidad:  Oficina:  DC:  Cuenta:

Banco/Caja ..... Agencia n°: .....

Dirección .....

Ciudad ..... D.P. ....

.....  
Fecha y Firma:



## EDITORIAL

Como es costumbre en nuestra política editorial hemos planteado un número doble de la Revista de Psicoterapia entorno al tratamiento monográfico de un tema mayor de la psicopatología: en este caso le ha tocado el turno a los trastornos obsesivos. Éstos, como apuntan varios indicadores sociosanitarios, están experimentando un aumento creciente, cuya incidencia, al menos en la sociedad occidental, se sitúa actualmente entre el 1% y 3% de la población general (Oakley-Brown, 1991).

Para dar cuenta de este fenómeno y de sus posibilidades de tratamiento dentro de una orientación integradora de los enfoques cognitivo-constructivista y sistémico hemos reunido en este número algunos artículos recientes de varios autores de distinta procedencia que se han interesado por este tema. La abundancia de material nos ha llevado también esta vez a añadir un pliego de páginas superior a las habituales sin ningún coste adicional para nuestros suscriptores.

Abre la monografía un artículo de Francesco Mancini en el que presenta un modelo del TOC desde la perspectiva cognitivista, considerando las obsesiones y compulsiones como actividades orientadas al logro de un fin, en este caso la prevención de una culpa por irresponsabilidad, que domina completamente en la mente del sujeto. Constituye ésta una tesis que el autor desarrolla de modo convincente y riguroso a lo largo de todo el trabajo, estableciendo las bases para la comprensión del trastorno obsesivo en una línea que ha sido seguida igualmente por otros autores, incluso de orientación más conductual, aunque generalmente con un enfoque descriptivo, más que comprensivo.

Le sigue un artículo de Roberto Lorenzini y Sandra Sassaroli, habituales colaboradores y coautores de numerosos trabajos, algunos de los cuales han sido publicado en números anteriores de esta revista. Se basan los autores en su teoría sobre la relación entre estilo cognoscitivo y relaciones de apego. En consecuencia establecen la hipótesis de una conexión entre apego inseguro ambivalente y el desarrollo de un estilo de conocimiento caracterizado por la evitación típica de los trastornos de personalidad pertenecientes al “grupo ansioso” y entre éstos y el trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo, del que emana la sintomatología obsesivo-compulsiva propiamente dicha.

Dentro de la serie de artículos dedicados a las psicopatologías de la libertad, Manuel Villegas considera en su trabajo la obsesión como la constricción de la espontaneidad, que constituye la manifestación más primaria de aquélla, anali-

zando el trastorno obsesivo desde el punto de vista del desarrollo cognitivo y moral. Desde esta perspectiva la desconfianza en los propios criterios epistemológicos tanto cognitivos como morales dan origen a la duda y a la culpa. Caso de no conseguir neutralizar su amenaza, el sistema epistemológico tiende a reforzar la adhesión a los criterios externos, en sustitución de los internos. De este modo el pensamiento mágico toma el lugar del racional, la acción compulsiva la de la acción voluntaria, la rumiación la de la capacidad reflexiva o de abstracción.

Los artículos de Berardi y colaboradores, así como el que les sigue luego de Marcia Scheinberg, aportan una perspectiva sistémica a los trastornos obsesivos. A través de la descripción de una familia con problemáticas fóbicas obsesivas, los autores del primero de los trabajos, quieren presentar el pensamiento terapéutico que les ha guiado durante el trabajo clínico. Partiendo del presupuesto de que el síntoma fóbico obsesivo se aprende de un progenitor afectado con las mismas problemáticas, los autores buscan las relaciones significativas que han llevado a la creación de un mito familiar. El trabajo dentro del marco trigeracional, hijo-padre-”voz” (mito familiar), construirá el espacio relacional que ha de permitir el proceso de individuación en el contexto terapéutico.

Marcia Scheinberg examina las obsesiones y las reacciones fóbicas, también desde una perspectiva sistémica, en relación con el mantenimiento y el desarrollo de una coalición transgeneracional, que se basa tanto en una premisa que implica la exclusividad, como en los presupuestos personales específicos que caracterizan cada caso individual. Se discuten e ilustran dos tipos de enfoque terapéutico para intervenir sobre las obsesiones: la “conversación” y la “contra-obsesión”.

Cierra la monografía un artículo de un joven colaborador que se incorpora por primera vez a nuestras páginas, Sergi Corbella, acompañado por otro ya más veterano en ellas, Lluís Botella, quien de alguna manera le apadrina en este primer interesante trabajo que publicamos. Se plantean los autores la consustancialidad de la duda en la vida humana, aunque pueda resultar en ocasiones, como sucede en el trastorno obsesivo, altamente disfuncional. Desde una perspectiva sociocultural pretenden los autores acercarnos a la fenomenología del trastorno obsesivo compulsivo y presentarnos un marco explicativo que pueda ser útil en las intervenciones clínicas.

### **Referencias bibliográficas**

Oakley-Brown, M. (1991). The epidemiology of anxiety disorders. *International Journal of Psychiatry*, 3, 243-252.

# UN MODELO COGNITIVO DEL TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO

Francesco Mancini

Director de la Escuela de Especialización en Psicoterapia Cognitiva, Asociación de Psicología Cognitiva,

Via Marcoantonio Colonna, 60, Roma 00192.

E-mail: mancini@apc.i

*“A strictly cognitive model of OCD is presented. In this model, obsessions and compulsions are goal directed activities. The goal is represented in the patient mind as the prevention of guilt of an irresponsible behaviour. Patients are extremely afraid of this kind of guilt. Evidences are presented and discussed. I propose that obsessions and compulsions are often egodystonic because patient strongly criticizes them. Patient tries to control his obsessional activities, but for different reasons the control fails and more often obsessions and compulsions encrease. Fear of guilt is so strong because actual self and ideal self are focused around constructs like “responsible, scrupulous, careful”. This is, presumably, the consequence of frequent and rude experiences of moral criticism.”*

*Key words: obsessive-compulsive disorder, cognitive therapy, fear of guilt, irresponsability, ideal del self.*

---

## 1. INTRODUCCIÓN

En este artículo intento dar una explicación del trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) en términos estrictamente cognitivos, es decir, utilizando la noción de mente entendida como sistema de objetivos y conocimientos, a través del cual el sujeto valora su experiencia, que regula las reacciones emocionales, la actividad mental y la conducta (Micelli y Castelfranchi, 1995).

Esta formulación difiere tanto de la perspectiva conductista como de la neuropsiquiátrica, así como de las formulaciones cognitivistas que tratan de reducir el TOC al déficit o distorsión de algunas funciones cognitivas básicas (Reed, 1985; Tallis, 1995a, b; Galderisi, Amida y Maj, 1996; Dèttore, 1998). La diferencia fundamental consiste en atribuir a la actividad obsesiva un significado y un fin. De acuerdo con esta formulación, las obsesiones y compulsiones pueden considerarse

actividades dirigidas al logro de un objetivo, presente en la mente del paciente.

El modelo cognitivo del TOC que propongo aquí se inscribe en una tradición cognitivista profundamente marcada por la contribución de Carr (1974). Este autor formuló la hipótesis de que la anticipación de una amenaza es la base del TOC. Las obsesiones y compulsiones serían entonces el intento de prevenir o neutralizar un acontecimiento, que el paciente considera como probable y perjudicial. Además, si consideramos que los obsesivos tienden a sobrevalorar las probabilidades del acontecimiento perjudicial, podremos comprender y justificar fácilmente la aparente desproporción entre inversión obsesiva y amenaza real. Las obsesiones y compulsiones tienen un sentido y una finalidad que se ponen de manifiesto cuando identificamos sus determinantes cognitivos, o las previsiones y valoraciones del paciente (Carr, 1974).

Aunque el modelo que presentaré en este artículo puede resultar muy cercano al modelo de Carr, se distingue de él en un aspecto crucial. En efecto, según la tesis que sostengo, la raíz del TOC no se encuentra en la previsión de una amenaza sin especificar, sino más bien en la anticipación de una culpa por irresponsabilidad. En este sentido, en la génesis y el mantenimiento del TOC estarían implicados objetivos morales y creencias relativas a la posibilidad de causar por acción u omisión un daño injusto o de transgredir una norma moral.

Esta interpretación causal del TOC tiene su punto de partida en una antigua y sólida tradición que goza actualmente de buen crédito y de renovado interés. En efecto, a lo largo de los siglos, han sido muchos los autores que han sostenido que en la base del TOC existe una preocupación excesiva por la posibilidad de ser culpable. La idea de que el sentimiento de responsabilidad está muy implicado en el TOC tiene una larga historia, iniciada ya con las primeras observaciones sistemáticas y los primeros informes redactados por los médicos. Shakespeare, en la primera escena del quinto acto de *Macbeth*, nos presenta a Lady Macbeth afanada en un ritual obsesivo de lavado, vinculado al sentimiento de culpa por los delitos cometidos (cit. en Lensi y otros, 1993). En el siglo XVIII, Taylor y otros estudiosos, sobre todo anglosajones (cit. En Insel, 1990), sostenían que la raíz del trastorno es una escrupulosidad exagerada, un exceso de religiosidad y una fuerte inclinación hacia la preocupación moral. Es bien sabido que Freud (1909), en su famoso ensayo "El hombre de las ratas", subrayó la relevancia del sentido de culpa. Más tarde, McFall y Wolkershein (1979), recuperando desde una perspectiva cognitivista algunas observaciones psicoanalíticas, han reconducido el TOC a una serie de creencias relativas a una posición omnipotente y de control, por la que el paciente se considera responsable de la prevención de posibles calamidades (Dèttore, 1998).

En estos últimos años, incluso limitándonos a la óptica interpretativa de los autores cognitivistas, han proliferado las hipótesis sobre la génesis y el mantenimiento del TOC. Por ejemplo, Guidano y Liotti (1983), Guidano (1988), Reda (1987), Lorenzini y Sassaroli (1992), Bara, Manerchia y Pelliccia (1996) han



atribuido una gran importancia a la dialéctica entre una imagen de uno mismo como persona buena y una imagen dominada por la inmoralidad y la perversión. Ugazio (1996) ha profundizado en los aspectos relacionales del TOC, tanto los actuales como los anamnésicos, subrayando que en este conflicto asume un papel fundamental el conflicto entre una moralidad deseada, pero considerada “mortífera”, y una inmoralidad temida, pero al mismo tiempo deseada por ser “vital”. Por su lado, la literatura cognitivista llamada estándar (Rachman, 1997, 1998; Salkovskis y otros, 1998; OCCWG, 1997) atribuye un papel fundamental, en el desarrollo y el mantenimiento del TOC, a un elevado sentimiento de responsabilidad (*inflated responsibility*).

Aunque estos modelos explican algunos comportamientos obsesivos y tienen el gran mérito de haber enfatizado la importancia del sentimiento de responsabilidad y de la moralidad en este trastorno, sus límites a destacar son que:

- 1) no se ocupan del proceso que lleva de la anticipación de una culpa temida a un comportamiento caracterizado por las obsesiones y las compulsiones;
- 2) tienen dificultades por explicar la egodistonia característica del TOC.

Además, cabe subrayar que el hecho de que algunos autores no analicen los ingredientes cognitivos de la culpa y de la amenaza de culpa, o que otros tiendan a confundir la responsabilidad con el nexo causa/efecto y la asunción de responsabilidad con el miedo a cometer un error culpable, conlleva una explicación parcial del comportamiento del TOC.

En este artículo proponemos un modelo del TOC que se funda en las aportaciones de la psicología cognitiva, entendida como aproximación psicológica que mira a la comprensión de objetivos y conocimientos (Miceli y Castelfranchi, 1995). En particular, haremos referencia explícita a presupuestos relativos al sentimiento de culpa (Castelfranchi, 1994; Mancini, 1997) y de responsabilidad (Conte y Castelfranchi, 1996), y al proceso de control de las hipótesis (Trope y Lieberman, 1996).

## **2. LÍNEAS GENERALES DEL MODELO**

Explicar el TOC en clave cognitiva significa identificar las características que debe poseer un sistema de objetivos y conocimientos para generar una actividad frecuente, repetitiva, persistente y egodistónica, como la obsesiva.

El modelo que proponemos parte de la idea de que en la base del trastorno obsesivo se halla el temor de que una acción (u omisión) propia pueda causar un daño injusto a sí mismo o a otros, o la transgresión de una norma moral. De ser así, las obsesiones y compulsiones serían intentos de prevenir la amenaza de esta culpa.

De este modelo derivan dos presupuestos según los cuales:

- 1) si existe un TOC, existe un gran miedo a la culpa por irresponsabilidad;
- 2) si existe un gran miedo a la culpa por irresponsabilidad, existe una conducta con características obsesivas, es decir, repetitividad, persistencia, alta frecuencia y

estereotipia.

El carácter egodistónico de las obsesiones y compulsiones deriva de que estos comportamientos son valorados críticamente por la misma persona que los pone en acto. A esta segunda valoración negativa, o metavaloración, el paciente reacciona con intentos de prevenir y contener las obsesiones y las compulsiones, o los comportamientos que son fuente de autoreproche. Sin embargo, estos intentos tienen a su vez un efecto contraproducente que tiende a agravar y mantener la actividad obsesiva.

### **3. LA ESTRUCTURA DEL ARTÍCULO**

En el próximo apartado, el cuarto, examinaré los ingredientes que generan y modulan el miedo a la culpa por irresponsabilidad.

En el quinto apartado hablaré de que la anticipación de una culpa, siempre que ésta tenga cierta importancia, sea inminente y no sea aceptada por el sujeto, se traduce en una actitud cognitiva, definida como prudencial-culpabilizadora, capaz de convertir la actividad preventiva en frecuente, repetitiva y persistente, es decir, con las características de la actividad obsesiva. Presentaré además algunas verificaciones experimentales de la hipótesis de que el miedo a la culpa por irresponsabilidad va seguido de una actividad preventiva persistente y repetitiva, incluso en personas que no tienen problemas relacionados con el TOC.

En el sexto apartado examinaré las pruebas clínicas, experimentales y empíricas que demuestran el papel crucial del miedo a la culpa en el TOC.

En el séptimo apartado mostraré cómo la intervención de un metanivel valorativo explica los aspectos egodistónicos del TOC. En este apartado veremos también de qué modo los intentos de contención de la actividad obsesiva, generados por la misma metavaloración, contribuyen a agravar y mantener las obsesiones y compulsiones.

El octavo apartado está dedicado a mostrar que el miedo a la culpa también entra en juego en los casos de TOC donde parece estar ausente o que no parecen vinculados con las valoraciones del sujeto.

En el noveno, identificaré el plano existencial y estratégico en el que se inscriben y hallan su sentido último las estructuras cognitivas que regulan el TOC.

Y por fin, en el último apartado, presentaré algunas hipótesis acerca de los factores relacionales que pueden producir vulnerabilidad al TOC.

### **4. LA ANATOMÍA COGNITIVA DEL MIEDO A LA CULPA POR IRRESPONSABILIDAD.**

En este apartado quiero examinar los ingredientes cognitivos que contribuyen normalmente a producir y modular la amenaza de culpa por irresponsabilidad. Conte y Castelfranchi (1996) han señalado que los ingredientes necesarios para generar este tipo de miedo son:

- la previsión de que una acción/omisión propia puede causar un daño injusto a sí mismo o los demás, y/o la transgresión de una norma moral;
- el presupuesto de ser libre de actuar de otro modo y de que, por tanto, la acción/omisión está bajo el propio control;
- un objetivo moral, activo en la mente del sujeto que prescribe que se debe actuar de otra manera.

A diferencia del miedo a la culpa del superviviente (Castelfranchi, 1994; Mancini, 1997), la acción/omisión potencialmente culpable es explícita y está claramente definida. Mientras que el superviviente se siente culpable por haber sido injustamente favorecido por la suerte frente a los compañeros que han sufrido un daño injusto, quien sufre por el miedo a una culpa por irresponsabilidad sabe exactamente qué debe hacer, o evitar hacer, con tal de actuar moralmente.

El miedo a la culpa por irresponsabilidad puede ser más o menos intenso. El primer factor que puede modificar la intensidad de este temor consiste en la gravedad que se atribuye a la amenaza. A su vez, la gravedad que se atribuye a la amenaza depende del grado que el sujeto atribuye a:

- la probabilidad de comportarse por acción u omisión de manera culpable;
- la libertad de actuar de otra manera. En este caso, si la persona piensa que tiene el control absoluto sobre la propia acción/omisión, juzgará que la amenaza también es máxima;
- la intensidad del nexo causa/efecto entre la propia acción/omisión y el resultado. Según este parámetro, la amenaza alcanzará el grado más elevado de gravedad si el sujeto cree que su propia acción/omisión es una condición necesaria y suficiente para el resultado;
- la gravedad moral del resultado, es decir, si un objetivo moral del sujeto se ve comprometido de manera significativa;
- el coeficiente de valor del objetivo moral implicado;
- la atribución de responsabilidad exclusivamente propia o compartida con otros.

Un segundo factor que contribuye a modular la intensidad del miedo a la culpa por irresponsabilidad reside en la percepción de la inminencia de la amenaza, es decir, del grado en uno cree que está a punto de comportarse de manera culpable por acción u omisión..

Otro factor implicado en la modulación de la intensidad del miedo a la culpa por irresponsabilidad proviene de si el mismo sujeto siente la culpa como inaceptable. La inaceptabilidad no sólo depende de la gravedad subjetiva de la culpa, sino también del grado en que pudiera verse comprometido en su conjunto el balance de objetivos del sujeto. En idénticas condiciones de gravedad, es más fácil aceptar una culpa que implica ventajas para otros objetivos que no una culpa que no tiene ninguna implicación positiva.

El miedo acerca de las propias acciones/omisiones puede variar según el sujeto

tenga miedo de actuar culpablemente a causa de un uso inadecuado de sus poderes o bien a causa de una intención malvada, puesto que en el segundo caso existe una atribución causal de la ineficiencia a una intención propia. Se puede tener miedo a “pecar” de ineficiencia en:

- el uso de los propios poderes cognitivos, tales como la atención, la memoria, la elaboración de la información, la capacidad de aprendizaje. Por ejemplo, uno puede tener miedo de distraerse, de no recordar, de elaborar la información de manera demasiado superficial, optimista e imprudente, de no prepararse suficientemente en el estudio o el entrenamiento. Se puede tener miedo a pecar de “ineficiencia” en:

- la ejecución de tareas que, sin embargo, uno sabe que es capaz de realizar correctamente. Por ejemplo, alguien puede tener miedo de conducir el coche o de llevar a cabo una intervención quirúrgica incorrectamente, o por debajo de las propias posibilidades.

- no aprovechar todos los recursos disponibles y, en consecuencia, malgastar el tiempo, dejar pasar la ocasión más favorable, perder buenas oportunidades (“Creo en todo porque tengo miedo de no creer en lo correcto”).

En relación a las causas que se supone sustentan esta ineficiencia pueden atribuirse a:

- características estables; como por ejemplo quien está convencido de ser una persona que se distrae fácilmente,

- situaciones contingentes, como cuando uno tiene miedo de conducir mal porque considera que ha dormido poco la noche anterior,

- la falta de motivación, como por ejemplo en quien se considera un “pasota”.

También es posible tener miedo a una culpa por irresponsabilidad cuando se considera que se posee una verdadera inclinación hacia el mal, en cuyo caso se teme pasar al acto. La motivación malvada puede entenderse como impulso perverso, como deseo o como intención.

Obviamente, el miedo a la ineficiencia y el miedo a las causas de esta ineficiencia no se excluyen necesariamente. Así, por ejemplo, una persona puede tener miedo de dejar pasar las cosas y no esforzarse para prevenir un daño injusto, porque considera que no está suficientemente motivada, o que su intención es “malvada”.

La percepción de una amenaza de culpa puede incluir también aquellas circunstancias externas o actividades del sujeto que él mismo piensa que pueden facilitar o determinar la acción culpable, por ejemplo, quien teme realizar actos impuros y también tiene miedo de exponerse a las tentaciones. Por ejemplo, Marcela, que tenía miedo de cometer actos sexualmente perversos contra niños, sentía una fuerte ansiedad cada vez que se acercaba a un niño porque temía la activación de impulsos pedófilos.

## 5. EL MIEDO A LA CULPA POR IRRESPONSABILIDAD.

El temor a la culpa por irresponsabilidad, como cualquier otro estado emocional, influye en los procesos cognitivos y predispone al sujeto para la acción preventiva (Bower, 1981; Oatley y Johnson-Laird, 1987; Frijda, 1986). La influencia del miedo a la culpa en los procesos cognitivos puede orientarse hacia una dirección prudencial-culpabilizadora o bien tomar una orientación aseguradora-inocentista. La diferencia entre las dos orientaciones cognitivas reside en cómo el sujeto tiende a recoger y valorar la información relativa a lo temido y en la consiguiente actividad preventiva. Cuando se adopta una orientación prudencial-culpabilizadora se tiende a confirmar, e incluso a reforzar, los presupuestos sobre las posibilidades de la culpa y a juzgar insuficientes los intentos de prevención. En el segundo caso, donde contrariamente se toma una orientación aseguradora-inocentista, la elaboración de la información persigue el resultado opuesto. Esta diferencia de resultado depende principalmente de la hipótesis que enfoca el sujeto. El prudente-culpabilizador parte de un presupuesto de culpabilidad y concentra su atención en la hipótesis de poder ser culpable. Para el asegurador-inocentista, en cambio, la hipótesis central (*focal hypothesis*) es la de ser inocente.

La elección de la hipótesis activa depende de la intensidad del miedo. Cuanto más grande es el miedo, más probable es que se enfoque la hipótesis culpabilizadora, mientras que si el miedo es modesto, es más probable que la hipótesis activa sea la inocentista. En particular, el sujeto asume una actitud culpabilizadora si la posibilidad de ser culpable le parece más probable y destacable que la de ser inocente (Higgins, 1987; Tversky y Kahneman, 1981), si piensa que puede prevenir la culpa temida (Trope y Liberman, 1996), si considera que abandonar la posibilidad de prevenirla le puede salir muy caro (Dweck y Legget, 1987), y si no está dispuesto a aceptar que la amenaza de la culpa pase a ser una realidad. Por el contrario, la misma persona adopta una actitud aseguradora-inocentista si considera poco probable la posibilidad de cometer una culpa, si piensa que no está en su poder prevenirla, si calcula que el riesgo de equivocarse al considerarse inocente es menos grave que el riesgo inverso o, en fin, si considera aceptable la amenaza de la culpa.

Según los datos que resumiré en uno de los siguientes apartados, es razonable sostener que los pacientes con TOC están fuertemente preocupados por la posibilidad de una culpa propia y que por lo tanto, tienden a adoptar una actitud prudencial-culpabilizadora. Por esta razón, en vistas a los objetivos de este trabajo, es más interesante analizar cómo elabora la información quien ha adoptado una actitud prudente y culpabilizadora, es decir, quien, al tener mucho miedo de la posibilidad de una culpa propia, focaliza la peor hipótesis.

Respecto a esta orientación y a fin de comprender las características cognitivas del paciente TOC, me parece particularmente interesante analizar más de cerca los tres puntos siguientes:

- 1) si el miedo a la culpa es muy acentuado y, en consecuencia, la actitud

prudencial-culpabilizadora es clara, el sujeto, como ya he apuntado, tiende a confirmar y reforzar los presupuestos en los que se apoya el temor. Esto puede realizarse elaborando la información relativa al miedo de modo heurístico e intuitivo o bien mediante procedimientos analíticos y racionales.

2) si la actitud prudencial-culpabilizadora es acentuada, es más probable que la persona juzgue la actividad preventiva como insuficiente y que, en consecuencia, la repita a menudo. Además, en este caso el sujeto tiende a no justificarse y, cuando los demás le sugieren justificaciones, incluso plausibles, éstas resultan del todo ineficaces.

3) si una persona cualquiera, que no presenta un problema TOC, teme poder actuar de manera irresponsable, lleva a cabo intentos de prevención frecuentes, repetitivas y persistentes, que presentan las mismas características de los comportamientos obsesivos.

Veremos estos tres puntos más detalladamente en los próximos apartados.

### **5. 1. La confirmación de los presupuestos en los que se apoya el miedo a la culpa.**

El proceso de control de las hipótesis de culpabilidad, como con cualquier otra hipótesis, puede darse de dos maneras distintas. La primera es prevalentemente heurística o pseudodiagnóstica, la segunda, por el contrario, analítica o diagnóstica (Trope y Lieberman, 1996). Así, por ejemplo, si nos hallamos en condiciones de tranquilidad y, en consecuencia, tenemos mayor facilidad de acceso a la información y más tiempo para reflexionar, podemos valorar un riesgo eventual de manera lúcida, racional y esmerada. Si, por el contrario, somos presa de una fuerte emoción y nos sentimos atrapados por la urgencia de la amenaza, entonces preferimos aquellos atajos de pensamiento que la psicología cognitiva llama heurísticos. Los heurísticos son procedimientos de elaboración de la información que permiten llegar rápidamente a una conclusión que, pese a ser aproximativa en la mayor parte de los casos, es suficiente para moverse adecuadamente por la vida del día a día. Según Trope y Lieberman (idem) la elección entre el procedimiento pseudodiagnóstico y el diagnóstico depende de la gravedad que el sujeto otorga a las consecuencias de cometer un error al aceptar o rechazar una hipótesis, de cuán costosa considera la búsqueda de información, de la facilidad de acceso a la información y de la discrepancia entre el nivel de credibilidad de la hipótesis y el nivel de credibilidad esperado.

Si los riesgos que se derivan del hecho de aceptar o rechazar erróneamente una hipótesis se consideran elevados, si recopilar y probar nuevos datos no es considerado particularmente enojoso, si uno está muy incierto sobre la hipótesis, entonces se prefiere un procedimiento diagnóstico. En caso contrario se prefiere un procedimiento pseudodiagnóstico.

La diferencia principal entre los dos métodos se halla en el grado en que el sujeto toma en consideración las hipótesis alternativas. En efecto, en el método

pseudodiagnóstico el sujeto se concentra casi exclusivamente en la hipótesis activa, ignorando las hipótesis alternativas. Cuando seguimos este procedimiento, tendemos a buscar las pruebas congruentes con nuestra hipótesis y a extraer de los datos sólo aquellas inferencias que la confirman. De este modo, tendemos a no comprobar la credibilidad de las mismas pruebas que estamos considerando y a no pensar cuál podría ser la probabilidad real de que se den los hechos tal como hemos previsto. Se desprende que, de esta manera, tendemos a confirmar la hipótesis activa con información que en realidad sería del todo insuficiente en un proceso de verificación de las hipótesis.

Por el contrario, utilizando el método diagnóstico realizamos un análisis exhaustivo tanto de la hipótesis activa como de las alternativas. En este caso, tendemos a generar hipótesis alternativas y a tenerlas presentes en las diversas fases del proceso de comprobación de las hipótesis. La mayor sensibilidad hacia las alternativas y la mayor disponibilidad de éstas reduce la tendencia a confirmar la hipótesis activa. Sin embargo, los resultados del procedimiento diagnóstico se resienten del hecho que el sujeto podría considerar más perjudicial rechazar erróneamente la hipótesis activa que conservarla infundadamente. En este caso, el sujeto podría utilizar dos criterios distintos para rechazar y para aceptar la hipótesis activa, disminuyendo el área de rechazo de la hipótesis, y aumentando la aceptación de la misma. Si el sujeto considera menos peligroso el error de aceptar como verdadera una hipótesis falsa que el error de rechazar la hipótesis verdadera, precisará un mayor número de informaciones para rechazar la hipótesis que no para aceptarla. En consecuencia, la hipótesis activa, independientemente del hecho de que sea verdadera o falsa, tiende a ser mayormente aceptada que rechazada.

Si una persona está muy asustada de poder bajar la guardia y cometer un error, de comportarse de manera irresponsable, es decir, si se encuentra ante una amenaza de culpa por irresponsabilidad, entonces tenderá a confirmar y a reforzar los presupuestos de la amenaza, tanto si comprueba las hipótesis de modo pseudodiagnóstico como si lo hace de modo diagnóstico.

## **5. 2. Juzgar insuficiente la actividad preventiva**

Las consecuencias de la actitud prudencial-culpabilizadora afectan a la actividad preventiva y a la autojustificadora. Por “actividad preventiva” entendemos aquella actividad que utiliza las propias posibilidades para prevenir el daño injusto y/o la transgresión de una norma moral, mientras que con “actividad autojustificadora” nos referimos a una actividad de revisión de las creencias en las que se apoya el miedo a la culpa.

La actividad preventiva está regulada por la valoración que el mismo sujeto hace del resultado logrado y de la cantidad de riesgo restante. La prevención cesa si el sujeto considera que ha reducido o incluso anulado las probabilidades de causar un daño injusto o de transgredir la norma, o si considera que ha hecho todo cuanto

estaba en su poder para obtener el resultado moralmente deseable. El sujeto persiste en la repetición de la actividad preventiva hasta que considera que el resultado previsto ha sido logrado y/o que le es imposible o demasiado costoso alcanzarlo. La inversión en la prevención depende por tanto de cómo responde el sujeto a dos preguntas fundamentales: “¿he logrado el resultado previsto?”, “¿he hecho todo lo que podía para lograrlo?”. La respuesta a estas dos preguntas está muy influida por la actitud cognitiva que hemos llamado prudencial-culpabilizadora y, en este caso, tenderá a ser negativa para ambas. Justamente por este motivo, es decir, por el hecho de que la persona, desde una óptica prudencial-culpabilizadora, responde de manera negativa a estas preguntas, los intentos de prevención que pone en acto adoptan las características de repetitividad y persistencia. Los intentos de prevención se vuelven todavía más repetitivos si quien los pone en acto cree que no existen otros caminos útiles, a parte del que ya ha intentado, y si cree que no lo ha agotado completamente o que todavía no ha hecho lo suficiente. Desde el momento que la actitud prudencial-culpabilizadora implica la reducción del umbral que debe sobrepasarse para que un estímulo, aunque sea trivial, desencadene la actividad preventiva, los intentos de prevención se vuelven frecuentes, además de ser repetitivos y persistentes. Asimismo, la actividad preventiva puede convertirse en estereotipada y ritualizada porque que, de este modo, el sujeto tiene la sensación de poder reducir la probabilidad de equivocarse y aumentar la de percatarse de un error eventual (Carr, 1974).

Las actividades preventivas pueden dividirse en dos grandes grupos. Por un lado están las estrategias que apuntan directamente a realizar lo que el objetivo moral prescribe, y por el otro las estrategias de autocontrol propiamente considerado. Supongamos, por ejemplo, el caso de un estudiante que teme ser merecidamente suspendido. La actividad preventiva más simple consistiría en optimizar las condiciones necesarias para el estudio, como por ejemplo procurarse los mejores libros, estudiar durante más tiempo, más a menudo y repasar varias veces el temario. Así pues, estas actividades son estrategias dirigidas a la realización del objetivo.

Las estrategias de autocontrol dependen de la explicación que se da el sujeto de su posible irresponsabilidad, es decir, de las razones por las cuales él prevé poder actuar de modo irresponsable. Son posibles dos tipos de explicación principales, no necesariamente excluyentes. El primer tipo de explicación hace referencia a la presencia de motivaciones malvadas o a la ausencia de suficientes motivaciones positivas. En este caso, el sujeto prevé que actuará/omitirá de modo culpable, porque asume que experimenta una motivación hacia el mal o que está escasamente motivado hacia el bien. El segundo tipo de explicación se refiere a la distracción: el sujeto piensa que puede actuar o dejar de hacerlo de manera culpable por falta de concentración, por distraerse fácilmente. El sujeto puede atribuir esta tendencia a distraerse a factores contingentes y ocasionales, como el cansancio, o a una característica estable, como sucede cuando se considera una persona distraída o superficial.



En las estrategias de autocontrol, la actividad preventiva consiste en el control de la eventual presencia y fuerza de motivaciones y disposiciones negativas. El sujeto intenta alcanzar su objetivo por medio de revisiones sistemáticas, evitando las tentaciones y los factores potencialmente distraerentes, buscando prácticas de control del estado mental y entrenándose para desarrollarlas.

Como he dejado entrever más arriba, otra característica importante que se produce cuando se adopta una actitud culpabilizadora, es la tendencia a rechazar las autojustificaciones.

Las justificaciones son de varias clases, pero consisten básicamente en la revisión de los presupuestos que rigen el miedo a la culpa. La revisión puede modular los presupuestos o incluso llegar a rechazar todas las inculpaciones (Poggi, 1994). Quien se justifica insiste fundamentalmente en dos aspectos. En primer lugar, intenta demostrar que el daño no es tan grave o injusto y, en segundo lugar, que su poder es limitado y que, por tanto, el resultado depende muy poco de él, que no podría actuar de manera muy distinta y, en fin, que existen otros (cor)responsables. (Para un examen metódico de las posibles estrategias de justificación, véase Poggi, 1994).

### **5. 3. El miedo de poder actuar de manera irresponsable y los intentos de prevención frecuentes, repetitivos y persistentes.**

De lo dicho hasta ahora podemos concluir que cuanto más grande es el miedo a la culpa por irresponsabilidad, tanto más se acentúa la actitud prudencial-culpabilizadora. En consecuencia, crece la insatisfacción respecto la propia actividad preventiva y aumentan la frecuencia, la repetitividad y la persistencia de ésta. La actividad preventiva se vuelve particularmente repetitiva bajo ciertas condiciones y estereotipada bajo otras.

En pocas palabras, cuando el miedo a la culpa por irresponsabilidad es elevado, se traduce en modalidades de pensamiento y de acción semiobsesivas. Esto parece verse confirmado por dos estudios experimentales (Ladouceur y otros, 1995; Mancini, D'Olimpio y Cieri, 2000). Ambos estudios han empleado como sujetos experimentales personas extraídas al azar de la población normal. En el primer estudio, la tarea de los sujetos consistía en resolver un ejercicio de discriminación visual de unas pastillas de distintos colores. A los sujetos del grupo experimental, el experimentador les insistía en que incluso el error más trivial en la ejecución de la tarea podría repercutir en un grave daño para otras personas, mientras que a los sujetos del grupo de control se les decía que el ejercicio era simplemente una prueba preexperimental sobre la capacidad de discriminación visual (por lo tanto, una situación en la que no se preveía un daño ni a nivel real ni moral). Los resultados de este estudio demostraron que los sujetos puestos bajo condiciones de responsabilidad (grupo experimental) repetían las comprobaciones muchas más veces y durante más tiempo que los sujetos del grupo control. En el segundo estudio, los sujetos

tenían que llevar a cabo una tarea de memoria espacial. Los sujetos recibían tres instrucciones distintas: al primer grupo (grupo control) simplemente se les decía que el ejercicio consistía en resituar correctamente los estímulos, es decir, en esta condición no se inducía en los sujetos ningún tipo de responsabilidad; al segundo grupo (grupo de responsabilidad inducida) se le decía que cometer errores podría provocar un perjuicio al experimentador; finalmente, en el tercer grupo (responsabilidad “compuesta”) se inducía el miedo de no estar a la altura de la propia responsabilidad, o sea, el temor de poder cometer errores que provocarían un daño injusto al experimentador. Los resultados pusieron de manifiesto una diferencia significativa entre los tres grupos en términos de repetición de las comprobaciones, duración de las mismas y cantidad de dudas durante el desarrollo del ejercicio: el grupo de responsabilidad “compuesta” realizaba el mayor número de comprobaciones, durante más tiempo y afirmaba experimentar más dudas que los otros grupos. Los resultados de este estudio parecen indicar que lo que provoca actitudes cuasi-obsesivas no es tanto la asunción de una responsabilidad sino más bien el miedo de temer la posibilidad de actuar irresponsablemente.

## **6. LAS PRUEBAS DEL PAPEL DEL MIEDO A LA CULPA POR IRRESPONSABILIDAD EN LA GÉNESIS Y MANTENIMIENTO DEL TRASTORNO OBSESIVO.**

Las pruebas son de tres clases: clínica, experimental y empírica.

### **6. 1. Las pruebas clínicas**

Normalmente, cualquier trastorno obsesivo experimenta variaciones espontáneas. En efecto, no siempre estímulos iguales desencadenan reacciones obsesivas de igual intensidad. A veces esto sucede por razones triviales, como por ejemplo el nivel de cansancio del sujeto. Otras veces, en cambio, resulta muy interesante analizar cuidadosamente el fenómeno ya que eso permite un estudio casi anatómico de los diversos componentes cognitivos y de su peso causal. El estudio del caso singular se presta a observaciones casi-experimentales que pueden dar resultados más sugerentes y, si se trabajan según la lógica experimental, incluso más significativos que los producidos por las investigaciones empíricas, basadas predominantemente en la correlación. La observación de un comportamiento, aunque se trate de un caso único, es muy útil como fuente de ideas e hipótesis. Aunque las observaciones sobre casos clínicos no pueden ejercer una fuerte incidencia en el plano metodológico, ofrecen a menudo una demostración dramática y persuasiva y convierten en concreto e intenso lo que de otro modo únicamente serviría como principio abstracto (para profundizar más, Kazdin, 1992). Además el caso clínico, aunque no permite formular afirmaciones de carácter general, es el primer terreno donde probar el carácter genérico de una hipótesis. A este propósito, recordando que estamos valorando la importancia del miedo a la culpa por irresponsabilidad en la

génesis y el mantenimiento del trastorno obsesivo, observemos detalladamente un episodio significativo de una paciente con TOC.

María tenía miedo de contagiarse de SIDA. Un día tuvo que cambiar de casa. Contrató, para la mudanza, una empresa que le trasladara todos los objetos de la casa vieja a la nueva. Cuando María puso el pie en el nuevo piso fue asaltada por el pánico. Todo, absolutamente todo, muebles, vestidos, adornos, utensilios de cocina, sábanas, había sido tocado por los transportistas. Por lo tanto, todo podía estar contaminado y ser a su vez objeto de contagio. En el espacio de pocos minutos (muchos menos de los que normalmente requiere la extinción natural de la respuesta de ansiedad) se dio cuenta de que la posible difusión de la contaminación era tan vasta que hacía prácticamente inútil y superflua cualquier intento de descontaminación. Esta constatación fue paradójicamente seguida de una disminución de la ansiedad y no del aumento que habría sido razonablemente de esperar. En otro lugar (Mancini, 1998), recogiendo la propuesta de Beck, Emery y Greenberg (1985), sugerí la siguiente fórmula para determinar la intensidad de la sensación de amenaza:

$$A = (\text{PRA.} \times \text{PAD.} \times \text{VAD.}) / (\text{PI} + \text{PE})$$

donde

A = intensidad de la sensación de amenaza

PRA = probabilidad del acontecimiento

PAD = poder del acontecimiento de causar un daño

VAD = valor del daño

PI = poderes internos

PE = poderes externos de los que el sujeto considera que dispone.

Según esta fórmula, la conciencia de la carencia total de poder para prevenir el daño debería traducirse en un aumento de la ansiedad. Por el contrario, María experimentó una mengua del estrés emotivo justamente en el momento en que se dio cuenta de la falta de poder. Este hecho puede explicarse si consideramos que el problema de María no era tanto el contagio en sí sino más bien el temor de poder ser culpable de no haber previsto el contagio. Cuando se dio cuenta que no podía hacer nada para prevenirlo, disminuyó uno de los ingredientes necesarios para sentirse responsable y, en consecuencia, se tranquilizó. (*Nemo ad impossibilia tenetur: "Nadie está obligado a hacer lo imposible"*).

En efecto, en todas las circunstancias en que María creía que no podía hacer nada para prevenir el contagio, se tranquilizaba y no activaba los rituales de lavado, “*¡de todos modos, ahora ya no puedo hacer nada!*”. Desgraciadamente, para María estas circunstancias eran más bien raras.

En muchos pacientes con rituales de control, lavado o limpieza, asistimos a un fenómeno interesante (Rachman y Hogdson, 1980). La intensidad de la sintomatología varía según el lugar donde se encuentra el paciente: es mayor en su propia casa,

disminuye en la casa de otros. Por ejemplo, Rebeca estaba afligida por el miedo de contaminarse por una sustancia asquerosa, los huevos de piojo, por lo que realizaba rituales de lavado. La sintomatología era particularmente grave pero se reducía de manera inmediata y sensible si la paciente se alejaba de su propia casa y se iba de vacaciones. Lo interesante es que el alivio era de intensidad muy distinta según si se iba de vacaciones a un hotel o alquilaba una casa completamente equipada o pasaba unos días en la casa de campo de la familia. El alivio era total en el primer caso, menor en el segundo y casi nulo en el tercero. Lo que cambiaba era el grado en que la paciente sentía que el ambiente donde se encontraba le pertenecía. Esta sensación era máxima en una casa de su propiedad y, comprensiblemente, menor en un hotel. Cuanto más clara era la sensación de posesión, más intensa era la responsabilidad de poseer que sentía y, en consecuencia, el TOC.

Es una observación común (Rachman, 1993; Rachman y Hogdson, 1980) que los pacientes con TOC, en especial los comprobadores, se sienten menos responsables en casa de otras personas y, por lo tanto, están mejor. También es sabido que al inicio de una hospitalización o de unas vacaciones, cuando todavía no han incluido el lugar donde se encuentran en su propio "territorio", están mejor, salvo que empeoran a medida que toman posesión y se sienten más responsables.

Rachman y Hogdson (1980) han señalado las dificultades con las que el terapeuta conductista se encuentra al querer estimular la ansiedad obsesiva en los comprobadores, y también en los limpiadores. Recordando que uno de los ingredientes que modulan la gravedad atribuida a la amenaza consiste en el grado en que el sujeto se cree el único o principal responsable o en la medida en que considera que existen corresponsables, puede deducirse fácilmente que el paciente vive la presencia del terapeuta como desresponsabilizadora; y la desresponsabilización suele ser incompatible con la sintomatología. En estas circunstancias, la reflexión del paciente es que puede desinteresarse tranquilamente por el cierre del gas, porque difícilmente el terapeuta lo dejaría abierto y, aunque así fuera, la responsabilidad por los eventuales desastres iría a su cargo. En general, la presencia de otra persona puede reducir el sentimiento de responsabilidad del paciente y provocarle un malestar menor y, en consecuencia, llevar a cabo el ritual de modo más expeditivo. (Rachman y Hogdson, 1980). La investigación clínica sugiere con fuerza que en la base de las obsesiones y compulsiones existe una elaboración de la información pertinente del tipo que aquí hemos llamado prudencial-culpabilizador. Foa y Kozac (1986) mostraron que los pacientes obsesivos tienden a dar por descontado que existe la amenaza de un peligro, a menos que exista la certeza de lo contrario. Lorenzini y Sassaroli (1992) sugieren que los pacientes obsesivos tienden a confirmar las hipótesis de amenaza y a refutar las de seguridad.

Un breve esbozo clínico puede ayudar a aclarar este punto y a explicar la extrañeza de los temores obsesivos. Como ya hemos dicho, María tenía miedo a la culpa de contagiarse de SIDA. Un día me llamó presa de una crisis de ansiedad,

diciéndome que se había distraído y que tenía miedo de haberse contagiado. Explicó el siguiente episodio: por la mañana había ido al quiosco y había comprado una revista. Cuando ya la había comprado cayó en la cuenta de que en la portada había la foto de un famoso actor que había muerto de SIDA. En seguida tuvo una desagradable sensación de suciedad en las manos, con las que había tocado la revista, y acudió a su mente la sospecha de haberse contagiado a través de la foto. Fue asaltada por la ansiedad y los remordimientos de no haber pensado antes en la posibilidad de esta eventualidad. Volvió corriendo a casa y empezó a reflexionar intentando ver si efectivamente existía un riesgo que, a primera vista, le parecía absurdo. Pero ninguna consideración era lo bastante segura como para resistir a las críticas de María. Al final, se le presentó un escenario en el que realmente era posible el contagio a través de la foto:

En la foto el actor aparecía en primer plano, por lo que el fotógrafo habría estado cerca suyo, y no podía descartar que de esta manera no se hubiera contagiado, además las modalidades de contagio todavía no se conocían bien (era en 1985). El fotógrafo, como la mayoría de fotógrafos profesionales, había revelado, eso casi era seguro, él solo la fotografía y por tanto podía haberlas contaminado. Luego había mandado las fotos contaminadas a la tipografía de la revista o, todavía peor, las había entregado en persona. Un tipógrafo las había tomado y, de nuevo, María no podía descartar que éste se hubiera contagiado a su vez. Probablemente, el tipógrafo había tocado la rotativa, contaminándola, o justamente la copia que María había comprado, por tanto no era ni legítimo ni prudente rechazar la hipótesis de haber corrido realmente el riesgo de contagio.

## **6. 2. Pruebas experimentales**

La hipótesis de la existencia de una fuerte relación entre responsabilidad y sintomatología obsesiva ha sido indagada en tres experimentos con muestras de sujetos con TOC. Lopatka y Rachman (1995) han demostrado que el impulso hacia la comprobación compulsiva, así como el nivel de ansiedad y el malestar experimentado, varían en relación directa con la responsabilidad percibida. Más precisamente, a una disminución del sentimiento de responsabilidad le correspondería una disminución significativa, tanto de la estimación de la probabilidad atribuida al daño como de la ansiedad del malestar y, además, una disminución significativa del impulso de proseguir la comprobación compulsiva. Si por el contrario se produce un incremento del sentimiento de responsabilidad, asistimos a un aumento significativo de la sensación de pánico y de la probabilidad atribuida al daño. Estos autores han observado que los efectos obtenidos en condiciones de disminución de la responsabilidad son mucho más amplios que los obtenidos en condiciones de un incremento de ésta. Este efecto podría deberse a que el nivel de responsabilidad de los sujetos obsesivos es ya tan elevado que no permite demasiados aumentos (tocar techo).

Shafran (1997), utilizando una muestra de 36 pacientes con TOC, advirtió una relación positiva entre el aumento inducido de responsabilidad y la intensificación de los rituales de neutralización, la ansiedad y el malestar y la probabilidad atribuida al daño.

Otras confirmaciones provienen de los estudios de Ladouceur y otros (1997), quienes hallaron un incremento significativo de los controles compulsivos en correspondencia con el aumento del sentimiento de responsabilidad respecto el resultado de una acción propia.

### **6. 3. Investigaciones empíricas**

La presencia de un fuerte sentimiento de responsabilidad ha sido demostrada por numerosos estudios sobre la actividad compulsiva, tanto en sujetos clínicos como en no clínicos (Rachman y otros, 1995; Rhéaume y otros, 1995). La responsabilidad resulta más elevada en los pacientes con TOC que en los sujetos normales (Bouvard y otros, 1997; Cartwright-Hutton y Wells, 1997, 1997), en particular en las situaciones con bajo riesgo (Foa y otros, 1998), y en los pacientes con otros diagnósticos. Recientemente, Steketee, Frost y Cohen (1999) han confirmado que la creencia de ser máximamente responsables de lo que podría suceder es un criterio discriminante entre los pacientes con TOC y los sujetos de control normal o afectados por trastornos de ansiedad. Además, Salkovskis y otros (2000) han mostrado, mediante un cuestionario a este propósito, que el sentimiento de responsabilidad es un buen predictor de obsesiones y compulsiones.

## **7. METAVALORACIÓN Y EGODISTONÍA**

En la descripción del DSM IV, se pone claramente de manifiesto el carácter egodistónico de las obsesiones y compulsiones.

En efecto, las obsesiones son definidas como pensamientos que, además de ser recurrentes y persistentes, son vividos, en algún momento del trastorno, como intrusivos e inapropiados. La persona, se dice en el DSM IV, intenta ignorarlos o eliminarlos. Las compulsiones son comportamientos o acciones mentales que la persona se siente obligada a activar. La persona, en algún momento del curso del trastorno, ha reconocido que las obsesiones y las compulsiones son excesivas o irrazonables.

En realidad, los pacientes juzgan a menudo sus propias obsesiones y compulsiones como francamente amenazadoras y perjudiciales, y no únicamente como inapropiadas y excesivas. Y, precisamente porque se sienten amenazados y dañados, se esfuerzan por eliminarlas (Foa y Kozac, 1993; Insel, 1991). Son múltiples los aspectos de la experiencia obsesiva que el paciente puede considerar amenazadores y perjudiciales, como también son diversos los objetivos respecto a los cuales las obsesiones y compulsiones son valoradas negativamente (Wells, 1997; Purdon y Clark, 1999). Por ejemplo, los pensamientos obsesivos pueden ser considerados

perjudiciales porque hacen perder la concentración necesaria para estudiar, porque el paciente cree que el hecho de haber pensado en la muerte de una persona querida es el síntoma de un deseo homicida, o que haber pensado en realizar una acción malvada significa que realmente podría haber actuado de aquel modo (“fusión entre pensamiento y acción”, Rachman, 1997, 1998), o que haber pensado en un acontecimiento negativo aumenta la probabilidad de que éste suceda (fusión entre pensamiento y acontecimiento, idem). Las obsesiones y compulsiones pueden ser consideradas perjudiciales a causa del tiempo que absorben, las renuncias que comportan, y los efectos que tienen en los demás y en la propia salud mental. Los perjuicios, para uno mismo y para los otros, que el paciente cree que están implicados en la actividad obsesiva son múltiples, pero están unidos por el hecho de que él mismo los considera injustos y se siente responsable de ellos. Por lo tanto, en muchas ocasiones, los objetivos morales del paciente se ven posteriormente amenazados o comprometidos precisamente por la actividad obsesiva que debía prevenir, la culpa.

El hecho de que los pacientes obsesivos se sientan responsables de sus propias obsesiones hace surgir una paradoja: ¿cómo se concilia la asunción de responsabilidad, que implica la noción de poder y de control, con la sensación de que los pensamientos obsesivos se entrometen en la mente y de que las compulsiones son acciones obligadas? ¿Cómo es posible sentirse responsable de actitudes, pensamientos y acciones que uno siente que padece y que vive como impuestos o que, más en general, percibe más allá de su propio control? La primera observación es que esta posibilidad existe y que incluso es cotidiana y que por tanto no es exclusiva de la experiencia obsesiva. Por ejemplo, todos los seres humanos pueden sentirse culpables por las consecuencias de una distracción propia, es decir, por haber actuado sin percatarse de las consecuencias. Uno también puede sentirse culpable por acciones u omisiones sobre las cuales no tenía un control pleno, si cree que podría haber adquirido ese control. Para sentirse responsable y culpable es necesario asumir que uno tiene un control sobre las propias acciones y omisiones, pero no es necesario asumir que el control sea actual: es suficiente creer que es potencial. El obsesivo puede sentirse responsable de sus propias obsesiones y compulsiones aunque asuma que escapan a su control inmediato y directo. En efecto, es suficiente que considere que tiene la posibilidad de adquirir este control. Creer que uno no tiene el control actual sobre las propias acciones no implica creer que no se posee la capacidad del control y considerar que una acción propia está más allá de las capacidades actuales de control es compatible con la consideración acerca de las posibilidades de adquirirlo. Es posible por tanto sentirse responsable de una acción o de una omisión aunque se acepte que no se tiene un control sobre ésta.

En efecto, los pacientes obsesivos intentan adquirir el control de sus obsesiones y compulsiones, y en esto no son muy distintos de la mayoría de seres humanos que normalmente intentan controlar sus estados mentales y comportamientos. El

hecho es que los pacientes obsesivos fracasan sistemáticamente en estos intentos, mientras que, normalmente, las personas lo consiguen. ¿Por qué? No ciertamente por falta de esfuerzo, dado que en la mayoría de los casos las personas dedican muchas energías y recursos a intentar controlar las obsesiones y compulsiones. Tampoco por un déficit cognitivo o neuropsicológico, porque en efecto consiguen controlar estados mentales y comportamientos que no están implicados en el trastorno obsesivo.

### **7. 1. Los intentos de autocontrol**

En general, los intentos de autocontrol pueden subdividirse entre las dirigidas a modificar el ambiente, los significados atribuidos al ambiente, los estados mentales y los comportamientos. Parece que los pacientes obsesivos utilizan intentos de autocontrol de todas las categorías.

La primera estrategia consiste en intentar eliminar las obsesiones y las compulsiones evitando, neutralizando y reduciendo todo aquello que las desencadena. Se trata de una estrategia paradójica, parecida a la del alcohólico convencido de que, para dejar de beber, el mejor camino es el de intentar reducir al máximo posible el deseo de beber y, por lo tanto, bebe con tal de apagar el deseo de beber. Por ejemplo, una paciente tenía miedo de contagiar a los demás difundiendo, inadvertidamente, microbios. Para prevenir esta posibilidad se esmeraba en largos rituales de lavado. Sin embargo, el marido de la paciente toleraba muy mal sus rituales de lavado y la atacaba duramente si la sorprendía lavándose. La paciente, a fin de prevenir las iras del marido, que le hacían sentir terriblemente culpable, se propuso evitar los rituales de lavado cuando el marido estaba en casa. Con este fin se lavaba las manos aunque no sintiera la exigencia, para evitar así que el impulso de lavarse pudiera manifestarse ante el cónyuge.

La segunda estrategia consiste en intentar criticar las creencias que sostienen la amenaza de culpa. Estos intentos van en contra de la orientación cognitiva fuertemente prudencial-culpabilizadora con la que el mismo paciente valora el riesgo de culpa y, por esta razón, están fácilmente abocadas al fracaso. Los intentos de intervenir en las intenciones que regulan la actividad obsesiva son a menudo ingenuos. En efecto, la mayoría de las veces el paciente intenta o bien asegurarse o bien aceptar la amenaza de culpa, y pretender de uno mismo un cambio cognitivo no es, ciertamente, un sistema eficaz. No está dispuesto a tolerarlas o a tomarlas en serio lo suficiente como para poderlas discutir consigo mismo y lograr así cambiarlas. Como decía Sartre (1943), para discutir de verdad es necesario estar dispuesto a estar equivocado y, en consecuencia, no se puede cambiar una creencia propia si no se acepta el riesgo de su fundamentación y, en cambio, se pretende modificarla. Uno puede imponerse con éxito una acción, pero no una convicción.

Los pacientes obsesivos suelen intentar modificar sus estados mentales directamente (Freston y otros, 1993) esforzándose por distraerse y alejarlos. Esta



modalidad de autocontrol tiene fácilmente efectos contraproducentes por dos motivos fundamentales (Wegner, 1994; Wegner y Wenzlaf, 1996): porque para controlar que no se haya pensado en algo, es preciso pensar en ello y porque el intento de supresión tiene lugar mientras la mente del paciente ya está demasiado ocupada en el frente de prevención.

Los pacientes obsesivos también intentan contener los rituales y las meditaciones dándose autoinstrucciones. El fracaso de las autoinstrucciones puede depender de su carácter inapropiado pero también de que el paciente está tan exasperado por su sintomatología que lo que realmente busca es su desaparición inmediata y total. Al no obtenerla, tiende a desanimarse y a abandonar todas las autoinstrucciones, incluso las que serían eficaces.

## 8. LOS CASOS ATÍPICOS

Dèttore (1998), recogiendo las observaciones de De Silva (1984) y Tallis (1995a) afirma que el miedo a una culpa y un excesivo sentimiento de responsabilidad solamente pueden explicar algunos elementos clave del TOC. “En efecto, existen compulsiones fundamentalmente insensatas y faltas de un vínculo específico con pensamientos de culpa y responsabilidad.” (Dèttore, 1998).

8.1 El paciente, Giuseppe, de unos 50 años, estaba afligido por dudas intrusivas, persistentes y repetidas acerca de acontecimientos que él mismo reconocía como absolutamente triviales e irrelevantes. Por ejemplo, podía ser que caminando por la calle pasara por delante de un cartel publicitario y que después de pocos metros fuera asaltado por la duda de si el coche del anuncio era un FIAT o un FORD. En ese punto, se sentía obligado, para aclarar la duda, a volver atrás y comprobarlo. Una vez lo había comprobado se alejaba pero, de nuevo, la duda volvía a presentarse en su mente. Estaba obligado a volver atrás una vez más. Esta vez se tranquilizaba y podía proseguir. Por la noche, cuando se iba a la cama, cansado y con sueño, la duda se le volvía a presentar: “¿Era un FIAT o un FORD?”. No se daba paz hasta que salía de casa e iba de nuevo a comprobarlo o bien uno de los familiares con quien convivía se tomaba la molestia de ir a comprobarlo en su lugar. La duda podía referirse a otros hechos igual de triviales como, por ejemplo, si un peatón llevaba o no bigote, si un colega suyo el mismo día del anterior año había estado de servicio, de vacaciones o enfermo. Para intentar contener la difusión de las dudas, el paciente decidió proveerse de un bloc de notas y apuntar en él toda la información útil para resolver eventuales dudas. Después de pocos días, la cantidad de blocs de notas escritos y, obviamente, conservados ocupaba una estantería entera. El paciente estaba desesperado por la absurdidad de sus dudas, que le parecían absolutamente insensatas, “¡Pero si a mí me importa un comino si era un FIAT o un FORD!”. También estaba muy preocupado por el desorden que la resolución de las dudas acarrearía a sus jornadas pero, sobre todo, estaba asustado por el funcionamiento de

su mente. En apariencia, las dudas de Giuseppe no tenían ningún sentido, pero una detenida investigación clínica permitió descubrir su finalidad.

Giuseppe vivía con su mujer, dos hijas y un cuñado. Nunca había tenido problemas de interés psiquiátrico. El único dato relevante en la anamnesis era la tendencia a guardar periódicos deportivos, sobre todo si contenían noticias sobre su equipo. Justificaba esta tendencia con el miedo de poder olvidar informaciones relevantes. Esto habría sido grave para él porque habría significado una especie de pasotismo ante su propio equipo, una suerte de traición o cambio de chaqueta.

La sintomatología obsesiva había estallado de improviso, aproximadamente un año antes del inicio de la psicoterapia y, como se vio más tarde en una sesión, unos días después de un episodio muy desagradable para Giuseppe. El cuñado era homosexual y más o menos una vez al año se le insinuaba, cosa que Giuseppe siempre había rechazado con decisión. La última vez, en cambio, había reaccionado con cierto retraso o negligencia, en fin, no con la prontitud de siempre. Durante los días siguientes estuvo muy preocupado por la lentitud de su reacción y se le asomó la sospecha de un posible decaimiento de sus facultades mentales y de poder cometer, por esta razón, actos inmorales. Con tal de asegurarse y entrenarse, empezó a comprobar el funcionamiento de su memoria. Se ponía a prueba para ver si conseguía recordar lo que había comido el día anterior, la publicidad que había aparecido una hora antes en la televisión, dónde había estado el mismo día del año anterior. Tras un par de días tuvo la impresión de que el juego se le había escapado de las manos y de que lo estaba absorbiendo demasiado, distrayéndolo de las obligaciones más importantes. Entonces empezó a intentar expulsar de su mente las dudas y a no plantearse más preguntas para poner a prueba su memoria. Este intento resultó un desastre. En efecto, las dudas empezaron a aumentar y con ellas también el miedo de Giuseppe, quien empezó a temer seriamente que se había metido en el camino de la locura. Como solución, Giuseppe incrementó los intentos de autocontrol de sus pensamientos y de este modo tuvo cada vez una sensación más clara de estar hundiéndose en las arenas movedizas. Ahora, toda la atención de Giuseppe giraba alrededor de las dudas, los intentos de controlarlas y el terror de la locura. El episodio originario y las razones de las dudas habían pasado completamente a segundo plano y habían cedido su lugar a una preocupación mucho más importante.

8.2. Enrico era un muchacho de 14 años con comportamientos repetitivos. Si el padre o la madre tosían un poco o hacían un poco de ruido con la boca cuando comían, Enrico se sentía obligado a repetir varias veces el mismo ruido.

Hacía algunos años, al inicio de la adolescencia, en un momento en el que se había vuelto más intolerante hacia las cosas que hacían sus padres, siempre atentos a criticarle la más pequeña falta, Enrico había empezado a sentir cierta molestia, incluso un poco de irritación, cuando sus padres tosían o hacían un poco de ruido comiendo. Enrico se criticaba mucho a sí mismo por estas sensaciones que tenía

respecto a sus padres, en particular se había sentido culpable de sentir irritación hacia ellos. Repetir la tos era una manera de apaciguar su irritación. La cuestión se complicó bastante cuando los padres empezaron a regañarle duramente porque repetía su tos y sus ruidos con la boca. En ese punto, Enrico intentó inhibir el deseo de repetir los ruidos apartando su atención de ellos. Enseguida se dio cuenta de que cuanto más intentaba reprimir las ganas de repetir más aumentaban éstas, hasta el punto que le pareció no poderlas contener más. Una vez, para huir de esta sensación, había estallado en un violento ataque de tos y de ruidos. Su madre, al sentirse agredida por el hijo, se puso a llorar y su padre, muy enfadado, no le habló durante varios días. Recordando esta experiencia desastrosa, Enrico llegó a la conclusión de que era menos arriesgado toser poquito pero varias veces, en vez de intentar inhibirse del todo. Los rituales habían perdido la finalidad originaria y habían adquirido el sentido de prevenir la impetuosa necesidad de realizar rituales más vistosos y por tanto más perjudiciales.

## **9. LA IMPORTANCIA DE LA CULPA POR IRRESPONSABILIDAD EN EL TOC**

Reconocer al exagerado miedo a la culpa por irresponsabilidad la categoría de causa, o al menos de concausa necesaria, implica una pregunta: ¿por qué, en los pacientes obsesivos, el miedo a la culpa es tan dramáticamente intenso e inaceptable? ¿Por qué es tan importante evitar una culpa? Todos juzgan negativamente la posibilidad de actuar de modo irresponsable y culpable y, por lo menos en ciertas circunstancias, todos la prevemos alguna vez y nos preocupamos de prevenirla, aunque, normalmente, no llegamos a las enormes inversiones de tiempo, recursos y energías que caracterizan la actividad preventiva de los obsesivos. En el curso de los años he administrado un test (la rejilla) de Kelly (Kelly, 1955, Fransella y Banister, 1977; Mancini, 1987), centrado en la imagen de uno mismo, a 41 pacientes obsesivos con edades comprendidas entre los 13 y los 50 años, de los cuales 18 eran mujeres y el resto varones. El test de Kelly es, en esencia, una entrevista semiestructurada que permite identificar las dimensiones de significado, los constructos, con los que la persona da un sentido a su experiencia. Con los cálculos oportunos, pueden examinarse las relaciones entre constructos y también es posible valorar la importancia epistémica de cada uno de ellos. Un constructo tiene mayor importancia epistémica, y por tanto una mayor resistencia al cambio, cuanto más amplia es la estructura de significado que cambiaría si éste se modificara.

Como hemos dicho, el dominio explorado era el de la imagen de uno mismo. Se presentaba al self en diversos contextos: solo, en el trabajo, en familia; en diversas fases de la vida: de niño, antes de estar mal; desde diversos puntos de vista: ideal, social, actual; y frente a otras personas significativas, como el padre, la madre o una persona particularmente querida.

En todos las pacientes obsesivos estaban presentes dimensiones del tipo:

escrupuloso-pasota, atento-distraído, preciso-superficial; a la sazón, estos constructos eran los de mayor importancia epistémica y, por lo tanto, contribuían más a la definición de uno mismo y connotaban de manera clara el ideal positivo y negativo de self. En tests análogos de pacientes con diversas patologías, otros trastornos de ansiedad y trastornos del humor, raramente aparecían constructos de este tipo ni tenían la misma importancia epistémica y definían el self ideal de manera menos significativa. Por ejemplo, el self ideal era “bastante responsable” mientras que en los obsesivos era “del todo responsable”.

Estos datos sugieren dos consideraciones: ante todo que para los obsesivos ser una persona responsable no es simplemente uno de los muchos objetivos a lograr, sino más bien parece ser una condición indispensable para poder mantener el sentido del valor personal. Una especie de proyecto existencial. En segundo lugar, la amenaza de culpa, probablemente, implica también la amenaza de un cambio del self tan radical hasta el punto de resultar insoportable.

## **10. LOS FACTORES DE PREDISPOSICIÓN**

La dramaticidad con la que los obsesivos viven la amenaza de culpa, parece explicable si tenemos en cuenta la importancia que tiene la dimensión moral para la definición de la imagen de uno mismo y del valor personal. ¿Qué tipo de experiencias precoces puede haber contribuido a la construcción de esta clase de imagen actual e ideal del self?

Muchos autores cognitivistas se han planteado la cuestión utilizando tanto investigaciones empíricas como el estudio anamnésico de los casos particulares. Del conjunto de los diversos estudios se desprende la clara impresión de que las experiencias que pueden predisponer al TOC son diversas, es decir, que no existe un único camino hacia la vulnerabilidad a las obsesiones y, específicamente, hacia un elevado sentido moral.

Ciertamente, el tipo de relación de apego con los padres ejerce una influencia, aunque se trate de una influencia inespecífica. Algunas investigaciones (Hafner, 1988; Mancini, D'Olimpio, Del Genio, Didonna, Prunetti, 2000) han demostrado que la tendencia hacia las obsesiones y las compulsiones se asocia con una relación de apego, en los primeros dieciséis años de vida, caracterizada por la falta de atenciones y el alto control, ya sea por parte de la madre o del padre. No obstante, las pocas atenciones y el alto control se encuentran también en la historia de los sujetos afectados por alguna forma de psicopatología y parecen ser por tanto factores inespecíficos de riesgo psicopatológico.

Una educación severa parece ser un buen candidato para dar razón de la tendencia a tener un miedo exagerado a las culpas por irresponsabilidad, si bien la severidad es un constructo complejo y articulado: se puede ser severo en muchos sentidos. Un padre puede ser severo porque tiende sistemáticamente a la culpabilización, porque no está dispuesto a escuchar excusas, justificaciones o

razones, porque tiene expectativas elevadas, porque propone objetivos y metas como obligaciones y no como instrumentos o como fuentes de placer y satisfacción, porque sus castigos y acusaciones son imprevisibles o desproporcionadas respecto a la culpa cometida. La experiencia clínica sugiere que tienen un papel importante la experiencia de no ser creído, escuchado o tomado en consideración cuando uno se quería disculpar, justificar y hacer valer las propias razones. Esto parecería estar sostenido por los datos, todavía del todo preliminares, de una investigación (Mancini y D' Olimpino, 2000) sobre las relaciones entre la tendencia a las obsesiones y las diversas dimensiones de la severidad experimentada en relación con los padres.

Salkovskis y colaboradores (1999), partiendo de la experiencia clínica, han identificado diversas experiencias precoces que podrían haber contribuido a exagerar el sentimiento de responsabilidad de los pacientes obsesivos. Entre ellas:

- verse cargados, en tierna edad, con una responsabilidad excesiva, por ausencia o incompetencia ajena. Por ejemplo, el primogénito de una madre depresiva y un padre alcohólico que se ve obligado a asumir la responsabilidad de su hermanito;

- un incidente en el que una acción/omisión propia ha contribuido de manera significativa a un grave perjuicio para uno mismo o para otras personas;

- un incidente en el que el sujeto ha tenido la impresión de que un pensamiento y/o una acción u omisión suyos ha causado un grave perjuicio. Esto puede suceder, por ejemplo, cuando un niño, muy enfadado, desea fuertemente que un adulto muera y, en los días sucesivos sucede, desgraciadamente, que el adulto muere de verdad (Tallis, 1994);

- haber sido sistemáticamente privado de toda responsabilidad y, en consecuencia, no haberse sentido nunca responsable;

- una educación caracterizada por normas de conducta y obligaciones rígidas y exageradas.

Según Guidano y Liotti (1983), es crucial la experiencia precoz de una ambigüedad sustancial en la relación de apego. La figura de referencia enviaría al futuro obsesivo mensajes sistemáticamente contradictorios, comunicando afecto y aprecio en el plano verbal, pero frialdad y desaprobación en el plano no verbal. Esto pondría en un lugar central la duda sobre el hecho de ser o no una persona despreciable y de aquí derivaría, en primer lugar, la búsqueda de la certeza absoluta y, sucesivamente, la tendencia a la duda que, según estos autores, sería el verdadero motor de las obsesiones y compulsiones.

Según Ugazio (1997), un padre siempre dispuesto al sacrificio, pero triste y serio, y en el polo opuesto, el otro padre inmoral pero lleno de vida, pueden convertir la elección de la moralidad en extremadamente conflictiva. El sujeto no logrará estabilizar una línea de conducta razonablemente coherente, permaneciendo presa de las dudas y las incertidumbres que fácilmente podrán traducirse en obsesiones y compulsiones.

## CONCLUSIONES

Las obsesiones y las compulsiones son fundamentalmente el intento de prevenir una culpa por irresponsabilidad que el sujeto considera inminente, grave e inaceptable. El carácter repetitivo, persistente y frecuente de la actividad obsesiva depende de la óptica prudencial-culpabilizadora con la que el paciente valora su actividad preventiva y el poder del que dispone. La adopción de esta perspectiva, en vez de una óptica inocentista, depende de la intensidad del miedo a la culpa. La orientación prudencial-culpabilizadora depende de que el sujeto enfoca la hipótesis de una culpa propia por irresponsabilidad sin considerar las posibilidades alternativas y, si las considera, de que precisa muchas más pruebas para rechazar la hipótesis de culpa que no para aceptarla.

En el modelo se atribuye una notable importancia al papel de la valoración negativa que el sujeto hace de su misma actividad obsesiva y a los efectos contraproducentes de los intentos de contener y limitar las obsesiones y compulsiones. La intervención de un metanivel valorativo contribuye a dar razón de la egodistonia característica del TOC.

La dramaticidad con la que se vive la posibilidad de una culpa se explica por el hecho de que, para los pacientes obsesivos, ser personas responsables, escrupulosas y cuidadosas es crucial, ya sea para mantener una percepción estable de sí mismos o para definir el self ideal.

Es plausible suponer que experiencias precoces, repetidas y sistemáticas, de relación con padres poco calurosos pero muy controladores y severos, puede contribuir a constituir un self actual e ideal centrado en estas dimensiones de significado.

---

*En este artículo presento un modelo estrictamente cognitivista del TOC. Las obsesiones y compulsiones son actividades orientadas al logro de un fin, que está presente en la mente del sujeto. El fin es la prevención de una culpa por irresponsabilidad, a la que tienen un gran miedo los pacientes obsesivos. En apoyo de esta tesis se presentan diversos tipos de pruebas. Para explicar el carácter egodistónico que suelen tener las obsesiones y compulsiones, se recurre a la presencia de una valoración fuertemente crítica que el paciente hace de su misma actividad obsesiva. A esta valoración se le siguen intentos de contención de la actividad obsesiva que, por diversas razones, son inútiles y a menudo contraproducentes. El exagerado miedo a la culpa por irresponsabilidad encuentra justificación en el papel crucial que tiene, en la definición de la imagen de uno mismo y del self ideal, el hecho de ser una persona responsable, escrupulosa y cuidadosa. A su vez esto depende, presumiblemente, de relaciones precoces caracterizadas por una marcada severidad.*

*Palabras clave: trastorno obsesivo, terapia cognitiva, culpabilidad, irresponsabilidad, ideal del self.*

Traducción: Laia Villegas Torras

## Referencias Bibliográficas:

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4ª edición (DSM IV). Washington: American Psychiatric Association.
- BARA, B., MANETTI, L. & PELLICCIA, A. (1997). "La sindrome ossessiva", en B. Bara (ed.) *Manuale di Psicoterapia Cognitiva*, Turín: Bollati Boringhieri.
- BECK, A. T., EMERY, C. & GREENBERG, R. Y. (1985). *Anxiety Disorders and Phobias: A Cognitive Perspective*, New York: Basic Books.
- BOUVARD, M., HARVARD, A., LADOUCEUR, R. & COTTRAUX, J. (1997). "Le trouble obsessionnel-compulsif et la responsabilité excessive", *Revue Francophone de Clinique Comportamentale et Cognitive*, 2, 9-16.
- BOWER, G. H. (1981). "Mood and Memory", *American Psychologist*, 36, 129-148.
- CARR, A. T. A. (1974). "Compulsive neurosis: a review of literature", *Psychological Bulletin*, 81, 311-318.
- CARTWRIGHT-HATTON, S. & WELLS, A. (1997). Beliefs about worry and intrusion, *Journal of Anxiety Disorders*, 11, 279-296.
- CASTELFRANCHI, C. (1994). "Sentirsi in colpa", en C. Castelfranchi, R. D'Amico y I. Poggi (eds.) *I sensi di colpa*, Florencia: Giunti.
- CONTE, R. & CASTELFRANCHI, C. (1996). *La società delle menti*, Turín: UTET.
- DE SILVA, P. (1984). *Comunicazione personale a Paul Salkovskis*, citado en Salkovskis (1985).
- DÈTTORE, D. (1998). *Il disturbo ossessivo-compulsivo: caratteristiche cliniche e tecniche di intervento*, Milán: McGraw-Hill.
- DWECK, C. S. & LEGGET, E. L. (1987). "A social-cognitive approach to motivation and personality", *Psychological Review*, 95, 256-273.
- FRIJDA, N. H. (1986). *Emozioni*, trad. it. Bologna: Il Mulino.
- FOA, E. B. & KOZAC, M. R. (1986). "Emotional processing of fear: exposure to corrective information", *Psychological Bulletin*, 99, 20-35.
- FRANSELLA & BANISTER (1977). *Manual of Repertory Grid*, London: Academic Press.
- FREESTON, M. H., LADOUCEUR, R., GAGNON, F. & THIBODEAU (1993). "Beliefs about obsessional thoughts", *Journal of Psychopathology and Behavioural Assessment*, 15, 1-21.
- FREUD, S. (1909). "Bemerkungen über einen Fall von Zwangneurose", *Jahrbuch für psychoanalytische Forschungen*, I, 357-421. Trad it.: "Il caso dell'uomo dei topi. Osservazioni su un caso di nevrosi ossessiva", en *Opere di S. Freud 1886-1921*, Vol. 22 (1976). Roma: Newton Compton Editori.
- GALDERISI, S., MUCCI, A. & MAJ, M. (1996). "La sindrome ossessivo-compulsiva in una prospettiva neuropsicologica", *NOOS*, 2, 3-20.
- GUIDANO, V. F. (1988). *La complessità del sé*, Torino: Bollati Boringhieri.
- GUIDANO, V. F. LIOTTI, G. (1983). *Cognitive Process and Emotional Disorders*, New York: Guilford.
- HAFNER (1988). "Obsessive-compulsive disorder: a questionnaire survey of a self-help group", *International Journal of Social Psychiatry*, 34, 310-315.
- HIGGINS, E. T. (1987). "Self discrepancy: a theory relating self and affect", *Psychological Review*, 94, 319-340.
- INSEL, T. R. (1990). "Phenomenology of obsessive-compulsive disorder", *Journal of Clinical Psychiatry*, 51/2, suppl., 4-8.
- KAZDIN, A. E. (1992). *Research design in clinical psychology*, New Jersey: Allyn & Bacon.
- KELLY, G. A. (1955). *The Psychology of Personal Construct*, New York: Norton.
- LADOUCEUR, R., RHÉAUME, J., FREESTONE, M. H., AUBLET, F., JEAN, K., LACHANCE, S., LANGLOIS, F. & De POKOMANDY-MORIN, K. (1995). "Experimental manipulations of responsibility: an analogue test for models of obsessive-compulsive disorder", *Behaviour Research and Therapy*, 33, 937-946.
- LADOUCEUR, R., RHÉAUME, J. E. & AUBLET, F. (1997). "Excessive responsibility in obsessional concerns: a fine-grained experimental analysis", *Behaviour Research and Therapy*, 35, 423-427.
- LENSI, P., RAVAGLI, S., CORREDDU, G., CASSANO, G. B. & MIGONE, P. (1993). "Il disturbo ossessivo-compulsivo" en (P. Panchieri & G. B. Cassano, eds.) *Il Trattato Italiano di Psichiatria*, Milano: Masson.
- LOPATKA, C. RACHMAN, S. (1995). "Perceived responsibility and compulsive checking: an experimental analysis", *Behaviour Research and Therapy*, 33, 673-684.
- LORENZINI & SASSAROLI (1994). *Cattivi Pensieri*, Roma: NIS.
- Mc FALL, M. E. & WOLKERSHEIM, J. P. (1979). "Obsessive-compulsive neurosis: a cognitive-behavioural formulation and approach to treatment", *Cognitive Therapy and Research*, 3, 333-348.

- MANCINI, F. (1985). "Le griglie di repertorio" en F. Mancini & A. Semerari (eds.) *La psicologia dei costrutti personali: saggi sull'opera di G. A. Kelly*, Milano: Franco Angeli.
- MANCINI, F. (1998). "La mente ipocondriaca ed i suoi paradossi", *Sistemi Intelligenti*, 10, 1, 85-108.
- MANCINI, F., D'OLIMPO, F. (2000). *Cura, controllo e severità sperimentata nelle relazioni precoci con figure affettivamente rilevanti*, en prensa.
- MANCINI, F., D'OLIMPO, F. (2000). *L'influenza della assunzione di responsabilità sui processi cognitivi*, en prensa.
- Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (1987). "Cognitive assessment of obsessive compulsive disorder", *Behaviour Research and Therapy*, 35, 667-681.
- OATLEY, K. & JOHNSON-LAIRD, P. N. (1987). "Toward a cognitive theory of emotions", *Cognitions and Emotions*, 1, 29-48.
- MICELI, M. & CASTELFRANCHI, C. (1995). *Le difese della mente*, Roma: NIS.
- POGGI, I. (1994). "Giustificarsi", en C. Castelfranchi, R. D'Amico & I. Poggi (eds.) *I sensi di colpa*, Firenze: Giunti.
- RACHMAN, S. (1993). "Obsessions, responsibility and guilt", *Behaviour Research and Therapy*, 31, 793-802.
- RACHMAN, S. (1997). "A cognitive theory of obsession", *Behaviour Research and Therapy*, 31, 793-802.
- RACHMAN, S. (1998). "A cognitive theory of obsessions: elaborations", *Behaviour Research and Therapy*, 36, 385-403.
- RACHMAN, S. & HOGDON, R. (1980). *Obsessions and Compulsions*, Englewood Cliffs, NJ, Prentice Hall.
- RACHMAN, S., THORDARSON, D., SHAFRAN, R. & WOODY, S. R. (1995). "Perceived responsibility: structure and significance", *Behaviour Research and Therapy*, 33, 779-784.
- REDA, M. A. (1987). *Sistemi cognitivi complessi e psicoterapia*, Roma: NIS.
- REED, G. F. (1985). *Obsessional Experience and Compulsive Behaviour: A Cognitive Structural Approach*, London: Academic Press Inc.
- RHÉAUME, J., LADOUCEUR, R., FREESTON, M. H. & LETARTE, H. (1995). "Inflated responsibility in obsessive compulsive disorder: validation of an operational definition", *Behaviour Research and Therapy*, 33, 159-169.
- SALKOVSKIS, P. M. (1985). "Obsessional-compulsive problems: a cognitive-behavioral analysis", *Behaviour Research and Therapy*, 23, 571-583.
- SALKOVSKIS, P. M., FORRESTER, E. & RICHARDS, C. (1998). "Cognitive-behavioural approach to understanding obsessional thinking", *British Journal of Psychiatry*, 173, suppl. 35, 53-63.
- SALKOVSKIS, P. M., SHAFRAN, R. FREESTON, M. H. (2000). "Multiple pathways to inflated responsibility beliefs in obsessional problems: possible origins and implications for therapy and research", *Behaviour Research and Therapy*, 40, 25-36.
- SARTRE, J. P. (1943). *L'être et le néant*, Paris: Éditions Gallimard.
- SHAFRAN, R. (1997). "The manipulation of responsibility in obsessive-compulsive disorder", *British Journal of Clinical Psychology*, 36, 397-407.
- STEKETEE, G., FROST, R. O. & COHEN, I. (1999). "Beliefs in obsessive-compulsive disorder", *Journal of Anxiety Disorders*.
- TALLIS, F. (1994). "Obsessions, responsibility and guilt: two case reports suggesting a common and specific aetiology", *Behaviour Research and Therapy*, 32, 143-145.
- TALLIS, F. (1995a). *Obsessive Compulsive Disorder: A Cognitive and Neuropsychological Perspective*, Chichester: Wiley.
- TALLIS, F. (1995b). "The characteristic of obsessional thinking: difficulty to demonstrate the obvious?", *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 2, 24-39.
- TROPE, & LIEBERMAN, A. (1996). "Social Hypothesis testing: Cognitive and motivational mechanism", en E. Higgins & A. Kruglanski (eds.). *Social Psychology: Handbook of basic principles*, New York: Guilford.
- TVERSKY, A. KAHNEMAN, D. (1981). "The framing of decisions and the psychology of choice", *Scienze*, 211, 453-458.
- UGAZIO, V. (1997). *Storie permesse, storie proibite*, Torino: Bollati Boringhieri.
- WEGNER, D. M. (1989). *White Bears and Other Unwanted Thoughts: Suppression, Obsession and the Psychology of Mental Control*, New York: Viking Penguin.
- WEGNER, D. M., SCHNEIDER, D. J., CARTER, S. R., & WHITE, T. L. (1987). "Paradoxical effects of thought suppression", *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 5-13.
- WEGNER, D. M. & ZANAKOS, S. (1994). "Cronic thought suppression", *Journal of Personality*, 62, 616-640.



# APEGO Y CONOCIMIENTO: ENTRE EL TRASTORNO DE PERSONALIDAD OBSESIVO-COMPULSIVO Y EL SÍNDROME OBSESIVO

Roberto Lorenzini y Sandra Sassaroli  
Associazione Italiana di Psicologia Cognitiva.  
Milano

*The Authors sustain that the growth of knowledge always occurs through conjecture and refutation and that the development of a cognitive system is oriented towards the maximizing of its own predictive capacity. In this process, the Attachment figure plays a decisive role consisting in co-determining the specific way to reconstrue the invalidating event. The "specific way" is the style of knowledge of the sytem and determine the type of personality. Pattern and attachment, style of knowledge, personality and psycopathological trait are correlate. The D.O.C. presents a characteristic style of Knowledge defined: "Avoidance", like the personality disorders of the Anxiety cluster, related with Insecure Resitant Attachment.*

*Key words: obsessive-compulsive disorder; patterns of attachment; style of knowledge; anxiety cluster; personality disorders.*

---

## INTRODUCCIÓN

El objetivo de nuestro artículo es describir el vínculo que existe entre un patrón particular de apego y una modalidad específica de la ampliación del conocimiento. Plantaremos la hipótesis de que esta modalidad constituye la esencia de la personalidad, y que puede asumir una estructura e intensidad que la lleven a configurarse como trastorno de personalidad, sobre la base del cual luego, y gracias a la acción de otras concausas, puede desarrollarse un verdadero síndrome clínico (Eje 1). La hipótesis es, por tanto, la de un *continuum* entre apego, conocimiento, personalidad y psicopatología.

En el centro de nuestra reflexión más reciente sobre la psicogénesis del malestar mental, reside el intento de vincular estrechamente la cuestión del apego con el modo peculiar que tiene el individuo de "ampliar su propio conocimiento" y,

por lo tanto, “de percibir, relacionarse y pensar sobre el ambiente y uno mismo” (definición de personalidad según el DSM III-R). Este modo peculiar puede llegar a delinearse como un trastorno de personalidad si es rígido y no adaptativo, o incluso, en circunstancias particulares, puede llegar a generar un verdadero trastorno psiquiátrico (Lorenzini, R., Sassaroli, S., 1987, 1992).

## **EL DELIRIO DE LA DUDA**

No es éste el lugar para hacer una descripción exhaustiva de la sintomatología obsesiva y del enorme sufrimiento subjetivo que produce, basta sintetizar en pocas palabras lo que hace el obsesivo a los ojos de un observador externo. Está entregado a una desesperada, imposible, infinita y condenada al fracaso búsqueda de certeza sobre algunos temas específicos: esta certeza inalcanzable debería asegurarle contra la verificación de acontecimientos catastróficos, que muchas veces apenas logra imaginar, pero que se refieren a drásticos cambios de la idea que tiene de sí mismo. Toda la sintomatología proviene de este intento. En algunos casos, la sintomatología es tan grave que uno tiene la impresión de hallarse ante un psicótico con un trastorno del pensamiento, sea éste formal o de contenido.

El sujeto que, por el hecho de haber estado en contacto con un amigo que acaba de volver de África, empieza a pensar que se puede haber contagiado de la enfermedad y, ante claras pruebas negativas, empieza a pensar que puede haber salido un “microbio” de la maleta y luego, después de grandes investigaciones y al no encontrarlo, se convence de que se ha “esparcido” por el edificio, y después por el barrio, y luego, finalmente, deja de ver a su amigo que, sin darse cuenta, podría tener algún polvo de enfermedad pegado en el bolsillo o en el dobladillo de los pantalones, tal vez no delira en el sentido tradicional, pero sin duda está poco dispuesto a cambiar de idea y, mientras que en el delirio se trata de una convicción inatacable por cualquier crítica, la convicción que está en juego en las obsesiones es del tipo “existe una certeza absoluta y si uno se esfuerza la puede encontrar, y si no lo hace será culpable”.

A nuestro parecer, este “delirio de la duda” (Lorenzini, R., Sassaroli, S., 1992) no es primario, sino más bien el efecto de la convicción delirante de que existe y es alcanzable una certeza absoluta y definitiva. Esta convicción es delirante en tanto que permanece pese a cualquier prueba contraria a ella y pese al fracaso de la sintomatología, que representa una estrategia harto articulada de hallar la certeza.

*Giacomo: “ya no soporto más esta tortura de los lavados, todo lo que se refiere de algún modo a mi madre, a mi pasado con ella, al recuerdo de cuando hacía dibujos incestuosos y ella los descubrió, a su silencio en un primer momento y a esta visión sobre mi como un infame. Basta que un amigo haya pasado por el mismo barrio, o que una colega me explique que su tío ha estudiado en una ciudad vecina, o una noticia del telediario que se refiere a personas que viven cerca de donde ella vivió, empiezo a*

*desnudarme, lo pongo todo en la lavadora, o lo llevo a la tintorería, también tengo prendas que sólo uso en casa, que nunca han salido y que por tanto espero que no estén contaminadas, porque el problema es que pienso que mi pasado, en forma de partículas de polvo (¿quién sabe si no pululan todavía por el aire las partículas de aquellos papeles rasgados?), entra en mi mundo y lo ensucia para siempre y ensucia también a los demás y destruye mi intento de alejarme de él...”*

El obsesivo no soporta el estado de duda, constituyéndose la compulsión en el intento de autocura que ningún razonamiento racional le garantiza. Ésta, pese al alivio transitorio que produce, llega a ser su vez más invalidante que la obsesión con la que pretendía acabar.

Sostenemos que el obsesivo delira ante todo porque mantiene la creencia, inmodificable y oculta, de que es posible alcanzar una certeza absoluta, de la cual deriva el comportamiento sintomático, que se convierte en el intento de superar el estado de duda. En segundo lugar, porque el contenido de algunas ideas obsesivas suele ser inverosímil hasta el absurdo: con una distracción puedo matar a miles de personas, con los microbios en mis manos puedo infectar el universo, si no hurgo en los cubos de la basura, soy responsable de la muerte de todos los niños abandonados, si no llevo las manos en los bolsillos puedo robar cosas preciosas. En definitiva, para alimentar sus dudas, el obsesivo utiliza “un razonamiento de largo alcance”, exactamente lo mismo que hace el paranoico para confirmar sus certezas. Así pues, el señor que se sentía amenazado por la maleta de su amigo, gradualmente empezó a temer la proximidad al piso del amigo, después al edificio, al barrio, etc. Por lo demás, el mismo mecanismo de pensamiento se utiliza en los rituales de compensación que se fundamentan en un pensamiento mágico de largo alcance. De este modo el agua que purifica de la suciedad material se transforma en un limpiador, un purificador universal, la panacea contra todos los males.

*Giaccomo: “la limpieza de la ropa es otro problema, al principio me limitaba a las chaquetas y los abrigos, que llevaba a la tintorería para desinfectar, después con el tiempo me pareció que no era suficiente lavar las chaquetas y los abrigos y empecé a ocuparme de las camisas, de las sábanas, de los pantalones, y no era suficiente con un solo lavado en la tintorería, para no pasar vergüenza tenía algunas tintorerías que utilizaba por turnos, el primer “lavado” en la tintorería 1, el segundo en la tintorería 2 y así sucesivamente, llegando a las tintorerías 6 y a veces 7, pero más tarde empecé a lavarme el pelo y a ducharme una vez tras otra y el pelo me lo lavo una vez, dos, tres veces, y de duchas me doy una, dos hasta estar horas y horas bajo el agua, esto me desesperaba porque cada vez era más difícil saber cuál era el momento en que podía poner fin a la limpieza. Últimamente, el tiempo para hacer las cosas de la vida, trabajar o salir, ha llegado a ser muy poco y extremadamente infeliz, porque espero siempre,*

*con angustia y tensión, que llegue el pensamiento, o las palabras de alguien, que me hagan sentir irremediablemente arrojado a los síntomas”.*

## **CONOCER PARA VIVIR PARA CONOCER**

Vida y conocimiento son indistinguibles, todo ser vivo, por muy simple y primitivo que sea, efectúa discriminaciones sobre la realidad. Discriminar es aquel acto epistémico fundador de la conciencia. Las discriminaciones que realiza el ser vivo nos informan mucho más sobre él que sobre la naturaleza efectiva de la realidad; en efecto, éstas dependerán de su estructura y sus necesidades.

Todo ser vivo al conocer la realidad la construye, trazando de ésta un mapa que le sirve para alcanzar sus objetivos: pensar que el mapa corresponde al territorio, que es el territorio mismo, que es por tanto “verdadero”, es un error clamoroso.

Ahora bien, por otro lado, entre los vivientes de la misma especie existen mejores poseedores de mapas que otros: son aquellos individuos que tienen más éxito, que destacan sobre los demás, durante más tiempo y, eventualmente, “teniendo más hijos”. Es evidente que un halcón miope, un perro constipado y un hombre distraído, construyen su realidad de manera más pobre que otros individuos de la misma especie y que esto no aporta una gran fortuna a su existencia. Construir buenos mapas, cada vez más detallados, ricos y fiables, es la mejor garantía de éxito tanto para la rana como para Borges.

Parece bastante evidente que mejorar los propios mapas o, dicho en otras palabras, maximizar la propia capacidad predictora es un objetivo general de todos los seres vivos. Algunas piezas del mapa las poseemos ya desde el nacimiento y forman parte de nuestro patrimonio genético. A estas previsiones innatas, una suerte de “paquete base del conocimiento”, común en los individuos de la misma especie y que se recibe gratuitamente al nacer, se sobreponen los conocimientos individuales que se adquieren durante la vida con la propia experiencia. Cuanto más descendemos en la escalera biológica, más predomina el conocimiento innato sobre el aprendido, que es muy reducido, mientras que, en la vertiente opuesta de la escalera biológica, el conocimiento innato es muy escaso e incluso insuficiente para la supervivencia (al hombre se le llama “prole inepta”), mientras que es enorme el conocimiento aprendido durante la existencia a través de la experiencia y, especialmente, aquella particularísima experiencia que constituye la relación de apego/cuidado.

Naturalmente, cuando hablamos de conocimiento y basamos en él la peculiaridad del ser vivo, nos referimos a un proceso cuyo elemento esencial es la posibilidad de efectuar discriminaciones. No tiene nada que ver con esto la racionalidad y mucho menos la conciencia, que son epifenómenos de aparición tardía en la historia de la vida y de una consistencia más bien incierta.

## Estilos de conocimiento

Como G. Kelly (1955), creemos que el intento de maximizar la propia capacidad predictiva es el único principio motivacional de los sistemas vivientes y estamos de acuerdo con Popper cuando afirma que existe una única modalidad de ampliación del conocimiento, tanto en la filogénesis como en la ontogénesis, que consiste en el método “por ensayo y eliminación de los errores” o también, “por hipótesis y confutaciones”.

Nuestro propósito es tantear una clasificación de los estilos cognoscitivos que diferenciaremos según las modalidades que se adoptan para hacer frente al error provisional, el no de la realidad, la invalidación. Hemos encontrado cuatro, que pondremos en estrecha correlación con los cuatro patrones principales de apego que se conocen. En este artículo señalaremos brevemente los que no están implicados en el Trastorno obsesivo-compulsivo, mientras que prestaremos mayor atención a la “evitación” implicada en el TOC.

1. *Búsqueda activa y exploración.* El sistema busca constantemente ampliar sus propios límites y, por lo tanto, someter a falsación las propias hipótesis. Se trata de un sistema rico que puede permitirse hacer frente a invalidaciones sin por ello correr el riesgo de un colapso predictivo. La actitud típica es la exploradora.

2. *Inmunización.* Representa la estrategia por la que el sistema que se ve invalidado minimiza las consecuencias que ésta podría tener en su estructura, hasta anularlas. El dato de realidad pierde significado, se desacredita, se minusvalora, se ignora o se reconstruye de diversos modos, de manera que pierde todo poder de falsación de las teorías del sujeto. Mientras que en la exploración y la evitación las otras personas y el ambiente son altamente significativos, en el caso de la inmunización prevalece una actitud autárquica que vacía de significado la relación con el interlocutor.

3. *Hostilidad.* Representa una manera de reaccionar ante las invalidaciones que Kelly describe como “reproponer una construcción de la realidad que sin embargo ya se ha demostrado fracasada”. El sujeto, ante la constatación de un error suyo alza la voz más fuerte y refuerza su perspectiva todavía con más firmeza. No evita la confrontación con las novedades, ni busca minimizar sus efectos, sino que impone con fuerza su explicación de las cosas. El otro pierde todo su poder de invalidación porque pasa del papel de interlocutor al de enemigo. Se le ignora o se le manipula como si se tratara de una cosa inanimada que debe adecuarse forzosamente a las necesidades del único sujeto existente. Imponer necesariamente la propia verdad, no escuchando al otro o forzándolo a asentir, es la esencia de la actitud hostil.

4. *La evitación.* Y finalmente la evitación, en el cual nos detenemos más por tratarse del estilo cognitivo en cuestión en el TOC. El sistema busca no incurrir en invalidaciones restringiendo el campo de exploración. Se limita a probar sus hipótesis en áreas restringidas y bien conocidas, eliminando las situaciones inciertas

que son percibidas como un riesgo para la estabilidad del sistema. El movimiento es exactamente el opuesto al de la exploración: con la prudencia se intenta prevenir cualquier novedad. Progresivamente se instaura una especie de círculo vicioso por el cual cuanto más renuncia el sujeto a explorar, más aumentan las áreas desconocidas y la necesidad de retirarse hacia áreas más restringidas.

Cuando el sistema, a pesar de todos sus esfuerzos, es derribado por una invalidación, experimenta un vistoso derrumbamiento de su capacidad de predicción, advierte una profunda amenaza para sus estructuras centrales y halla una ulterior confirmación que no es capaz de afrontar las situaciones inesperadas. A partir de entonces la ocasión que ha sido motivo de invalidación será cuidadosamente evitada.

El sistema utiliza una metanorma del tipo “no soy capaz de hacer frente a las novedades, lo inesperado puede ser fatal para mí”, y se describe a sí mismo como absolutamente incapaz de adaptarse, por lo que todo aquel dato que no puede asimilarse a los esquemas precedentes se convierte en una amenaza, no sólo para el área de conocimiento a la que pertenece y que corre el riesgo de invalidar, sino también para la conciencia más general que el sistema tiene de sí mismo.

Resumiendo: un sistema pobre en alternativas constructivas necesita mantener la estructura existente protegiéndose de las invalidaciones y puede hacerlo de tres maneras: evitando a toda costa toparse con ellas y renunciando a cualquier exploración (evitación); ignorándolas desacreditando la fuente de la cual provienen y reafirmando con más fuerza la propia construcción de los hechos (hostilidad); anulando sus efectos sobre la estructura con hipótesis *ad hoc* o con la reducción del contenido empírico (inmunización).

A nuestro parecer, el estilo de conocimiento es un rasgo muy estable que se constituye en la relación madre-hijo y que se convierte en el eje portador de toda la estructura de personalidad, influyendo así en la aparición eventual de rasgos psicopatológicos.

### **Del apego al conocimiento**

Nuestra hipótesis prevé que a un apego seguro le corresponde un estilo cognitivo del tipo “exploración activa”; al apego inseguro evitante un estilo cognitivo del tipo “inmunización”; al apego desorganizado un estilo cognitivo del tipo “hostilidad” y, por fin, al apego inseguro ambivalente un estilo cognitivo tipo “evitación”.

Aquí sólo nos detendremos en esta última correspondencia, en tanto que es la que atañe al trastorno obsesivo-compulsivo.

Nos parece inútil repetir las características del apego inseguro resistente. Será suficiente recordar algunos aspectos destacados que se articulan a lo largo del hilo conductor de una proximidad al padre insatisfactorio e imprevisible.

El acceso a la figura de apego no es fácil y seguro pero tampoco absolutamente

imposible; es simplemente difícil, incierto y aleatorio. El modelo de la figura de apego, (FdA) es, por así decir, “aceptante en un umbral alto”, se considera a la figura de apego como capaz de proximidad y protección pero esto no sucede de forma regular y a veces se halla totalmente lejana e inalcanzable. El aspecto más característico de la FdA es pues, precisamente, su imprevisibilidad. Para disminuir este carácter aleatorio el pequeño tiende a atribuirse a sí mismo el mérito o la culpa de conquistar o perder la proximidad a ésta, es como si dijera: “todo depende de mí”. Es por esta razón que la amabilidad adquiere una importancia central en este tipo de apego: de ella, del modelo de uno tenga de sí mismo, depende el resultado de la relación; el amor del otro debe ser merecido a través de las propias prestaciones y el otro se convierte en un premio y, al mismo tiempo, en un juez.

Naturalmente no debemos olvidar que el juicio sobre la propia amabilidad se modela constantemente sobre el *feed-back* que el niño recibe de la madre, según un razonamiento del tipo “si soy aceptado entonces quiere decir que soy amable, mientras que si soy rechazado quiere decir que no lo soy”. Así pues, en el caso de que el niño esté continuamente expuesto a cambios imprevisibles de comportamiento de la FdA, que ahora lo acepta y ahora lo rechaza, no logra estabilizar una idea de sí mismo y este tema permanece constantemente irresuelto, a la orden del día. Algunos textos de autores kellianos definen con gran precisión el contraste entre áreas del self relativamente subordinadas o referentes al síntoma, o a determinados temas, altamente correlacionados y con una construcción muy rígida y otras áreas relativas al self no sintomático, a las emociones, a las relaciones interpersonales, en suma, a la parte jerárquicamente supraordenada del sistema, donde se encuentran constructos laxos y nexos laxos entre dichos constructos, lo que significa una tendencia a construir estas partes de manera muy vaga e imprecisa (Makhlouf Norris, 1970).

*Giacomo: “Mi madre siempre ha sido para mí un misterio. Recuerdo la extrema importancia que tenía para mí tener una relación con ella, no tenía a nadie más en el mundo. Un día volví a casa llorando porque me habían pegado en el partido de fútbol y ella se echó por el suelo, llorando y gimiendo, desesperada. Yo tenía mucho miedo y no me gustaba verla así. Dos horas después entró en mi habitación, yo me levanté y corrí a abrazarla y me encontré abrazado a una marciala, lejana a años luz, helada y distante, con actitud recriminante y extraña. Cuando encontró mis dibujos porno, en aquel momento no dijo nada, sólo una ojeada, pero cuando 4 meses después le llevé el boletín de notas con un suspenso en matemáticas, como una furia o un ángel exterminador me espetó delante de mi padre: “¡y en vez de estudiar, tú, que eres un loco y un sinvergüenza, pasas el tiempo dibujando cosas sucias!”. Sentí que me moría y me pareció que nada podría borrar aquella infamia, que jamás me recuperaría, que no me liberaría, que la encontraría dondequiera que fuera. Todavía hoy no*

*voy a verla nunca, entrar en mi antigua habitación, con la idea de las partículas de polvo, sería imposible, pero ella me llama y quiere saber de mí, me juzga y me ataca; si yo cuelgo el teléfono es capaz de llamarme 15 veces hasta que lo ha dicho todo...”*

Hemos visto que el estilo de conocimiento característico de este tipo de apego es el que hemos llamado “evitación” y que consiste en la progresiva restricción de las áreas experimentales, en la renuncia a la exploración y en la huida de cualquier puesta a prueba determinante sobre las propias hipótesis: el sujeto, para evitar incurrir en invalidaciones, se recluye en áreas previsibles cada vez más restringidas. Pero, ¿cómo es que, experimentando esta particular relación de apego, el niño aprende a evitar?

La serie de las interacciones con la FdA es extremadamente mutable, el pequeño experimenta constantemente fluctuaciones del contexto en las cuales es muy difícil encontrar regularidades, establecer un orden que permita hacer previsiones.

Ante tal aleatoriedad de las secuencias, el camino que elige para minimizar la imprevisibilidad es reducir la amplitud de las secuencias examinadas en busca de regularidades, aunque sean insignificantes.

Por ejemplo, una madre que saluda, se aleja y luego vuelve es una secuencia bastante larga de construir y precisa múltiples repeticiones muy regulares para que pueda estabilizarse. Si, por el contrario, la secuencia nunca es idéntica a sí misma, cualquier hipótesis que se construya sobre su desenvolvimiento general, es inmediatamente invalidada como si nunca se consiguiera dar con un “episodio generalizado” y cada vez se presentara un nuevo episodio concreto. Ante la imposibilidad de hallar un episodio generalizado amplio, el niño puede limitarse a secuencias mucho más breves, tales como “saludo de la madre-desaparición de ésta” o bien “ruido en la puerta-regreso de la madre”.

Secuenciar los acontecimientos con más exactitud y fragmentarlos en pequeñas secuencias atómicas se convierte en la única manera de hacer previsible aquello que, tomado en su conjunto, no lo es. No obstante, de este modo se renuncia a la complejidad y a la visión de conjunto en aras de la restricción y la fragmentación. Esto implica la preferencia por la evitación.

## **Del Conocimiento a la Personalidad**

El concepto de Personalidad se ha utilizado tanto, y con tan diversos significados, que ha perdido cualquier connotación precisa.

Según el DSM III-R: “Los rasgos de personalidad son modos constantes de percibir, relacionarse y pensar acerca del ambiente y de uno mismo, que se manifiestan en un amplio espectro de contextos sociales y personales importantes”. Según esta definición, la personalidad es lo que hay de constante y característico en el modo que tiene el sujeto de construir la realidad. Según nuestra hipótesis, a un



cierto patrón de apego le corresponde un determinado estilo cognitivo y una organización de personalidad específica. Hasta hoy han fracasado todos los intentos de establecer una estrecha correlación entre un cierto patrón de apego y un determinado síndrome clínico. El mismo patrón de apego puede dar origen a diversas patologías y, viceversa, la misma patología puede manifestarse en sujetos con patrones de apego distintos.

La misma relación se produce entre los llamados trastornos de personalidad y los síndromes clínicos: no existe realmente una correspondencia directa.

Es posible entonces que el apego determine “el modo de percibir, relacionarse y pensar acerca del ambiente y de uno mismo”, es decir, la personalidad, en el sentido del estilo cognitivo y que luego sean necesarios otros factores para desarrollar una patología específica.

Se trata ahora de establecer una correspondencia entre estilos cognitivos y tipos de personalidad, y lo haremos examinando aquellas formas extremas de personalidad que son los “trastornos de personalidad”.

El DSM III-R divide los 11 trastornos de personalidad en los llamados “cluster” o, más simplemente, grupos, según criterios descriptivos de semejanza en base a observaciones clínicas. Los 11 trastornos se reagrupan en tres “familias”, cada una de las cuales presenta características típicas y comunes a todos los trastornos que pertenecen a ella.

El grupo “excéntrico” (*odd cluster*) se caracteriza por el comportamiento excéntrico-extraño e incluye el Trastorno paranoide, esquizoide y esquizotópico; el grupo “ansioso” (*anxiety cluster*) está compuesto por el trastorno de evitación, dependiente, compulsivo y pasivo-agresivo y gira en torno al tema de la ansiedad y la evitación. Por fin, el grupo “dramático” (*dramatic cluster*) se especifica por comportamientos imprevisibles, impulsivos y traumáticos y comprende el trastorno histriónico, narcisista, antisocial y Borderline.

Nuestra hipótesis es que las tres familias de los trastornos de personalidad se corresponden exactamente con los tres estilos de conocimiento que hemos descrito y, por lo tanto, a los tres patrones de apego no-seguros (A, C, D); en esencia, sostenemos que lo que es específico de cada cluster y común a los trastornos de personalidad correspondientes, es justamente el estilo de conocimiento, tal como se expresa en la siguiente tabla:

Apego	Estilo cognoscitivo	Trastorno de personalidad
Seguro	Exploración activa	Ausente
Inseguro evitante	Inmunización	Grupo excéntrico.
Inseguro ambivalente	Evitación	Grupo ansioso
Desorganizado	Hostilidad	Grupo dramático.

## LA PERSONALIDAD OBSESIVA

En este artículo nos interesa discutir el anxiety cluster, en el que se agrupan el trastorno obsesivo, evitante, dependiente y el pasivo-agresivo.

Las características que tienen en común son esencialmente dos: la presencia de ansiedad y la tendencia a desviarla con la evitación.

La ansiedad (según Kelly) es la conciencia de que el sistema existe para enfrentar acontecimientos poco conocidos y, por lo tanto, imprevisibles, y en cuanto tales, amenazadores.

El estilo de conocimiento característico de este cluster es el que hemos llamado “evitante”, caracterizado por la progresiva restricción del campo de exploración con la pretensión de no encontrar novedades y, por tanto, posibles invalidaciones. Anteriormente hemos argumentado que este estilo se desarrolla en el interior de una relación de apego con una figura imprevisible y que la restricción aparece como un intento de reducir el carácter aleatorio de la relación.

“Imprevisibilidad → ansiedad → evitación” es la secuencia experimentada precozmente en la relación de apego, que se convierte en el modelo cognitivo y que, llevada al extremo, se encuentra en la base de todos los trastornos de personalidad de este cluster.

El transtorno obsesivo-compulsivo de personalidad está caracterizado por la exasperada búsqueda de perfección y una rígida inflexibilidad: estos sujetos prestan particular atención a los detalles, a las normas, a las listas, al orden, a la organización esquemática, hasta el punto de perder de vista los objetivos generales de su acción.

Estos sujetos buscan todas las maneras de ser precisos y perfectos, trabajando incansablemente y renunciando a las diversiones; buscando hacer en cada situación “la cosa más perfecta” y acabando por no haciendo nada, torturados por la duda sobre lo que sería mejor, mostrándose exageradamente conscientes, escrupulosos e inflexibles en el campo ético y moral.

Su afectividad está fuertemente coartada, no muestran ni impulsos ni generosidad hacia los demás a quienes en cambio querrían obligar a hacer las cosas tal como quieren ellos, sosteniendo que es la única manera correcta de hacerlas.

La rigidez se expresa también en la restricción de los intereses: se limitan a ocuparse de pocas cosas de manera muy especialista, con la esperanza de lograr realizar las obras de la manera más perfecta e indiscutible.

La estrategia de la restricción está al servicio de la búsqueda de la perfección. El problema gira en torno a la pregunta “¿Quién soy? ¿En qué grado soy digno de recibir amor?”, como en todos los trastornos de este cluster, en los cuales, por motivo del apego inseguro resistente, el tema de la amabilidad es central y queda por resolver.

## LA FAMILIA OBSESIVA

El niño se encuentra con que debe poner a prueba su propia amabilidad, esto es, su capacidad de suscitar reacciones positivas en la figura de apego, intentando descubrir qué actitudes, cuando son activadas delante del otro, suscitan su interés y su disponibilidad, se trata por tanto de actuaciones relacionales. Esta tarea resulta muy difícil en familias como las de los obsesivos, que se caracterizan, según los estudios de Beech (1974) y Adams (1973) por:

- padres poco activos a nivel motor, e hiperactivos en la comunicación verbal.
- extremas limitaciones a la libre expresión de la felicidad y del placer, considerados sentimientos vulgares;
- bloqueo de cualquier expresión relativa a la sexualidad y la agresividad;
- intensa reducción de las relaciones sociales;
- fuerte acento sobre el respeto de las normas formales, sobre la necesidad absoluta de limpieza, sacrificio, penitencia y ahorro.

El futuro obsesivo se encuentra conviviendo con padres fríos y desapegados, que no es posible conquistar con cualidades específicas de la relación; está por tanto obligado a construir su propia amabilidad sobre alguna otra cosa que no sean las características de la relación. Es difícil orientarse en un clima familiar donde es imposible captar los elementos emocionales del interés, viéndose sobrepasado por los aspectos de hipercontrol y de tipo práctico-organizativo. Para el cliente obsesivo, a menudo es imposible responder a la pregunta: “¿qué piensa que esperaría el otro de mi comportamiento respecto a él?” referido a quien tiene un vínculo afectivo con él, pero en particular a sus padres, especialmente al padre. En la literatura se ha citado muchas veces esta particular relación con el hijo por parte del padre obsesivo (Adorno, Frenkel, 1950; Adams, 1965; Saltzman, 1973, etc.), que realiza demandas que no son proporcionadas a las posibilidades reales del niño, relativas a prestaciones externas, y que formula con explicaciones muy verbalizadas, a menudo en ausencia de cualquier comunicación no verbal (Guidano, 1988).

El hijo es incapaz de valorar su amabilidad en su relación con los padres, particularmente el padre, sobre la base de la cualidad de las relaciones interpersonales. Ahora se trata de preguntarse qué otro camino queda abierto para la valoración y el aprendizaje de la propia amabilidad cuando el de la relación y el *feedback* relacional quedan excluidos. El obsesivo parece dar una respuesta doble. Por un lado intenta ser perfecto en áreas muy bien delimitadas, como si se dijera a sí mismo “soy amable en tanto que bueno”; fundamenta su amabilidad en prestaciones individuales, define la amabilidad con constructos individuales y prestacionales en vez de hacerlo mediante constructos relacionales, o sea, que predicen sobre el comportamiento que se debe tener con la otra persona. La otra respuesta, cuando no se tiene idea de las coordenadas fundamentales de la propia relación con los demás, es “*si no sé qué hacer, al menos puedo intentar saber qué no hacer*”, o bien, “*al no saber cuál es el bien de los demás, me limito a no causarles mal, el cual, sin duda, no es el bien*”.

Lo que se considera desagradable es más generalizable que lo que resulta agradable. En las temáticas obsesivas, es recurrente el miedo de dañar a los demás, de ser causa del sufrimiento ajeno: en este ámbito el obsesivo puede hallar alguna certeza, porque a nadie le gusta ser maltratado, envenenado, embaucado, ser objeto de robo o contaminación.

Ser bueno y no hacer daño a los demás se convierten en parámetros fundamentales de valoración de la propia amabilidad cuando está ausente la capacidad de discriminar “lo que gusta al otro en mi manera de tratarlo”.

*Giacomo: “Las relaciones en casa se caracterizaban por un gran control, filtradas y perpetuamente purificadas de sombras emocionales excesivas, jamás obtuve ninguna información sobre mi cuerpo y mi crecimiento sexual, nunca vi a papá y mamá abrazarse, jamás pude saber si el interés por mí era un deber, una decisión que debía llevarse adelante hasta el final, o bien algo que de alguna manera les hacía felices. Si era bueno o si llevaba una buena nota del colegio, lo cual era bastante raro, se mostraban moderadamente satisfechos, pero me preguntaban por qué no podía hacerlo siempre así, pero a parte de las notas, no puedo pensar en nada que yo pudiera hacer que con seguridad les habría hecho contentos. Ningún amigo era bien acogido ni les suscitaba verdadera simpatía, ninguna manifestación afectiva por mi parte que no tuviera como respuesta “venga Giacomo, no seas exagerado y vamos a lavarnos las manos que es hora de comer”.*

Este punto es interesante porque, además de las características estrictamente sindrómicas, lleva a consecuencias profundas en la elección, para el obsesivo muy difícil, de aquello que prefiere y de las personas que le agradan.

*Giacomo: “Mi depresión actual, después del final de la historia con Carola es que, no solamente estoy triste y me siento solo y abandonado, sino también que tengo muchas dificultades para proponerme hacer cosas, salir a ver personas nuevas, no sé qué elegir, y pienso que las mujeres guapas no pueden desear estar con un hombre como yo, y entonces busco mujeres más feas y seguras, o con algún leve defecto físico, pero después esto me trae dificultades y de esta manera estoy parado y encerrado en casa, e intento dormir lo más posible”.*

## **EL DETONANTE: LAS EMOCIONES INTERPERSONALES**

Beech (1974) y otros autores apuntan que el exordio del síndrome obsesivo-compulsivo está correlacionado con una emoción intensa en el campo de las relaciones interpersonales, y esto también vale para la activación de las crisis puntuales. En esencia, el inicio se genera con una emoción (puede tratarse de ansiedad pero también de rabia o depresión) que se activa en una situación interpersonal. El sujeto experimenta la activación neurovegetativa asociada a ella,

sin poder advertir la emoción misma y sin ponerla en relación con ningún acontecimiento interpersonal que pueda justificarla. En consecuencia, no sabe explicar qué le está sucediendo y experimenta una situación de extrema imprevisibilidad e incertidumbre que le empuja a refugiarse en el subsistema sintomático, que es la única parte de su sistema de constructos muy articulada, detallada y precisa, y lo hace en busca de una seguridad que pueda protegerlo de entrar en el caos.

El sujeto elige una área muy restringida para valorarse a sí mismo y la especializa muchísimo, vive ahí dentro. Pero cuanto más especializada y articulada es, más ricas son las posibles alternativas a tomar en consideración, más está la duda, constantemente, al acecho y más las invalidaciones son captadas y detectadas por una red de hilos, cada vez más finos.

En resumen: el cliente obsesivo experimenta en la relación de apego, por un lado, la prohibición de sentir emociones, sobre todo las que se refieren a relaciones interpersonales, y por el otro, que el amor se conquista a través de determinadas prestaciones, cuánto más se actúa con precisión, más querido se es. Las dos normas están ligadas entre sí por la idea de que experimentar emociones es un signo de imperfección, por lo demás los padres siempre han mostrado con gran coherencia el desagrado ante las manifestaciones emocionales del niño, llegando progresivamente a inhibirlas.

El clima de estas familias en las que en la comunicación prevalecen los aspectos analítico-digitales sobre los analógicos, en las que se incentiva la seriedad o la reflexividad, en las que un padre “austero didacta” se muestra absolutamente incapaz de afrontar las dificultades afectivas e interpersonales del niño (o ignorándolas o echándose por el suelo a llorar con él), en las que la apelación a los valores morales es constante y a menudo abstracta, está vinculado, en primer lugar, con la vergüenza y la dificultad del padre para dejarse llevar por una relación afectiva auténtica.

Es fundamental para el obsesivo poner a prueba el propio valor y amabilidad en base al juicio de las formas de apego (después se identificará con entidades morales abstractas, con juicios muy severos que sólo viven en su cabeza) pero la incapacidad fundamental de transmitir mensajes claros por parte del padre, hace la valoración muy complicada y a menudo imposible. De ahí le intento de contentarse con áreas cada vez más restringidas para obtener una respuesta, cada vez más apremiante. En esta área restringida, todo debería ser previsible, controlado, pero también todo es amenazador porque siempre puede haber un elemento emocional, desordenado e imprevisible que obstaculiza el control, que introduce en el sistema la imperfección y que anticipa el rechazo.

Los rituales tienen la función de buscar una certeza imposible sobre el hecho de que uno es bueno y que no perjudica a los demás y, por tanto, que se es de algún modo amable, pero fracasan en su objetivo y solamente demuestran que están “enfermos” y que son “incapaces de controlarse”.

El rechazo comporta la confirmación del poco valor propio, pero ahí donde no hay rechazo y existe el intento de instaurar una relación afectiva, ésta es vista como amenazadora porque causa estados de ánimo desconocidos, nuevos. El subsistema sintomático puede subsistir como la única área en la que es posible la previsión sin ansiedades incontrolables. A menudo el exordio y los agravamientos sintomáticos van a la par con la instauración de lazos afectivos, o bien con la presencia de acontecimientos del ciclo vital que llevan necesariamente a afrontar ambientes más amplios y complejos, problemas prestacionales más articulados y difíciles.

## **OBJETIVOS TERAPÉUTICOS**

La tarea general de toda intervención terapéutica es la de dismantelar la estrategia de la evitación cognitiva y reactivar la exploración. Familiarizarse con lo desconocido

En primer lugar, se intentará reforzar la relación con lo desconocido y lo aterrador. El sujeto se dice a sí mismo que no explora ciertas áreas porque son aterradoras, sino que en realidad las cosas son exactamente al revés, lo que es aterrador lo es en virtud del hecho que es desconocido.

El terapeuta debe acompañar al cliente en la exploración de aquellas áreas que siempre ha evitado, por tenerles un enorme miedo; conocer y guardar dentro de sí los propios miedos los hace menos terribles; una vez bien conocidos, incluso los monstruos más terribles se convierten en animales domésticos.

Giorgio, un chico de 20 años estaba obsesionado por el problema de ser la única persona viva en un mundo de fantasmas y de robots, esta obsesión le llevaba a emplear todo el tiempo para intentar averiguar si las personas que le rodeaban eran “naturales” y “espontáneas” y no revelaban caracteres “automáticos, repetitivos y antinaturales”. Esto le dificultaba mucho la relación con los demás y la hacía casi imposible, estaba ininterrumpidamente obligado a una acción de verificación e interpretación de las palabras, los gestos y las posturas, que nunca eran suficientes para alcanzar la certeza de tener ante sí a un verdadero ser humano.

Sofía, una chica de 22 años, hija adoptiva, pasaba sus días, y a menudo sus noches, hurgando en los contenedores de su ciudad en busca de algún niño que hubiera sido echado en ellos. Si no lo hubiera hecho hubiese sido una culpa muy grave e imperdonable y se hubiera convertido en la verdadera responsable de la muerte de estos niños. Los padres se hubieran enterado e, incapaces de soportar su inhumanidad y maldad, la hubieran echado de casa, abandonándola a su suerte.

Fosco, un hombre de 35 años, estaba aterrizado por la idea de que los pensamientos de deseo y atracción que acudían a su mente cuando pasaba una chica guapa se transformaran en una brutal agresión, debida a su insistente control emocional, habría dicho cosas obscenas e inmundas,

habría perdido el control pegando y violando mujeres, aunque no quisiera. Este miedo hacía que caminar por la calle se convirtiera en un continuo desvío, con el objetivo de guardar siempre una “distancia de seguridad” respecto a cualquier mujer atractiva con la que se pudiera encontrar.

Es importante que el sujeto, ante el encuentro con la duda, en vez de resolverla del modo habitual, aprenda a convivir con ella, a retenerla, a entender qué es lo que realmente teme. Se intentará, conjuntamente con el cliente, identificar los acontecimientos más recientes, el miedo que los acompaña y del que intenta defenderse desesperadamente. El encuentro explícito con su miedo lo hace menos oscuro y peligroso. Una vez se ha encontrado el miedo con preguntas sucesivas, el paciente llega a expresar algo que en su opinión es absolutamente terrible.

Esta familiarización tiene la finalidad, por un lado, de bloquear el mecanismo de la duda recursiva y, por el otro, de comprender las implicaciones supraordenadas. Este punto es muy importante en la terapia con el cliente obsesivo, pero particularmente difícil. La familiarización y la vinculación entre “monstruo” y duda representan un punto central de la terapia.

Una vez identificado lo impensable, se tratará de articularlo, conocerlo, construirlo con más detalle, y a medida que lo impensable se vuelve pensable seguirá siendo desagradable, pero ya no insostenible; la vida en la cárcel, por ejemplo, es sin duda terrible pero le parece totalmente insostenible a quien no la conoce en absoluto.

### **No hay certeza**

La segunda estrategia terapéutica para reactivar la exploración consiste en invalidar constantemente cualquier intento de asirse a la ilusión de una certeza absoluta, descubriendo después que uno es capaz de afrontar las implicaciones de lo imprevisto (Davison, 1974; O Neale, 1986; De Silvestri, 1981).

El terapeuta, en vez de tranquilizar al cliente, puesto entre la espada y la pared por sus angustias, debe por el contrario minar/debilitar en su base la ilusión de que la operación sintomática tiene sentido. Si tantea nuevas vías de garantía sobre la certeza, el terapeuta debe invalidar cada vez su ilusión de ser capaz de encontrarla en algún momento. Al principio habrá un aumento sintomático en el intento de perfeccionar los rituales mágicos y un empeoramiento del estado de ánimo. Pero poco a poco el cliente se dará cuenta de que el terapeuta ha dado en el núcleo del problema. Es evidente que esto sólo es posible cuando el cliente considera al terapeuta autorizado y digno de confianza y cuando presta mucha atención a las emociones presentes en la terapia.

Giorgio, el hombre con el miedo de los robots, fue llevado por el terapeuta a analizar en el detalle todas las palabras, las frases, las posturas y la mímica que le llevaban a optar por una solución (es un robot) o por la otra (es un hombre), al principio Giorgio llevaba pruebas en una dirección y en la otra

que el terapeuta confutaba amablemente cada vez, por ejemplo una mímica rígida en el rostro puede hacer pensar en un robot pero también puede indicar una timidez ante un extraño, etc. Poco a poco se puso claramente de manifiesto, para el cliente y el terapeuta, la arbitrariedad absoluta (cubierta de una lógica indiscutible) con la que Giorgio pasaba de una opción a la otra. Al principio hubo un empeoramiento de la ansiedad y de las tentativas sintomáticas de resolver la cuestión, hasta que dándose cuenta de hallarse ante un problema irresoluble, el cliente empezó a trabajar con mayor atención en el porqué había un agravamiento sintomático cada vez que tenía un problema interpersonal.

### **Articular las emociones interpersonales**

Hemos visto que las emociones interpersonales son a menudo el detonante de un episodio obsesivo y que la capacidad predictiva en esta área es particularmente escasa a causa de la idea de no ser amable y de poder probar la propia amabilidad solamente con acontecimientos y prestaciones extraños a ésta. Todo lo que tiene lugar en esta área es considerado muy peligroso y desconocido. El sujeto deberá aprender a valorar su amabilidad relejendo sus experiencias pasadas y presentes, a partir de sus experiencias relacionales en vez de hacerlo únicamente en base a sus prestaciones objetivas. Esta área se enriquece y articula gradualmente, analizando en la entrevista la relación entre escasa previsibilidad en el área interpersonal y recrudescencia sintomática. Al crear el vínculo se construye gradualmente la capacidad de experimentar emociones y de vivirse a sí mismo como capaz de afrontarlas; la relación psicoterapéutica se presta como un excelente terreno de experimentación y conocimiento.

---

*Los autores subrayan los aspectos de aumento del conocimiento dependientes, entre otros, de las relaciones de apego. En consecuencia establecen la hipótesis de una conexión entre apego inseguro ambivalente y el desarrollo de un estilo de conocimiento caracterizado por la evitación típica de los trastornos de personalidad pertenecientes al "grupo ansioso" y entre éstos y el trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo, del que emana la sintomatología obsesivo-compulsiva propiamente dicha. Este tipo de sintomatología se sostiene sobre la idea ilusoria de la posibilidad de "la certeza absoluta" en las áreas del self protegidas por el síntoma, como medio para resolver el problema de la inseguridad y amenaza a la propia amabilidad.*

*Palabras clave: trastorno obsesivo-compulsivo; sistemas de apego; estilos cognoscitivos; grupo ansioso; trastornos de personalidad.*

Traducción de Laia Villegas Torras



### **Nota Editorial:**

Este artículo fue publicado en *Psicobiettivo*, 2, 1994, pp. 21-35, con el título “Attacamento e conoscenza, tra disturbo di personalità ossessivo-compulsiva e sindrome ossessiva”. Agradecemos el permiso para su publicación

### **Referencias Bibliográficas**

- ADORNO, T. W. & FRENDEL, E. y otros (1950), *La personalidad autoritaria*, trad. it. Milano: Comunità, 1973.
- ADAMS, P. L. (1973), *Obsessive Children: A sociopsychiatric study*, New York: Brunner, Mazel.
- BEECH, H. R. (1974), *Obsessional States*, London: Methuen & Co. LTP.
- DAVION, G. C. & NEALE, J. M. (1974/1986), *Abnormal Psychology and experimental clinical approach*, J. Wiley and Sons. Inc.
- DE SILVESTRI, C. (1981). *I fondamenti teorici e clinici della Terapia Relazionale emotiva*. Roma: Astrolabio.
- GUIDANO, V. (1988). *La complessità del sé*, Torino: Boringhieri.
- MAKHLOUF NORRIS, F., JONES, H. & NORRIS, H. G. (1970). “Articulation of the Conceptual tructure” en *Obsessional neurosis*, en *British J. Of Social and Clinical Psychology*, vol. 9, pág. 264-2/4.
- KELLY, G. A. (1955). *The Psychology of Personal Construct*. New York: Norton.
- LORENZINI, R. & SASSAROLI, S. (1987). *La paura della paura*. Roma: La Nuova Italia Scientifica.
- LORENZINI, R. & SASSAROLI, S. (1992). *Cattivi Pensieri. I disturbi del pensiero paranoico, schizofrenico e ossessivo*. Roma: La Nuova Italia Scientifica.
- SALZMAN, L. (1973). *The obsessive personality*. New York: Aron.

# REVISTA DE PSICOTERAPIA

La REVISTA DE PSICOTERAPIA es una revista internacional, escrita en castellano, con la colaboración de algunas de las plumas nacionales e internacionales de más reconocido prestigio en el mundo de la psicoterapia, que lleva publicados ya 40 números desde su aparición en el año 1990. Una revista abierta a los planteamientos más actuales de la psicoterapia y receptiva con los más tradicionales.

Una publicación de carácter monográfico y de aparición cuatrimestral, que edita cuatro números al año (dos sencillos y uno doble) con un mínimo de 352 páginas en total de literatura psicoterapéutica. Una revista dirigida a todos los profesionales de la psicoterapia, la psiquiatría, la psicología y demás trabajadores en el ámbito de la salud mental.

## CAMPAÑA DE PROMOCION AÑO 2000 OFERTAS PARA NUEVOS SUSCRIPTORES

### MODALIDADES DE SUSCRIPCIÓN

**A.- Suscripción para el año 2000 (números 41-44):**  
Precio de suscripción por 5.000 ptas. (IVA incluido).

**B.- Suscripción a *toda la colección* desde principios de 1990 hasta finales de 2000. Oferta por 25.000 ptas. (IVA incluido).**  
Comprende 44 números, los 40 publicados y los cuatro del año en curso, excepto números agotados según existencias en el momento de la suscripción.

**Para información y suscripciones dirigirse a**

REVISTA DE PSICOTERAPIA  
GRAO (IRIF, S.L.)  
c./ Francesc Tàrrrega, 32-34 - 08027 BARCELONA  
Tel.: 934 080 464 - Fax: 933 524 337

# PSICOPATOLOGÍAS DE LA LIBERTAD: LA OBSESIÓN O LA CONSTRICCIÓN DE LA ESPONTANEIDAD

Manuel Villegas Besora

Facultat de Psicologia. Universitat de Barcelona,  
Passeig de la Vall d'Hebron 171, 08035 - Barcelona  
E-mail: mvillegas@psi.ub.es

*From a socio-cognitive point of view obsessive-compulsive disorders are considered as a problem related to the formation of the epistemological criteria system. The diffidence on one's own epistemological criteria gives rise to doubt and feelings of guilt about spontaneous impulses and emotional reactions. Therefore, one's own way of thinking and deciding is subject to continuous ruminations and doubts. As these internal criteria are not anymore a secure basis for a reasonable way to decide and act, the epistemological system looks for other external criteria, like superstitions and rituals, scientific or authoritarian principles and heteronomic rules as a guide to behave.*

*Key words: obsessive-compulsive disorders; socio-cognitive development; doubts; diffidence; guilt.*

---

## INTRODUCCION

Una de las experiencias más desconcertantes y angustiosas para el ser humano es la de sentirse a merced de fuerzas externas, sean éstas humanas, naturales o supuestamente sobrenaturales que se le imponen de forma coercitiva e imperiosa, dejándole en un estado de indefensión. Gran parte de los logros de nuestra civilización tienen que ver con el intento de prevenir estas situaciones y dotar a la humanidad de medios de control sobre ellas. Desde los ritos mágicos de las religiones primitivas hasta las fantasías virtuales de las guerras de las galaxias, pasando por los desarrollos tecnológicos orientados a controlar previniendo las causas o los efectos de las diversas posibles catástrofes, todos estos recursos obedecen a la necesidad de conjurarlas. La convicción de poder luchar o hacer frente de alguna manera a estas fuerzas exteriores produce una cierta sensación de dominio y de control o reduce, al menos, la angustia de la imprevisibilidad.

¿Pero qué sucede cuando la percepción de falta de control proviene del interior del propio sujeto, cuando sus actos y pensamientos se le presentan como extraños o ajenos a él mismo, impuestos de forma coercitiva a su voluntad? Pensamientos intrusivos, actos o ritos compulsivos, que cuanto más se quieren dominar o controlar más insistentes y autónomos se tornan. Esta conciencia de extrañeza diferencia claramente la compulsión obsesiva de la adictiva. El adicto desea la consumición de la sustancia o la ejecución del acto placenteros como un objetivo congruente con su voluntad, aunque racionalmente pueda saber que no le convienen, inconveniente que ya se cuidará de neutralizar también racionalmente. El obsesivo, en cambio, se encuentra en la extraña situación de pensar o hacer aquello que paradójicamente no desea ni pensar ni hacer, obedeciendo, sin embargo, a un impulso propio interno que no puede controlar.

Estas características vienen recogidas con notable precisión en la descripción que del trastorno obsesivo compulsivo hace el DSM III (pág.248). Éste describe en primer lugar la **obsesión** como aquel conjunto de “*ideas, pensamientos imágenes o impulsos recurrentes y persistentes que son egodistónicos, es decir, que no son experimentados como producidos voluntariamente, sino más bien como pensamientos que invaden la conciencia y que son vividos como repugnantes o sin sentido. El enfermo realiza intentos para ignorarlos o suprimirlos*”. Y a continuación describe las **compulsiones** como: “*conductas repetitivas y aparentemente finalistas, que se realizan según determinadas reglas, de forma estereotipada. La conducta no es un fin en sí misma, sino que está diseñada para producir o evitar algún acontecimiento o situación futura. Sin embargo o bien la actividad no se halla conectada de forma realista con lo que pretender impedir o provocar, o puede ser claramente excesiva. El acto se realiza con una sensación de compulsión subjetiva junto con un deseo de resistir a la compulsión (por lo menos, inicialmente). Por lo general, el individuo reconoce la falta de sentido de la conducta y no obtiene placer en llevar a cabo esta actividad, aunque le procure un alivio de su tensión*”.

El DSM IV presenta pocas variaciones al respecto de esta definición; no incluye el concepto de egodistonía en el cuadro de criterios para el diagnóstico (p. 433), aunque sí en la explicación (428), clasificando estos pensamientos de “intrusos e inapropiados” y distinguiéndolos claramente de las preocupaciones excesivas por los problemas de la vida real y de la “inserción del pensamiento”. Alude igualmente a los intentos de neutralizarlos por medio de otros pensamientos o actos.

A continuación describe las **compulsiones** como: “*conductas repetitivas (o actos mentales –añade el DSM IV-) y aparentemente finalistas, que se realizan según determinadas reglas, de forma estereotipada. La conducta no es un fin en sí misma, sino que está diseñada para producir o evitar algún acontecimiento o situación futura. Sin embargo o bien la actividad no se halla conectada de forma realista con lo que pretender impedir o provocar, o puede ser claramente excesiva.*

*El acto se realiza con una sensación de compulsión subjetiva junto con un deseo de resistir a la compulsión (por lo menos, inicialmente). Por lo general, el individuo reconoce la falta de sentido de la conducta (excesivas o irracionales –las llama el DSM IV-) y no obtiene placer en llevar a cabo esta actividad, aunque le procure un alivio de su tensión.”*

La sensación de extrañeza que acompaña a los pensamientos o actos obsesivos no proviene, pues, de la falta de familiaridad con ellos, puesto que el sujeto los experimenta cada día infinidad de veces, sino de su carácter intrusivo, ajeno a su voluntad. El paciente obsesivo se queja de los pensamientos que le cruzan por la cabeza o de los actos o rituales que se ve impulsado a ejecutar innumerables veces al día. Extrañeza, por tanto en el sentido de enajenación, de algo que es ajeno o externo al propio sujeto, sobre lo que carece de control, pero que, paradójicamente, surge de dentro de su propia cabeza. Parecería, sin embargo, que si el sujeto lo vive como algo ajeno o externo a él, podría fácilmente despreocuparse de tales actos y/o desprenderse de tales pensamientos como de algo que no le pertenece, de los cuales, en consecuencia, no es agente ni responsable, operando algún tipo de externalización (White y Epton, 1990), construyéndolos como algún tipo de tentación diabólica, por ejemplo. No obstante, como es sabido, no sucede así; de modo que el obsesivo se ve obligado a protegerse de ellos intentando evitarlos o exorcizarlos de las formas más variadas posibles como si de una posesión, que no de una simple tentación, diabólica se tratase.

La experiencia escindida de esta lucha interna entre lo que se piensa y se hace y la falta de control sobre ello, expresada por medio de la intervención diabólica, se pone de manifiesto en el siguiente sueño de un paciente obsesivo de 40 años, al que llamaremos Roberto, producido en un momento avanzado de la terapia, cuando se ha reducido ya notablemente el nivel de ansiedad y puede permitirse en su vida cotidiana y laboral una actuación en general despreocupada y relajada, sin el intrusismo de los pensamientos obsesivos habituales. Los antecedentes inmediatos del sueño, su contexto de producción (cf. Villegas 1998), hay que buscarlos en un episodio acaecido la tarde anterior en su trabajo, al ir a emitir el informe necesario para la concesión de una hipoteca para la compra de una finca. Ha llevado a cabo las formalidades habituales: los documentos parecen correctos, provienen de una entidad bancaria de prestigio; pero llegado a un cierto punto advierte que falta el número de Registro de la Propiedad. Antes de llamar para exigirlo se plantea si la documentación recibida por fax es suficiente y se da cuenta de que lo es: la descripción es buena e inequívoca. El dato no es esencial para estar seguro de que se puede calcular el precio. Decide darlo por bueno y se siente orgulloso y contento de poder cerrar la operación sin tener que efectuar ninguna llamada de comprobación: eso significa que puede decidir de forma no obsesiva. Sin embargo, antes de ir a dormir le asaltan las dudas y, después de darle varias vueltas, decide que ha hecho bien y que en todo caso si lo cree conveniente puede llamar al día siguiente. Durante

la noche tiene un sueño en que

*“Se encuentran en un espacio indeterminado dos personajes que son la misma persona y que le representan a él. Uno está tranquilo y relajado, pero llega el otro con un mueble, un arcón antiguo, y lo quiere descargar en este espacio. Éste último tiene cara de diablo e insiste en descargar el mueble ahí. El tranquilo se opone, porque no quiere trastos, mientras que el diablo insiste. Se produce una tensión entre los dos. Roberto en el sueño se dirige al diablo y le dice: mátalos (en referencia al personaje tranquilo). Roberto se despierta, son las cuatro de la madrugada enfadado por este sueño. La idea de matar al tranquilo (¿el terapeuta interiorizado?) tiene el sentido de restaurar la situación anterior, como medio de eliminar los efectos del proceso terapéutico. Los muebles antiguos son cosas del pasado, tendencias que impiden estar tranquilo, hábitos del pasado – obsesiones- que aportan malestar. La idea del sueño es restituir la obsesión como medio de controlar la ansiedad, atendiendo a las dudas, y de eliminar el nuevo sistema epistemológico que se está originando y que permite actuar de forma desangustiada y espontánea”.*

La cuestión que plantea este sueño apunta a un aspecto central de la obsesión: el balance favorable a la duda y el escrúpulo, acompañada de un fondo de ansiedad compulsiva, frente a la tranquilidad y el relajamiento de una actuación espontánea y libre. El acontecimiento que se quiere prevenir con este mecanismo de control que significa el comportamiento obsesivo –por ejemplo, el error en este caso- no sólo es altamente improbable, sino que en muchos casos ni siquiera tiene ningún tipo de relación con el ritual obsesivo activado. Entonces ¿por qué se pone en marcha el mecanismo obsesivo, si incluso el propio paciente lo percibe como totalmente innecesario y, en la mayoría de los casos, absurdo? Porque el obsesivo se quiere proteger, sería más exacto decir blindar completamente, de algo absolutamente terrible, totalmente insoportable para su conciencia.

## **FENOMENOLOGÍA DE LAS OBSESIONES**

Ahora bien ¿qué es eso tan terrible de lo que el obsesivo se quiere proteger? Antes de intentar dar cumplida respuesta, sin embargo, al interrogante que nos planteamos puede ser oportuno considerar algunas modalidades concretas bajo las que se presenta la fenomenología de las obsesiones. A diferencia de las fobias en las que el objeto del temor está circunscrito a animales, situaciones o espacios claramente delimitados (perros, arañas, aviones, ascensores, la calle o las alturas, etc.) o de la paranoia en la que el temor se focaliza en la persecución de que uno puede ser objeto por parte de otras personas terrestres o extraterrestres, el objeto de temor en la obsesión suele estar constituido por categorías mucho más abstractas que afectan a diversas áreas axiológicas como la certeza, la pureza, la castidad, la justicia, el orden, la integridad y la religiosidad.

- **La certeza:** “*Amicus Plato, sed magis amica veritas*” (Platón, amigo; pero más amiga, todavía, la verdad). La búsqueda de la verdad y la certeza como criterios epistemológicos.

Sabido es que una de las características estructurales de la obsesión es la duda: “no sé si he pensado, si he consentido, si he deseado, si he me he contagiado, si he hecho o dejado de hacer, si hago bien si hago mal, si me quiere o no me quiere...”. La duda es un componente esencial de toda obsesión y como tal la veremos reaparecer en todas sus modalidades. Pero hay ocasiones en que la modalidad fenomenológica predominante de ciertos grupos de obsesiones coincide con su característica estructural: es decir la duda se establece a propósito del *conocimiento* de la verdad. Para estas personas la verdad está por encima de todo, pero no tienen modo de estar seguros de poseerla.

Hubiéramos podido encabezar este apartado con otro aforismo, esta vez tomado del Evangelio: “*Conoceréis la verdad y la verdad os hará libres*”; pero el problema radica, precisamente, en saber qué es la verdad y, sobre todo, cómo podemos llegar a *conocerla*. El objeto de la obsesión se convierte en una cuestión criteriológica. Por eso la vida del obsesivo está marcada por la búsqueda de evidencia y certeza, su obsesión alcanza niveles epistemológicos, parecidos a los que planteaba Descartes en su “*Discurso del Método*”: ¿cómo puedo saber que sé y que lo que sé es cierto y no me engaño? La respuesta de Descartes es conocida, en tanto que está seguro de no poder dudar que duda y que sus sentidos o percepciones internas no le engañan, puesto que Dios aparece como garante de ellas. Dios no puede permitir que los sentidos de que me ha dotado me engañen. En consecuencia, para Descartes, es posible el conocimiento, sólo que el conocimiento científico precisa de una percepción clara y distinta y, por tanto, de un método suspicaz, orientado a comprobar y demostrar cada una de sus afirmaciones de forma contradistinta. Los comentarios habituales sobre el planteamiento cartesiano hacen hincapié sobre la argucia epistemológica con la que Descartes soluciona el dilema que él mismo se propone; pero suelen olvidar el recurso a la confianza divina, garante del conocimiento. En efecto, el problema no es sólo explicar cómo conocemos, sino cómo podemos estar *seguros* tanto de conocer como de lo conocido: es, en último término, una cuestión de confianza. Por eso el lema que hemos escogido para este tipo de obsesiones hace referencia a la oposición entre verdad y amistad

El obsesivo desconfía. Desconfía de los demás y, en último término, de sí mismo. No le basta la amistad (la confianza) para *creer* (*Amicus Plato*), sino que necesita la verdad (*amica veritas*), olvidando que ésta es imposible sin aquella. Antepone la verdad al afecto, la filosofía a la vida, invirtiendo el conocido aforismo latino “*Primum vivere, deinde philosophare*” (primero vivir, después filosofar), como si pudiéramos vivir en un mundo de esencias puras, parecido al mundo de las ideas platónicas preexistentes que se nos presentan de forma inmediata a la mente,

donde, como decía un paciente, “*hallar respuesta a todas las preguntas*”. El obsesivo tiene una representación del mundo basada en el realismo ontológico: es decir, en la presunción de que no sólo las cosas materiales tienen una existencia objetiva, sino en el que incluso los objetos mentales gozan de ella. Así, por ejemplo, en una investigación reciente a la pregunta sobre la existencia objetiva de los números, en el sentido de si continuarían existiendo aunque el ser humano desapareciera del universo, los obsesivos, contrariamente a otros grupos de pacientes, responden afirmativamente. Es decir que dos y dos continúan sumando cuatro, aunque no haya ninguna mente humana que los cuente. Esa especie de mundo pitagórico en el que los números regulan la “*harmonia mundi*”, una especie de concepción ontológica de la matemática, constituye una base segura para el pensamiento obsesivo; lo que no puede soportar la mente obsesiva es la distinción entre realidad óptica y ontológica que introduce el constructivismo, como anteriormente lo habían hecho el escepticismo o el relativismo epistemológico o incluso la crítica kantiana, por la cual se establece una distinción entre los seres en sí “*ὄν ἑαυτοῦ*” y el conocimiento que tenemos de ellos (la esencia que les atribuimos, sus relaciones y sus funciones, es decir su significado, -ontología- como cuando decimos de un cuerpo celeste que es un “planeta”).

El paciente obsesivo se comporta como un escéptico radical egodistónico que relativiza todo su conocimiento y la forma de acceder a él, pero que a la vez se siente incapaz de soportar el peso psicológico de la duda y por eso busca en el Olimpo de las esencias la solución a sus angustias. Nada es cierto, todo tiene que ser probado y sometido, como decía un paciente de 40 años, químico de profesión, al laboratorio. Para estos pacientes el camino tortuoso y torturado de comprobaciones de la verdad es comparable al camino de una ascesis horrorosa orientada a la iluminación mística definitiva. La vida es un auténtico purgatorio, destinado a preparar las almas para la contemplación directa de las esencias. Sólo de esta manera descansarán en paz.

Toda la actividad mental del obsesivo se desenvuelve, pues, bajo el común denominador de la búsqueda de la certeza, del rastreo compulsivo de una seguridad absoluta, dado que lo que le atormenta es la duda metódica, utilizada, precisamente, como sistema para obtener la certeza. Es cierto todo aquello sobre lo que no cabe ninguna duda, por tanto la única manera de prevenirse contra la incertidumbre es eliminando todas las dudas, pero es imposible su eliminación sin descartarlas previamente, y resulta imposible descartarlas si no se consideran detalladamente una por una. Ahora bien, dado que el objeto de la duda no es un objeto o persona en concreto sino una abstracción, aunque puede temporalmente concretarse en uno o mil temas, resulta siempre un objeto escurridizo. En el supuesto de que pudiera alejarse de forma definitiva la duda sobre un tema, ésta se desplazaría invariablemente a otros, y así hasta el infinito. La única forma de detener esta progresión al infinito sería integrarla, sin intentar resolverla; pero esto forma parte ya de la terapia.



- **La pureza:** “*Malo mori quam foedari*” (Prefiero morir a mancharme). La obsesión por la limpieza y la higiene.

En el museo Thyssen-Bornemisza de Madrid se puede contemplar un cuadro de la época renacentista, firmado por Carpaccio, donde la imagen central de un joven caballero gallardo y apuesto viene acompañada de una referencia alegórica a la pureza (¿de linaje?), a través de la imagen del armiño, junto al cual puede leerse en latín la leyenda citada más arriba *Malo mori quam foedari*. Igualmente Leonardo da Vinci con anterioridad, hacia 1485, retrata a una joven con un armiño en un cuadro que se conserva en el Museo Czartoryski de Cracovia. Cuentan que éste es el lema del armiño, mustélido de piel blanquísima, mimética en invierno con el color de la nieve del paisaje donde habita, que tiene una especial preocupación por su conservación y pureza. Éste podría ser, sin duda, el lema de muchos obsesivos, particularmente mujeres, que hacen de la limpieza una forma de pureza, no tanto sexual, cuanto aparente, relativa al cuerpo, los objetos, la ropa, la casa. En este sentido ha sido afirmado que “la limpieza es el honor de la mujer” (los anuncios de detergentes, con antibacterias incluidas, se basan en este presupuesto). El objetivo es evitar cualquier forma de contaminación. La idea asociada a la falta de limpieza o higiene es la de suciedad o fealdad, donde la contaminación es temida no tanto por la amenaza de enfermedad y muerte que conlleva, sino por la de impureza. Recuérdese que en muchas culturas determinadas enfermedades, como la lepra o incluso la menstruación y el parto, son consideradas impuras, a cuya purificación van dirigidas múltiples prácticas de cuarentena y rituales de limpieza. Éstos son uno de los componentes sintomáticos más frecuentes y conocidos de los rituales obsesivos. Entre ellos destaca el lavatorio de manos, la limpieza de la casa, las frecuentes coladas, las prevenciones higiénicas, etc.

Una mujer, casada de 42 años, a la que llamaremos Elisa, lleva una vida dedicada casi exclusivamente a la limpieza de la casa, de su propio cuerpo, de los vestidos y los de su marido e hijos. La exageración de este comportamiento es tan elevada que la situación casi se ha vuelto insufrible para ella y su familia. El problema fundamental radica en que cualquier elemento que venga de la calle puede ensuciar y contaminar la casa. Tanto el marido, como los hijos, o incluso ella misma las pocas veces que sale a la calle, cuando vuelven del trabajo o de la escuela deben quitarse el calzado a la puerta de la casa, envolviéndolo en unos plásticos al efecto, y dirigirse de inmediato a la ducha, después de la cual se cambiarán toda la ropa, incluida la interior. Naturalmente toda esta ropa que se ha usado una sola vez será lavada a máquina en agua bien caliente y con un potentísimo detergente antibacterias. Si en el trayecto de la puerta a la ducha han rozado involuntariamente las paredes del pasillo, éstas deberán también ser lavadas con agua y jabón. Estas operaciones deben repetirse tantas veces como sea necesario. El motivo confesado de esta obsesión es proteger a la familia

de cualquier posible contaminación; dado que los microbios tienen una estructura microscópica y no es posible detectarlos, se hace necesario prevenirse de ellos a través de una acción sistemática de limpieza. Este comportamiento obsesivo se desencadenó a partir de un comentario trivial de una amiga a propósito de los microbios que debía haber en las barras de soporte de los transportes públicos donde la gente se agarra para no perder el equilibrio cuando se produce algún movimiento brusco en su interior. Naturalmente la paciente presentaba ya unas características premórbidas que hallaron el pretexto para su desencadenamiento a partir de este episodio. Interesante observar que estos comportamientos y la ansiedad a ellos asociada desaparecieron por completo cuando Elisa pasó con su familia quince días de vacaciones en un hotel. ¿Era el relax, el clima, la despreocupación por la situación o las distracciones de la época estival las que provocaron esta súbita mejoría?. Dejamos la respuesta para más adelante por lo interesante que resulta para la comprensión de la dinámica de la obsesión. Sólo constatar que, naturalmente, las obsesiones por la limpieza reaparecieron en toda su crudeza e intensidad a la vuelta a casa.

- **La Castidad:** “*Noli me tangere*” (No me toques). La obsesión por evitar los actos sexualmente inmorales.

Con frecuencia los pacientes obsesivos viven sus impulsos e inclinaciones sexuales como perversos e intentan, por tanto, protegerse de ellos. Cualquier acto o pensamiento sexual es motivo de evitación y desencadena distintas operaciones de prevención o alejamiento, como conjuros o palabras mágicas abracabradantes, que actúan de exorcismo contra pulsiones obscenas, cada vez que éstas aparecen, como las que pronunciaba insistentemente un profesor de lenguas clásicas de 35 años, “*ribadifas, baratobas*”, acompañadas de otras expresiones, que evidentemente no significan nada en el aparente latín en que eran dichas: “*squiribus concomitantibus, squiribus, squiribus.*” Trata, así mismo, de protegerse de cualquier tocamiento propio o ajeno de las partes pudendas, llegando en ocasiones a complicadas maniobras para acceder a su limpieza y desarrollando posturas de brazos y piernas lo más asépticas posible. Los movimientos del cuerpo son igualmente rígidos, evitando cualquier forma de balanceo o señal de voluptuosidad, tanto en el andar como en el vestir. No sólo los toqueteos jocosos están prohibidos, sino que incluso los roces ocasionales con el cuerpo de las otras personas constituyen un auténtico tabú. Su lema, “*noli me tangere*” se extiende igualmente a los abrazos, besos o caricias que intenta evitar con todo cuidado o, a lo sumo, realizar de forma absolutamente neutra y fría.

“Marcela, una paciente de 30 años, soltera, vivía con sus padres, y desde hacía años tenía una relación sentimental, considerada poco satisfactoria. Sufría desde hacía 12 años de una grave forma de trastorno obsesivo-

compulsivo, que le impidió llevar a cabo sus estudios preferidos, así como la indujo a abandonar más de un trabajo. Su obsesión consistía en la idea de haber cometido actos sexualmente perversos ocasionando daño a niños. El contenido de su obsesión y la mecánica de su sintomatología habían permanecido invariables a lo largo de los años. La sintomatología tuvo un inicio enmascarado y progresivo. Periodos más negros se alternaban con otros menos graves. La paciente no era capaz de identificar ningún acontecimiento desencadenante o que pudiera provocar mejoras o empeoramiento. Vivía su trastorno como si fuera una enfermedad. La secuencia obsesiva empezaba con un acontecimiento ocasional y más bien banal como tomar en brazos a un niño y abrazarlo tiernamente o bien cuando el mismo niño la tocaba para invitarla a jugar. El contacto físico era el hecho que provocaba en su mente la idea de que quizás había podido tocar al niño de una manera o con intenciones eróticas, suscitando en su interior un fuerte malestar, a veces, una verdadera angustia, conectados a la sospecha de ser una persona sexualmente perversa. En ese momento alejaba de sí al niño para ahuyentar la idea intrusiva, lo cual a veces conseguía. Posteriormente empezaba a recordar en la imaginación la escena del contacto con el niño a fin de asegurarse sobre la pureza del contacto. Repetía numerosas veces dicha operación de control mental, a menudo durante jornadas enteras y casi siempre se sentía constreñida a dicha actividad rumiativa. Intentaba evitar el contacto con niños pero a veces, como en el caso de su sobrina de tres años, consideraba la evitación imposible o como mínimo inoportuna. En consecuencia aceptaba el contacto, albergaba la sospecha de su perversión y dejaba las rumiaciones para el momento en que estaría sola. La paciente era crítica respecto a sus preocupaciones que consideraba sin fundamento; hubiera querido poder tomar en brazos a niños tranquilamente sin la intrusión de la idea de haberlos tocado de un modo perverso; consideraba que las rumiaciones eran exageradas y que interferían sus actividades cotidianas, sobretodo, se quejaba de la imposibilidad de concentrarse y, en consecuencia, de estudiar y trabajar; por todo ello intentaba interrumpir dichas rumiaciones pero se sentía obligada a repetirlas una y otra vez.”

En otras ocasiones el paciente desarrolla una actitud evitativa a través de complicadas operaciones mentales rumiativas de evaluación de los pensamientos y su grado de consentimiento o rechazo suficientemente consciente (los llamados escrúpulos mentales).

Lo que es destacable, es que gran parte de los rituales conectados con la sexualidad están emparentados con los rituales de contaminación: el sujeto se siente sucio, contaminado, tiene que limpiarse, lavarse las manos, meterse en la ducha, cambiarse la ropa, etcétera. Algunos autores, como Vittorio Guidano (1987, en

prensa), opinan que ello es debido a la sensación de descontrol emocional que proporciona la experiencia orgásmica, a la idea de poder perder la cabeza y de entregarse con ello al desenfreno, más que a una concepción purista o abstinerente. Explica a este propósito el caso de una obrera, casada y con hijos, que trabajaba en una fábrica, donde un compañero suyo de trabajo claramente la cortejaba y le hacía propuestas.

*“Un día ella aceptó que él la acompañara en su coche a casa. Él hizo un camino mucho más largo y se estacionó en un bosque, obviamente ella sabía a lo que iba, pero no le afectó ni fue problema el hecho de que tuvieran una relación sexual en el coche. El problema fue que ella tuvo una experiencia de orgasmo que nunca en su vida había sentido, y desde ese momento se quedó completamente maravillada, regresó a su casa y se empezó a lavar las manos porque se sentía contaminada. Éste es el problema típico de los obsesivos, no es la sexualidad sino el placer incluido en la sexualidad que tiene que estar bajo control. Siempre tiene que ser un placer que se había anticipado antes, nunca tiene que excederlo.”*

Otros como Valeria Ugazio (1998) atribuyen los desarrollos obsesivos a una concepción más bien abstinerente de la existencia.:

*“Afirmar las propias instancias vitales, dejarse llevar por los impulsos, significa ser malos e indignos de amor, repudiados; mientras que ser amables, dignos de amor, requiere la anulación de sí mismo.”*

En consecuencia el obsesivo tiene que protegerse de todo aquello que pueda ser interpretado como satisfacción egoísta de sí mismo, y el sexo tiene todos los números en este sorteo.

- **La justicia:** *“Maximum jus, maxima injuria.”* (La justicia máxima es la máxima injusticia). La rectitud moral: la legalidad, la normatividad, la culpa y el pecado

La justicia es la aplicación rigurosa de la ley. La justicia es representada generalmente con los ojos vendados, como símbolo de la imparcialidad, pero esta imparcialidad es también ceguera. A la justicia no le sirven motivaciones ni intenciones, intenta limitarse a los hechos y a las pruebas, hasta el punto que frente a la convicción moral de culpabilidad el reo es absuelto por falta de pruebas o frente a la convicción moral de inocencia el acusado puede llegar a ser considerado culpable en presencia de ellas. No vamos aquí a desplegar un alegato contra las evidentes injusticias, perversiones y triquiñuelas de abogados, fiscales y jueces en el proceso de interpretar y aplicar la Ley, haciendo veraz el aforismo con el que abrimos este apartado: *“Maximum jus, maxima injuria.”* Aceptamos que debe existir una administración de Justicia y que ésta debe ser respetada como última instancia de arbitraje en los conflictos sociales y en la reparación y corrección del daño infligido a terceros, pero sin dejar de mantener una atención crítica hacia los errores de su aplicación. Nos interesa aquí, solamente, observar cómo el obsesivo

interpreta y aplica la justicia.

Por razones que se explicarán mejor más adelante, el obsesivo es obstinadamente legalista, hasta el punto de perder la medida humana. Se rige exclusivamente por la ley, que lleva inscrita en su mente como el judío ortodoxo en los *tephillin* o filacterias que cuelgan sobre su frente. Constituido en juez y fiscal de su propia conciencia se siente culpable más allá de lo razonable, dado que no sólo se acusa de lo que ha hecho, sino de lo podría haber hecho o ha dejado de hacer. Entran en este paquete de acusaciones, igualmente, los pensamientos e imágenes que han cruzado por su cabeza, los deseos e impulsos que han brotado de su cuerpo. Toda su lucha, inútil, está dirigida a eliminarlos o reprimirlos. Intento vano, porque, como tan acertadamente puso de relieve Freud, “*todo lo reprimido, vuelve.*”

La ceguera del obsesivo no proviene de la imparcialidad, sino del deslumbramiento que sobre él ejerce la nitidez y exactitud de la ley, dado que ésta constituye su único referente moral estable. Ésta produce sobre él una atracción fatal, comparable a la que suscita la luz del fuego sobre la polilla, la cual termina por morir abrasada entre sus llamas. La falta de discernimiento moral que produce la ceguera legalista origina una rigidez estricta en la concepción y aplicación de la justicia. El veredicto es siempre de culpabilidad o, como mínimo, de sospecha. Nunca se suelta al reo, ni, todavía menos se le absuelve. Como es ciega no puede comprender, ni con mayor razón, perdonar. Ante una aplicación tan inmisericorde de la ley y la justicia, el obsesivo tiende a protegerse de ella, analizando cuidadosamente sus actos, previniendo todas las situaciones o incluso eludiéndolas si le es posible.

Cuando de alguna forma, real o imaginaria, el obsesivo se ve inmiscuido en alguna situación comprometida, los intentos de verificar la propia inocencia pueden llevar a complicadas operaciones de control. En el sistema de justicia obsesivo no existe nunca la presunción de inocencia; ésta debe demostrarse: no basta con ser bueno, ni con parecerlo, hay que demostrarlo. En consecuencia, aquellas situaciones que ponen en cuestión su rectitud moral se convierten en generadoras de auténticas torturas inculpadoras en forma de interrogatorios despiadados.

Un paciente obsesivo de 40 años, arrendatario de un local industrial, desarrolló una aguda crisis de ansiedad al sospechar que una viga maestra que sostenía el tejado de la fábrica podría llegar a ceder. Después de varias comprobaciones técnicas, ninguna de las cuales le dejó con la conciencia tranquila, optó por cambiar de local con el correspondiente traslado de personal y de maquinaria y la inversión que supuso la compra de una nave de nueva construcción. La sola idea que pudiera ocurrir una desgracia por la caída del tejado en el caso de que cediera la viga, no le permitía darse tregua en la solución del conflicto. No bastaba con considerar, como decían los informes técnicos que no era *probable* que la estructura del techo cediera, era suficiente para generar el estado de angustia la consideración de su *posibilidad*. En otra ocasión, el mismo paciente desarrolló fuertes

sentimientos de culpabilidad al darse cuenta, después de estar un rato absorbido en sus propios pensamientos, de que su hijo de corta edad que estaba jugando a su lado se había encaramado por una escalera con peligro de caerse. La conciencia de este descuido suscitó una cadena de reproches, que le atormentó durante un tiempo, por no haber estado atento a evitar un mal que hubiera podido producirse a causa de su egoísmo e irresponsabilidad.

El listón moral del obsesivo se halla situado muy alto. En este sentido es digno de admiración y de respeto y, en ocasiones, puede llegar al heroísmo. Pero su rigidez lo vacía de humanidad y de criterio. Orientado como está a la evitación del mal no encuentra la forma de convertirlo en bien cuando se produce. La maximización del imperativo categórico moral no deja espacio a la sutileza, a la complejidad y al perdón, bloqueando cualquier forma de evolución moral, dando origen a una estructura de personalidad que Fromm (1941) denominó “autoritaria.”

- **El orden:** “*Serva ordinem et ordo servabit te*” (Guarda el orden y el orden te guardará a ti): El orden, la perfección, la exactitud, la puntualidad.

El orden constituye otro referente que otorga seguridad al obsesivo. Las cosas ordenadas parecen más estables porque no se mueven de su sitio. En la dialéctica entre Heráclito y Parménides, relativa a si todo corre (*ἅλίστα κινᾶται*) o todo permanece, el obsesivo prefiere la posición parmenidiana: todo debe estar siempre en el mismo sitio. El orden produce la ilusión de permanencia. No hay que buscar, no hay que perder el tiempo averiguando el paradero de los objetos, no hay espacio para la deriva o el caos.

Claudio tiene 36 años, vive aún en casa con sus padres; debido a su trastorno no es capaz de trabajar, habiendo interrumpido sus estudios de medicina que le gustaban mucho y en los cuales era brillante. Es una persona inteligente, vivaz, curiosa y con muchos intereses e inquietudes, tenía una gran facilidad para establecer y mantener amistades. Desde hace algunos años su intolerancia por el desorden, la imprecisión, la aproximación y las consiguientes evitaciones se han acentuado de tal manera que llegan a absorberle las jornadas enteras y a dificultarle, casi imposibilitarle, las actividades cotidianas. Anota en papelitos cualquier cosa que deja pendiente, por hacer. Dedicar jornadas enteras a poner en orden armarios y el escritorio, después de lo cual abrir un cajón se convierte para él en un tormento, puesto que entonces tiene que controlar infinitas veces que nada haya caído dentro del cajón y que esté todo en orden como antes de abrirlo. Ha dejado los estudios a pesar de tener notas muy altas, porque en un día sólo conseguía estudiar una página, repitiendo innumerables veces la misma línea. Todo ello le lleva a sentirse dolorosamente consciente, a veces rozando la desesperación, del empobrecimiento y absurdidad de su vida.

Este orden referido al espacio y a la posición de los objetos en él, se puede transferir igualmente a otros dominios, como el mental, otorgando a la expresión del pensamiento aquella rigidez y minuciosidad típica del obsesivo. Así, por ejemplo, un paciente tartamudo al que nos hemos referido en otra parte (Villegas, 1992), encabezaba su autocaracterización con el siguiente preámbulo:

*“El punto más completo para mi autoanálisis lo constituye el campo de las relaciones con los demás. Puedo distinguir cuatro grupos de personas con las que me relaciono habitualmente: los familiares, los amigos de primer tipo y los de segundo tipo y las chicas”*

El texto se desarrollaba a continuación siguiendo el orden estricto enunciado en un principio, creando a su vez divisiones y subdivisiones cuando era necesario. Este estilo que es más bien característico de un informe científico presidía todas sus manifestaciones. Otras veces lo que llama la atención es la minuciosidad en la exposición de los detalles más nimios de la narración: Así un paciente obsesivo de 42 años se perdía en sus relatos aportando toda serie de informaciones relativas a los personajes de sus narraciones, incluso los más circunstanciales, que incluían nombre, apellidos, domicilio, profesión, reputación personal, etc. que parecía tener almacenada en una ficha mental. Otro paciente de treinta años, informático de profesión, bajaba a detalles todavía más nimios como puede apreciarse en el siguiente fragmento de un extenso escrito titulado “Explicaciones”:

*“En enero de 1990 mi mujer quedó embarazada: lo hicimos a conciencia y en los días clave para tener éxito. Lo hicimos porque mi hermana ya tenía un hijo de 5 meses y creíamos que nosotros ya éramos mayores (yo con 27 años y mi mujer con 25 años) para esperar más tiempo para tener hijos... Cuando en octubre nació mi preciosa hija en un parto fácil de solo hora y media (con dilatación incluida) y completamente sana, incluso me serené más... También cuando a principios de 1990 perdimos a nuestros seis clientes principales de mantenimiento (forman un grupo de seis empresas) ya que estos decidieron comprarse unas máquinas mucho más potentes y caras (7.000.000) y se las compraron a una gran empresa de Barcelona... En agosto cogí vacaciones... Y el primer día de mis vacaciones a las diez de la mañana mi jefe vino al chalet, encontró la verja abierta, atravesó los veinte metros de jardín, entró dentro de la casa y empezó a llamarme dentro del salón... Yo salí en pijama... Y me dijo que al cliente X le había salido un error 22. Yo no lo mandé a la mierda en aquel mismo instante porque soy un pedazo de pan del que todos se aprovechan...”*

No cabe duda de que el orden y el detalle son garantes de una mayor eficacia. El mismo aparato con que estoy escribiendo estas líneas es un “ordenador” y sirve, desde luego, para poner orden a los documentos, clasificándolos y guardándolos en archivos creados *ad hoc*; aunque, evidentemente requiere una planificación previa. Ciertas rutinas inalterables del sistema son muy útiles para un procedimiento eficaz

de sus programas, pero su rigidez nos lleva, a veces, a bordear la desesperación.

Sin duda la humanidad debe una gran parte de sus avances al procedimiento sistemático y ordenado del método científico, pero éste cubre solamente una parte del proceso, la de la comprobación experimental de sus resultados. Otro aspecto importante para la producción del conocimiento científico es la creatividad, la cual supone cierto grado de crisis respecto a los conocimientos anteriores y de caos fecundo donde pueden hacerse nuevas combinaciones prohibidas por la organización sistemática anterior. La creación de un nuevo orden requiere la destrucción del anterior. Lo que sugiere que el estado óptimo de un sistema es aquel que, dentro de una rutinas básicas de funcionamiento, permite un elevado grado de variabilidad y flexibilidad. La dedicación casi exclusiva del obsesivo al mantenimiento de las rutinas de base como el orden, la perfección en los acabados, la puntualidad, la exactitud absorbe la mayor parte de su energía y capacidades creativas.

Una anécdota, proveniente del Budismo Zen japonés, explica que un novicio tenía a su cuidado el mantenimiento de un pequeño templo. Llevado por su celo monacal dedicaba la mayor parte de las horas del día a la limpieza y el orden tanto del interior como del exterior del templo. Ante la noticia de que el maestro de los novicios iba a visitarle aquel día su celo se extremó aún más: limpió con sumo cuidado todos los rincones, abrigó las partes metálicas de estatuas, candelabros y manijas de las puertas; repasó con especial cuidado todos los recovecos del jardín, recogiendo una por una todas las hojas que pudiera haber esparcidas por el suelo. Una vez terminada su tarea se sentó sobre las gradas que daban acceso al pequeño templo en actitud de humilde espera, manteniendo no obstante ojo avizor para detectar cualquier alteración que pudiera producirse mientras tanto, particularmente alguna hoja que pudiera caer del árbol o que pudiera traer el viento. En esta situación se presentó de improviso el anciano maestro, al que el monje saludó respetuosamente. Después de dirigir su mirada circunspecta por todo el entorno, se acercó el maestro de novicios, apoyado en su báculo, a un tilo que presidía el jardín y dándole una sacudida al árbol con la punta de su cayado, dijo por toda palabra: “¡Ahora!”, y se alejó mientras algunas hojas del tilo iban cayendo balanceándose suavemente sobre el suelo.

La puntualidad es otra característica obsesiva destacable, lo que hace que, en general, los pacientes obsesivos sean muy puntuales y cumplidores con sus citas. Uno de ellos que, en cierta ocasión llegó diez minutos tarde a una cita con un amigo contaba posteriormente en la sesión de terapia:

Paciente.- *“Un día llegué diez minutos tarde a la cita con mi amigo y entonces él me echó una pequeña bronca. Entonces aquel día me sentí sucio, me sentí como un trapo. Y digo yo, ¿cómo puede ser que me sienta como un trapo por llegar tarde diez minutos?”*



Terapeuta: *Pero ¿sucio cómo, físicamente?*

Paciente: *No, moralmente; de ser un ladrón, de todo lo peor, no sé, de ser un hipócrita.*

- **La integridad propia y ajena:** “*Sed liberanos a malo*” (Mas líbranos de todo mal). La preocupación por cualquier riesgo físico o moral, o desgracia que pueda afectar a uno mismo y a los suyos o de los que pueda ser causa a terceros por acción u omisión.

Esta última invocación del Padre Nuestro parece el lema que preside la vida de una parte de los pacientes obsesivos, aquellos para quienes la amenaza a la integridad, propia o ajena, sea en forma de enfermedad o de percance físico o psíquico constituye su máxima preocupación. De ahí que toda su energía vaya dirigida a evitar cualquier forma de contagio pasivo o activo o de inflicción de daño o accidente a terceros por acción u omisión; o bien empleen gran parte de su tiempo en someter a prueba las propias facultades mentales para asegurarse de no estar locos.

Son frecuentes las dudas y los miedos relativos a la propia salud, y lógicos en el sentido que todo organismo se protege contra aquello que puede perjudicarle en su supervivencia. Ahora bien la obsesión preventiva puede llevar a formas disfuncionales de protección, como por ejemplo aversión hacia cierto tipo de alimentos; a ciertas prácticas o hábitos. O el miedo a contraer cualquier tipo de enfermedad de la que se ha oído hablar. De hecho la hipocondría es una obsesión invertida hacia la propia salud. Se parte en la hipocondría de la certeza de sufrir una enfermedad, a fin de evitar la duda y la angustia asociadas a la idea de tenerla, inversamente a la obsesión donde el punto de partida es la prevención. Con el consuelo añadido de aumentar con ello las atenciones, con frecuencia forzadas, que reciben de familiares y médicos especialistas, así como de beneficiarse ocasionalmente de alguna baja laboral.

El obsesivo, en cambio, no centra su atención en interpretar los síntomas más insignificantes como señal de enfermedad, sino en evitar su posible contagio o transmisión, por tanto en someter a control aquellas situaciones donde se pudiera contraer o contagiar la enfermedad. Tal es el caso de María, paciente de 40 años, al que se refiere Mancini (2000) en este mismo número de la Revista:

Casada desde hace doce, tiene un hijo de diez. Sufre desde hace ocho años un grave trastorno obsesivo-compulsivo. Su mente está obsesionada por la idea de poder contagiar a su familia. Al principio, la enfermedad temida era la sífilis, después fue el SIDA y posteriormente fueron algunos tipos de cáncer, que ella imaginaba más devastadores y dolorosos y que habían llevado a la muerte a muchos de sus familiares. La idea obsesiva aparecía a menudo y de manera intrusiva, a veces a consecuencia de estímulos banales, como rozar a alguien por la calle, otras veces, en cambio, cuando

volvía a su casa, incluso en ausencia de estímulos presentes pero al recordar estímulos experimentados durante el día. En ocasiones, la idea aparecía cuando se encontraba en situaciones de pleno bienestar, y, en tales circunstancias, la paciente tenía la impresión de “*haber ido a buscarla.*” La idea obsesiva aparecía acompañada de una notable ansiedad y le llevaba a una actividad mental más lenta, marcadamente rumiativa, centrada en la posibilidad de contagiarse o sobre las consecuencias trágicas derivadas. La imagen que le atormentaba más era la de su cuerpo asquerosamente desfigurado por la enfermedad. Casi siempre, las rumiaciones se acompañaban de lavados que repetía, compulsivamente cada vez más durante muchas horas. Evitaba totalmente todas aquellas situaciones que, a su entender, fueran capaces de suscitar la idea o el temor del contagio. A menudo pedía ayuda a su marido tanto en las evitaciones como en los lavados, y sobretodo le pedía comprobar que hubiera logrado o tenido éxito en tal evitación o que hubiera realizado correctamente los lavados. María se mostraba crítica en relación con sus temores que consideraba exagerados y también dañosos. El trastorno, a su entender, minaba la calidad de su vida, aprisionándola en una red inextricable de evitaciones y lavados, y arruinaba también la vida de su marido y de su hijo.

Estas preocupaciones son parecidas a las de higiene y limpieza, orientadas a evitar la contaminación o la suciedad, vía por la que pueden colarse fácilmente los agentes contaminantes o nocivos y, por tanto, potencialmente perjudiciales para la salud propia o la de los demás. Son particularmente proclives personas que llevan a cabo ocupaciones sanitarias, o que tienen a su cargo el cuidado del bienestar y la salud de niños, ancianos o enfermos; para algunos profesionales de la salud la persistencia de estas preocupaciones obsesivas ha llegado a ser tan intolerables que han supuesto el abandono de la profesión después de años de angustia e insomnio: médicos que no podían resolver de ningún modo la sospecha de haber llevado a cabo un diagnóstico erróneo o haber prescrito una medicación equivocada o contraindicada; cirujanos o dentistas que no podían deshacer nunca completamente la duda de si su intervención había sido la más acertada y de si la habían llevado a cabo de la forma más correcta posible. Igualmente las personas que viven del comercio sexual carnal o que se convierten en sus usuarios. Algunos pacientes que han mantenido relaciones esporádicas y sexualmente superficiales con mujeres de alterne llegan a desarrollar auténtico pánico ante la idea que les asalta de haber podido contraer el SIDA, la sífilis, la tuberculosis o cualquier otra enfermedad de transmisión sexual y poder convertirse, de este modo, en agentes de propagación de la enfermedad.

En otras ocasiones el miedo a causar daño a terceros se presenta revestido bajo formas de evitación de accidentes o de protección contra posibles impulsos asesinos. La diferencia respecto a la actitud sobreprotectora o preocupación habitual de muchas madres está en que éstas intentan proteger a sus hijos o familiares de

peligros provenientes del exterior, de las que ellas no son agentes, mientras que la preocupación obsesiva hace referencia a los propios impulsos: la madre, no tan frecuentemente el padre, siente que podría echar el niño por la ventana, o herirle con los cuchillos de la cocina, o quemarle con el fuego o la plancha, o ahogarle en la bañera. Tales impulsos, por horrorosos que parezcan en primer lugar a quienes los sufren, no son infrecuentes en madres que se han encontrado con embarazos no deseados o que los viven como condicionantes importantes de sus vidas. Naturalmente los papeles pueden estar invertidos y ser los hijos quienes “deseen” la muerte de los padres, como le sucede a David, estudiante algo rezagado de ingeniería de 26 años, que vive en casa con sus padres y un hermano menor. Ha seguido con escaso éxito un tratamiento farmacológico por un trastorno obsesivo. Durante una de las sesiones, referida por Mancini (2000a) cuenta lo siguiente:

*“No podía dormir, estaba excitado porque había bebido un café tarde, me sentía pletórico de energía, con una gran confianza en mis posibilidades, mi mente no paraba de hacer proyectos de futuro: los exámenes que iba a realizar, casarme y tener hijos. Podré ganar un montón de dinero, que ahora no tengo para poder ir de vacaciones, en casa no tenemos dinero, mis padres tienen un seguro de vida, si tienen un accidente, si nos coge algo... Estoy cada vez más agitado, me preocupo de lo que estoy pensando, ¿quiero que mis padres mueran? ¿Sería capaz de hacerlo? Estoy aterrizado, me siento solo, empiezo a imaginar escenas, me veo rabioso como un psicópata, entonces deseo la muerte de mi padre y yo soy el autor, tengo dudas de que sea capaz de hacerlo, y el hecho de tener estas dudas aumenta la sensación de que desee hacer estas cosas, me siento confuso, sin confianza.*

*He ido al funeral del padre de un amigo mío, me siento triste, ¿por qué estas cosas tienen que suceder? ¿Por qué no podemos ser felices todos? Lo siento por mi amigo, también por mí, si me tuviera que pasar, pero en el fondo la vida continúa, hay que seguir adelante y hacer frente a las situaciones, ahora me siento lleno de energía, con muchas ganas de hacer cosas, empiezo a fantasear, ¿cómo puedo haber pensado todo eso? Me siento muy culpable, si estoy tan lleno de energía, ¿quiere esto decir que de verdad lo deseo? No lo sé, lo dudo, ¿lo deseo o no?”*

Esta preocupación por llegar a producir un daño físico a una tercera persona se puede extender a personas ajenas a la familia, más o menos anónimas; a veces presente en forma de ideas o fantasías homicidas. Una paciente a la que llamaremos Rebeca experimenta con frecuencia ideas intrusivas de este tipo cuando hace de canguro:

*“Cuando hago de canguro tengo miedo de clavarle las tijeras al niño... Y luego todos estos pensamientos de matar realmente eran muy intensos; recuerdo que una vez me enfrenté a este pensamiento y estando junto a un*

*bebé cogí una cuchilla y me dije: venga, hazlo, a ver si puedes... ¡qué duro!, aún me siento fatal”*

Otras veces son noticias de desgracias ocurridas a personas extrañas, como accidentes de tráfico o aviación, terremotos, naufragios, incendios, inundaciones etc. las que sirven de pretexto para activar el pensamiento obsesivo, dado que la primera idea que se ha cruzado por la mente del sujeto es la de alegrarse de que tales hecatombes hayan sucedido en países lejanos y en nuestro entorno nos hayamos visto preservados de ellos: estos accidentes constituyen el cumplimiento de la invocación del obsesivo: “*sed liberanos a malo*” y por ende una confirmación del poder mágico de su pensamiento. La consecuencia de ello es la activación de una serie de rumiaciones por las que el paciente se pregunta ahora si la alegría que está sintiendo por haberse liberado él y los suyos de la catástrofe no será un indicativo de su participación en la causación de la misma. “*Si me alegro es que lo he deseado, y si lo he deseado es que lo he causado.*”

- **La Religiosidad:** “*Si Deus pro nobis, quis contra nos*” (Si Dios está con nosotros, quién estará contra nosotros”) El cumplimiento religioso y de los rituales; dudas de fe; impulsos blasfemos.

Esta inscripción, tomada de San Pablo, que aparece inscrita en la piedra sobre la puerta del castillo de Cracovia, hace referencia a la fuente de seguridad, que pretendidamente puede dar la religión, tal como algunos obsesivos buscan afanosamente en ella. Como decía un paciente miembro activo de una iglesia cristiana, “*el dogmatismo de mi iglesia me sirvió como **ansiolítico** ya desde la adolescencia*”.

Esta finalidad queda claramente explicitada en el diario de otro paciente de 21 años, estudiante de derecho, al que llamaremos Alberto:

“Otro comportamiento destacable se produce cuando rezo. El rezo se convierte en una fórmula mística para evitar la posibilidad que se produzcan sucesos desagradables. Considero que el rezo es una expresión residual de las convicciones religiosas que fui interiorizando en mis años como alumno en un colegio de curas. Pero creo que, en realidad, es una muestra exterior de mi inseguridad ante lo que no conozco y que, por lo tanto, no controlo.

*Podría comentar otras situaciones similares en las que repito fórmulas de conducta de carácter místico, pero todas se basarían en lo mismo, en una conducta insegura que no sabe si hay algo más en este mundo que lo que percibimos por los sentidos. Por eso, al no conocer si existe algo ajeno a nosotros que pueda determinar nuestro destino, intento cubrir todas las posibilidades para que no le suceda nada que pueda dañar a mi familia ni tampoco a mí”.*

La naturaleza autoritaria y “sobrenatural” de las iglesias contribuye, sin duda, a reforzar esta función aseguradora de la fe, pero introduce, a su vez, una posibilidad

de escisión entre la experiencia religiosa y la personal. Posiblemente lo que algunos escritores místicos, como Santa Teresa de Jesús y otros, han llamado la noche oscura del alma, corresponde a una conciencia obsesiva, dudosa en su fe, alternada con momentos de depresión, que sólo espera apaciaguarse con la iluminación divina, representada magníficamente, en el caso de Teresa de Avila, por Bernini en el conjunto escultórico de la Transverberación, tal como puede contemplarse en Roma en la Iglesia de Sta. Maria della Vittoria, cerca de Términi.

Este tipo de experiencias afecta particularmente a personas que han hecho de las prácticas religiosas su forma de vida o su profesión, o aquéllas para quienes los temas religiosos constituyen, por alguna razón, tabú. Son conocidos los milagros operados por intervención divina, según las leyendas medievales, para dar respuestas a las dudas de fe de algunos sacerdotes en el momento de la consagración eucarística (tema de la “transubstanciación”: cambio de la sustancia del pan en carne y del vino en la sangre de Cristo). En la actualidad se conservan todavía en algunas iglesias, por ejemplo en Daroca, “reliquias” de estos milagros en forma de corporales manchados de sangre que brotó abundantemente del cáliz en el momento de la consagración, como signo divino para apagar las dudas obsesivas (de fe) de dichos ministros del Señor. Tales dudas, al margen de su veracidad histórica, merecen ser consideradas obsesivas por su carácter sistemático que no remitía sino por medio de una intervención divina. La condición para no dudar del sacerdote incrédulo es la misma que pone el obsesivo para alcanzar la certeza: una prueba absoluta que sólo puede dar Dios.

Con frecuencia la obsesión religiosa tiene más que ver con la moral, sobre todo sexual, que con el dogma. La paciente a la que hemos llamado Rebeca escribía en su diario:

*“Aún me da vergüenza recordar aquella situación en la que de niña empecé a masturbarme y un día descubrí que era pecado mortal, y recuerdo lo mal que me sentí en mi primera comunión por comulgar y no haber confesado mi gran pecado... Sé que lo de la masturbación es algo natural, pero es algo por lo que me he sentido siempre pecadora y sucia, muy sucia”.*

Naturalmente las áreas en conflicto para el obsesivo pueden ser más de una a la vez e, incluso, estar relacionadas entre sí, pudiendo ser usadas indistintamente de forma aditiva o sustractiva.

Un caso particularmente representativo lo constituyen las interrelaciones entre religiosidad y castidad, tal como se presenta en el paciente de 40 años al que hemos llamado Roberto, el cual ya desde adolescente sufre de intensas obsesiones obscenas y blasfemas. El sistema de mutua neutralización que el paciente ha elaborado entre ambas tendencias es digno de consideración. El escalamiento entre una y otra empieza con el impulso masturbatorio para contrarrestar el cual acuden a la mente del paciente blasfemias horribles. Para protegerse de ellas Roberto desvía hacia

divinidades egipcias, haciéndolas objeto de sus imprecaciones, las blasfemias que brotan en su mente. Sin embargo la persistencia en ellas es un recordatorio de los impulsos masturbatorios iniciales que se intenta controlar. Dado que tales intentos por neutralizarlos resultan infructuosos la escalada de blasfemias va subiendo de tono y se traslada del Antiguo Egipto al Olimpo de los dioses griegos y al Panteón de los romanos con el mismo resultado infructuoso, hasta que empieza a meterse con figuras menores del santoral cristiano y la jerarquía eclesiástica, terminando por acercarse peligrosamente a la Virgen Purísima y a las tres Personas de la Santísima Trinidad. Ahí tiene que detenerse por lo horrendo de las blasfemias y suprema dignidad de los personajes ofendidos. El sistema capaz de poner freno a esta orgía de blasfemias es dar rienda suelta compulsivamente al acto masturbatorio, después de lo cual Roberto queda relajado físicamente pero con un gran sentimiento de culpabilidad, que sólo consigue paliar pensando que con ello ha evitado pecados mayores.

## LOS COMPONENTES ESTRUCTURALES DE LA OBSESIÓN

Nos referimos con este enunciado a la naturaleza de los componentes estructurales de la obsesión, éstos pueden ser resumidos en tres categorías que ya han aparecido abundantemente a través de los ejemplos y las consideraciones que hemos venido desarrollando hasta este momento: la duda, la desconfianza y la culpa. Estas son las tres columnas sobre las que se sostiene el trípode de la obsesión. La primera hace referencia a la naturaleza cognitiva de la obsesión; la segunda a su índole emocional y la última a su condición moral. Todas ellas están íntimamente ligadas como tendremos ocasión de ver a continuación.

### A) La duda: “*Soles duabus sellis sedere*” (Acostumbras a sentarte en dos sillas)

La frase, usada por Séneca (padre) (*Controversiae*, 7, 3, 9) para describir una actitud de Cicerón por la que pretendía ocupar dos escaños en el Senado, viene como anillo al dedo para hacer referencia al intento obsesivo de considerar simultáneamente todas las alternativas. Otorgándoles el mismo peso, el sistema epistemológico obsesivo impide cualquier tipo de superación dialéctica instaurándose en la duda sistemática.

Desde el punto de vista cognitivo, la obsesión es el resultado de hacer de la duda metódica no una forma de procedimiento científico, sino vital. Un paciente, al que hemos llamado Claudio, había tardado en comprar unas gafas, que necesitaba, siete años, hasta que encontró la montura “adecuada”; había tardado tres años en comprar los que él llamaba “los zapatos”, es decir, los zapatos de diario, que para él se oponían a los zapatos baratos que se desgastan rápidamente.

Ahora bien, ¿qué es lo que lleva a la duda metódica?. El miedo a ser engañados o a equivocarnos, la búsqueda, en consecuencia, de la certeza absoluta. No se trata

para el obsesivo de una cuestión atinente a la razón pura, sino a la razón práctica, con el resultado paradójico de invertir toda su vida en la resolución de problemas abstractos, dando prioridad a la filosofía sobre la vida. Como escribe uno de ellos en sus apuntes, “*se necesitan criterios absolutos (razón pura) para vivir (razón práctica)*”. De hecho la duda afecta a todas aquellas áreas que se consideran objetiva o subjetivamente como trascendentes o al menos necesarias para la supervivencia y la autoestima y que por sí mismas son estructuralmente inciertas. A todas aquellas de las que no se puede estar nunca definitivamente seguro o a todas aquellas a las que se quiera proyectar la sombra de la duda y que resultan vital importancia para el sujeto.

Cualquiera de nosotros, independientemente de su estructura de personalidad, estaría dándole vueltas indefinidamente a lo correcto o no de una decisión como la que se ve obligada a tomar la protagonista de la película *La decisión de Sophie*, cuando los nazis le conminan a escoger llevarse con ella al campo de concentración sólo a uno de sus dos hijos: el niño o la niña. El niño es más pequeño, piensa la madre, y no podría sobrevivir en un mundo de hombres adultos; en cambio ella lo podrá llevar consigo, cuidarlo y protegerlo, apoyada por otras mujeres; por otra parte la niña ya es algo mayorcita, sabrá defenderse mejor y será deportada junto con otras mujeres que seguramente tendrán más cuidado de ella, que lo tendrían los hombres del niño. Esta decisión, que en un primer momento puede parecer la más sensata y adecuada a una situación como esa, se presta, sin embargo, a toda una serie de dudas que la cuestionan indefinidamente: ¿y si los soldados abusan sexualmente de la niña, la violan y la asesinan? ¿y si los hubiera dejado a los dos y, de este modo se los hubiese ahijado tal vez la mujer de un coronel nazi sin descendencia o hubiesen sido llevados a una institución para huérfanos? ¿y si, dado que tanto el niño como la niña van a parar de este modo a campos de concentración femeninos, acaban todos muertos porque las mujeres les resultan una carga económica inútil a los nazis, y en cambio existen más probabilidades de supervivencia en un campo de concentración masculino puesto que los hombres pueden serles útiles en la ejecución de trabajos de fuerza?

¿Cómo encontrar la solución correcta a tales dilemas? No, desde luego, recurriendo a la lógica (racionalidad) ni al azar (irracionalidad), sino dejándose llevar por la intuición, aunque sea a riesgo de equivocarse. La lógica es incapaz de resolver por sí misma dilemas de este tipo, puesto que los argumentos en favor o en contra de cualquier resolución pueden llevarnos al infinito. El recurso al pensamiento mágico o irracional tiene el valor de calmar, pero no de resolver. El dramático balance que se origina ante la duda respecto a las distintas alternativas plantea las limitaciones del pensamiento para la toma de decisiones.

La gran solución de los obsesivos es el determinismo, la ciencia, el orden, la perfección, la pureza, la castidad. Todo aquello que es absoluto y, por tanto no ofrece margen a la duda. Ésta es la razón por la que los obsesivos otorgan una importancia

tan trascendente a todas aquellas actitudes que, aparentemente, no presentan fisuras, que tienden a lo absoluto. La única manera de no tener dudas sobre el origen de un determinado fenómeno es explicarlo por la reducción a sus causas; éstas, sin embargo, tienen que ser lo más simples posible, puesto que con el aumento de la complejidad aumenta la duda. Hay que empezar, por tanto, por reducir las causas a las eficientes, evitando cualquier referencia a las finales. En este punto el obsesivo actúa como el científico positivista: no sólo se limita a las causas eficientes, sino que parte del principio que lo más complejo se debe explicar siempre por lo más simple. Así, por ejemplo, la esquizofrenia se debe a algún defecto de la química cerebral, de carácter además, innato. Cualquier otra explicación viene sistemáticamente descalificada, con lo que se empobrece notablemente la posibilidad de aumentar el conocimiento.

Todas aquellas manifestaciones de la vida humana que son fuente de ambigüedad, como el lenguaje, sufren también una reducción drástica. Los textos son desprovistos de sus contextos y los dobles sentidos, las ironías, los “guiños” semánticos se vuelven enigmas indescifrables que el obsesivo tiende a interpretar literalmente o que le llenan de confusión. Un paciente obsesivo, cuyas dudas influían en intensas vacilaciones del habla que llevaron al diagnóstico de tartamudez escribía en su autocaracterización, cuyo texto completo hemos publicado en otra parte (Villegas 1992):

*“No soporto en particular a los que se comportan de una forma **ambigua**, haciendo cosas a escondidas y diciendo medias verdades. Por ello, si pasa algo de este tipo, en general no salgo más durante algunos días. Se produce que cuando vuelvo a ver a estas personas me encuentro siempre en tensión, para evitar volver a ser enredado. En general esta situación se refleja en un empeoramiento del lenguaje.”*

Naturalmente de lo que más duda el obsesivo es de sus propios sentimientos y en consecuencia se entrega a continuos cuestionamientos sobre la naturaleza de sus afectos: “no sé si tengo que avergonzarme o no tengo que avergonzarme” o la lectura de los gestos indicativos de los demás respecto a sus manifestaciones de amor o rechazo. ¿Cómo puedo saber si me quiere o no me quiere? ¿Si lo que siento es amor o es egoísmo? ¿Si consiente en que me acerque o no me acerque? El siguiente caso, referido por Bara, Manerchia y Pellicia (1996) es claramente indicativo de los extremos de precisión donde puede intentar llegar el obsesivo en sus planteamientos, naturalmente sin que consiga tampoco resolver con ello sus dudas.

Juan Luis es un industrial de treinta y seis años, inteligente y competente en su trabajo. A los veinte años se prometió con María, con quien tuvo su primera relación sexual, superando con ello la dificultad que tenía respecto a las chicas por timidez, ya que creía que las chicas le rechazarían. Al cabo de trece años de noviazgo inicia una vida de convivencia con María, no exenta de dificultades. En una cena de



compañeros de instituto Juan Luis encuentra a Silvia, “la más guapa del curso”, recientemente divorciada con quien inicia una relación apasionada. Juan Luis pide terapia para entender qué le sucede, porque no consigue decidir por cuál de las dos se siente enamorado. Ha dejado sucesivamente por dos veces cada una de ellas, para terminar descubriendo que no podía estar sin aquella de la que se acababa de separar. Esta situación la vive con angustia, entre otras cosas por el sufrimiento que hace pasar a sus dos amantes.

Para expresar su incertidumbre y con la intención de resolver científicamente el problema viene a terapia con unas tablas donde puntúa tanto a María como a Silvia en función de nueve parámetros positivos y cuatro negativos, ponderando las diversas puntuaciones en función del peso relativo que les otorga a cada uno de los parámetros descritos. Los subtotales se corresponden a cada grupo de parámetros y el total es el resultado de restar las puntuaciones negativas a las positivas. La diferencia entre los totales ponderados da una ligera ventaja a María (0.29), dado que, a pesar de que Silvia gana en las puntuaciones positivas, pierde en las negativas, siendo la diferencia entre ambas favorable a la primera. Esta es la tabla con las puntuaciones por parámetros.

Parámetros	Peso subjetivo	Puntuaciones María	Puntuaciones ponderadas M.	Puntuaciones Silvia	Puntuaciones ponderadas S.
Diálogo	0,14	8,5	1,19	8,5	1,19
Belleza	0,08	6,5	0,52	8,0	0,64
Afinidad sexual	0,19	6,5	1,24	9,0	1,71
Honestidad	0,14	9,0	1,26	9,0	1,26
Clase	0,04	9,0	0,36	7,0	0,28
Cultura	0,04	9,0	0,36	7,0	0,28
Dulzura	0,09	7,5	0,67	8,5	0,77
A.carácter	0,14	8,0	1,12	7,0	0,98
A. epidérmica	0,14	8,5	1,19	6,5	0,91
<b>SUBTOTAL</b>	<b>1,00</b>	<b>72,5</b>	<b>7,91</b>	<b>70,5</b>	<b>8,02</b>
Maldad	0,30	-8,0	-2,40	0,0	0,00
Vanidad	0,20	0,0	0,00	-7,0	-1,40
Posesividad	0,20	-8,0	-1,60	-6,0	-1,20
Infidelidad	0,30	0,0	0,00	-6,0	-1,80
<b>SUBTOTAL</b>	<b>1,00</b>	<b>-16,0</b>	<b>-4,00</b>	<b>-19,0</b>	<b>-4,40</b>
<b>TOTAL</b>		<b>56,5</b>	<b>3,91</b>	<b>51,5</b>	<b>3,62</b>
<b>RESULTADO FINAL</b>		<b>(3,91 - 3,62)</b>	<b>+ 0,29</b>		

**B) La desconfianza:** “*Latet anguis in herba*” (En la hierba se esconde la serpiente)

Este versículo (93) de la tercera Bucólica de Virgilio, recogido también por Shakespeare en Macbeth (1, 5) advierte de la necesidad de no fiarse de las apariencias y de la conveniencia de mantener siempre una actitud desconfiada y vigilante. Llegados a este punto, el obsesivo desconfía por sistema de sí mismo y de los demás. De sí mismo porque no puede estar seguro de acertar en sus decisiones, de los demás porque pueden engañarle. A partir de estas premisas el obsesivo está atento a los más mínimos detalles: puede desconfiar de las intenciones y la competencia de su terapeuta, llegando a hacer comprobaciones de la autenticidad de sus títulos. Quiere conocer su opinión respecto a los más diversos temas morales, religiosos, políticos, pedagógicos, intentando ponerlo a prueba. Busca activamente cualquier contradicción real o aparente en sus palabras o actitudes, introduciendo en la relación terapéutica la actitud hipervigilante que mantiene hacia sí mismo.

Pero sobre todo el obsesivo duda de sí mismo, de sus propias capacidades, no tanto intelectuales, cuanto personales. No se fía de su criterio que considera falible; no se fía de sus intuiciones que siente borrosas; no se fía de su voluntad que nota inconstante; no se fía de sus emociones que percibe volubles; en los momentos de mayor ansiedad no se fía ni siquiera de sus propias sensaciones y percepciones. Se comporta como un “constructivista radical” que se tomara en serio, no en el plano de la explicación científica, sino en el de la propia existencia, la afirmación de que cualquier representación mental o sensación percibida del mundo exterior es una construcción del propio cerebro, llegando a la conclusión de que no es posible el conocimiento de la realidad absoluta o en sí misma considerada. El relativismo epistemológico se le hace insostenible y busca desesperadamente certezas absolutas donde agarrarse: la perfección, la ciencia, la pureza. No le basta el conocimiento ordinario, la experiencia cotidiana, la certeza empírica: exige demostraciones irrefutables. No es extraño que los obsesivos dirijan a los demás y, particularmente a su terapeuta, preguntas que podríamos calificar de metafísicas o existenciales sobre el sentido de la vida, la existencia de Dios, o la justificación del mal. Un paciente escribe como resumen de sus problemas:

*“Yo ya estaba mejor, había recuperado el apetito y ya no me mareaba. Pero mis dudas existencialistas no las tenía resueltas... Empecé a comprar todos los meses las revistas: “Más allá de la ciencia”, “Año cero” y “Espacio y tiempo”, todas sobre temas de parapsicología. También empecé a leer a Juan José Benítez (famoso ufólogo) y a Raymond Moody (famoso tanatólogo, con libros como “Más allá de la muerte”). Siempre intentando encontrar la respuesta a mis dudas... Necesidad de encontrar un guía espiritual, un gurú (¿un padre perdido?) que me aconseje, me guíe y me explique los misterios de la vida, del goce, del sufrimiento, etc. Estoy harto de esperar que los extraterrestres se decidan a aterrizar en la ONU y nos expliquen su filosofía, nos enseñen su técnica y arreglen el mundo.”*

Las dudas del obsesivo hacen referencia también, frecuentemente, a su identidad sexual, constituyendo a veces el motivo inicial de la demanda o el objetivo dominante en sus rituales de comprobación (véase por ejemplo el caso que explica Mancini en este mismo número del paciente que dudaba si había visto en un panel de publicidad un anuncio de un Ford o un Fiat). Esta era la demanda, igualmente, de un paciente de 47 años, hostelero de profesión, al que en un artículo anterior (Villegas, 1999) hemos llamado Miguel, cuya consulta se abría con estas palabras:

*“Pasó que este verano conocí a un hombre. Empezamos a vernos; en pocas palabras, empezamos a tenernos simpatía y a mantener relaciones. La historia continuó. Yo hablé de ello con mi mujer, que lo sabe todo... Digamos que si yo hubiera sido una persona normal, no hubiera dado más importancia a esta historia. Si mi mujer me hubiera dicho: “vete, eres gay, eres un cabrón, puede que esta historia hubiera terminado”; pero mi mujer sólo me dijo “son cosas que pasan en la vida”; dice que no puede olvidarme en absoluto, porque siempre ha vivido cerca de mí... y la historia ha continuado... Esto es lo que me atormenta: que mi mujer me siga diciendo que ha vivido 23 años de felicidad conmigo ... y después de 23 años me encuentro con que no sé..., ella no entiende por qué han pasado estas cosas. Yo también quería entender porqué me han pasado estas cosas... ¿si soy gay o no soy gay? ¡Eso es todo!*

Para sus decisiones cotidianas, tanto de carácter práctico como moral, requiere también el obsesivo la seguridad de algún referente externo: signos mágicos, como combinaciones de números, palabras o letras, o directamente de alguna figura de autoridad, como el propio terapeuta. La paciente Lola Voss, a la que nos referiremos más adelante, aun estando a centenares de kilómetros de su terapeuta, le pedía por carta su opinión para cada decisión que debía tomar en su vida. El paciente moralmente escrupuloso debe consultar constantemente a su confesor sobre la moralidad de sus pensamientos o sumirse en largas e inacabables rumiaciones. De esta forma el obsesivo se comporta, como expresivamente dirá uno de ellos como “un teleñeco”, carente de referentes propios.

Parte, además, de la suposición, lógica en esta lógica de “constructivista radical”, de que su conocimiento tampoco es compartido por los demás, como si cada individuo constituyera una especie aparte, con barreras infranqueables: una mónada epistemológica, incapaz de comunicarse con los demás, de hacerles partícipes de sus experiencias, emociones y pensamientos. Paradójicamente la seguridad que busca de este modo en los demás, dado que no la encuentra en sí mismo, tampoco tiene una base muy sólida donde sustentarse, puesto que también ella se asienta sobre la confianza, que, en último término, implica el riesgo del engaño y del error.

Cualquier acción humana se ejecuta sobre la base de un cierto grado de fe y confianza: se cree que algo es así y se confía en que irá bien o producirá su efecto

de esta manera porque nos lo dice la experiencia, nuestra capacidad de discernimiento, la confianza en los demás o, simplemente, una corazonada. El conocimiento científico, la aportación de evidencias, los controles objetivos y externos, los aparatos de medición, etc. son complementos a nuestro conocimiento, instrumentos de apoyo a la seguridad interna del sujeto; pero no la constituyen: ésta se basa en la intuición, la percepción, la experiencia, la confianza en sí mismo y en las propias facultades y en la creencia en las buenas intenciones de los demás, mientras no se demuestre lo contrario. La lógica obsesiva, en cambio, parece seguir el camino contrario, el de no fiarse ni de su sombra: “*piensa mal y acetarás*”

**C) La culpa:** “*Mea culpa, mea culpa, mea maxima culpa*” (Por mi culpa, por mi culpa por mi grandísima culpa).

El tercer elemento que sustenta el trípode de la obsesión pertenece al dominio moral y constituye la gran amenaza que mantiene en vilo al obsesivo, a saber el sentimiento de culpabilidad. Gran parte de sus esfuerzos parecen dirigidos a protegerse de alguna culpa, aparentemente inexistente, por la que el obsesivo experimentaría un gran sentimiento de culpabilidad. Ya desde Freud (1913) se ha señalado la relación intrínseca existente entre culpa y obsesión, hasta el punto que el fundador del psicoanálisis apuntaba con su particular estilo la imposibilidad del conocimiento de la una sin la otra:

*“Puede incluso arriesgarse la afirmación de que si no fuera posible descubrir el origen de la conciencia moral por el estudio de la neurosis obsesiva, habríamos de renunciar para siempre a toda esperanza de descubrirlo”,*

dando a entender que sólo a través del análisis de la obsesión puede llegar a esclarecerse el sentido de la culpa. Los autores posteriores, incluso quienes pertenecen a las filas del cognitivismo conductual, poco sospechosos de introspeccionismo, entre ellos Rachman (1993, 1997, 1998) y Salkovskis, Shafran y Freestone (2000), reconocen el papel determinante de este rasgo en el comportamiento obsesivo. Desde una perspectiva más cognitivista Mancini, uno de los estudiosos más activos en este campo (Mancini, 1997; 2000; Mancini, Corsani & Episcopo 2000) han abundado ampliamente en lo mismo. Valeria Ugazio (1998) en una brillante síntesis de las corrientes provenientes del psicoanálisis, el cognitivismo-constructivista y la terapia sistémica convierte la culpa en el eje sobre el que estructurar la organización semántica obsesiva.

Volviendo a los orígenes del planteamiento moral inherente al insurgir de la sintomatología obsesivo-compulsiva, Freud (1913) compara la culpa que experimenta el salvaje ante el tabú con la de la conciencia obsesiva:

*“La conciencia moral es la percepción interna de la repulsa de determinados deseos. Pero su particular característica es que ésta repulsa no tiene necesidad de invocar razones ningunas y posee una plena seguridad de sí*

*misma. Este carácter resalta con más claridad aún en la conciencia de culpabilidad; esto es, en la percepción y la condena de los actos que hemos llevado a cabo bajo la influencia de determinados deseos... Todo aquel que posee una conciencia moral debe hallarse a sí mismo la justificación de dicha condena o debe verse impulsado por una fuerza interior a reprocharse y reprochar a los demás determinados actos. Pero esto es, precisamente, lo que caracteriza la actitud del salvaje con respecto al tabú, el cual no es sino un mandamiento de su conciencia moral, cuya transgresión es seguida de un espantoso sentimiento de culpabilidad, tan natural como desconocido en su origen.*

*Así pues, también la conciencia moral nace de una ambivalencia afectiva inherente a determinadas relaciones humanas y tiene por condición aquella misma que hemos asignado al tabú y la neurosis obsesiva, o sea que uno de los dos términos de la oposición permanezca inconsciente y quede mantenido en estado de represión por el otro, obsesivamente dominante. Hemos hallado, efectivamente, en primer lugar, que el neurótico obsesivo sufre de escrúpulos morbosos que aparecen como síntomas de la reacción, por la que el enfermo se rebela contra la tentación que le espía en lo inconsciente y que a medida que la enfermedad se agrava se amplifican hasta agobiarle bajo el peso de una falta que considera inexpiable.”*

En estos textos, Freud presupone la comisión del acto, la transgresión del tabú, como condición de la insurgencia del sentimiento de culpabilidad. Para el neurótico obsesivo, en cambio, postula la represión del deseo como la causa de la angustia. Sólo en la medida en que el deseo se considera eficaz, en cuanto capaz de causar por sí mismo el acto, el deseo puede identificarse con la transgresión y acarrear culpa. En cualquier caso se hace precisa la comisión del acto de forma real o desiderativa, para que surja el sentimiento de la culpa. Una investigación más detallada, no obstante, pone en evidencia que no sólo es la posibilidad de haber cometido actos inicuos, lo que despierta la culpabilidad del paciente obsesivo, sino, también el no haber hecho lo suficiente para impedirlos. Es decir que se puede pecar por **acción u omisión**.

En general se asume que para poder sentirse culpable de alguna cosa es preciso tener alguna posibilidad de control sobre ella, es decir se establece una relación de equivalencia entre culpabilidad y responsabilidad, aunque para el obsesivo no hace falta que el control sea real, sino que basta con que sea potencial:

*“Para sentirse responsable y culpable es necesario asumir tener poder sobre las propias acciones y omisiones, pero no hace falta que este poder de control sea actual, basta con que sea potencial”*,

dice Mancini (2000) en este mismo número monográfico. Estamos totalmente de acuerdo con este postulado, pero nos gustaría añadir que para algunos obsesivos es suficiente asumir que **deberían haber sabido**, aunque de hecho no supieran, o que

*deberían haber podido*, aunque no pudieran en efecto, para sentirse culpables. Es decir que no basta con ser buenos o perfectos, o con hacer lo posible para serlo, sino que se *debe* absolutamente serlo. La fuerza del imperativo *categorico* se impone con toda su crudeza: “debería haber sabido; debería haber pensado, debería haber dicho o hecho”, tales son los reproches que frecuentemente se dirigen los obsesivos ante acontecimientos que no han podido evitar, y en los que de alguna manera se encuentran moralmente implicados, pero que ya han sucedido y cuyos efectos pesan sobre sus conciencias, porque creen que *deberían haber podido hacer* algo para evitar.

Una situación de este tipo es la que describe José Saramago (1991) en su libro “*O Evangelho segundo Jesus Cristo*.” El protagonista del pensamiento obsesivo es en este caso José, el padre de Jesús de Nazaret, el cual habiendo tenido noticia, según la versión novelada del autor, de las intenciones de Herodes de matar a todos los niños menores de tres años, nacidos en Belén, para evitar que de entre ellos, según la profecía, surja el sucesor que haya de usurparle el trono, huye aterrorizado hacia la cueva en la montaña, donde todavía están María y el niño para prevenirles del peligro. Por el camino, sin embargo, al cruzar el pueblo de Belén le asalta la duda terrible de si debería primero avisar a todos los vecinos para que ocultaran o alejaran del pueblo a sus propios hijos pequeños. Le retiene sin embargo el miedo a ser alcanzado por los soldados del rey antes de dar término a su misión y no poder prevenir de este modo a María y a su hijo, preservándolo de la matanza, por lo que decide llegar sin más demora, intentando pasar lo más desapercibido posible, dando incluso rodeos por las afueras del pueblo, sin ni siquiera levantar la alarma entre los vecinos con sus gritos o sus gestos. Esta decisión que parece la más correcta y la única posible en tales circunstancias se le replanteará a José, sin embargo, incesantemente en la vigilia y en el sueño durante el resto de sus días. Aquella noche José tuvo una pesadilla

*“en la que se vio cabalgando, vestido de uniforme con todos los pertrechos militares, armado con espada, lanza y puñal, soldado entre soldados. El comandante de las tropas le preguntaba: ¿adónde vas, carpintero?. A lo que él respondía orgulloso de conocer bien su misión: Voy a Belén, a matar a mi hijo.”*

El sueño describe a la perfección la naturaleza del pensamiento obsesivo: el remordimiento, por atribución de culpabilidad, por no haber hecho bastante o haber omitido aquello que hubiera *podido* hacer y no hizo. Representándose a sí mismo como asesino de su propio hijo se le hace patente a José que él ha colaborado en la muerte de los demás niños inocentes a las órdenes de Herodes. Dios se interpuso en su camino, como el ángel en el caso de Abraham que iba a sacrificar a su hijo, permitiéndole descubrir por la indiscreción de unos soldados chismosos los designios asesinos de Herodes y, sin embargo, por egoísmo y cobardía no aprovechó el tiempo que tenía para avisar a la gente de Belén del peligro que corrían sus hijos. En

un diálogo imaginario entre Jesús, adolescente de doce años, y José, su padre, el carpintero, Saramago pone en boca de éste último estas palabras:

José: *Hijo mío, ya conoces tus deberes y tus obligaciones, cúmplelos todos y encontrarás justificación ante Dios; pero piensa también en buscar en tu alma qué deberes y obligaciones **puede haber más, que no te hayan sido enseñados***

Jesús: *¿Es este tu sueño, padre?*

José: *No. Haber olvidado un día mi deber o no haber pensado en ello, sólo es la causa. El sueño es **el pensamiento que no fue pensado cuando era necesario**, y ahora me acompaña cada noche para que no lo olvide...*

La naturaleza de esta experiencia llevará a José, en el texto novelado de Saramago, a una muerte *expiatoria* en la cruz, precursora de la de Jesús. Los crímenes de los hombres buenos - como le dice un ángel que se aparece a María para explicarle el sueño de su esposo- son los únicos que **no se perdonan**.

María: *Pero ¿qué crimen ha cometido mi esposo?*

Ángel: *Ha sido la crueldad de Herodes la que ha desenvainado la espada, pero vuestro egoísmo y cobardía han sido las cuerdas que han atado de pies y manos a las víctimas.*

María: *Pero ¿qué hubiera haber podido hacer yo?*

Ángel: *Tú nada, por que no lo sabías; pero tu esposo José, el carpintero, hubiera podido avisar al pueblo que venían los soldados a matar a los niños; todavía había tiempo para que los padres cogiesen a sus hijos y escapasen."*

Como en el texto de Saramago el remordimiento acompaña hasta en sueños al obsesivo. Un paciente veía en sueños al terapeuta que le echaba de su consulta, retrayéndole el no haber pensado antes en las consecuencias de sus actos. Consecuencias que en la realidad no se habían dado, pero que potencialmente se hubieran podido producir y que él **debería** haber pensado. En el caso concreto se trataba más de una omisión que de una comisión. El sueño mantiene la lógica del planteamiento que surge espontáneamente después de cualquier accidente: ¿se **hubiera podido** evitar, se **hubiera podido** prevenir?. Pero va un paso más allá: ¿se **debería haber pensado** que hubiera podido suceder y por tanto prevenir?

## LOS MECANISMOS DE CONTROL

La duda, la desconfianza y la culpabilidad sumen al sujeto en un estado de ansiedad que frecuentemente le desborda. Para hacer frente al mar de angustias y zozobras en que se debate, el obsesivo se entrega a una actividad frenética de control, como si intentara tapar con ella las rendijas por donde se cuelan en la barca de su existencia la duda, la desconfianza y la culpabilidad; dirige toda su atención a achicar el agua que la inunda por todas partes en lugar de recuperar el timón que le permitiría alejarse de la zona tormentosa. De una manera racional o mágica el

obsesivo intenta someter a un riguroso control todos sus actos, pensamientos y deseos.

La reacción del obsesivo no está muy alejada de la reacción común: después del accidente del Concorde ocurrido en el verano del 2000 en las cercanías de París todo el mundo se hace las mismas preguntas. Los responsables de las compañías deciden, finalmente, suspender los vuelos: se afirma que tales aparatos presentan una serie de al menos unos cincuenta y cinco defectos detectados que deben corregirse. Pero, en el supuesto que puedan llegar a corregirse antes de reemprender el vuelo, ¿quién nos asegura que no van a producirse nuevos problemas imprevistos y, tal vez, imprevisibles?. ¿Podría nunca el ser humano haber llegado a volar siguiendo esta lógica obsesiva? La respuesta es, evidentemente, que no. Sin embargo parece que la lógica obsesiva ejerce una función importante en el conjunto de la sociedad y los proyectos humanos: el campo del derecho civil o penal son un ejemplo claro del valor de la precisión “obsesiva” con la que se construyen los principios de la justicia. Y sin embargo, ésta no se consigue nunca plenamente. La ciencia experimental debe también mucho de su rigor al pensamiento obsesivo y gracias a ella los puentes suelen aguantarse y los ascensores elevarse.

Pero las sociedades están dispuestas a revisar sus principios; el paciente obsesivo, en cambio, no. La sociedad funciona alternativamente: a momentos de autoexigencia, siguen épocas de relajación; el paciente obsesivo, por el contrario, mantiene día y noche el estado de alarma y tensión. La sociedad se satisface con objetivos intermedios, dando espacio y tiempo a ulteriores evoluciones de sus logros; el paciente obsesivo no puede tolerar la ambigüedad, la relatividad o la imperfección, se agita en una constante revisión de sus actos y pensamientos y sólo se calma con la ilusión de lo absoluto, que se desvanece tan pronto como cree haberlo alcanzado.

En ausencia de una confianza básica que permita pensar y actuar de forma tranquila y segura, el obsesivo echa mano de distintos recursos a su alcance, tales como las rumiaciones, las conductas de comprobación o los rituales mágicos, que vienen a desarrollar la función de sistemas de control tanto de su propio funcionamiento interno, como de los acontecimientos externos que dependen del azar.

### **A) El pensamiento abstracto: las rumiaciones**

Con frecuencia los intentos de control son explícitos. El paciente somete a control consciente cada uno de sus pensamientos, de sus deseos, de sus acciones. Una dramatización de la lucha interna que se despliega en el interior del sujeto a tal propósito puede seguirse en el siguiente diálogo entre terapeuta y paciente, construido sobre la metáfora de un “debate parlamentario”, que reproducimos a continuación:

*T.- Y dices que te vienen pensamientos a la cabeza, ¿qué tipo de pensamientos?*



C.- *De control, de control, me siento controlado, observado*

T.- *Por quién*

C.- *Por todos, piensas que son tonterías... El otro día fui al mercado, empecé a pensar y a sentirme muy agobiado. Estoy más pendiente de mí que de los demás, me miro demasiado, en pocas palabras.*

Y ¿porqué te miras?

C.- Para no hacer el ridículo. Es el miedo a hacer el ridículo y el deseo de estar bien con todos, lo que es algo imposible; pero no puedes ser agradable con todos ni gustarles a todos; pero **el pensamiento** lo tienes.

T.- Que tengas un pensamiento no significa que no puedas tener otro pensamiento.

C.- *Lo tengo. Por eso me peleo con los dos pensamientos. Uno estira por un lado y el otro por el otro; pero siempre domina el negativo, casi siempre, es la típica concepción del colectivismo, pero la mayoría es negativa... Hay pensamientos negativos de fondo y absorben, es obsesivo, es un debate mental que cansa.*

T.- *Parece el parlamento*

C.- *Más o menos*

T.- *La oposición, el partido del gobierno, ¿quién gobierna?*

C.- *¿Quién gobierna? Gobierna la parte negativa.*

T.- *Te gobierna la oposición*

C.- *Sí porque hace la autocrítica... Y yo me siento mal; para sentirme bien busco defectos para corregirlos y mejorar muchas cosas, lo que pasa es que no se acaba nunca, ahí está el problema... Y adoptas posturas al estar en un lugar y tener que comportarte. No eres tú, no es tu forma de ser real, tengo que fingir y no me aguanto y me siento mal.*

T.- *Entonces tenemos una constante crisis de gobierno, constantemente la oposición está gobernando.*

C.- *Claro*

T.- *Puede que debiéramos disolver el parlamento y hacer nuevas elecciones*

C.- *Claro... O un poco de anarquía*

T.- *O un poco de anarquía.*

C.- *Desde la última etapa ya me venían estas tonterías: siempre ha sido un debate político... Y pasa con mis hermanos y con mis padres. Intento hacer las cosas bien, las cosas como yo creo que tienen que ser, los agoto, soy muy crítico y todo tiene un punto de vista... Querer hacer un entorno magnífico, una obsesión. No consigo aceptar las personas con sus defectos y virtudes, y claro acabo creando malestar y quedándome solo.*

T.- *Sí, tienes razón. ¿Y el pueblo está contento con este gobierno, con este parlamento?*

C.- *No, aún no.*

T.- *¿Y cuando vengan nuevas elecciones qué haremos, volverá a pasar lo mismo?*

C.- *No sé, no sé...*

T.- *Cuando hay elecciones en tu pueblo, ¿los votos se reparten?*

C.- *Sí, pero no gana nadie*

T.- *No gana nadie, no hay consenso.*

C.- *No porque no están contentos... y hay pacto electoral*

T.- *¿En qué consiste el pacto electoral?*

C.- *En no entenderse. Es un guirigay constante... No hay modo de diferenciar. **Este es el problema saber lo que es mío, lo que quiero o no quiero.** Siempre he tenido el problema de no dar la talla.*

T.- *¿Deberías dar la talla?*

C.- *Yo creo que sí*

T.- *Pero cuando deberías dar la talla, te cortas*

C.- *Y entonces **cuesta mucho tomar decisiones...** Sobre todo **querer controlar cada situación, es lo que más me preocupa***

T.- *Si hicieras propaganda electoral, en tus próximas elecciones cuál sería el eslogan*

C.- **Libertad de pensamiento**

T.- *Libertad de pensamiento ¿qué implicaría?*

C.- *Lo tengo muy claro, pero no lo hago.*

T.- *Lo tienes muy claro*

C.- *Muy claro. **Distinguir lo necesario de lo que no***

T.- *Cuál es la dificultad para distinguir lo necesario de lo que no*

C.- **Dudas**

T.- *Dudas; así no está tan claro*

C.- *Lo tengo claro como idea*

T.- *Pero ¿cuándo aparece la duda?*

C.- **Cuando considero los pros y los contras**

T.- *Es decir los pros y los contras hacen que lo que está claro, quede oscuro*

C.- *Yo tengo la idea de lo que debo hacer, pero no lo hago... tengo miedo... de que no salgan las cosas como tenía previsto*

T.- *Y ¿qué pasa si no salen las cosas como tenías previsto?*

C.- **Decepción**

T.- *Por ejemplo ¿no quieres equivocarte nunca?*

C.- *Tampoco es eso: admito que pueda equivocarme. Es humano. Sí me puedo equivocar, pero lo más mínimo*

T.- *Lo más mínimo.*

C.- *Sí, pero en las cosas importantes, no*

T.- *Tú piensas en unas cosas que podrías probar y que te pueden*

*decepcionar si no salen bien.*

**C.- Sí, pero no puedo arriesgarme a probarlas, porque no son controlables: pueden ser muy buenas o ser muy malas. Pero, como no se sabe... Desconfías, desconfías, no tanto de las otras personas, cuanto de ti mismo. Tienes tantas dudas que no puedes dejar ninguna puerta abierta al error.**

En este diálogo el paciente apunta a la experiencia de un debate interno, sobre la base de la consideración de los pros y los contras de su acción, la *duda*. Este debate no se resuelve porque el fiel de la balanza permanece inmóvil ante el miedo a equivocarse. La posibilidad de probar está anulada, porque podría salir mal, *cuesta mucho tomar decisiones...* No puede decidir, saber lo que es suyo y lo que es ajeno, porque *desconfía* de sí mismo. *Sobre todo querer controlar cada situación, es lo que más me preocupa.* El intento de control absoluto, fruto de la desconfianza, produce el efecto paradójico de pérdida de control voluntario sobre las propias decisiones, dando origen a las conductas de comprobación y a los rituales compulsivos.

## **B) El pensamiento concreto: Conductas de comprobación**

Si pudiera atribuirse un orden idealmente lógico a los procesos psicológicos puestos en marcha por el obsesivo para hacer frente a sus dudas podríamos establecer una ordenación de mayor a menor a partir de los intentos de controlar el pensamiento, característicos de un buen grupo de obsesivos como hemos visto en el apartado anterior. Ésta es una estrategia donde prevalece el estadio formal del pensamiento. Cuando el control del pensamiento fracasa es posible intentar establecer estrategias de control en el nivel concreto u operativo (Villegas, 1993). A este grupo pertenecen las conductas de comprobación.

El caso siguiente está extraído de una transcripción hecha por un colega psicoanalista. Se trata de una joven mujer de 26 años, vive con sus padres. Consulta por problemas obsesivos que le impiden, según ella, acceder al matrimonio.

*C.- Me gustaría casarme, pero tengo miedo. No quiero casarme porque padezco un complejo obsesivo. Por la noche hago la ronda veinte veces a la casa para constatar si las puertas y ventanas están bien cerradas. No consigo evitarlo. Empiezo una y otra vez... y tengo que hacer un gran esfuerzo para ir a la cama. Tengo que ingeniarme los mil y un truquillos para que mis padres no se den cuenta... hace ya dos años que dura la cosa, estoy agotada por esta lucha en la que mi voluntad no puede nada en absoluto. Cómo podría casarme en estas condiciones. ¿Cree que es posible eliminar este complejo?.*

*T.- No es un complejo, es un síntoma.*

*C.- ¿Quiere decir entonces que tengo algo más profundo?.*

*T.- Así es e intentaremos descubrirlo.*

*C.- Oh, sí; preferiría estar ciega a sufrir esta obsesión.*

T.- *¿Usted tiene coche?*

C.- *Sí. ¿Por qué (agresiva), cobra más caro a la gente que tiene coche? (sonrisa). Perdona, es que siempre tengo la impresión de que todo el mundo está contra mí, como si me señalaran con el dedo; pero yo no he hecho nada de malo. Sí; tengo coche.*

T.- *¿Se le reproducen las mismas manías obsesivas con el coche?*

C.- *Sí, pero no tanto... Compruebo cada día; me resulta difícil no comprobarlo varias veces seguidas. Cuando aparco cierro las puertas como si las fuera a romper para controlar que las he cerrado bien... A veces vuelvo otra vez hacia el coche como temiendo haber olvidado algo, aunque sé que perfectamente que lo he cerrado todo.*

Los ejemplos podrían multiplicarse indefinidamente, todos con características parecidas. La finalidad de tales conductas es, en general, la de evitar la ocurrencia casual de alguna desgracia por omisión. Alberto, paciente obsesivo de 23 años, al que ya nos hemos referido más arriba, escribe en su diario:

*“Hoy como cualquier otro día, antes de salir de casa, vigilo que las conexiones eléctricas estén libres y la entrada del gas cerrada. También hago lo mismo cuando salgo del despacho con las conexiones de allí... Desconecto todos los cables, el ordenador, la impresora, la luz... separo los cables, o sea que no haya ningún papel al lado para que no pueda haber ningún chispazo y con ello un incendio. Cierro uno y cuento hasta 9, mentalmente, o sea todo esto mentalmente, nunca lo exteriorizo... Luego hay una luz, una lámpara, y entonces lo que hago es comprobar 4 veces 4, que esté bien cogida para que no se caiga... Luego me voy para la puerta, cojo las llaves, pero antes compruebo también los muebles, los archivadores que estén cerrados con llave. Hago otra vez lo mismo, cuatro veces cuatro. Luego salgo y cierro la puerta y bueno tiene dos cerraduras. Para cerrar la de arriba cuento hasta 28, y la de abajo doy 9 vueltas al palo para comprobar que esté cerrado... Esto podría ser una reacción natural de prudencia y seguridad, pero se convierte en una obsesión cuando los controles de seguridad se realizan con una especie de ritual numérico. Por ejemplo, tengo que mirar la llave del gas cerrada durante nueve segundos o tengo que tocar el interruptor de la luz, una vez apagada, mientras cuento mentalmente cuatro veces cuatro de forma ordenada y consecutiva. Todo esto lo hago con la intención de evitar cualquier suceso negativo. Esta manera de actuar proporciona la seguridad que necesito para abandonar mi casa o el despacho sin temor a que pase nada”.*

Entre las conductas de comprobación se hallan igualmente todas aquellas dirigidas a comprobar, por ejemplo leyendo el periódico o mirando las noticias de la televisión, que una acción involuntaria, particularmente un movimiento, no haya causado un daño o accidente a un tercero:

Un paciente de 28 años tuvo que dejar de llevar el coche porque cada vez que pasaba por un puente le asaltaba la duda de si había rozado algún ciclista o viandante haciéndole caer al agua. Ante esta duda se veía obligado a volver atrás y comprobar si efectivamente alguien había caído al río o si la presencia de coches de policía o bomberos delataba la existencia de algún accidente. En alguna ocasión había llegado a rehacer hasta 130 kms., volviendo de Lleida a Zaragoza, para llevar a cabo este tipo de comprobaciones. Lo que buscaba el paciente eran las pruebas de no haber cometido un delito involuntario. No tranquilizaban su conciencia las reflexiones sobre la ausencia de intencionalidad, ni la convicción subjetiva de no haber provocado ningún accidente. Era preciso comprobar que no había cadáveres. Así como el veredicto de la justicia no puede llevarse a cabo en ausencia del cadáver o de las pruebas de su destrucción, para el obsesivo el veredicto de inocencia se sustenta sobre su defecto.

### **C) El pensamiento mágico: los rituales**

Ante el fracaso de los intentos de control racional, a través del razonamiento, o concreto, a través de la acción, muchos pacientes recurren a los rituales mágicos de control. Tales rituales están orientados a prever la duda y la culpabilidad, puesto que depositan la confianza en controles externos, tanto si éstos provienen de su propia invención como si son el resultado de fuerzas externas o superiores (mágicas), invocadas a tal efecto: la suerte, la divinidad, o cualquier otro tipo de elemento esotérico. De esta manera intentan conseguir la confianza, depositándola no en sí mismos, sino en alguna estrategia externa o atribuyéndola a alguna fuerza exterior.

En realidad el obsesivo lucha contra un enemigo inaprensible, una fuerza siniestra, superior o demoníaca: los propios demonios interiores. Ahora bien, dado que las fuerzas demoníacas no pueden vencerse directamente sino a través de conjuros, sortilegios y exorcismos, es en esta lucha donde adquieren sentido los ritos supersticiosos de la obsesión. Exorcizar significa:

*“invocar continuamente, ahuyentar, enfatizar incansablemente, repetir insaciablemente: es la fórmula de la falta de libertad que, presa de sí misma, se bate contra las paredes de su prisión”* (Binswanger, 1957).

El recurso a fuerzas externas superiores, mágicas o diabólicas, característico de los rituales obsesivos sirve fundamentalmente para protegerse de algún mal futuro o de las consecuencias de un mal pasado, siempre probabilístico, puesto que el paciente, como hemos visto, no está seguro de que haya pasado o vaya a pasar, y sobre el que siente que carece de poder o control interno. De este modo se hace ineludible desarrollar diversos sistemas de protección o prevención.

Uno de los sistemas más comunes de control mágico de la realidad consiste en intentar descifrar el destino *leyendo* los signos que nos manda a través de los medios más variados: las líneas de la mano (quiromancia), las entrañas de las aves

(aruspicina), las posiciones de los astros (astrología), etc. El obsesivo suele crearse un código particular de señales que le sirven para advertirle, prevenirle o protegerle de los posibles peligros, desde los gatos negros, la sal vertida a las escaleras de caballete, comunes entre el variado acervo de supersticiones compartidas, hasta las combinaciones más extravagantes de palabras o números.

Lola Voss, es una paciente, nacida el año 1900, en Latinoamérica, de padre alemán y madre mestiza, hija a su vez también de padre alemán y madre hispano-americana. Toda la familia pasa también unos años en Nueva York antes de su regreso a Alemania, por lo que Lola habla con bastante fluidez tres idiomas: castellano, alemán e inglés. Las referencias que de ella tenemos se deben al psiquiatra suizo, Ludwig Binswanger (1949, 1957) que la visita a la edad de 24 años. El motivo de su internamiento en el sanatorio suizo de Kreuzlingen, en la frontera casi de Alemania, tiene que ver con una reacción descrita en la terminología de la época como “melancólica”, reactiva, en cuanto parece por el relato de la historia, a la oposición del padre respecto al matrimonio de la hija con un médico español que ha conocido en un baile y a los obstáculos que posteriormente éste opone a causa de problemas familiares que, según él, le impiden por el momento comprometerse en matrimonio.

Esta reacción melancólica se presenta acompañada de extraños comportamientos supersticiosos, como llevar siempre el mismo vestido y calzado y rechazar cualquier tipo de sombrero o de gorra para cubrir la cabeza. Pero lo que llama más la atención en su caso son los juegos lingüísticos y las combinatorias de palabras que Lola hace con los tres idiomas que habla. En estos juegos los objetos adquieren una valencia especial en virtud de la palabra que los denomina. Así las palabras que empiezan por *car* (como: *cara*, *carta*, *Kartoffel*), relacionadas con la negación son signos favorables, puesto que indican ausencia de preocupación (en inglés *no care*). En consecuencia, una persona que se ponga la *mano* en la *cara* constituye un buen augurio, puesto que significa que no hay motivo para preocuparse. Son horribles, en cambio, estas mismas palabras si se hallan connotadas afirmativamente: por ejemplo, la *cara* de una *monja* (“*ja*” significa “*sí*” en alemán), que ve en la cubierta de un libro, provoca una huida precipitada de la librería. Igualmente si necesita comprar alguna cosa o buscar hospedaje debe hacerlo en almacenes u hoteles económicos (*no caros*), dado que éstos indican ausencia de preocupación, en cambio los *caros* le impedirían poder llevar a cabo cualquier actividad: comprar, comer, dormir.

Los *bastones*, por otra parte, terminados en punta de *goma*, al igual que los zapatos con suela de *goma* son señales de peligro, puesto que están diciendo que algo “no va” o que hay que detenerse, no seguir adelante (*no go*, en inglés), a causa de la inversión de la sílaba “on” de bastón en *no* y de la

primera sílaba de la palabra *goma*. Del mismo modo aquellas palabras, objetos o personas que en cualquiera de los idiomas que habla Lola contengan la sílaba *si* (como *silla* o *naríz* -pronunciado *narís-*), o la sílaba *ja* (en alemán “*sī*”, como *oreja*, *monja*) son indicativas de peligro, puesto que afirman que hay motivo para preocuparse.

La función de tales juegos lingüísticos parece estar clara, y participa de la misma dinámica de todas las supersticiones: prever, proteger, evitar cualquier tipo de peligro o invocar la suerte. Así justifica un paciente de 40 años algunas de sus prácticas:

*“ Porque me han dicho que un ramo de claveles blancos y uno rojo traen buena suerte. Ahora creo yo que sé, en todo: que meter un vaso de vinagre con sal debajo de la cama, que quita la mala influencia; antes lo ponía y no pasaba nada, pero ahora se pone verde, verde aceituna, o sea, y no tiene sentido, porque antes era la misma sal y el mismo vinagre ¿por qué se pone verde?... para que veas hasta que punto estoy zumbao..., cruces de Caravaca ¿es absurdo verdad?*

La superstición se arraiga en la creencia de que ciertas palabras, actos o gestos previenen por us propias naturaleza de las desgracias y hay que realizarlos necesariamente, como pronunciar ciertas fórmulas (“*Dios salve a la reina*”), tocar determinados objetos (el dintel de la puerta de casa, al salir de ella), seguir un orden rígido e invariable en la ejecución de las tareas domésticas o el aseo personal, contar todos los semáforos que se cruzan antes de llegar al trabajo, etc. Al igual que todavía se conserva en algunas partes la costumbre de persignarse antes de salir a la calle para prevenirse de cualquier mal durante el camino, o de “tocar madera” para invocar la suerte, el obsesivo desarrolla ritos y gestos, orientados al mismo fin.

Existen, por otra parte, como hemos visto en el caso Lola Voss, términos “*nefandos*”; vocablos o sonidos que no pueden nombrarse o pronunciarse, como no poder leer en voz alta palabras que empiecen por la letra C, puesto que la C está asociada a las tres causas más frecuentes de muerte “*corazón, cáncer, carretera*”, constituyendo, por tanto, un recordatorio o amenaza de muerte; o *evitandos* (actos u objetos que no pueden realizarse, mirarse, tocarse o adquirirse, como los zapatos de *goma* o las *gorras* llevados por hombres que se pasean con un bastón, en el caso de Lola Voss) a causa de su implicación significativa:

Así un paciente de 31 años que debía comprar un coche se vio imposibilitado, al menos en dos ocasiones, a cerrar el contrato de compra, que ya tenía estipulada, porque en la primera ocasión al ir a firmar y poner la fecha se dio cuenta de que hacía once meses y once días exactos de su matrimonio, lo cual podía ser un presagio terrible para él y su pareja. Lo mismo sucedió en la segunda ocasión cuando, después de escoger el modelo del coche que quería comprar se le ocurrió preguntar por las medidas del coche: éstas eran de cuatro metros y once centímetros. Naturalmente no podía comprarse un

coche con estas medidas, por lo que se le ocurrió pensar que tal vez con un alerón posterior se modificarían éstas, al menos en un centímetro; pero cuál fue su sorpresa al enterarse por el vendedor que de este modo tampoco se modificaban las medidas del coche. Como es de suponer el paciente regresó a casa sin el coche. El número 11 resulta terrorífico para este paciente, puesto que once es el acrónimo de la Organización Nacional de Ciegos de España (O.N.C.E) y una de sus obsesiones es el miedo a la ceguera.

El pensamiento mágico pertenece al patrimonio humano y constituye, posiblemente, una de las primeras formas de simbolización que desarrolló el hombre primitivo en su proceso de humanización, así como uno de los primeros recursos a través de los cuales el niño construye su mundo mediante el juego. Este tipo de pensamiento mágico se halla en el origen de todos los ritos religiosos. El hombre, en efecto, ante lo imprevisible y terrorífico recurre al recurso de poderes superiores que vienen invocados a través de sortilegios frente al miedo a la desgracia y responden a la necesidad de control de lo desconocido. Tales invocaciones con el paso del tiempo se han ido ritualizando, podríamos decir que a través de un programa de refuerzo diferencial por el que sólo perviven aquellos que se consideran más eficaces, hasta alcanzar un alto grado de sofisticación en los rituales litúrgicos. De modo que tales rituales pasan a formar parte integrante de la cultura compartida por amplios grupos de población sin que ello se considere producto de ninguna perturbación mental. Entonces ¿qué es lo que hace que los rituales obsesivos, que obedecen a los mismos criterios que los religiosos, sean considerados insensatos no sólo por un observador externo, sino por el mismo sujeto que los padece? Una respuesta posible podría ser la que hiciera referencia a su falta de “*koinonia*”, de comunalidad, es decir a su singularidad no compartida (Binswanger, 1957).

Pero la absurdidad de un ritual no se fundamenta tanto en su singularidad, sino en la falta de poder real sobre el acontecimiento que pretende prevenir. La diferencia que existe entre un ritual religioso y otro supersticioso radica en el hecho que a través del ritual religioso lo que se invoca es una divinidad a la cual, por definición, se le atribuye un verdadero poder para influir sobre los acontecimientos, mientras que la fuerza del ritual supersticioso se atribuye a seres u objetos infra-humanos, por ejemplo un astro o una herradura, o bien a los deseos o pensamientos mágicos del propio sujeto, que carecen totalmente de capacidad para producir el efecto que se les supone.

Otra respuesta posible, proveniente del campo cognitivo-conductual, haría referencia a su carácter repetitivo, y por tanto inútil y absurdo. ¿Qué más da controlar tres veces la llave de paso del gas en lugar de dos o cinco? Pero este argumento choca con la evidencia que las repeticiones numéricas forman parte intrínseca de los ritos litúrgicos: deben hacerse tres reverencias con la cabeza o tres genuflexiones con la rodilla derecha y no dos o cinco, ni con la rodilla izquierda; debe incensarse tres veces en la dirección de cada uno de los puntos cardinales ( $3 \times 4 = 12$ ); debe repetirse



tres veces una invocación, y así indefinidamente. Precisamente la numerología forma parte de nuestra tradición religiosa más próxima, la católica, por no decir de la hebrea o la egipcia, de los ritos pitagóricos y de tantas otras: tres son las personas de la Santísima Trinidad (“*omne trinum est perfectum*” cualquier trío es perfecto); siete son los días de la semana y el último de ellos es sagrado porque en él descansó el Creador; doce son los apóstoles (como las tribus de Israel) y por ello el trece es un número fatídico (puesto que en la Santa Cena trece eran los comensales y uno de ellos, Judas, el supernumerario, resultó ser un traidor). En cuanto a la valencia de los números es interesante señalar que en general los números impares son preferidos a los pares: “*Numero deus impare gaudet*” (Dios goza con los números impares), dice Virgilio en las Bucólicas (8:75). De este modo algunos números particularmente el tres o el siete y sus múltiplos (como el doce entre otros) han llegado a adquirir un valor sagrado en muchas religiones. Existen números demoníacos como el 666 que según el Apocalipsis (13:18) es el número de la Bestia. Un paciente evitaba cualquier número compuesto por seises, pero temía particularmente el número 36 puesto que es el múltiplo o cuadrado de 6 (seis por seis treinta y seis). Para evitarlo esperaba 9 (múltiplo y cuadrado de tres) segundos y luego contaba hasta 28 (múltiplo de 7 x4), con lo cual saltaba directamente al 37 (9+28= 37).

## **EL SENTIDO DE LOS MECANISMOS DE CONTROL**

No pueden, pues, considerarse las supersticiones o los rituales repetitivos del obsesivo una absurdidad, dado que son compartidos universalmente por las más diversas culturas y forman parte de los distintos recursos con que la mente humana construye y anticipa la realidad. Tampoco las acciones mágicas más diversas de carácter supersticioso pueden considerarse por sí solas absurdas. Si los fundadores de las primeras ciudades ofrecían sacrificios, incluso humanos, o clavaban puntas de hierro en el subsuelo del perímetro de la muralla era porque tales actos obedecían a una finalidad, estaban cargados de simbolismo o significado. Por una parte había que pedir perdón a la naturaleza y/o a los dioses por la inversión del orden natural que supone la creación de la “*polis*”; por otra había que protegerla de los espíritus inferiores (infernales) que podían emanar de la tierra cuando ésta era excavada para construir los fundamentos de los muros que rodeaban la ciudad: las puntas de los clavos podrían dañarlos y de este modo se abstendrían de atravesarlos.

Por muy absurdos que puedan parecer a una sensibilidad postmoderna tales prácticas resulta evidente que estaban cargadas de significado o simbolismo. Todavía hoy día se colocan solemnemente bajo la mirada de las cámaras de televisión y los flashes de los periodistas primeras piedras de edificios o construcciones públicas o emblemáticas que serán inauguradas a su término por las autoridades civiles y bendecidas por las religiosas.

Resta pues sin una respuesta adecuada hasta el momento la pregunta relativa a la percepción de absurdidad de los rituales del obsesivo, compartida tanto por un

observador externo como por el propio paciente. Percepción que contribuye a la sensación de extrañeza que experimenta el sujeto con respecto a sus propias acciones y pensamientos. Si la razón de tales fenómenos no puede hallarse en la falta de “*koinonia*” ni en la reptitividad de tales actos, ¿a qué puede atribuirse? A nuestro juicio la respuesta a esta cuestión no se halla tan lejos de la propia percepción de absurdidad. Es decir: si tales actos son percibidos como absurdos es porque el sujeto los vive como tales, como carentes de sentido. El sentido de la obsesión desde el punto de vista descriptivo, dice Binswanger (1949, 1957):

*“consiste en la ejecución de una acción carente totalmente de sentido; el sentido de la acción es del todo extraña al acto en sí y se reduce a evitar la angustia que desencadena si no se lleva a cabo la acción”* (p.330).

Como cualquier rito, también los rituales obsesivos nacieron en un contexto donde tenían un sentido o cumplían una función, pero con el tiempo se han vuelto autónomos, han escapado al control de la conciencia, han dejado de ser actos intencionales para convertirse en automáticos. Tal como dice el DSM :

*“La conducta no es un fin en sí misma, sino que está diseñada para producir o evitar algún acontecimiento o situación futura. Sin embargo o bien la actividad no se halla conectada de forma realista con lo que pretender impedir o provocar, o puede ser claramente excesiva”*.

Pudiera parecer, a primera vista, que nuestra posición es equivalente a la del psicoanálisis. Éste afirma, por ejemplo Kubie (1954) que la dinámica de la compulsión de repetición debe buscarse en la naturaleza de las metas simbólicas inconscientes y que

*“las metas inconscientes simbólicas no son nunca alcanzables”* (p. 183)

Ahora bien ¿porqué y cómo ha sucedido esta inversión intencional, de modo que pensamiento y acción escapan al control de la voluntad, produciendo en el sujeto esta sensación de extrañeza y absurdidad? Es una cuestión a la que hay que buscar igualmente una respuesta coherente y satisfactoria.

La mayoría de autores están de acuerdo con la tesis psicoanalítica de que los rituales obsesivos están dirigidos a controlar la ansiedad que provocan los impulsos agresivos y sexuales. Vittorio Guidano (2000, en prensa), por ejemplo, subraya que las áreas emocionales críticas de los obsesivos son la agresividad y la sexualidad. A este respecto escribe:

*“Los rituales de control, por ejemplo, apagar y encender el gas varias veces u ordenar los objetos reiteradamente, tienen mayor relación con el problema de la agresividad. En cambio, todos los temas de contaminación como la suciedad, la limpieza, lavarse las manos, cambiarse la ropa, están más conectados con el sector de la intimidación/sexualidad”*

Valeria Ugazio (1998) entiende la génesis de la obsesión en la polaridad bueno-malo, característica de las familias donde estos extremos son centrales para la construcción del significado.

*“Las emociones que están en la base de esta dimensión semántica crítica son culpa-inocencia, asco-goce de los sentidos. Dado que la sexualidad y la afirmación personal van unidas a violencia y abuso, su expresión genera sentimiento de culpa y asco, mientras que la renuncia pulsional, la abnegación se asocia con pureza e inocencia. Las instancias vitales - sexualidad y agresividad- son el lugar donde se despliega el mal, mientras que el sacrificio la renuncia y la ascesis se identifican con el bien. La cultura de muchas de las familias en las que se desarrollan organizaciones obsesivo-compulsivas está impregnada de valores religiosos, y algunas participan activamente en la vida religiosa. En otras prevalece la adhesión a principios universalistas como el socialismo o el comunismo, u otras ideologías y movimientos que contemplan igualmente el sacrificio de las necesidades individuales a favor de instancias ideales. En cambio no son siempre los impulsos sexuales los que deben ser trascendidos. A veces se asocian al mal el dinero, el deseo de sobresalir, de afirmar la propia personalidad, la voluntad de explotación económica o moral de los demás.”*

Estas y otras explicaciones del sentido de los mecanismos de control, se centran, sin embargo, excesivamente en dinanismos concretos, como la agresividad o la sexualidad (Guidano) o en categorías más genéricas “bueno-malo”, de las que sexualidad o agresividad son sólo especificaciones posibles (Ugazio), cuando se trata, a nuestro juicio, de categorías mucho más nucleares. Lo que el obsesivo trata de evitar a todo coste a través de los mecanismos de control son dos fracasos esenciales: el error (mental) y la culpa (moral). Las rumiaciones están orientadas a prevenir el error, mientras las conductas de comprobación y los rituales pretenden evitar la culpa. La prevención del error es característica de los obsesivos puros; la evitación de la culpa, lo es de los obsesivos compulsivos. A veces ambas modalidades se presentan claramente diferenciadas, otras aparecen mezcladas con mayor o menor protagonismo según el peso que error o culpa ocupen en el sistema de validación del sujeto. La invalidación de cualquiera de ellos sumiría al paciente obsesivo en una profunda depresión. Los mecanismos de control compulsivo –con su carácter anancástico, de imperiosa necesidad- le protegen de un posible fracaso nuclear.

Error y culpa tienen para el obsesivo, por las razones que se explicarán más adelante, una característica común: son irreparables y, en consecuencia, imperdonables, equivalen en la mente del obsesivo a una condena eterna.

Las curiosas excepciones, representadas por aquellas situaciones en las que el obsesivo se ve casi “milagrosamente” liberado de sus síntomas ponen de manifiesto el significado idiosincrásico de que se hallan revestidos los mecanismos de control. El obsesivo puede distinguir claramente, entre diversos ámbitos de responsabilidad como el profesional y el personal o familiar. Podría suceder, por ejemplo, que

mientras el primero se ve libre de sintomatología, el segundo se halle plenamente sumergido en ella. La razón de ello cabría buscarla en el modo diferenciado cómo el obsesivo construye la responsabilidad en uno u otro de los ámbitos. Mientras los fallos en el ámbito profesional, aunque de ellos pueda derivarse daño a terceros, son considerados como errores que pueden corregirse o repararse o incluso ser motivo de aprendizaje (perspectiva *reversible*), en el ámbito personal o familiar éstos son considerados como *irreversibles*, que no admiten perdón ni reparación posible y que en consecuencia deben evitarse absolutamente.

En otros casos basta con que la responsabilidad esté compartida con otros familiares o delegada temporalmente, como en el caso de unas vacaciones en un hotel, o resignada en personas de mayor autoridad, como en ciertas terapias donde la propia responsabilidad puede ser cedida al terapeuta, para que la sintomatología remita completa o parcialmente (perspectiva *libre* de responsabilidad).

En otras circunstancias, finalmente la situación natural o provocada es tal que que se hace imposible cualquier asunción de responsabilidad, por ejemplo en el caso de unas mudanzas donde todo el mobiliario ha sido trasladado (“contaminado”) por manos ajenas, de un incendio o inundación donde la suciedad desborda la posibilidad de limpieza con los medio habituales (perspectiva *justificada o excusada* de responsabilidad). Algunas terapias conductuales aprovechan este dinamismo psíquico, aun sin saberlo, para provocar una exposición masiva a situaciones ansiógenas a fin de facilitar, en condiciones de responsabilidad resignada, una experiencia correctora.

La conexión entre responsabilidad y mecanismos de control, puesta de relieve por la desaparición de éstos en ausencia de la primera indica a las claras cuál es el sentido del aparente sinsentido de rumiaciones, conductas de comprobación o rituales de prevención.

Siempre que para el sujeto exista una percepción de responsabilidad ineludible, pero al mismo tiempo incontrolable, se pondrán en marcha los mecanismos obsesivos de control. De este modo, aunque parezca, como dice Binswanger, que el sentido de la acción sea del todo extraña al acto en sí, como por ejemplo abrir y cerrar repetidas veces un interruptor de la luz, se podrá establecer una conexión de significado, más allá de su posible valor simbólico, entre una acción o invocación cualquiera y la evitación de un peligro. Puede que no tengamos ningún control sobre un peligro que puede acechar a uno de nuestros hijos, pero si nos sentimos responsables de cualquier daño que les pueda suceder, fácilmente estableceremos una conexión de significado entre una cosa que podemos hacer, controlar, como encender y apagar el interruptor o recitar una fórmula, y la evitación del peligro.

Llegados a este punto, las condiciones para que puedan desarrollarse parecen estar claras y pueden reducir, como los mandamientos, a dos:

- 1) Atribución de responsabilidad ineludible
- 2) Percepción de posibilidad de control ya sea mental, conductual o mágico.

Este tipo de explicación resulta particularmente pertinente para explicar los mecanismos de control de la culpa, tales como los de comprobación y los rituales. Pero ¿cómo explicar las rumiaciones con relación al peso que pueda tener en el sistema de validación del sujeto la afloración del error?

Salta a la vista que la finalidad de la duda es prevenir la comisión de cualquier error. Mientras el obsesivo se mantiene en ella, evita comprometerse con una posible opción equivocada. Pero ¿porqué el error puede llegar a tener un peso equivalente a la culpa? ¿Es que el obsesivo se cree un ser sobrehumano que no puede cometer ningún error? La respuesta es negativa. La mayoría de obsesivos admite explícitamente la posibilidad de equivocarse. El problema no está en equivocarse, sino en fallar en el conocimiento de la verdad. También en este caso hay una atribución de responsabilidad ineludible y percepción de posibilidad de control. La concepción del obsesivo respecto a la verdad no dice relación a la mentira sino al engaño. El obsesivo puede mentir, disimular, ocultar la verdad a los otros, como cualquier persona, pero no puede tolerar caer en engaño. La diferencia entre mentir y engañar se puede colegir fácilmente del uso diferencial que hace el lenguaje de ambos verbos. Así en la expresión: “las apariencias engañan” se hace referencia a un error inducido involuntariamente por determinados estímulos sobre nuestros sentidos (ilusiones ópticas, por ejemplo) o capacidades cognoscitivas (juicios erróneos). La mentira, por el contrario, supone una voluntad externa y explícita de ocultación o tergiversación de la verdad (el responsable del error no es uno mismo sino un tercero). Por este motivo no podemos decir que “las apariencias mienten”.

El obsesivo, en consecuencia, lleva peor la ambigüedad que la mentira, puesto que en la primera es él quien debe decidir cuál es la alternativa verdadera, mientras que en la segunda la responsabilidad es ajena. El engaño en el sentido que lo contradistingue de la mentira, no en aquel que puede usarse como su sinónimo, se caracteriza por la suposición de un fallo cognoscitivo que debería haberse evitado. En este contexto llegar a una conclusión errónea, tomar una decisión o hacer una elección equivocada implica un fallo cognoscitivo del que uno es responsable, por no haber estado suficientemente atento o no haber sabido distinguir adecuadamente o a su debido tiempo.

El fallo lleva a la conciencia de no poder fiarse del propio juicio tanto si es moral como cognoscitivo, es decir de no poder responder por sí mismo. Se trata de un fallo epistemológico que pondría en tela de juicio la capacidad mental del sujeto, no tanto en su aspecto funcional (temor a la locura o demencia, que en momentos de crisis también aparece), sino en su aspecto criteriológico, como referente dotado de validez del que fiarse. Una consideración semejante es la que puede inferirse del trabajo de Lalla (1998) cuando concluye:

*“En el caso en cuestión, se mostró que el paciente con TOC no sufre primariamente a causa de una ansiedad relativa al acontecimiento temido (contagiarse del SIDA, por ejemplo), sino más bien a causa de una*

*ansiedad “reflexiva”: la de tener que vivir indefinidamente, con la conciencia de que pueda haber sucedido lo que se temía. Para él, tener que convivir con dicha duda representa una especie de cambio de órbita imprevisto hacia una vida amenazada e intimidada por una presencia ajena que, por ello mismo, le enajenaría a su vez a él. Un hombre del que me ocupé hace muy poco lo dijo muy claramente: “El verdadero miedo es que este pensamiento pueda acompañarme por un tiempo indefinido y pueda echar a perder mi vida; porque tendría continuamente la duda. No quiero fijarme en un pensamiento único.”*

La experiencia de la invalidez criteriológica constituye una amenaza mucho mayor, la de la falta de valor ontológico, característica de la depresión. Protegiéndose compulsivamente de la posibilidad de la culpa y del error el obsesivo intenta mantener intactas la ilusión de la consistencia de sus capacidades. A fin de evitar cualquier fallo el obsesivo intenta acogerse a criterios exteriores que considera más fiables que los suyos. Con esta misma lógica se aferra a todo cuanto puede ofrecer alguna garantía de solidez por sus características de estabilidad ontológica, la cual se encuentra sólo en el mundo ideal o platónico, en el mundo de las utopías absolutas: verdad, pureza, justicia, perfección, orden, integridad, divinidad. Esta búsqueda de valores absolutos a través de pruebas de evidencia y la sumisión a los criterios de autoridad, característicos de la epistemología obsesiva, sustituye el proceso de adquisición de conocimiento a través de la propia experiencia. El conocimiento humano es, por su naturaleza incompleto y provisional, pero eso no lleva al cuestionamiento de la validez del propio criterio: se trata de una limitación aceptada e incluso valorada positivamente como fuente de aprendizaje y estímulo incesante de interés hacia el aumento del conocimiento.

Este proceso de sustitución constituye una auténtica alienación psicológica; implica la anulación de cualquier tipo de espontaneidad: todo debe ser pensado una y mil veces, nunca resuelto, a la vez que hipercontrolado. A este tipo de alienación nos referíamos en el título de este artículo cuando calificábamos la obsesión de “constricción de la espontaneidad”. En este mecanismo de inhibición de la espontaneidad juegan un protagonismo particular el procesamiento mental. Las ideas o pensamientos tienden a neutralizarse con otros pensamientos. Para ello el obsesivo usa el pensamiento, hasta tal punto que el verbo “pensar” suele sustituir o ser sinónimo del verbo “sentir”. La mente obsesiva genera una especie de neoestructura –como un cáncer– que actúa de forma autónoma y tiene por objetivo someter a examen cada uno de los pensamientos, a fin de evaluar si están bien pensados, cuya consecuencia es la inhibición de la espontaneidad, tal como pone de manifiesto la siguiente experiencia narrada por un paciente

Con motivo de una discusión en casa con la madre el paciente, de treinta y cinco años, que vive todavía con sus padres, sintió la necesidad de coger el coche y salirse a dar un paseo a la montaña para liberarse de la sensación

interna de rabia y disgusto, además, porque contrariamente a lo que hubiera esperado el padre no medió en esta discusión a su favor sino que se mantuvo al margen. Pero inmediatamente después de este “pensamiento” –como llama el paciente a sus sentimientos- le vino otro “pensamiento” a la cabeza: la idea que sus padres podrían “pensar” que podría hacer una tontería (tirarse por un barranco con el coche). Este segundo “pensamiento” anuló el primero (el sentimiento), provocando que se quedara en casa, recomido por el odio y la frustración.

De este modo los pensamientos actúan de freno al impulso inicial, anulando totalmente las reacciones espontáneas. En los casos más graves esta neoestructura actúa como un inspector sistemático de los mismos procesos del pensamiento. Situada en una especie de panóptico centralizado, esta neoestructura de carácter formal, que no metacognitivo, puesto que atiende a la forma en lugar del significado, la intención o la motivación, cuestiona cada uno de los procesos mentales poniendo en cuestión su validez: cómo puede saber si lo que piensa está bien pensado, inferido, comprobado, etc. Para dar respuesta a estos requerimientos inquisitoriales busca desesperadamente respuestas fuera de su propia experiencia, de la que no se fía como garante de conocimiento, en sistemas criteriológicos externos, sancionados por figuras de autoridad o bien en certezas absolutas, basadas en razones indiscutibles, de naturaleza ideal o apodíctica.

El sistema epistemológico obsesivo, asediado por el temor a la culpa y por la duda, no puede decidir por sí mismo si su pensamiento es correcto o incorrecto, si su decisión es acertada o desacertada. Tal como indica la etimología de la palabra obsesión (*ob-sedire*, sitiarse), la mente del obsesivo se encuentra asediada en todas o, al menos, algunas áreas significativas de su vida por el miedo a la culpa y el error, tratando de defenderse con una muralla de conductas y rituales compulsivos que terminan por asediarse igualmente. La razón de este comportamiento se encuentra en la desconfianza que engendra la duda y la culpabilidad y que es alimentada, a su vez, por ellas. El sujeto desconfía porque no puede responder (no se fía) de sí mismo ni de sus juicios e intenciones. Puede llegar a sentir esta “*ir-reponsabilidad*” (incapacidad de poder responder) como una especie de irresponsabilidad ontológica, sentimiento que su conciencia no puede admitir porque sería vivido como la negación de cualquier valor personal.

¿Pero de dónde surge la desconfianza? Para poder dar respuesta a esta pregunta se hace necesario examinar con detalle tanto la estructura como la génesis del trastorno obsesivo, tarea a la que dedicaremos los apartados sucesivos.

## **LA ESTRUCTURA DEL SISTEMA EPISTEMOLÓGICO OBSESIVO**

El análisis que hemos llevado a cabo hasta aquí ha puesto de relieve cómo el sistema obsesivo ha llegado a ser experto en el manejo de los niveles preoperatorio (mágico), operatorio (rituales) y formal o abstracto (rumiaciones) como estrategias

para regular o contrarrestar la duda, la culpa y la desconfianza. Sin embargo hemos puesto también de manifiesto el fracaso a que inexorablemente se ve abocado. Carece, en efecto, de dos recursos fundamentales para un buen funcionamiento: la base sensorio/emocional (nivel preoperacional) y la capacidad autorreflexiva (nivel metacognitivo). De este modo, el sistema epistemológico resultante anda siempre buscando su fundamento fuera y no consigue nunca explicarse lo que le sucede, de forma que se ve condenado, como Sísifo, a subir una y otra vez la misma cuesta, acarreado siempre la misma roca, reiterando incesantemente los mismos procesos.

En artículos anteriores (Villegas 1993, 1996) describimos la evolución psicológica “como una serie sucesiva de construcciones epistemológicas –sistemas de reglas y recursos cognitivos, afectivos y operativos- con las que se construye la realidad, y los pasos de unos sistemas a otros como crisis y reestructuración de éstos a fin de ajustarlos a la complejidad creciente de sus interacciones con el mundo”. Vimos también que la patología se producía cuando el sistema se volvía disfuncional, es decir se mostraba incapaz de resolver los problemas o las crisis a los que debía enfrentarse, desembocando en una aporía.

El sistema epistemológico del obsesivo se halla permanentemente en crisis, y a pesar de sus esfuerzos en dar respuesta a sus aporías, cae víctima de su propia lógica. Por mucho que las convicciones o temores obsesivos puedan parecer irracionales a quienes los observan e, incluso, a quien los sustenta, el pensamiento obsesivo está dotado de una gran habilidad lógica. No puede ser racionalmente rebatido; sí razonablemente, pero no racionalmente. Esto lleva al sistema a insistir en sus procedimientos lógicos irresolubles o a refugiarse en el pensamiento o la acción mágica. El resultado es la sensación de pérdida de control. Ya no soy yo quien piensa o decide, sino que son los pensamientos quienes piensan y los impulsos quienes deciden por mí.

Interesa preguntarse por la razón de este fracaso; ésta no es otra que la extrañeza del sujeto respecto a sus propios pensamientos, deseos y acciones. Es decir el sujeto vive sus impulsos e ideas como intrusivos, no causados por él. Dicho de otro modo no se siente agente de su propia vida mental. Ahora bien ¿cómo se ha podido llegar a originar esta fractura en el interior del sujeto, esta enajenación respecto a la propia voluntad?

### **La construcción emocional**

Antonio Damasio (1994) ha demostrado, a partir del estudio con traumatizados neurológicos, que determinadas lesiones en el lóbulo frontal supraorbital impiden a las personas tomar cualquier tipo de decisión. Tales sujetos son capaces de dilucidar cuál es la operación correcta en una situación determinada y poner para ello en marcha el dispositivo mental referido a todos los conocimientos técnicos de que disponen y desarrollar las deducciones lógicas adecuadas para resolver un problema, pero, son incapaces de tomar cualquier decisión por intrascendente que



sea, como por ejemplo le de mover una ficha del ajedrez o de echar una carta de la baraja, o pueden llegar a adoptar tranquilamente las alternativas de mayor riesgo, porque las viven como ajenas a sí mismos. Falta el contacto emocional -la famosa inteligencia emocional (Goleman, 1995; Ledoux, 1996) - que permite, a la apuesta o la intuición, decidir sobre la base del deseo, aun a riesgo de errar.

Uno de sus pacientes, llamado Elliot, que presentaba una afección cerebral en los lóbulos frontales a causa de una intervención quirúrgica de extirpación de un tumor cerebral, fue sometido a pruebas de laboratorio en las que se le proponían problemas de naturaleza práctica y social. El paciente demostró una gran agilidad mental e imaginación para plantear diversas opciones, todas bien fundamentadas y practicables, superando en la mayoría de ellas las respuestas de tipo medio de la población control. Sin embargo, al término de una de las pruebas, satisfecho por el despliegue de inteligencia que estaba llevando a cabo, dijo con una media sonrisa: “Con todo, yo no sabría todavía qué hacer.” Estaba claro que el problema no se presentaba al nivel de operaciones mentales de razonamiento o deducción, sino de decisión.

Esta misma constatación la extiende invariablemente Damasio a otra docena de pacientes con lesiones prefrontales, en quienes sistemáticamente se hallaba presente la dificultad para decidir, relacionada con la atonía emocional y sentimental. Para la explicación neurológica detallada de estos fenómenos y de las conexiones entre regiones corticales y núcleos subcorticales que las sustentan remitimos al lector a la obra de Damasio (1994). Solamente indicar que los estudios llevados a cabo hasta ahora parecen demostrar que las lesiones en la sustancia blanca, subyacentes a las regiones orbital y mediana del lóbulo frontal alteran emociones y sentimientos, particularmente en su proyección personal y social, y, en consecuencia, la capacidad de decisión, sin afectar a las habilidades intelectuales ni lingüísticas. La razón de esta insensibilidad emocional, así como al dolor, Damasio la explica por la incapacidad del cerebro de captar las señales enviadas por los “marcadores somáticos.” Con este término Damasio se refiere al conjunto de sensaciones viscerales y no viscerales, que actúan de indicadores emocionales de connotaciones positivas o negativas, fruto, la mayor parte de las veces, de un proceso de aprendizaje, sobre la base de un sistema de preferencias innato, intrínsecamente orientado a evitar el dolor y buscar el placer. De este modo los “marcadores somáticos” contribuyen a hacer más rápido, eficiente y preciso el proceso de decisión, facilitando el desbloqueo de la balanza donde se consideran las diversas opciones, a favor de aquéllas que “visceralmente” suponen una mayor ganancia que pérdida, o bien evitan la posibilidad de un mayor riesgo ante la posibilidad de una ganancia incierta.

La hipótesis que planteamos en este trabajo no pretende explicar la estructura del sistema epistemológico obsesivo en base a un déficit de conexiones cerebrales entre los marcadores somáticos y las áreas prefrontales de la región supraorbital

derecha, sino establecer más bien un paralelismo en el modo de funcionamiento, en tanto que la mutilación de las vías aferentes del sistema límbico hacia las áreas prefrontales se debe considerar de tipo educacional o evolutiva más que neurofisiológica, aun sin excluir posibles afecciones subsidiarias de este tipo. Como reconocía un paciente obsesivo: *“en mi educación familiar todas las expresiones emocionales fueron eliminadas sistemáticamente, sufrí una mutilación emocional; las emociones eran consideradas erróneas e inútiles por naturaleza”* o en boca de otro paciente *“eso de las emociones son pequeñeces”*.

Una característica frecuente entre los obsesivos es que los marcadores somáticos de tipo placentero se ven sistemáticamente boicoteados por pensamientos intrusivos de tipo obsesivo. Así por ejemplo, un paciente obsesivo cuenta que en los momentos de relajación aparecen espontáneamente pensamientos obsesivos sobre homosexualidad, blasfemias etc. En una ocasión, por ejemplo, al acercarse a la Iglesia de Sta. María del Mar, que anticipa como un remanso de paz, le acuden a la mente pensamientos blasfemos relativos a la Virgen María. En otra ocasión estando cómodamente sentado frente la televisión, en el momento en que se está haciendo consciente de este instante de felicidad vuelven a su mente dudas sobre su orientación sexual. Al acostarse en la cama y sentir la sensación de relajamiento y confort empiezan a venir dudas sobre si ha cerrado o no las puertas de la casa. Es como si el mensaje dominante fuera *“no seas feliz”*.

El dinamismo psicológico subyacente a este fenómeno parece hacer referencia a un mecanismo por el que la experiencia del placer se vive como una amenaza de descontrol pulsional. Este descontrol se inhibe gracias a las preocupaciones o pensamientos obsesivos. Con lo que se evita la experiencia del placer. ¿Pero qué tiene de malo la experiencia del placer? El placer como el dolor son dos intensos marcadores somáticos que sirven de reguladores o criterios internos de gran potencia. Pero el obsesivo tiene vetados el acceso libre tanto al uno como al otro. La madre del paciente de quien nos estamos ocupando, auténtica “aguafiestas”, se ponía sistemáticamente enferma cada vez que la familia proyectaba alguna salida o excursión, impidiendo a todos sus miembros disfrutar de un día de solaz. Igualmente la experiencia del dolor le estaba vetada. En ocasión de una visita al dentista se negó a abrir la boca, porque le daba miedo. Le citaron para la próxima visita engañándole, diciendo que tenía que acompañarles al hospital y una vez allí le suministraron anestesia general, estado en el cual le visitó el dentista. Con una experiencia anestesiada al dolor es imposible detectar los marcadores somáticos de forma fiable.

La modulación de las sensaciones, emociones y sentimientos es el resultado de un aprendizaje espontáneo por el que se experimentan las diversas tonalidades de placer y de dolor que se generan, dando origen a un balance interno del propio organismo. Las primeras experiencias, por ejemplo, con el tabaco producen generalmente sensaciones contrastadas entre las molestias del humo en la garganta,

efectos estimulantes o relajantes sobre el sistema nervioso central, refuerzos positivos o aversivos del entorno social, etc. Resultado de este balance será el rechazo de esta sustancia o la adicción a ella. De un modo parecido se configura todo un sistema de elecciones o preferencias de nuestro organismo, tanto respecto a los alimentos como a las actividades físicas, a los estímulos sensoriales, a los contextos o entornos de preferencia, etc. Sensaciones como la relajación o la reducción de ansiedad pueden asociarse al tipo de marcadores somáticos activados por el consumo de determinadas sustancias -por ejemplo el tabaco o el alcohol- o de la comida, que puede llegar a ser devorada compulsivamente, como en la bulimia. Los marcadores somáticos internos son fiables, generalmente, como reguladores del comportamiento y de la experiencia sensorial y emocional. Pero evidentemente pueden integrarse como tales en la experiencia o disociarse de ella, a través de las vicisitudes de las contingencias de refuerzo tanto internas como externas y del significado que se les otorgue, perdiendo su *espontaneidad*. Las experiencias prohibidas o inhibidas pueden llegar incluso a impedir la formación de tales sistemas reguladores internos con evidente riesgo para la seguridad del propio organismo, como pone de manifiesto el siguiente suceso relatado por el propio protagonista de la historia.

Unos padres excesivamente preocupados por la protección de su hija pequeña de cuatro años habían dispuesto una protección decorativa de madera que se elevaba unos cuarenta centímetros por encima del alféizar de la ventana de su habitación, de modo que consideraban prácticamente imposible que la niña corriera el riesgo de asomarse y caerse por la ventana. En general la niña no era dejada nunca ni por un momento sola en casa, pero en una ocasión la madre tuvo que bajarse un momento a la calle para comprar un paquete de harina que necesitaba para cocinar y no había nadie más en casa a quien confiar la custodia de la niña. Habiéndola advertido de su momentánea ausencia, bajó la madre precipitadamente a la calle a fin de proceder rápidamente a la compra. Pero cuál no fue su espanto al volver a casa y ver desde la calle a la niña subida a la ventana, saltando la protección de madera y precipitándose ante sus ojos contra el suelo. Un amigo de la familia que quedó muy afectado por este suceso se encontró meses más tarde en México invitado por unos amigos de aquel país, participando en una salida campestre. La hija de estos, también de cuatro años de edad, correteaba libremente por la ladera de un monte, mientras los adultos mantenían una animada conversación, ajenos a los movimientos de la niña. De repente nuestro invitado se dio cuenta que la niña se aproximaba peligrosamente al borde de un barranco. Cruzaron por su mente a gran velocidad los recuerdos del accidente acaecido a la hija de sus amigos españoles con tal intensidad que de repente enmudeció y su rostro palideció. El padre de la niña mejicana que se dio cuenta de la expresión de pánico

de su rostro le dijo sonriendo: *“no te preocupes por la niña; ha aprendido a fiarse de sus propios sentidos; como cualquier animal sabe muy bien hasta dónde puede llegar: más allá no pasará.”*

De forma paralela a la constitución de un patrón de control y equilibrio motórico y sensorial, la constitución de un sistema criteriológico emocional se configura a través de un proceso de “educación” en el sentido evolutivo del término, por el que el niño tiene la oportunidad de experimentar los diversos registros emocionales (alegría, tristeza, rabia, miedo, etc.) aprendiendo a integrarlos y modularlos en virtud de sus efectos internos y externos.

Pese a la naturaleza controvertida de las investigaciones sobre el carácter innato del reconocimiento de las emociones, Harris (1989) sostiene que a las 10 semanas el niño ya es capaz de adaptar su comportamiento social como respuesta, no imitativa, a las diversas expresiones faciales producidas por las figuras de apego. Hacia el final del primer año es capaz de atribuirles un significado emocional y, sucesivamente, con el desarrollo de una teoría de la mente, logra vincular las emociones con las creencias y los deseos subyacentes. Una importante capacidad que los niños empiezan a desarrollar hacia los 2 años es la comprensión de que sus comportamientos pueden producir en los demás reacciones emocionales, empezando a desarrollar así, progresivamente, la capacidad tanto de herir como de confortar. Entre los 4 y los 10 años, los niños ya han desarrollado las llamadas emociones sociales y parecen ser capaces de reconocer que sus estados emocionales dependen de la aprobación o desaprobación de los demás.

La prohibición de experimentar los propios estados emocionales, así como la inhibición de su expresión o la anulación de su eficacia a través de la indiferencia o el rechazo pueden llevar a su extinción como patrón de referencia interna sobre el que basar las propias acciones y decisiones. En consecuencia el sistema motivacional tiende a sustituir los criterios internos espontáneos de acción por normas externas de carácter ideal o moral. En efecto, observaciones coincidentes de la mayoría de estudiosos del trastorno obsesivo tienden a coincidir en señalar la formación del síntoma en un contexto familiar de falta de empatía, de inexpresividad emocional, de hiperracionalidad o de rigorismo moral. El padre de uno de nuestros pacientes, por ejemplo, no podía soportar oír el llanto de un niño, por lo que sus hijos tuvieron que habituarse desde muy pequeños a inhibirlo al máximo en un ambiente de silencio casi monacal. Otro paciente cuenta que de pequeño sus manifestaciones de emocionalidad espontánea eran interpretadas como conductas inmaduras e indignas, siendo alejado por ello de la vista del padre hasta que no se “comportara”, debiendo pedir perdón por ello.

Otros autores como Valeria Ugazio (1998), han postulado además, ampliando si cabe a otros miembros de la familia extensa, la existencia de polaridades extremas representadas por miembros situados en el polo del rigorismo frente a otros situados en el de la laxitud moral. Estas polaridades están presentes siempre en el discurso

familiar a través de la posición semántica que se otorga sistemáticamente a cada uno de ellos en función de la proximidad o lejanía a cada uno de los extremos. Según esta autora el obsesivo se sitúa en una posición intermedia, usando el polo de la rigidez moral como un contrapeso a las tendencias vitales o pulsionales del de la laxitud. Esta posición intermedia sería la responsable, en último término, de la oscilación característica del obsesivo.

Sea como sea, el resultado es que el obsesivo siente que no puede fiarse de su repertorio de emociones como criterio de acción y que, en consecuencia tiende a sustituirlo por criterios externos de carácter abstracto y absoluto. Como decía un paciente:

*“es como si tuviera que haber un mundo ideal platónico, objetivo, donde se pudiera dar respuesta a todas las preguntas y regular las normas de acción”.*

Éstas son particularmente severas y rígidas en el ámbito del juicio moral: el obsesivo siente que si no se regulara por ellas sus impulsos le llevarían irremisiblemente a la aberración moral; así es como interpreta la aparición espontánea de imágenes obscenas, la emergencia de pensamientos blasfemos, la formación de fantasías de agresiones sádicas, las dudas sobre su orientación sexual. De ahí que todo su esfuerzo esté más dirigido a evitar el mal que a hacer el bien. Su gran preocupación es protegerse de cualquier sombra de culpabilidad, sentimiento que antepone al amor o la empatía, afectos que resultan de difícil acceso para él.

Esta ausencia de recursos propios le coloca en una posición de inferioridad frente a las figuras que considera de autoridad, en primer lugar los padres, más tarde profesores o el propio terapeuta, puesto que ellas constituyen referentes inequívocos, no tanto como modelos a imitar, sino como fuente criteriología de pensamiento y acción. De ahí la tendencia a buscar en el terapeuta, tendencia que éste debe abstenerse de satisfacer, un referente externo que sustituya sus referentes oscilantes y dudosos a propósito de cualquier decisión que le comprometa.

Todo proceso de decisión implica tanto procedimientos automáticos de selección de alternativas, como procedimientos de deducción lógica, mediados por sistemas de representación simbólica, que aunque suelen actuar de forma cooperativa, respetan un orden jerárquico en cuya cúspide se hallan los “marcadores somáticos” los cuales expresan las preferencias acumuladas en la historia del organismo. Las operaciones mentales que se ponen en marcha en el proceso de decisión, desde la atención a la memoria de trabajo, se orientan en función de las preferencias intrínsecas del organismo y de aquellas que han sido adquiridas sobre la base de las primeras. Desde el momento en que muchas decisiones -comenta Damasio (1994)- ejercen una influencia sobre el futuro de un organismo es plausible suponer que algunos criterios estén enraizados directa o indirectamente en las pulsiones biológicas del mismo. El desarrollo, sin embargo, de este organismo en un contexto fuertemente estructurado desde el punto de vista social, determina la

configuración cultural de estos dispositivos de actuación automática, hasta el punto de volverlos generalmente cónsonos respecto a la ética y las convenciones sociales. Es probable, concluye Damasio,

*“que la racionalidad se forme y module por medio de señales corporales, incluso cuando lleva a cabo las distinciones más sublimes.”*

Estos marcadores somáticos son aliados inestimables, por tanto, del proceso de razonamiento y decisión, contribuyendo a la “racionalidad” de las decisiones. Es evidente, no obstante, que en determinadas situaciones entorpecen el razonamiento correcto, llevando a conclusiones desastrosas; como por ejemplo los impulsos de quien viéndose rodeado por el fuego en la habitación de un hotel, se tira por la ventana en lugar de seguir las normas más racionales aconsejadas para estos momentos como bloquear puertas y rendijas con toallas húmedas y hacerse visible con gestos y gritos asomándose al exterior.

La irracionalidad de las reacciones viscerales es uno de los motivos por los que los obsesivos desconfían de sus emociones. A diferencia de los lesionados cerebrales ellos sí perciben los marcadores somáticos, de ahí la fuerte reactividad ansiosa. No presentan seccionadas las vías aferentes y eferentes entre las áreas frontales y el cerebro medio o el tronco cerebral, aunque la psicofarmacología los trate como si las tuvieran, sino que han aprendido a poner en duda la rectitud y adecuación de sus reacciones emocionales, transfiriendo al pensamiento todo el peso de la decisión y perdiéndose en una maraña de ideas. Tienen miedo al descontrol emocional o, como decía uno de ellos, a “embalarse” o bien consideran las emociones “poca cosa”, “malas consejeras”, o “nada fiables”. Como decía uno de ellos, citado por Carcione y Falcone (1999):

*“Lo que tiene que entender, Doctor, es que lo que yo tengo averiado no es el cerebro, sino la mente. Mi cerebro funciona muy bien, es mi mente la que no funciona ¿entiende?, no el cerebro, sino la mente”.*

De este modo los obsesivos sintonizan sus marcadores somáticos con todas aquellas situaciones que pueden introducir la duda, la incertidumbre o la ambigüedad, desencadenando fuertes reacciones de angustia, que intentan regular a través de la prevención por medio de la adhesión a sistemas de valores extremadamente rígidos y estables, o bien a través del control por medio de las rumiaciones o los ritos. Como decía uno de los pacientes, cuya demanda tenía que ver con una sintomatología del habla, el tartamudeo, y cuya referencia completa puede consultarse en otra parte (Villegas, 1992):

*“Naturalmente, lo que me molesta está ligado con el conjunto de mis valores morales y materiales. Yo concedo una importancia especial a la solidaridad (obligaciones) familiar, ... y, en general, a la disponibilidad hacia los demás...”*

A diferencia, también, de los lesionados cerebrales, esta terrible falta de decisión no afecta a los obsesivos en todos los ámbitos de la vida, ni se presenta en

todos los contextos, sino a aquéllos en los que está en juego algo trascendental para ellos. En tal caso sus decisiones deben ser sopesadas una y mil veces, y, aun después de haber tomado una de ellas vuelven y vuelven incansablemente a la mente las alternativas posibles que fueron contempladas pero no escogidas, o, lo que es peor, ni tan sólo fueron consideradas *pudiéndolo* haber sido, acompañadas las más de las veces de sentimientos de culpabilidad y de duda. Una paciente de 35 años, a la que ya nos hemos referido anteriormente, explica que cuando se encuentra en el trabajo, donde desarrolla una labor directiva, obsesiones y rituales compulsivos desaparecen; cuando, en cambio, regresa a casa o se ocupa de los suyos éstas vuelven a instaurarse automáticamente.

No existe, sin embargo, *a priori* razón para poner coto a los ámbitos que pueden ser importantes para una persona. Es posible que para nuestra paciente los ámbitos donde está en juego su competencia personal, como la familia y la casa, constituyan contextos problemáticos. Puede suceder, por el contrario, que aquéllos donde está en juego su actividad profesional no lo sean. La razón podría ser que la responsabilidad se halle desigualmente repartida o que no dude de su competencia profesional, pero sí en cambio de la personal. En el ámbito familiar, como madre o como esposa, el rendimiento es personal e intransferible; en el ámbito del trabajo las responsabilidades pueden ser compartidas o no alcanzar el mismo grado de trascendencia y, sobre todo, no afectar a sí misma o a los suyos las posibles consecuencias negativas de una acción equivocada u omisión o el descuido de llevar a cabo los rituales mágicos de protección. Como decía una paciente, madre de dos hijos:

*“no podría soportar, ni siquiera asimilar, que a un hijo mío le sucediera algo por haber tomado una decisión equivocada, por ejemplo, haber dado mi consentimiento para que fuera a una excursión, si tenía que producirse un accidente. Me sentiría inmensamente culpable y viviría con este sentimiento el resto de mis días”.*

El resultado, naturalmente, de este planteamiento es producir niños evitativos, reproduciendo y transmitiendo los patrones ansioso-obsesivos con que se quiere evitar la culpabilidad. En consecuencia, lo que es importante es aquello que pone en juego el sentimiento de culpabilidad. Por esta misma razón así como para algunos obsesivos los ámbitos están delimitados, para otros la duda y la indecisión pueden extenderse a todos los contextos imaginables, terminando por generalizarse.

Si en los obsesivos no se hallan dañadas las vías aferentes y eferentes prefrontales, implicadas en los procesos de decisión y elección, que permiten connotar las representaciones mentales con los marcadores somáticos de forma positiva o negativa, y coherente con la propia proyección en la existencia, ni existe un déficit neuroquímico específico capaz de dar cumplida cuenta de ello ¿cómo explicar la sensación subjetiva de desconexión que experimentan con sus emociones, hasta el punto que las decisiones más simples pueden resultar un calvario o

desembocar en la parálisis?

Esta dificultad de llegar a una conclusión en el proceso de tomar decisiones se pone de manifiesto en el caso de un paciente, médico de un hospital, quien, según cuenta Vittorio Guidano (2000), ante la necesidad urgente de tener que cambiar el coche se pasó tres días enteros considerando cuál sería la mejor opción de compra, para lo que llegó incluso a desarrollar un programa informático, terminando por escoger la misma marca y el mismo modelo que ya tenía. Otro paciente comenta en la sesión de grupo:

*“Es una lucha entre lo que tengo que hacer y lo que quiero hacer...sé que no tomo decisiones. Cuando voy de vacaciones me pasa lo mismo, estoy sin preocupaciones, pero soy como un “teleñeco”, pues no tomo decisiones... Me pasa con mis padres y me pasa con los amigos. Mis padres que quieren que haga inglés y yo que no quiero presionarme. Veo que tienen razón; pero eso de hacer lo que ellos me dicen me da rabia, es como si parte de mi vida la tuviese alquilada. Con mis amigos también noto presión porque si uno quiere ir a una discoteca y el otro a otra, yo digo que a mi me da igual, a lo mejor me gusta más una que otra, pero no quiero ponerme de parte de nadie, entonces me dejo influir, llevar, manipular, me siento un “teleñeco” y lo que hago es evitar salir con ellos y quedarme en casa, pero me pongo de mala leche también si no salgo... Me asusta la responsabilidad, aún, ¿no?. Entonces aún dejo las riendas a los demás... Eso de hacer lo que ellos dicen es como si parte de mi vida la alquilase... Cuando vivo realquilado hay menos conflicto, pero me siento enajenado, lejos de mí”*

La manifiesta imposibilidad del obsesivo de servirse del acervo emocional para tomar sus decisiones delegando esta función exclusivamente en el razonamiento especulativo indica muy a las claras la desconexión entre los diversos subsistemas del sistema epistemológico (Ver gráfica 1) por el que se regula. Éste se halla cerrado obsesivamente (asediado). La desconfianza respecto a sus emociones genera una ansiedad de base que trata de calmar con rituales mágicos, conductas de comprobación o rumiaciones sin llegar a ninguna síntesis concluyente que le permita tomar una decisión. Dejado a sí mismo, desconectado de los intereses e intenciones del conjunto, se convierte en un proceso de razonamiento recursivo, incapaz de llegar a ninguna conclusión. La razón de esta desconexión hay que buscarla, como ya se ha dicho, en la desconfianza del obsesivo hacia sus emociones. Como dice Guidano (2000):

*“el problema básico de los obsesivos radica en su ambivalencia emocional, que intentan reducir cognitivamente.”*

Esta característica le diferencia de un sistema abierto en el que todos los niveles de construcción cognitiva se hallan integrados. El razonamiento lógico, en efecto, es un instrumento de análisis al servicio del conjunto del sistema epistemológico, construido sobre una fuerte base emocional-motivante, reconocida como garantía



<b>(Gráfica 1)</b>		
<b>SISTEMA EPISTEMOLÓGICO ABIERTO EVOLUTIVAMENTE</b>		
NIVELES	TIPOS DE CONSTRUCCION	MANIFESTACIONES
Sensorio motor	Emocional – motivante	Pasión
Preoperatorio	Mágica – creativa	Imaginación
Operatorio	Conductual – activa	Exploración
Formal	Racional – analítica	Evaluación
Metacognitivo	Comprensiva – sintética (intuición)	Dominio
<b>SISTEMA EPISTEMOLÓGICO CERRADO OBSESIVAMENTE</b>		
NIVELES	TIPOS DE CONSTRUCCION	MANIFESTACIONES
Sensorio motor	Emocional – desconfiada	Ansiedad
Preoperatorio	Mágica – preventiva	Rituales
Operatorio	Conductual – evitativa	Comprobaciones
Formal	Racional – especulativa	Rumiaciones
Metacognitivo	Comprensiva – dubitativa	Indecisiones

de coherencia interna. Esta base emocional se traduce en auténtica pasión o interés, a cuyo servicio se ponen los recursos imaginativos o creativos del sujeto, así como la voluntad de exploración o experimentación, la agudeza analítica o racional en la evaluación de las diversas opciones de acción que desembocan en la toma de una decisión firme, siempre reversible, pero congruente con el estado actual del sistema.

Por el contrario, todos los esfuerzos del obsesivo se dirigen a contener las reacciones emocionales, que vive como desestabilizantes. Desprovisto de una base segura, del acceso espontáneo a los marcadores somáticos emocionales congruentes con los estados y tendencias del sistema, se halla perdido el obsesivo en un mundo impredecible, donde resulta imposible despejar la duda y conseguir la certeza, o, al menos, la seguridad y la tranquilidad

A diferencia de la actuación ansiosa del obsesivo en la que se contemplan todas las alternativas posibles sin llegar a una conclusión, la posición sana establece una jerarquía entre opciones, aun a riesgo de autoengañarse, sobre la base de elecciones y preferencias preestablecidas en el acervo genético y experiencial del sujeto, que constituyen el fundamento de los mecanismos automáticos de decisión, producto de una operación comprensivo-sintética, que llamamos en su conjunto “intuición” (Ver gráfico). Ésta permite llegar a la conclusión sin la mediación de complejos procesos inútiles de decisiones intermedias. La intuición suprime automáticamente la consideración de alternativas estériles o irrelevantes, tomando como criterio lo que es coherente con las propias preferencias.

La intuición es la forma de *espontaneidad* de la conciencia y su mecanismo no

obedece a razones esotéricas o a influjo de inspiración divina, sino al mantenimiento de una coherencia interna. Esta coherencia es fruto del desarrollo continuado de la propia proyección en la existencia y cuanto se piensa, quiere, desea o decide está en concordancia con ella. Ella se convierte en el criterio interno de elección ante las situaciones más comprometidas; a ella se asocian las resonancias emotivas evocadas por los marcadores somáticos que activan los afectos que la acompañan; a ella se subordinan las operaciones mentales: los recuerdos, las imágenes, los razonamientos acuden a la mente en función del mantenimiento de esta coherencia que otorga sentido a la existencia. Todos los recursos del sistema epistemológico tanto individualmente como en su conjunto se ponen a su servicio. Los discursos o narrativas personales se organizan alrededor de ella: las personas necesitan, en efecto, como han puesto de relieve numerosos autores (Bruner, 1992, Carr, 1986, Ricoeur, 1984, 1986, Sarbin, 1986; Villegas, 1995a) razonar o estructurar semánticamente su existencia como una historia con un argumento que mantenga una tensión narrativa.

Esta tensión describe la relación del sujeto con su mundo, lo que Brentano llamaba “intencionalidad”, ausente en los actos y pensamientos del obsesivo. Estos se le presentan, efectivamente, como ajenos a su voluntad (los “teleñecos”). Pero en realidad su voluntad es negativa, ha perdido el contacto con los reguladores internos del deseo y el placer. No está organizada en función de un deseo positivo, de una proyección activa en la existencia, sino de una actitud evitativa. El proyecto existencial del obsesivo es negativo: “no mancharse, no contaminarse, no equivocarse, no pecar, no fallar, etc.” Como quiera, sin embargo, que es imposible evitar cualquiera de estos defectos ya sea de pensamiento, palabra, obra u omisión, toda la atención del obsesivo va dirigida a prever las situaciones llevando al extremo la conciencia de responsabilidad. El gran pecado del obsesivo es el pecado de omisión: todo aquello que no ha hecho y hubiera debido y, tal vez, podido hacer o evitar que sucediera. En este contexto adquieren sentido los rituales, entendidos como impulsos dirigidos a evitar o expiar la omisión.

Por ello la mejor prevención del obsesivo es evitar las responsabilidades y todo su inmenso trabajo de comprobaciones va dirigido a controlar si ha asumido alguna de las que tal vez no se haya hecho consciente.

El padre de uno de nuestros pacientes, médico de profesión, apretaba el acelerador cuando, casualmente, se cruzaba por la carretera con una zona donde había un accidentado; de este modo no se daba tiempo a verse involucrado en la situación. Siguiendo la lógica de “ojos que no ven corazón que no siente” intentaba evitar la activación de una conciencia moral de la obligación profesional de atender a un herido.

Para un obsesivo no es importante aquello que hace sino aquello que evita haciendo o dejando de hacer lo que hace, con lo cual su acción se vuelve totalmente inútil, estéril y repetitiva, terminando muchas veces por no hacer nada. Un

fenómeno puesto de relieve por varios autores (Rachman, 1993; Rachman & Hodgson, 1980; Mancini, 2000) es el hecho que con frecuencia los rituales obsesivos disminuyen o desaparecen cuando la persona se encuentra en contextos donde no se siente responsable. Por ejemplo la paciente a la que nos hemos referido antes con el nombre de Elisa, obsesiva de la limpieza, pasó quince días totalmente asintomática y relajada con su familia en un hotel por la simple razón “*de no ser la responsable de evitar la posible contaminación*”, según sus palabras textuales. “*Si no era responsable, tampoco podía ser culpable.*”

### **La construcción (meta)cognitiva**

Acabamos de considerar en el apartado anterior los déficits de construcción emocional, característicos del sistema epistemológico obsesivo. Los estudios de Damasio, entre otros (Oatley, Johnson-Laird, 1987; Frijda, 1986; Damasio, 1994), han subrayado el papel de las emociones como *primer motor decisional* y han puesto de manifiesto cómo una persona desconectada de sus emociones o que no utiliza la información emocional puede ser capaz de realizar sofisticadas operaciones mentales, a la vez que ser del todo incapaz de tomar una decisión, hasta la más elemental, respecto a su propia vida relacional y afectiva. En el ámbito de la investigación sobre el desarrollo de la teoría de la mente, algunos autores han puesto de relieve que ésta incluye elementos de naturaleza epistémica (estados mentales tales como emociones, deseos, intenciones, etc.), situando en una misma línea evolutiva la dimensión cognitiva y la emocional.

También hemos podido considerar las estrategias o mecanismos de control con los que el obsesivo intenta hacer frente a las consecuencias de tales déficits, utilizando recursos tanto del pensamiento mágico a través de los rituales, como del operatorio por medio de conductas de comprobación. Hemos observado igualmente la incapacidad del sistema para poder contemplar de forma descentrada su propio proceder, dando vueltas de forma rumiativa a sus ideas, recuerdos y pensamientos. Es decir, la dificultad del sistema para pensar de forma crítica sobre su propio funcionamiento. Esta capacidad corresponde a la función metacognitiva, que es de gran trascendencia tanto para la comprensión de la psicopatología como para el desarrollo del proceso psicoterapéutico.

La primera definición global de metacognición fue propuesta por Flavell para referirse a la ‘cognición de la cognición’ (Flavell, 1976, 1987; Flavell y otros, 1993), definiéndola como “*(...) todo aquel conocimiento o actividad cognitiva que toma como objeto, o norma, cualquier aspecto de cualquier actividad cognitiva*”. Los estudios y las investigaciones posteriores, principalmente en el campo de la psicología cognitiva, ampliaron luego este concepto, incluyendo la capacidad de metacompreensión, de solución de problemas, de planteamiento y organización de estrategias, de conocimiento social, de atribución de estados mentales, de elección y evaluación.

Más recientemente Carcione y Falcone (1999), la definen específicamente como

*“la capacidad del individuo de realizar operaciones cognitivas heurísticas sobre las conductas psicológicas propias y ajenas, así como la capacidad de utilizar dichos conocimientos con fines estratégicos para solucionar problemas y gestionar determinados estados mentales que son fuente de sufrimiento subjetivo”.*

En esta definición, consideran los autores tanto la capacidad de comprender los propios estados mentales como la de realizar inferencias sobre estados mentales ajenos, así como la de reflexionar globalmente sobre procesos mentales (*conductas psicológicas*), y no únicamente cognitivos. La expresión *operaciones cognitivas heurísticas* incluye los procesos de control (o procesos ejecutivos) que describen las teorías del aprendizaje. La última parte de la definición pone de relieve el carácter esencialmente práctico de la metacognición y subraya que, respecto a los fines clínicos, desempeña un papel determinante, *“para dominar estados mentales específicos que son fuente de sufrimiento subjetivo”.*

La función fundamental de la metacognición es, pues, la de conectar adecuadamente entre sí las cogniciones, las emociones y los comportamientos, en el interior de un contexto interpersonal significativo. Hace referencia tanto a los contenidos como a los procesos metacognitivos de control en estrecha relación entre sí. Por *procesos de control* se entiende “el conjunto de operaciones que supervisan la realización de una estrategia determinada y, en consecuencia, la ejecución de la tarea”; por *estrategia* “el recorrido que sigue un sujeto para hacer frente a una tarea cognitiva” (Cornoldi, 1995).

Tomando algunos conceptos de Frith (1992) a propósito de las funciones metacognitivas en la esquizofrenia, desarrollados por Carcione y Falcone (1999), podemos considerar, entre otras, la *autoreflexividad*, y el *dominio*, como especialmente afectadas en el caso de las obsesiones.

La *autoreflexividad* se refiere a la capacidad de representar acontecimientos mentales y de realizar operaciones cognitivas heurísticas sobre el propio funcionamiento mental. Requiere la capacidad del individuo de percibirse a sí mismo poseedor de una vida mental autónoma y separada de la de los demás, y la de tener acceso a informaciones pertinentes sobre los propios estados mentales (ya se trate de recuerdos o de experiencias actuales). Una muestra típica de déficit metacognitivo en el paciente obsesivo lo constituye la duda sobre la intencionalidad y autoría de las propias acciones o pensamientos, de donde nace la intrusividad del pensamiento: “No sé si he cerrado la puerta”. “Me viene o asalta el pensamiento” “No sé si he tenido malos pensamientos, ni si he consentido o me he recreado en ellos”

Otro aspecto de este ámbito es la capacidad de distinguir entre las propias representaciones internas y la realidad, referida a la capacidad de reconocer la subjetividad de la propia representación de uno mismo y del mundo. El realismo y

el nominalismo ontológicos -la suposición de que las cosas son tal como las concebimos, como si los objetos de la mente fueran una copia de la realidad y que el lenguaje mantiene una relación biunívoca con ellas- constituyen una característica del pensamiento obsesivo que se lleva muy mal con el relativismo epistemológico y la complejidad cognitiva. La creencia de que las cosas “*son evidentes en sí mismas*” llevan a un paciente obsesivo a la búsqueda frenéticamente del consenso universal y a la exclusión de cualquier posible excepción, generando la sola sospecha de que alguien pudiera negar “la evidencia”, ni que fuera por intereses bastardos, una crisis incontenible de ansiedad.

Implica, finalmente, reconocer el poder limitado que poseen las propias expectativas, los deseos y los pensamientos respecto a la posibilidad de influir en la realidad exterior. Una modalidad característica de un desarrollo anómalo de esta función es el “pensamiento mágico”. Un paciente con trastorno obsesivo-compulsivo explica: “*Si por la mañana cuando voy al trabajo no abro con la mano derecha estoy convencido de que todo ese día me irá mal, y siempre es así*”.

Por *dominio* entendemos la capacidad del individuo de representar ámbitos psicológicos en términos de problemas por resolver y de elaboración de estrategias, adecuadas para la realización de una tarea (congruencia entre medios-fines y costes-beneficios) a niveles crecientes de complejidad. Posteriormente, el sujeto debe ser capaz de elaborar estrategias cada vez más sofisticadas para hacer frente a los propios estados problemáticos o para resolver un problema. Estas estrategias pueden poner en juego habilidades metacognitivas de creciente complejidad, como por ejemplo estrategias de evitación (evitar tocar animales u objetos contaminantes), de regulación (autoinstrucciones) de modificación del pensamiento (“*no hay mal que por bien no venga*”).

Pero para que exista un dominio es esencial que se haya desarrollado plenamente el concepto desí mismo como ser intencional. La ausencia de intencionalidad en la experiencia obsesiva es la que hace que las ideas tengan en ella un carácter intrusivo y los ritos compulsivos un carácter anancástico. La conciencia *metacognitiva* -dice Liotti (1994) nos hace libres y “aumenta la capacidad individual de resolver problemas por medio de un acceso más rápido y general a todo el conocimiento que el individuo ha acumulado en el curso de su vida” Somos libres “metacognitivamente” porque podemos pensar nuestros pensamientos, en lugar de ser “pensados” por éstos, como sucede en los trastornos graves con déficit metacognitivo.

### **La construcción moral**

La formación de una conciencia hiperresponsable es una característica no sólo del obsesivo, sino de muchas morales religiosas o ideológicas. Una anécdota budista explicada en primera persona por un viajero holandés (Van de Wetering, 1975) que pasó varios meses en un monasterio japonés, nos da cuenta de cómo el maestro Zen le reprendió severamente por considerarlo culpable de la muerte ocasional de un

joven, ocurrida en lugar lejano. El desencadenante de los hechos fue que el mencionado viajero iba en una motocicleta y dio un giro sin avisar previamente con la mano. El maestro que lo vio le advirtió enérgicamente, diciendo:

*“El otro día te vi dar la vuelta a una esquina y no extendiste la mano para indicar la maniobra que ibas a hacer con el vehículo. Debido a tu descuido, un camionero que iba detrás de ti, se vio obligado a dar un giro brusco al volante, subiéndose el camión a la acera, donde una mujer que llevaba un cochecito de bebé al querer esquivar al camión le dio un golpe al director de una gran empresa comercial. El hombre, que ese día estaba de mal humor, despidió a un empleado que podía haber salvado su puesto. Ese empleado se marchó muy deprimido a su pueblo, donde días más tarde, borracho perdido, mató en una pelea a un joven que podría haber llegado a ser maestro zen y posteriormente se suicidó.”*

La idea de que de nuestras acciones u omisiones dependen posibles males incontrolables genera un sentimiento de culpabilidad irrefrenable. La novela a la que ya hemos aludido de José Saramago contiene páginas muy ilustrativas a este respecto. En una de ellas cuando Jesús descubre, por medio de la anciana esclava que le había visto nacer, que el anuncio de su nacimiento fue la causa por la que Herodes hizo matar a los inocentes por creer que entre los recién nacidos en Belén se hallaba el que había de ser rey de Judea, usurpándole de este modo el trono, cae abatido por un gran sentimiento de culpabilidad del que sólo podrá liberarle una muerte redentora, la suya propia en el calvario:

*“Si la vida es una sentencia y la muerte la aplicación de la justicia, entonces no ha habido jamás en el mundo gente más inocente que ésta de Belén, niños que murieron sin haber contraído culpa ni ellos ni de sus padres; como tampoco habrá nunca gente tan culpable como mi padre que calló cuando hubiera debido hablar o como yo que (siendo la causa de esta matanza) fui preservado de la muerte para que llegara a conocer mi culpa: el crimen que salvó mi vida”.*

Esta responsabilidad no sólo alcanza al propio sujeto sino que se extiende a todos aquellos, incluso seres irracionales, que de una manera u otra dependen de la propia responsabilidad.

Un paciente obsesivo quería salir con su mujer un fin de semana, pero tenía que dejar los gatos solos. Esto planteaba un problema porque si los dejaba en casa todo el día no tendrían luz al anochecer. A fin de dejar algún punto de luz podía dejar una lámpara de pie encendida, pero alguno de los gatos podría chocar con ella, caerse ésta contra una cortina y provocar un incendio en toda la casa, con lo que podría llegar a ser responsable no sólo de los destrozos que ocasionara sino de los muertos que pudiera haber entre los vecinos y quién sabe si en el resto del barrio.

Muchos de los rituales compulsivos adquieren su significado a la luz del

sentimiento de culpabilidad, tanto en su aspecto preventivo como reparador. Los rituales compulsivos implican dos supuestos fundamentales. El primero hace referencia al reconocimiento de una responsabilidad ineludible frente a cualquier mal que se pueda causar o producir a sí mismo o a un tercero, particularmente familiar directo en línea ascendente o descendente, a través de una acción u omisión propia o de un acontecimiento ajeno externo. El segundo, a la creencia de poder ejercer un control sobre tales acontecimientos a través de acciones o pensamientos mágicos, dado que no existe la posibilidad de un control directo y voluntario sobre los mismos. La relación entre estos dos aspectos “*poder y deber*” es de tipo circular. Da igual si se parte primero del uno que del otro. El silogismo implicado es del orden “puedo, *ergo* debo”, o bien “debo, *ergo* puedo”. Se sostiene sobre el apriorismo deber es poder, donde deber sustituye al popular “*querer es poder*”.

Pero ¿qué sucede si realmente algo que consideramos “deber” no está en nuestro “poder.” Todavía queda un recurso que sí podemos usar: el ritual, por ejemplo, realizar determinados gestos o invocaciones para prevenir un daño. Una vez el ritual ha adquirido un poder mágico en sustitución de los límites de la eficacia de la propia acción voluntaria, se vuelve imperiosamente obligatorio – anancástico- de modo que omitirlo constituiría una irresponsabilidad imperdonable (culpabilidad). A fin de evitar su omisión, el ritual adquiere una fuerza compulsiva y reiterativa, orientada a tranquilizar la conciencia del sujeto. Como decía un paciente:

*“Si dejara de practicar el ritual y sucediera una desgracia, me sentiría inmensamente culpable”.*

Los rituales pueden llegar de este modo a suplir o acompañar acciones más eficaces como esterilizar el material quirúrgico, revisar el cierre de las puertas de un avión, o repasar las cuentas de la contabilidad.

Culpabilidad e hiperresponsabilidad son manifestaciones de una conciencia moral heterónoma. En el trabajo antes citado de “*La Entrevista Evolutiva*” (Villegas, 1993) hicimos mención de las características correspondientes a los diversos niveles de desarrollo moral, que no vamos a repetir aquí. El nivel heterónimo implica una conciencia cuyos criterios de decisión moral se atribuyen a fuentes externas al sujeto, sean éstas representadas por figuras de autoridad o por códigos, como las Tablas de la Ley, escritas en la piedra, transmitidos por la tradición o derivados de sistemas ideológicos religiosos o laicos.

Aunque sometidos a múltiples interpretaciones, tales códigos tienden a imponerse de forma restrictiva y para el obsesivo tienen un valor determinante, puesto que le ofrecen la garantía y solidez de un criterio de acción más estable y fiable que sus imprevisibles reacciones emocionales. De este modo el obsesivo trueca los marcadores somáticos de los que hablaba Damasio, por criterios externos de acción: substituye el querer por el deber. La causa de este trueque no es una sensibilidad moral del obsesivo fuera de lo común, sino la necesidad de establecer unos puntos

de referencia inamovibles que puedan servirle de guía en sus decisiones. El mismo papel juegan una serie de valores abstractos, fuertemente cargados de resonancias morales, tales como la pureza, la perfección, la castidad, la religiosidad; pero también podrían ejercerlo otros valores como el orden, la puntualidad o el rigor científico, carentes de ellas.

Visto de este modo parece que la utilización del nivel heteronómico de construcción le sirve al obsesivo más de criterio epistemológico que moral. Por ejemplo, no le sirven al obsesivo criterios como la solidaridad, que por cierto pertenece al nivel socionómico de desarrollo moral, a causa de su fuerte ambigüedad. El obsesivo puede llegar a tener la certeza de que ha llegado puntual, comprobando su reloj, pero no la de que ha sido suficientemente solidario; en todo caso debería poder contabilizar de alguna manera la solidaridad, por ejemplo dedicando, imperativamente, las tardes de los domingos a visitar a enfermos en un hospital o destinando un diez por ciento de sus beneficios a las ONG.

El padre de un paciente obsesivo llegó al anochecer de un domingo al hospital donde uno de sus hijos, que moriría poco más tarde, estaba en la UCI, dando como excusa de su retraso que venía de visitar a los enfermos, como hacía regularmente todas las tardes de los domingos.

La heteronomía se caracteriza pues por su carácter rígido y enajenado respecto al propio sujeto: piensa por él, decide por él. Se convierte en un criterio desgajado de las tendencias morales prenómicas y anómicas, orientadas a la satisfacción de las necesidades y apetitos del organismo, y desconectado respecto a sus posibilidades de evolución. De este modo se cierra las alternativas de cambio: no puede, por ejemplo, aprender de sus errores, puesto que éstos no deberían haberse cometido; no puede llegar a comprender los motivos de sus acciones, ni, por ello, acceder al perdón propio o ajeno. A la invitación evangélica del perdón desinteresado responde con la pregunta farisaica: Pero ¿cuántas veces hemos de perdonar, hasta siete?. Como si el perdón estuviese también sujeto al imperativo categórico.

La moral heteronómica del sistema obsesivo es una moral veterotestamentaria en la que cuenta la letra de la ley por encima del espíritu. Encuentra enormes dificultades para entender que *“no está hecho el hombre para la ley, sino la ley para el hombre.”* Ante dilemas morales que implican la conculcación de una ley o la interpretación favorable de ésta se bloquea o escandaliza. Su incapacidad para evolucionar hacia estadios morales más complejos nace, como hemos dicho, de la ambigüedad de éstos. Los criterios socionómicos, solidaridad, generosidad, tolerancia, diálogo, perdón, reparación, comprensión, etc. son vagos e indefinidos. Tomemos como ejemplo el bien común; las preguntas que pueden plantearse al obsesivo son interminables: ¿podría con este criterio justificarse la pena de muerte o debería abolirse? ¿Es aceptable el aborto o debe rechazarse? ¿En el supuesto que en determinados casos, tanto una como el otro favorecieran al bien común, o lo perjudicaran, de qué dependería? Y, sobre todo ¿cómo *podría saberse* cuál es la



opción moralmente correcta? Y ¿qué decir de los criterios con que se ha llevado a cabo recientemente en Holanda la aprobación de la ley sobre la eutanasia, o la del comercio y consumo de droga, la del matrimonio entre homosexuales y la subsiguiente adopción de hijos por parte de éstos?

Si las leyes positivas no son inamovibles y encima los contornos de los criterios socioeconómicos resultan muy difusos, los autónomos son todavía más radicalmente libres o niquiera inexistentes. La conciencia moral autónoma requiere aceptar que la fuente última de juicio moral es la propia conciencia y que, en consecuencia, su dictamen está por encima de los enunciados morales o legales, humanos o divinos. Estos constituyen un fuerte tabú para la conciencia heteronómica del obsesivo, puesto que su relativización despierta una intensa desconfianza en sí mismo. ¿Cómo puedo transgredir un “mandamiento de la ley de Dios?” ¿Cómo puedo saber que lo que decido es bueno y no interesadamente perverso? ¿Cómo puedo compaginar mis impulsos, tendencias y apetitos con el bien común, sino es mediante una norma externa independiente aceptada por todos o dictada por ley? Y sobre todo, ¿cómo puedo *fiarme de mí mismo*?

Con esta estructura moral es fácilmente comprensible que el obsesivo desarrolle una gran crisis de angustia cada vez que entran en conflicto sus tendencias preónicas y anómicas con los criterios heteronómicos. Su sistema epistemológico no ha conseguido integrarlas y vive las dos tendencias como irreconciliables, la anomia tiene que ser reprimida por la heteronomía. Freud (1932) lo describió muy bien como una lucha interna entre las tres instancias psíquicas postuladas por su concepción económica de la psique: Id, Ego y Superego:

*“El pobre Ego, se ve sometido a tres amos y se esfuerza en conciliar sus exigencias y mandatos, que son siempre diferentes y con frecuencia, incluso contradictorios. No resulta pues nada extraño que el Ego fracase con tanta frecuencia en esta tarea... Se siente presionado por tres lados y amenazado por tres peligros y, en caso de sentirse desbordado, reacciona con la angustia. A causa del origen de las experiencias de los sistemas de percepción se ve obligado a representar las exigencias del mundo exterior, pero quiere permanecer igualmente fiel al Id, en armonía con él, para extraer su energía (libido). En este intento de mediación entre el Id y la realidad el Ego se ve frecuentemente obligado a fingir con diplomacia (hipocresía) al enfrentarse a las situaciones... Por otra parte está sometida a estrecha vigilancia por arte del rígido Superego, que le impone determinadas normas de conducta sin atenerse a las dificultades del Id y del mundo exterior y lo castiga, en caso de infracción, con sentimientos de inferioridad y culpabilidad. De esta manera el Ego lucha por llevar a cabo su misión económica de establecer una armonía entre las fuerzas que actúan en él y sobre él, lo que nos hace más comprensivos respecto a lo “dura que es la vida!” Cuando el Ego ha de reconocer su debilidad, se desborda de*

*angustia: angustia real ante el mundo exterior, angustia de la conciencia frente al Superego y angustia neurótica ante las pulsiones del Id.”*

El planteamiento de Freud, sin embargo, nace de una concepción antagonista entre naturaleza y cultura, dando pocas esperanzas a la curación y el cambio. Se trata de una visión no dialéctica, en la que el estado natural del ser humano es el que deriva de sus tendencias pulsionales, las cuales no pueden evolucionar transformándose, sino sólo reprimirse o, en el mejor de los casos, sublimarse. En sus inicios, dice Szasz (1965):

*“Freud quería liberar al paciente de la influencia patogénica de las vivencias traumáticas; más tarde trató la neurosis como una inhibición supersocializada: la finalidad terapéutica sería dejar sueltas las inhibiciones de modo que el paciente pudiese ser más espontáneo y creador, en una palabra, más libre. Esta idea es la que prevaleció en los círculos analíticos de los años veinte y treinta. Wilhelm Reich fue su principal defensor. La mayoría de los analistas creía que el objeto del psicoanálisis era la destrucción del Superego arcaico del paciente. Pretendían liberarlo de las influencias automáticas ejercidas sobre él inconscientemente por sus introyecciones infantiles. Pero ¿cómo protegerle a él y a la sociedad de sus pulsiones destructivas?”*

Ciertamente en la base de la obsesión resuena el conflicto de la represión: las fantasías de los obsesivos remiten, frecuentemente, a imágenes de libertad física o mental: “*anarquía y libertad de pensamiento*” era el eslogan del paciente que se debatía en su parlamento interno. Otro se imagina viviendo como un “hippie” o un “okupa”. Otro paciente relata imágenes visuales de inmensas playas tropicales de aguas clarísimas y cálidas, donde se ve a sí mismo corriendo totalmente desnudo sobre la arena coralina en medio de palmeras y cocoteros. Las tendencias anómicas de los pacientes obsesivos fueron reprimidas, rechazadas o ignoradas en su infancia, de este modo, no habiendo sido posible experimentar una evolución libre y gradual el paciente obsesivo las imagina descontroladamente peligrosas, razón por la cual debe extremar el control directo sobre ellas, desarrollando una actitud hipervigilante, incluso sobre los propios pensamientos, frustrando cualquier asomo de satisfacción de tales tendencias. A unos de estos pacientes su madre le mandaba sistemáticamente a comprar a la tienda cada vez que venían a jugar sus amigos a casa, impidiéndole de este modo disfrutar con ellos. A otro la madre le volcaba regularmente los cajones de su escritorio para que los volviera a ordenar. A otro el padre le fulminaba con la mirada cada vez que se retrasaba ni que fuera unos segundos. La fuerza de la represión da mayor impulsos a los deseos prenómicos, pero en el momento en que se expresan o afloran a la conciencia de forma anómica se encuentra con el tabú de la moral heteronómica, reforzando su acción represora o desencadenando una fuerte sensación de descontrol y ansiedad.

Parecería en estas condiciones que todo el esfuerzo terapéutico debiera

dirigirse a destruir este Superego arcaico que de forma tan intransigente se opone a la satisfacción de las necesidades egoístas, pero ello no puede hacerse sin tener en cuenta la estructura del sistema epistemológico obsesivo y el papel fundamental que ejerce en este el nivel de construcción heteronómica, no sólo en su dimensión moral, sino también cognoscitiva. El hijo de una paciente obsesiva de la limpieza y de la rectitud moral tuvo a los doce años el siguiente sueño

*“Se había declarado un incendio en el interior de la casa. El niño que estaba solo se dirigía al comedor para llamar por teléfono a los bomberos, pero al ir a atravesar la puerta del salón se daba cuenta de que el suelo estaba recién fregado por la madre y que no podía pisarlo. Debía esperarse a que se secara el suelo antes de poder llegar al teléfono y hacer la llamada, aunque la casa estuviera ardiendo.”*

La génesis de esta rigidez moral, que en el caso extremo del sueño pone en evidencia la supremacía de la norma sobre las necesidades más perentorias, cabe buscarla en el momento de la formación del criterio moral heteronómico (ver gráfica 2). Éste viene a sustituir la validez de los criterios anómicos directamente dependientes de los marcadores somáticos y emocionales. No es lo que se siente, se quiere o se desea (criterio anómico) aquello que sirve como referente para la acción o la decisión personal, sino las normas externas, aquello que se debe hacer de acuerdo con criterios impersonales (la ley positiva) o abstractos (la perfección). Pero tampoco lo constituye el deseo o la necesidad de los demás, lo que sería función del criterio socionómico, sino la norma externa del bien moral, definida en función de criterios de autoridad humana (los padres, el legislador) o divina (los mandamientos religiosos).

Entre los referentes externos a los que, llegado el caso, se acoge el paciente obsesivo juegan también un papel trascendental los profesionales de la medicina, la pedagogía o la psicología, sea de forma personal o a través de sus escritos o publicaciones. Así no es infrecuente dar con pacientes que aplican sistemática y estrictamente las reglas de un manual o los consejos del psicólogo para dormir al niño, aunque el niño se retuerza de dolor, o que consultan al psicólogo para decidir si tener otro hijo o no en base a criterios objetivos sobre los pros y los contras de ser “hijo único”. Como decía uno de ellos:

*“No sé si tener otro hijo o no. Por más que ponga los pros y los contras en el plato de la balanza, no consigo dar una respuesta satisfactoria... Aun después de haberlo considerado todo me siento incapaz de tomar una decisión, o aun en la caso de decidir no estoy nunca convencido. Me quedo paralizado, incapaz de transformar en hechos los más refinados cálculos.”*

La falta de empatía con las necesidades propias y ajenas, derivada de la sustitución de los criterios emocionales por criterios heteronómicos de acción, constituye el caldo de cultivo de la organización obsesiva. El rigor moral o ideológico se instaura como referente único hasta el punto de anular a todos los

demás con la consecuencia perversa de que al no gozar de un criterio interno de referencia el sujeto se encuentra abocado necesariamente a la duda no sobre la existencia o la validez de la norma sino sobre la adecuación de su comportamiento a la misma.

La madre del niño que tuvo el sueño del incendio explicaba que cuando éste tenía cuatro años “robó” ocasionalmente una postal de una mujer desnuda en el kiosco de la playa, fuertemente atraído por los generosos pechos de la modelo. La hermana del niño, que lo observó, se lo contó a la madre, la cual le conminó que la devolviera inmediatamente, recriminándole severamente por este comportamiento. Pero el niño que la había escondido en el interior de su camiseta lo negó rotundamente. Al ir a acostarse, sin embargo, y quitarse la ropa la postal cayó al suelo y la madre la descubrió con lo que le reprendió todavía con más severidad por haber “robado”, haber “mentido” y haber “cometido acciones impuras”, obligándole además a volver al día siguiente para restituirla personalmente y pedir perdón al dueño del kiosco, cosa que con gran vergüenza hizo efectivamente al día siguiente acompañado y presionado por la madre. Con esta actitud la madre mostraba que la curiosidad y atracción que el niño sentía por la mujer desnuda eran pecaminosas y nefandas, cosa que el niño ya había aprendido, porque poco antes de escondérsela en su camiseta inocentemente se la había enseñado a la madre, la cual le había dicho que esto no se debía tocar ni mirar, razón por la cual terminó robándola a escondidas.

La psicoterapia de la obsesión contempla la posibilidad de la superación del síntoma en la evolución del sistema epistemológico moral en su conjunto y dentro de los márgenes de evolución que permite en cada momento la zona de desarrollo proximal. En los inicios del proceso terapéutico el desarrollo moral del sistema es estrictamente heterónomo, basado en los códigos morales y en las figuras de autoridad, entre las que el paciente viene a situar al propio terapeuta, o en metas perfeccionistas inalcanzables porque estas le permiten tener un punto estable de referencia. No se puede saber cuándo una cosa está absolutamente limpia, pero se puede saber que no lo está, nunca y, por tanto, continuar limpiándola. La imposibilidad de conseguir la perfección absoluta impide cualquier tipo de connivencia, y, en consecuencia, de integración, entre el nivel anómico y el heteronómico: la satisfacción de los propios intereses es considerada siempre antagónica con las normas morales, obstaculizando cualquier forma de integración.

Esta sólo puede llevarse a cabo en un nivel de desarrollo autonómico moral, el cual es el resultado de superar el estadio heteronómico a través de conjugar las propias necesidades de afirmación (nivel prenómico) con el respeto por los demás (nivel socionómico) y de las normas convenidas socialmente (nivel heteronómico), proceso por el que se forma la llamada conciencia moral (ver gráfica 2).

La evolución del sistema moral hacia la autonomía, que el obsesivo vive como

<b>(Gráfica 2)</b>		
<b>CONSTRUCCION MORAL AUTONÓMICA</b>		
NIVELES	CRITERIO REGULADOR	MANIFESTACIONES
Pre-nómica	Necesidades propias	Impulsos
A-nómica	Tendencias egoistas	Deseos
Heteronómica	Normas externas	Integración
Socionómica	Bien común	Empatía/Compasión
Autonómica	Conciencia propia	Responsabilidad
<b>CONSTRUCCION MORAL HETERONÓMICA</b>		
NIVELES	CRITERIO REGULADOR	MANIFESTACIONES
Pre-nómica	Necesidades propias	Compulsiones
A-nómica	Tendencias egoistas	Tentaciones
Heteronómica	Normas externas	Alienación
Socionómica	Bien común	Sublimación
Autonómica	Conciencia propia	Culpabilidad

una “traición” hacia sus principios, implica el reconocimiento de las propias emociones y las de los demás como el fundamento de las decisiones y elecciones éticas. Yo puedo saber lo que quiero a través de mis sensaciones (reconocimiento de los propios marcadores somáticos) y puedo saber lo que sienten los demás a través de la empatía (reconocimiento de las expresiones de los marcadores somáticos ajenos). El reconocimiento de las propias emociones es un buen camino para el reconocimiento de las ajenas. En caso de discrepancia o conflicto de intereses debo aprender a negociar. No siempre es posible la combinación de intereses contrapuestos, pero siempre es posible el reconocimiento de los mismos: ésta es la base de la negociación. La sabiduría de algunos pueblos indios se ponía de manifiesto en que para llevar a cabo las negociaciones de paz, el jefe de la tribu escogía como mediador al más aguerrido de sus hombres: así sabría defender sus intereses a la vez que tendría que aprender a pactar.

### **PSICOGÉNESIS DE LA CONSTRUCCIÓN OBSESIVA**

Nos queremos referir en este apartado a la razón de la génesis evolutiva del trastorno obsesivo, es decir al proceso por el cual un sistema epistemológico (Villegas 1993), o lo que Vittorio Guidano (1988) llamaría una “organización de significado”, se vuelve obsesivo. Este planteamiento supone, desde luego, que tal sistema u organización no es obsesivo por naturaleza, sino que se vuelve tal en su proceso de construcción estructural. La pregunta que se plantea en consecuencia es la siguiente: ¿qué sucede o tiene que suceder en este proceso o en su contexto para

que un sistema evolutivamente abierto se convierta en obsesivamente cerrado, precisamente durante el período de su formación.

Todos los autores están prácticamente de acuerdo en que el período de gestación del trastorno obsesivo se sitúa en la infancia y que su mayor eclosión se produce en la adolescencia o inicio de la edad adulta, criterio con el que coincide el propio DSM, si bien no se excluye un inicio más precoz en la infancia. Esta característica ya habla por sí misma de la naturaleza evolutiva del trastorno. Pero no nos dice nada de cómo y porque sucede precisamente en este período. Como todos los fenómenos complejos la génesis del fenómeno obsesivo es susceptible de múltiples interpretaciones. Vittorio Guidano (en prensa), por ejemplo dice:

*“Generalmente los obsesivos se conducen bastante bien hasta la pubertad... La razón de ello está en que para mantenerse en la certeza de corresponder a la polaridad positiva tiene que hacer frente a dos tendencias particularmente críticas que se presentan con particular agudeza en la pubertad: la agresividad y la sexualidad... para un obsesivo es inaceptable admitir que está sintiendo rabia por alguien, que quiere hacer algo contra alguien... El problema que tiene el obsesivo es que no puede atribuirse explícitamente ningún sentimiento de rabia o agresividad... y cuando éstos surgen a la conciencia, inmediatamente empiezan los rituales y conductas de control o las rumiaciones... El otro sector crítico para los obsesivos es la sexualidad, pero no es tanto un problema de moral, sino de control del placer... Entonces los primeros problemas ocurren en la adolescencia con el descubrimiento de la sexualidad, que sienten como incontrolable, para lo cual tienden a conceptualizar el problema, por ejemplo limitando la masturbación a un número fijo, por ejemplo tres veces o múltiplos de tres al día o a la semana, lo que da lugar a las compulsiones. Esta sensación de descontrol interno lleva a los obsesivos a un retiro social bastante pronunciado en su juventud y a una inversión en el ámbito de los estudios o de tareas cognitivas complejas (informática, ajedrez, etc.)...”*

Como puede verse la posición de Guidano no es muy distante de la psicoanalítica, en cuanto entiende la obsesión como manifestación de una represión de las dos tendencias dominantes (*eros* y *thánatos*) en la naturaleza humana. La diferencia más destacable la establece el autor en referencia al momento evolutivo de su eclosión que para él se sitúa en el momento de mayor actividad fisiológica, la adolescencia, mientras que para Freud el momento de su gestación hay que buscarlo en la fase anal del desarrollo psicosexual en la infancia.

También los autores cognitivistas de orientación constructivistas están de acuerdo en buscar en la infancia las raíces de la estructura obsesiva, pero con una perspectiva más relacional que intrapsíquica. El propio Guidano (Guidano y Liotti, 1983, Guidano, en prensa) se halla entre los primeros en haber sugerido una relación específica entre el tipo de vinculación con las figuras de apego durante la infancia

y la formación de las organizaciones de significado. Otros autores como Lorenzini y Sassaroli (1994) o Mancini y Olimpo (2000) participan de la misma perspectiva. Más específicamente hacen referencia a una relación afectivamente ambigua o a una particular severidad en las relaciones originarias con las figuras de apego. Así por ejemplo Lorenzini y Sassaroli (2000) comentan la génesis del trastorno obsesivo de la siguiente manera:

“El cliente obsesivo experimenta en la relación de apego, por un lado, la prohibición de sentir emociones, sobre todo las que se refieren a relaciones interpersonales, y por el otro, que el amor se conquista a través de determinadas prestaciones, cuánto más se actúa con precisión, más querido se es. Las dos normas están ligadas entre sí por la idea de que experimentar emociones es un signo de imperfección, por lo demás los padres siempre han mostrado con gran coherencia el desagrado ante las manifestaciones emocionales del niño, llegando progresivamente a inhibirlas.

*El clima de estas familias en las que en la comunicación prevalecen los aspectos analítico-digitales sobre los analógicos, en las que se incentiva la seriedad o la reflexividad, en las que un padre “austero didacta” se muestra absolutamente incapaz de afrontar las dificultades afectivas e interpersonales del niño, en las que la apelación a los valores morales es constante y a menudo abstracta, está vinculado, en primer lugar, con la vergüenza y la dificultad del padre para dejarse llevar por una relación afectiva auténtica”.*

Otros autores (Adams, 1973; Beech, 1974) han concretado algunas de estas actitudes en conductas como predominio de la expresión verbal sobre la afectiva o emocional; severas limitaciones a la expresión de felicidad y placer; bloqueo de las expresiones relativas a la agresividad y la sexualidad; limitación de las relaciones sociales; formalismo, limpieza, puntualidad, sacrificio y ahorro. Salkovskis (1999) ha especificado, además, algunas situaciones particularmente proclives a desencadenar la hiperresponsabilidad característica de la obsesión, como: un exceso de responsabilidad en la infancia por falta de responsabilidad o competencia en los adultos o, inversamente, un descargo sistemático de cualquier tipo de responsabilidad; la coincidencia de algún incidente en el que el niño hay contribuido por acción u omisión, o crea que pueda haber influido a través de sus pensamientos o deseos, a la producción de un mal grave a sí mismo o a terceras personas.

Valeria Ugazio (1998) sitúa la génesis del trastorno obsesivo en un contexto más amplio, el de un construccionismo familiar y cultural, donde el discurso sobre el bien y el mal, particularmente las conversaciones familiares estructuradas predominantemente sobre esta polaridad obligan al sujeto a situarse en uno de los polos o bien a tomar la situación mediana. Ésta última sería la posición característica del obsesivo y explicaría su constante oscilación, duda e incertidumbre. En estas familias el bien se halla asociado a la mortificación y la abstinencia y se ve

representado por algunas figuras de particular relieve en la familia, incluso a través de varias generaciones. El mal, en cambio, se halla asociado a la explosión de la vida y el disfrute, pero se ve representado por figuras moralmente inicuas y descalificadas, aunque pueden haber destacado socialmente o en el campo de los negocios o haber gozado de particular fortuna, ya desde generaciones anteriores. La mayoría de los individuos de estas familias se ven llevados a polarizarse en un extremo u otro, extremando el polo del sacrificio o el del libertinaje. Quienes por razón de fidelidades opuestas prefieren mantenerse alejados de los dos polos, se ven abocados a un continuo ejercicio de control obsesivo de las tendencias contrarias.

Probablemente todas estas perspectivas genéticas o etiológicas tengan su razón de ser y su lógica, e incluso pueden considerarse compatibles y complementarias, de ningún modo mutuamente excluyentes. Por ejemplo es de suponer que en una familia donde el padre represente, por ejemplo el polo del libertinaje y la madre el del sacrificio, uno de los hijos, situado en la posición mediana asuma un exceso de responsabilidades o, al contrario se vea totalmente exento de ellas, a causa de la extrema dedicación de la madre, lo cual le impida cualquier experiencia desculpabilizada del placer, tanto si imita al padre buscándolo intensamente porque entonces puede llegar a pensar que la madre sufre por su culpa, como si se reprime estrictamente porque entonces puede sentir una fuerte agresividad contra ella. En estas condiciones, además, la ambivalencia con las figuras de apego está servida: aquellas manifestaciones del niño que pueden ser celebradas por el padre como señales de vigor y vitalidad, pueden ser lamentadas por la madre como indicios de maldad e insensibilidad.

Nuestra experiencia clínica es coincidente con cuanto hasta ahora se ha venido exponiendo: padres con un sentido moral particularmente riguroso o categórico, de escasa o nula empatía, con una expresión emocional modulada por la corrección formal y la contención de los sentimientos, cuyos mensajes de aprobación o desaprobación se presentan frecuentemente de forma críptica o indescifrable. Por ejemplo, el padre de uno de nuestros pacientes, abortaba sistemáticamente cualquier forma de manifestación emocional con una técnica que metafóricamente convini-mos en llamar “del armario”. En efecto cada vez que la madre, que trabajaba en casa confeccionando piezas de ropa se deprimía o enfadaba porque algún trabajo no le salía bien, el padre cogiendo la pieza la echaba encima del armario diciendo: “*Ya está, ¿cuál es el problema?*”. Otro de estos padres mostraba de forma fría y distante su disgusto con las manifestaciones emocionales del niño, apartando de él su mirada y señalándole con el dedo la puerta para que se alejara de su presencia. Más tarde este paciente, en su edad adulta, sufría una intensa reacción ansiosa ante cualquier situación que requiriera una asunción de responsabilidad, como por ejemplo la de presidente de la comunidad de propietarios.

En el polo opuesto a padres extremadamente rígidos o incapaces de hacerse cargo de las reacciones emocionales de los demás, pero omnipresentes en su



seguimiento de los hijos, encontramos padres dimisionarios, a veces física y socialmente ausentes, como el de un paciente cuyo padre era una especie de mito, sólo referido por la madre, con quien el niño, hijo único, vivió durante los seis primeros años de su vida en la casa cuna, sin llegar a conocerlo. O el de otro, hijo único también, que desapareció de su casa sin dar explicaciones. Algunos de estos niños crecen con un exceso de responsabilidad en su infancia o con una evitación sistemática de la misma. Como decía un paciente: “*Creencia de que quizá no estaba preparado para la madurez o de que quizá ya la he vivido, porque he sido un niño adulto.*” Otro paciente se veía obligado a hacer de custodio de su madre, cerrada en casa, afectada de un delirio erotomaniaco, mientras el padre desaparecía durante días de ella; debía mantener además en secreto esta situación que la familia consideraba vergonzante, viéndose impedido por ello de invitar a ningún compañero a casa y obligado a disimular constantemente. Ante la impotencia de contener y comprender a la madre el niño desarrolló ya precozmente todo tipo de rituales obsesivos de carácter preventivo, a fin de protegerse a sí mismo y a los suyos.

Éstas u otras características, presentes en las familias de origen, solas o acompañadas en las más variadas combinaciones, no bastan, sin embargo, por sí solas para dar cuenta de la aparición ni de la gravedad del fenómeno obsesivo. Honestamente no pueden presentarse como causas, ni los autores, ni tampoco nosotros, que las consideran lo pretenden, sino como condiciones facilitadoras, caldo de cultivo donde tales actitudes florecen. Como contextos, más bien, donde surgen como posibles unas estrategias con preferencia a otras.

Este planteamiento etiopatogénico, en efecto, deja sin responder dos preguntas esenciales que continúan en pie y que, posiblemente no tienen la respuesta que el propio obsesivo o el científico desearían: ¿por qué este trastorno específico y no otro?, y ¿por qué este individuo y no otro? Nuestra propuesta rehuye expresamente el planteamiento causal. No consideramos que la obsesión, como tampoco la mayoría de los trastornos de ansiedad, se pueda explicar de una manera lineal: muchos factores diversos contribuyen a un mismo resultado, e inversamente un mismo factor contribuye a resultados muy diversos (principio de equifinalidad). Lo que nosotros queremos proponer en este trabajo es una hipótesis interactiva, en la que el posicionamiento del sujeto durante el proceso de construcción de la experiencia es determinante en el resultado final. Este planteamiento requiere una concepción dialéctica del proceso evolutivo, en el que a momentos de (sín)tesis le siguen momentos de antítesis, generando crisis y cambios en una estructura epistemológica en busca de una nueva síntesis. Es una visión opuesta a las concepciones evolutivas deterministas sean del signo que sean.

Para ser más concretos: consideremos la formación del sistema epistemológico moral en el obsesivo. Como todo recién nacido el futuro obsesivo parte de una estructura determinada, el organismo, con unas necesidades y recursos limitados, pero a la vez moldeables a la influencia y a la interacción con el ambiente. De esta

interacción y de sus múltiples vicisitudes el sistema irá desarrollando nuevas estrategias y nuevos recursos. Algunos tenderán a fijarse y a repetirse por su funcionalidad, al menos inicial, otros irán abandonándose en beneficio de otros. De este modo, guiadas y propulsadas en sus orígenes por un potente programa innato, irán desarrollándose las funciones y habilidades sensoriales y motoras, lingüísticas, operativas, etc., básicas para la construcción del sistema epistemológico cognitivo, hasta hacerse cada vez más autónomas y suficientes. Estos primeros pasos evolutivos están prácticamente predeterminados, como una continuidad de gestación o maduración extrauterina. Pero inmediatamente se abren zonas de desarrollo donde el organismo tiene que crear sus propias estructuras, para adaptarse a un medio abierto y cambiante. Es ahí donde empezamos a hablar de proceso de construcción.

En el ámbito de la construcción moral, sin embargo, no existe ninguna guía innata. El obsesivo, como cualquier otra persona, nace en un estadio *pre-nómico*, en el que no se contiene ningún criterio de la bondad o maldad de una acción. Incluso las respuestas “prosociales” del bebé como la sonrisa o las respuestas de empatía o simpatía hacia otros semejantes carecen de cualquier referente moral. Son producto, originariamente, de los criterios de satisfacción de sus necesidades, sin plantearse, si quiera, si éstas pueden entrar en contradicción o en sintonía con el bien común o del prójimo más próximo como es la madre.

Con el tiempo va descubriendo el niño la existencia ocasional de este contraste, a través de las reiteradas oposiciones de los padres a sus deseos egoístas, entrando en una crisis del estadio anterior en el que la percepción de sus necesidades no era vivida como fuera de la ley (estadio *a-nómico*), sino anterior a ella (estadio *pre-nómico*). Perdida la inocencia original, consciente de la existencia de una norma externa, el sistema se reestructura aprendiendo a identificar aquello que es malo o prohibido para poder conseguirlo si le interesa usando el engaño, el disimulo, o pasando a la acción directa desafiante o a la rabieta impertinente. De este modo los conflictos “sociales” aumentan de forma exponencial, provocando la dialéctica acción-reacción entre él y los padres, característica de este período entre los dos y los cuatro o cinco años. Naturalmente, la manera cómo los padres hacen frente a esta interacción puede favorecer la aparición de ciertas actitudes con preferencia a o en detrimento de otras. De un modo mejor o peor integrado se va gestando en el niño una representación de unas normas y un poder social. Es el momento de la formación de la conciencia, que exige la reestructuración de su sistema epistemológico moral: la norma aparece inicialmente como algo ya dado, externo a él que se impone de manera universal. La socialización que implican la disciplina escolar, las reglas de los juegos, el precio de las cosas, etc. contribuyen a su internalización. El niño empieza a someterse, a pedir permiso, a consultar, a fiarse más de lo que dicen sus mayores que de lo que piensa él. El helado es muy bueno, pero ahora no conviene comérselo, o ya se ha comido otro, o no llega el dinero para tanto o está castigado sin él. El sistema se estructura en función de un criterio ajeno, *heteró-nomo*. El niño

puede entrar en una fase de relativa calma y armonía con su entorno. En el mejor de los casos aprende por sí mismo a identificar aquello que está bien o está mal, que está permitido o está prohibido y ha experimentado que, en resumidas cuentas, saca más provecho de portarse bien que de portarse mal, se abandona tranquilamente o se deja guiar por los mayores.

Paralelamente la maduración de los sistemas innatos de reconcomiento de las respuestas emocionales, defendida por algunos autores de orientación darwiniana, como Harris (1989) se va haciendo cada vez más sofisticada, hasta adquirir la capacidad de comprender los estados mentales de los sujetos implicados en una relación y de examinar las creencias y los deseos subyacentes, organizándolos narrativamente en un acontecimiento emocional. Esto significa la formación de la empatía, como sentimiento originario que permite concebirse a sí mismo como semejante a los demás y comprender a los demás como a sí mismo, lo que establecerá las bases para una moral altruista. En otros casos el niño, por las razones que sean, no llega a integrar el beneficio de la norma externa o no consigue discriminar la ambivalencia, y se comporta de una manera indisciplinada y caótica, a veces de forma claramente amoral, otras de forma patológicamente sintomática.

Con la maduración cognitiva, social y sexual de la pubertad aparece la conciencia crítica. El surgimiento de criterios discrepantes introduce un relativismo en la estructura moral heterónoma, predominante hasta este momento. La crisis epistemológica resultante induce a la duda o a la rebelión. La falta de un soporte seguro genera una frenética actividad orientada a una reestructuración del sistema. Para muchos sujetos este período crítico ofrece la ocasión para probar con mejor o peor fortuna todo aquello que está prohibido (sexo, drogas, alcohol, desobediencia, indisciplina, etc.); para otros constituye un período atormentado lleno de dudas, escrúpulos y sentimientos de culpabilidad, constituyendo el terreno abonado para la eclosión de determinadas patologías entre ellas la esquizofrenia, las adicciones y, naturalmente, las obsesiones; otros finalmente consiguen discriminar lo que es bueno y es malo para ellos y los demás gracias a la formación de una conciencia *autónoma*, en la que se integran el respeto a las normas sociales y el bien común con los intereses propios.

Quienes no se atreven a conculcar la ley o experimentan como incompatibles con ella o con el bien común sus tendencias egoístas, viven con particular culpabilidad no sólo sus acciones “perversas”, sino incluso los pensamientos referidos a ellas. Esta culpabilidad constituye una amenaza para todo el sistema epistemológico, introduciendo la duda sobre la fiabilidad de las propias tendencias y reacciones emocionales. A partir del momento en que ni siquiera las propias emociones y sensaciones constituyen un criterio fiable para la acción, la duda se generaliza, afectando a otros instrumentos de conocimiento incluida la propia capacidad de razonamiento. Caso de no conseguir neutralizar la amenaza, el sistema tiende a reforzar la adhesión a los criterios externos, en sustitución de los internos.

De este modo el pensamiento mágico toma el lugar del racional, la acción compulsiva la de la acción voluntaria, la rumiación la de la capacidad reflexiva o de abstracción.

Este es el contexto de formación de la estructura epistemológica obsesiva. La crisis moral actúa de desencadenante de una crisis epistemológica más general que, en esencia consiste en una enajenación de la propia capacidad de decisión: no se puede decidir no sólo lo que es bueno o malo en sí, sino lo que quiero o no quiero como bueno o malo para mí, aquello que siento y aquello que pienso. Naturalmente este recorrido particular que sigue la conciencia obsesiva tiene su base en una estructura emocional ambivalente, pero se desencadena en un contexto de crisis de criterios morales.

La criteriología moral es tan importante porque la acción humana se caracteriza por su dimensión ética, dada su incidencia inevitable sobre los demás y sobre la propia existencia. No existen guías naturales para la acción moral y las culturales son arbitrarias o convencionales. El sistema epistemológico moral debe construirse pues de alguna manera en el vacío, integrando las propias tendencias preónicas y anómicas con las culturales y sociales, en una síntesis superior en la que el respeto por las convenciones sociales sea más bien fruto de la empatía que del miedo al vacío. El vacío es la angustia, la falta de legitimación, la conciencia de pecado. Como decía una paciente en la fase ya final de su terapia:

*“Desde que he aprendido a escucharme, aceptarme y respetarme puedo escuchar, aceptar y respetar a los demás. Ya no vivo las diferencias como una amenaza, sino la manifestación de la diversidad humana. Ha desaparecido el resentimiento y la rabia y puedo manifestar mi opinión o defender mi posición sin acritud ni temor”.*

## **LAS POSIBILIDADES DE LA PSICOTERAPIA EN LA OBSESION**

Hemos visto que el obsesivo dudaba porque no podía fiarse de sí mismo. Y que no podía fiarse de sí mismo porque la falta de desarrollo emocional le impedía reconocer sus propias emociones como tales: “distinguir -como decía el paciente- lo que es propio de lo que es ajeno.” La falta de fiabilidad de las propias emociones, de identificación de los marcadores fisiológicos de la elección lleva al obsesivo a sustituir la confianza en sí mismo por la rigidez de las normas y los criterios externos. Éstos suplen las funciones de aquéllos, y dado que son externos, deben ser absolutos e inalterables, de lo contrario nos podrían engañar fácilmente, puesto que no hay modo de poder evaluarlos desde dentro.

De este modo cree el obsesivo alcanzar algún tipo de control sobre los criterios que utiliza para basar su seguridad. La limpieza siempre puede someterse a la prueba del algodón. Los ritos pueden repetirse un número determinado de veces, factor en el que reside gran parte de su eficacia, o bien reiterarse sistemáticamente cada vez que se da una situación determinada. El comportamiento moral puede regularse por

leyes y prohibiciones estrictas. El conocimiento puede basarse en demostraciones científicas o en la autoridad de los maestros. Las palabras de amor sustentarse en juramentos ante el altar o sobre las Sagradas Escrituras. La obsesión no admite complejidad, ambigüedad o duda.

Ante este panorama la intervención terapéutica no es fácil. Primero, porque la psicoterapia no puede convertirse en el referente criteriológico, sustituyendo el proceso de formación de los propios criterios del paciente, ni el terapeuta debe transformarse en la figura de autoridad que calme su conciencia. Segundo, porque todo proceso terapéutico abre una grieta profunda en el sistema epistemológico del sujeto aprovechando la crisis estructural en que se halla, a fin de facilitar su crecimiento o desarrollo, potenciando de este modo la ansiedad inherente a la crisis con el riesgo de reforzar el nivel de desconfianza y resistencia.

La psicoterapia de la obsesión debe, a nuestro entender, evitar algunas trampas y fomentar ciertos desarrollos que se comentan a continuación:

1) **No tomar nunca el papel de garante de los criterios del sujeto**, sino favorecer que el paciente los descubra en sí mismo, llevándole a conectar con sus sensaciones y emociones. El obsesivo quiere saber cómo sabe. Puede preguntar, por ejemplo, ¿cómo sé que lo que hago está bien? Su cuestionamiento nace de la duda, la desconfianza en su propio criterio, y busca la confirmación externa. Educado en un patrón de relaciones frías y distantes, en el que predomina la crítica o la indiferencia, sin el correctivo diferencial de las diversas clases de refuerzo, no ha aprendido el obsesivo a distinguir por sí mismo lo que está bien de lo que está mal, por lo que tiende a buscar en los referentes externos, particularmente en las figuras de autoridad, los criterios de evaluación para la acción. La tentación de responder a las demandas insistentes de confirmación criteriológica por parte del paciente, desde la posición de autoridad que le confiere al terapeuta su *status* profesional, es elevada, aunque sólo sea para presuntamente calmar su ansiedad o hacerle cejar en su insistencia. Los efectos procurados por este tipo de intervención, sin embargo, son antagónicos a la finalidad terapéutica por cuanto aumentan la dependencia hacia el terapeuta y refuerzan la tendencia a buscar criterios externos, -efecto transferencial-. Coincidimos en este punto con Lorenzini y Sassaroli (1994) en que el terapeuta no tiene que constituirse en la garantía de su certeza, pero no estamos de acuerdo con ellos en que deba minar la ilusión del paciente de llegar a conseguirla. Rebatirla sería entrar en una discusión racionalista (De Silvestri, 1991) sobre el relativismo del conocimiento, cuestión teórica de nula incidencia en la práctica cotidiana y aumentaría, de rebote, la dependencia del criterio externo del terapeuta. Tampoco estamos de acuerdo con la sugerencia de Lalla (1998) de explicar al paciente que:

*”su práctica compulsiva refleja una necesidad teórica. En efecto, cualquier prueba que él se da en su vana búsqueda puede ser a su vez objeto de duda y debe por tanto justificarse; de igual modo, la prueba de la*

*prueba, y así hasta el infinito. La cadena de las pruebas estará destinada a apoyarse en presupuestos no justificados, de modo que también la primera de las pruebas buscadas, y en consecuencia la creencia que ésta pretendía justificar, resultará no probada y, en consecuencia, incierta. A continuación se le explica al paciente que nosotros los humanos, por la condición que intrínsecamente nos pertenece, estamos excluidos de la certeza absoluta, y que cuando forzamos los límites de esta condición, los dioses nos castigan con una severidad conmensurable a nuestra hybris. En efecto, cuando nuestra hybris es de tipo obsesivo y exige la certeza absoluta, lo que se obtiene al final no es solamente un doloroso y miserable fracaso, sino, paradójicamente, el exacto opuesto de lo que se buscaba: nos inmergimos en la incertidumbre absoluta. Es necesario entonces renunciar a un objetivo tan veleidoso y dañoso, aceptar que como hombres sólo podemos aspirar a un conocimiento conjetural, en el cual, en el mejor de los casos, podemos justificar creer en una proposición pero no justificar la misma proposición (Popper, 1972), ya que no podemos estar seguros de ella. Este tipo de intervención, como ya he dicho, puede desencadenar en el paciente la motivación necesaria para abandonar, con la mayor determinación posible, la activación de sus compulsiones”.*

Creemos, más bien, que intervenciones declarativas o instructivas, como éstas, por parte del terapeuta no son la vía más adecuada, sino es en momentos muy avanzados de la terapia, para favorecer la formación de un sistema criteriológico propio en el obsesivo. Su efecto puede ser, más bien, contraproducente en un doble sentido, en cuanto refuerzan la transferencia del propio criterio a la autoridad del terapeuta (“él es el que sabe y, por tanto, yo no puedo fiarme de mi propio criterio”) y en cuanto refuerzan “racionalmente” el mecanismo obsesivo de la duda (“si estamos excluidos de la certeza absoluta, entonces no podemos estar seguros de nada”).

En su lugar puede el terapeuta llevar al paciente a explorar sus propias emociones, identificar los motivos de sus acciones, analizar las discrepancias internas. El paciente tiene que lograr su propia certeza o seguridad *subjetiva*, la confianza en sus propios criterios, lo que no significa, sino todo lo contrario, la ilusión de haber alcanzado la certeza en la verdad objetiva, sino la propia. Esta certeza subjetiva afecta más bien a una concordancia interna que se basa en la integración emocional y coherencia existencial.

**2) Fomentar el reconocimiento de las propias emociones.** La integración emocional reclama, de entrada, el reconocimiento de las propias emociones y sensaciones. Éstas constituyen los marcadores principales y más fiables del propio conocimiento y de la propia voluntad. No pueden ser ignoradas so pena de minar de raíz cualquier criterio de certeza. Su reconocimiento requiere por parte del terapeu-

ta, en primer lugar, la capacidad de empatizar con ellas, por muy débiles o extrañas que sean. Exige, en segundo lugar, la posibilidad de evocarlas y eludificarlas, a pesar de su aparente ausencia o inexistencia. A fin de facilitar esta tarea resulta de gran ayuda acudir a los contextos, en los que éstas pueden manifestarse o más bien ocultarse. Suelen ser a este propósito bastante eficaces los intentos de contextualizar, como ya se ha indicado repetidamente, las situaciones en las que acostumbran a producirse los rituales compulsivos, así como la evocación de los acontecimientos que se asocian con la aparición de los primeros síntomas. Igualmente interesante y, posiblemente, más eficaz terapéuticamente, resulta practicar el escalamiento relativo a los sentimientos y pensamientos que se producirían caso de suceder el acontecimiento temido y el modo cómo se podrían reconducir o elaborar. Para este trabajo, sin embargo, se requiere una alianza terapéutica suficientemente sólida, dada la sensación de amenaza que experimenta el obsesivo ante la sola posibilidad de considerar el acontecimiento temido.

**3) Averiguar con la colaboración del propio paciente la semántica de los rituales.** Por muy absurdos que parezcan, incluso al propio paciente, los rituales tienen siempre un sentido. No nos referimos aquí al significado más o menos simbólico o metafórico que, con mayor o menor acierto, ocasionalmente se les pudiera atribuir, sino a la propia ejecución de los mismos. Lo que tiene sentido es llevar a cabo rituales o, en su caso, conductas de control o comprobación. Este sentido cabe buscarlo en su finalidad preventiva, protectora o aseguradora: son una especie de sistema de seguros y “reaseguros”. Como decía un paciente:

*“Yo eso lo veo bastante racional, o sea puede que parezca irracional, que por eso se lo he contado a muy pocas personas, que esté mucho tiempo cerrando la puerta y contando hasta nueve. Pero como hay fuerzas que tú no puedes ni la ciencia puede dominar, entonces con un rito me da seguridad que no va a pasar nada, o al menos me quita la idea de la cabeza de que vaya a pasar algo, es decir, me da tranquilidad. Así, pues, si me da seguridad, creo que lo razonable es que lo haga... El problema es que una cosa pequeña se hace una cosa grande y te condiciona ya todo, la vida, las horas del sueño y del trabajo, te condiciona tu actividad normal...”*

La comprensión de la semántica del ritual se muestra un importante auxiliar en el proceso de superación de la obsesión, aunque tampoco puede plantearse en los momentos iniciales de la terapia y debe ser hecha siempre acompañando al paciente, no susituyéndole ni anticipándose a él, en su descubrimiento. Así, por ejemplo, algunos pacientes ya han probado algunas alternativas, a veces ingeniosas, a la utilización de los rituales. Algunos han intentado unificarlos en uno solo que los agrupara como bajo una categoría superior, aunque generalmente han terminado por volver a fragmentarse. Otros han inventado fórmulas para sustituirlos, por ejemplo, rezando una oración en la que, com en el “Padre nuestro” al llegar la expresión “mas

*líbranos de todo mal*”, el pensamiento se dirige hacia quienes se quiere proteger de sufrir o causar daño. Otros, finalmente, han generado “contrarrituales”, es decir rituales consistentes en no hacer rituales, pensando que ello tendrá el mismo efecto, tal como un paciente que cuenta cómo algunos temores y dudas que le asaltaban se han diluido porque han sucedido acontecimientos externos que han hecho totalmente vanos sus rituales, introduciendo cambios favorables que van en la dirección contraria de sus temores. En este caso el paciente decide expresamente no hacer determinados rituales, otorgando a esta supresión de rituales el mismo valor mágico que otorgaba antes a sus rituales, porque de este modo no se torcerá la buena dirección que han tomado algunas circunstancias de su vida y la de los suyos. Cualquiera de estas maniobras no resuelve, evidentemente, la problemática obsesiva. Hacerlo requeriría abordar directamente el sentido de la utilización del pensamiento mágico para prevenir acontecimientos sobre los que no tenemos ningún tipo de control, renunciando humildemente a él, aceptando el azar, la imprevisibilidad o lo que nuestros antepasados llamaban la voluntad divina “hágase tu voluntad” o que “sea lo que Dios quiera”. El mantenimiento del ritual no es una cuestión de mayor o menor inteligencia, puesto que como decía el paciente citado anteriormente es incluso más razonable que su contrario. Cuentan de un premio Nobel en física que tenía sobre la puerta de su casa de campo una herradura protegiendo la entrada; preguntado por un amigo sobre el significado de aquella práctica, se limitó a responder:

*“Ya sé que es una tontería, que no sirve para nada; pero por si acaso la pongo; nunca se sabe”.*

#### **4) Potenciar el desarrollo de la función metacognitiva**

Algunos autores, como Karasu (1995) han mostrado que una mayor conciencia de los propios procesos psicológicos, unida a un mayor dominio cognitivo de las propias problemáticas, determina una mejora en la adaptación social y protege a los pacientes tratados en psicoterapia del riesgo de reincidir, de modo más estable que en los tratamientos exclusivamente farmacológicos y de apoyo. En este contexto, la *función metacognitiva* asume un papel primordial como *factor terapéutico* determinante, y los déficits de esta función pasan a ser un elemento clave para comprender y tratar las patologías graves.

Está claro que el déficit de esta función es apreciable en diversas patologías, como la paranoia, la celotipia, y, en general, en el trastorno esquizofrénico (Fritz, 1992), pero también se pone de manifiesto en los distintos trastornos de ansiedad, donde el reconocimiento de las conexiones contextuales y de las reacciones emocionales con la experiencia subjetiva es prácticamente inexistente, constituyendo su (re)establecimiento uno de los primeros objetivos del trabajo terapéutico.

Parte de este trabajo en la terapia de las obsesiones se inicia con el reconocimiento de las propias emociones, como fuentes de decisión, así como con el



desvelamiento de la semántica de los rituales. ¿Pero cómo ir más allá si a lo mejor son estas emociones las que impiden liberarse de los rituales y éstos los que nos protegen de aquéllas? Consideremos, por ejemplo, el caso en que la comprensión de la conexión entre un ritual y el sentimiento de culpabilidad de que nos protege se produzca como fruto del proceso terapéutico. La consecución de este “insight” ¿debería ser suficiente para desmontar el mecanismo de la obsesión? La experiencia nos enseña que no basta con llegar a establecer conscientemente esta conexión para liberarnos del proceso obsesivo. En este caso, ¿cómo proceder, cómo continuar adelante con el trabajo terapéutico?

Para dar respuesta a estas cuestiones puede ser de utilidad comparar la lógica del sistema obsesivo a la del jugador que realiza una mala jugada o a la del inversor que realiza una mala inversión, de modo que cualquier nueva jugada o inversión que hace aumenta el perjuicio en lugar del beneficio. Ante esta situación se presentan dos alternativas: una continuar jugando o invirtiendo con la consabida realimentación del ciclo perverso, otra admitir las pérdidas y renunciar a continuar, o cambiar de orientación en las estrategias de juego o inversión. Resulta muy duro para el sistema obsesivo admitir que puede estar equivocado, o que no puede controlarlo todo, o que puede ser causa, aunque involuntaria, de infligir un mal a sí mismo o a un tercero, como para el jugador o inversor lo es aceptar que ha equivocado la estrategia. Sin embargo, esta posibilidad existe y es preciso aceptarla.

En general el obsesivo confunde los resultados con las intenciones. Se comporta como un calvinista, que evalúa su relación con Dios por los resultados, no por las intenciones. “Si la cosas me van bien -piensa el calvinista- significa que Dios me ha elegido, si van mal, ello constituye un signo inequívoco de condenación divina”. La negación de la mediación de las intenciones en la evaluación de un acto -tan típica, por otra parte, del conductismo que negaba la existencia de la variable intermedia de los procesos mentales en la explicación de la conducta humana- es característica del sistema epistemológico obsesivo. *Culpabilidad* es un concepto que hace referencia a las intenciones, no a los actos; mientras que *responsabilidad* implica la capacidad de responder de las propias acciones. Yo no puedo ser culpable de un efecto que no he pretendido o previsto en el planteamiento de mis acciones, aunque puedo responder por ellas, hacerme cargo de las consecuencias imprevistas, caso de ser negativas para terceras personas, desarrollar un gran sentimiento de compasión y solidaridad por las víctimas de mi acción y emprender las acciones necesarias que puedan tener un carácter reparador para ellas. Ésta es una actitud *responsable*, en la medida en que frente a resultados no previstos me posiciono de nuevo intencionalmente y *respondo* a ellos, generando el tipo de respuestas adecuadas a nueva situación.

El obsesivo quiere protegerse de lo imprevisto, porque no se fía de su capacidad de respuesta espontánea e intenta, por lo tanto, prevenir o protegerse de cualquier contingencia imprevisible. Lo expresaba muy gráficamente un paciente

obsesivo refiriendo una anécdota de su infancia. A pesar de gozar de una buena técnica futbolística trataba de jugar siempre a medio gas, sin pretender ganar porque de este modo si ganaba, se verificaba una de las alternativas previsibles, pero si perdía, no se verificaba la imprevista, puesto que perder entraba en el ámbito de sus anticipaciones, a causa de su implicación mínima en el juego. De este modo, perder no era vivido como algo catastrófico a evitar, sino como algo plenamente admisible, porque ganar no había sido objeto de implicación de su voluntad. Otro paciente que jugaba a baloncesto, seguía una táctica parecida: cuando iba ganando, bajaba el ritmo, con notable enfado de sus compañeros, forzando incluso su sustitución, a fin de no verse “obligado” a ganar, puesto que si se empeñaba a fondo, entonces no podría encajar una derrota: pudiendo ganar no podría soportar la responsabilidad de haber perdido, mientras que jugando mal era probable que perdiera, buscando de este modo la excusa perfecta a la culpabilidad y a la ineptitud.

El desarrollo de la función metacognitiva en el trabajo con obsesivos lleva con frecuencia a conectar con la presencia de arraigadísimos complejos. Los complejos que se esconden detrás de la obsesión tiene que ver con la culpabilidad y la inferioridad. Una culpabilidad e inferioridad existenciales, que el obsesivo vive, no como producto de unas circunstancias históricas de invalidación criteriología en su desarrollo evolutivo, sino como características ontológicas de la naturaleza deficitaria de su propio ser, que se esfuerza en ocultar o proteger por todos los medios, entre ellos la búsqueda de lo absoluto en la pureza, la perfección o la integridad moral, así como la activación de una hiperresponsabilidad extremadamente vigilante al servicio de estos valores morales que le protege de entrar en contacto con sus complejos.

**5) Fomentar el desarrollo moral.** Tal como hemos tenido ocasión de exponer reiteradamente a lo largo de este trabajo, el sistema epistemológico obsesivo se caracteriza por la insuficiencia del desarrollo moral. La psicogénesis del trastorno echa sus raíces en una expoliación de los propios referentes emotivo-pulsionales que han venido a ser sustituidos por criterios morales heteronómicos. Estos últimos han sido sistemáticamente reforzados como único referente digno de confianza. De ahí que el obsesivo pueda decir de sí mismo se que siente como un “*teleñeco*”, sin criterio, ni movimiento propio. Educado como un adulto cuando era un niño, el sistema obsesivo participa de la inseguridad característica del “*autodidacta*”, que no sabe si lo que sabe es lo que tiene que saber. Ha sido un aprendizaje, el suyo, sin guía ni cobertura epistemológica, o bien, caso de existir, ésta resultaba totalmente incomprensible, impenetrable e impredecible. Contrariamente a lo que postula Vigotsky (1985), su desarrollo se ha producido en el vacío, como el de un niño “*piagetiano*” que crece solo en su relación con los objetos, sin la interacción de un adulto que lleve a cabo una función tutorial en la zona de desarrollo proximal del sujeto. Los mensajes recibidos por el obsesivo de las figuras tutoriales han sido del

tipo: “Adivina, adivinanza”, “Tú sabrás”, “Tú verás”, “Allá, tu”, “Eso ya deberías o tendrías que saberlo”, “Eres un sabelotodo”, “Espabila”, “Tú mismo”. Un sistema educativo de resonancias “calvinistas”, donde no se permite ni el error ni el pecado, porque no hay posibilidades de perdón ni de reparación. No es de extrañar que el obsesivo, ante la ausencia de referentes o tutores “amables” en su proceso de desarrollo y aprendizaje, haya dirigido su mirada a criterios infalibles externos, pretendidamente inamovibles y estables como los heteronómicos: la ley, la norma, la perfección, la limpieza, la pureza, el orden, etc.

La dependencia heterónoma de la estructura moral del sistema epistemológico obsesivo produce el resultado paradójico de sentirse fuertemente oprimido y reprimido por las normas externas, a la vez que la necesidad de adherirse rigurosamente a ellas. Por eso su conculcación produce efectos tan desestabilizantes en el equilibrio emocional del obsesivo y toda su energía se halla dirigida a evitarlos. No soportando el vacío a que le aboca su falta de decisión busca llenar su vida con obligaciones, aunque éstas le alienan, pero, al menos cumplen la función de justificar su existencia. Todos los pacientes obsesivos constatan que su grado de ansiedad disminuye cuando se ven libres de hecho de sus obligaciones, como la madre de familia obsesiva de la limpieza que se halla de vacaciones en el hotel, o a través de las fantasías de la playa de arenas coralinas y cocoteros inclinados por el viento. Como escribe en su autocaracterización el paciente obsesivo tartamudo, al que nos hemos referido antes:

*“Me he dado cuenta que desde que tengo menos obligaciones en casa me siento menos ansioso y me preocupo mucho menos.”*

Dado que en la vida cotidiana, sin embargo, es casi imposible evitar algún tipo de obligación, independientemente de su procedencia, la solución del obsesivo no puede ser la de prescindir totalmente de ella. Se trata más bien de favorecer la evolución de su sentido de responsabilidad moral. La responsabilidad, a diferencia de la culpabilidad, sólo puede postularse a partir de la autonomía o libertad. Ésta requiere la posibilidad de decidir sobre la base de la propia elección. Para poder llevar a efecto una elección es necesario, sin embargo, poder identificar previamente las propias necesidades, deseos y preferencias. Seguramente éstas entrarán muchas veces en contradicción con los postulados de las normas ideales externas, generando un conflicto moral que para el obsesivo suele presentarse como irresoluble. Este conflicto es el que hemos descrito más arriba como oposición entre criterios anómicos y heteronómicos. Está claro que sin la mediación de una instancia heteronómica, la pura satisfacción de las tendencias anómicas desembocaría en comportamientos de carácter sociopático. Pero, a su vez, la sola participación del criterio heteronómico en la regulación del comportamiento lleva a la represión y su infracción, a la culpabilidad.

Para que el sistema epistemológico moral pueda desarrollarse es preciso favorecer la aparición de la perspectiva sacionómica, basada en el reconocimiento de

las necesidades, motivos, sentimientos e intenciones, tanto propios como ajenos, como criterios de acción. La consideración de que “*no está hecho el hombre para la ley, sino la ley para el hombre*”. La concepción no dialéctica, sin embargo, de los criterios sionómicos podría desembocar en una actitud oblativa o sacrificial a favor de los demás, característica de algunas patologías como la agorafobia, tal como hemos tenido ocasión de analizar en otros escritos (Villegas, 1995a), que tampoco es garantía de bienestar y desarrollo psicológico. A fin de conseguirlo todo sistema, al igual que cualquier organismo, exige un alto grado de autonomía funcional. En el caso que nos ocupa el estadio de desarrollo y funcionamiento óptimo es el de la autonomía moral. Ésta requiere la resolución dialéctica de los conflictos entre tendencias prenómicas y anómicas respecto a las limitaciones de las imposiciones heteronómicas y a las restricciones de carácter sionómico, por ejemplo miedo a hacer daño a un tercero. Esta superación dialéctica sólo se hace posible en un nivel de síntesis superior que llamamos autonomía: la posibilidad de decidir por uno mismo de qué manera satisfacer las propias necesidades teniendo en cuenta las necesidades ajenas y la normas externas o sociales. Esto requiere, por una parte el reconocimiento auténtico de las propias conveniencias a través de un contacto íntimo y sincero con los niveles de reactividad afectiva y emocional, y por otra la superación de las contradicciones con el criterio de un bien mayor. Por ejemplo la necesidad de romper una relación donde el sujeto se halla atrapado con grave detrimento de su autoestima o dignidad puede ser construida como la vía para alcanzar un bien superior, la posibilidad de liberarse de una situación generadora de sentimientos negativos, considerados también desde el punto de vista moral, como odio, rencor, resentimiento y frustración, y de abrir un espacio a un mayor crecimiento personal, al tiempo que se ofrece a otros la oportunidad del cuestionamiento de sus puntos de vista generalmente egocéntricos, posesivos y destructivos. De este modo se hace posible integrar autónomamente puntos de vista que anteriormente aparecían como opuestos e incompatibles entre sí, dando lugar a los sentimientos de culpa, característicos de la duda obsesiva.

## CONCLUSIÓN

Hemos considerado en escritos anteriores (Villegas, 1995a, 1997) algunas de las diversas patologías que conlleva la falta de libertad sobre la proyectualidad de la existencia humana. En el caso del trastorno obsesivo esta falta de libertad se hace especialmente significativa, constituyendo el núcleo de su problemática. La falta de confianza en los propios criterios de decisión, lleva al obsesivo a una total inhibición de su *espontaneidad*, obligándole a dirigir su mirada hacia sistemas compactos de principios o creencias de naturaleza ideal condenándole a vivir perpetuamente en la duda y el temor al error y la culpa, de los que sólo podrá redimirse reconciliándose con su mundo interno de emociones y sensaciones. La existencia sana del ser humano se desarrolla en la confianza en los propios recursos y en la generosa

tolerancia de los demás, basada en la mutualidad y en la correspondencia; en la aceptación de la imprevisibilidad, de la finitud y del error propio y ajeno.

La falta de aceptación del error, que para el obsesivo es intolerable, constituye el máximo error de la mente humana. El error es tolerable porque es humano; y es humano porque es reversible; no sólo se puede rectificar, sino que incluso es un instrumento óptimo, tal vez el más eficaz para el aprendizaje. En oposición al mundo platónico de las ideas en el que aspira vivir el obsesivo, la máxima de Terencio (Heautontimoroumenos, 77), retomada más tarde por autores clásicos y medievales, “*Homo sum et nihil humani a me alienum puto*” (“soy humano y nada que sea humano lo considero ajeno a mí”) nos invita a vivir en el mundo de los “humanos”, donde todos nos podemos reconocer en la solidaridad de la finitud y la imperfección. Sólo los dioses son perfectos, que quiere decir “acabados”.

La recuperación de la *espontaneidad* por parte del obsesivo requiere la inversión de su tendencia a considerar nefasto el error. Es precisamente a través de sus dudas cómo el obsesivo puede aprender a reconocer sus propias emociones y necesidades. El miedo a equivocarse, de donde surge la duda, se basa en el supuesto de la existencia de una verdad externa apodíctica única, a la vez que introduce la consideración de otra verdad alternativa, la propia. No es por tanto que el obsesivo no tenga una vía de acceso a sus propias emociones, sino que éstas no son reconocidas como válidas. El trabajo terapéutico, siempre de la mano del propio paciente, orientado a recuperar el contacto con el mundo emocional y su validación como criterio epistemológico de decisión, se plantea como garantía de recuperación de la libertad, entendida como autonomía.

---

*En este artículo se considera el trastorno obsesivo desde el punto de vista del desarrollo cognitivo y moral. Desde esta perspectiva la desconfianza en los propios criterios epistemológicos tanto cognitivos como morales dan origen a la duda y a la culpa. Esta culpabilidad constituye una amenaza para todo el sistema epistemológico, introduciendo la duda sobre la fiabilidad de las propias tendencias y reacciones emocionales. A partir del momento en que ni siquiera las propias emociones y sensaciones constituyen un criterio fiable para la acción, la duda se generaliza, afectando a otros instrumentos de conocimiento incluida la propia capacidad de razonamiento. Caso de no conseguir neutralizar la amenaza, el sistema tiende a reforzar la adhesión a los criterios externos, en sustitución de los internos. De este modo el pensamiento mágico toma el lugar del racional, la acción compulsiva la de la acción voluntaria, la rumiación la de la capacidad reflexiva o de abstracción.*

Palabras clave: obsesiones, compulsiones, desarrollo cognitivo-moral, duda, desconfianza, culpa.

## Referencias bibliográficas:

- ADAMS, P. L. (1973). *Obsessive children: a sociopsychiatric study*. New York: Brunner Mazel.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSMIII-R)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, (DSM IV)*. Washington: American Psychiatric Association.
- BARA, B. G., MANERCHIA, G. & PELLICCIA, A. (1996). L'organizzazione cognitiva di tipo ossessivo. In G. B. Bara (ed.), *Manuale di psicoterapia cognitiva*. Torino: Bollati Boringhieri.
- BEECH, H. R. (1974). *Obsessional states*. London: Methuen
- BINSWANGER, L. (1957). Der Fall Lola Voss. Studien zum Schizophrenieproblem. *Schizophrenie*. Pfullingen: Günter Neske
- BRUNER, J. (1990). *Acts of meaning*. Cambridge, MA: Harvard University Press
- CARCIONE, A & FALCONE, M. (1999). Il concetto di metacognizione come costruito clinico fondamentale per la psicoterapia. In A. Semerari, *Psicoterapia cognitiva del paziente grave: Metacognizione e relazione terapeutica*. Milano: Raffaello Cortina.
- CARR, D. (1986). *Time, Narrative and History*. Bloomington: Indiana Press.
- CORNOLDI, C. (1995). *Metacognizione e apprendimento*. Bologna: Il Mulino.
- DAMASIO, A.R. (1994). *Descartes' Error Emotion, Reason and the human brain*. New York: Grosset/Putnam.
- DE SILVESTRI (1981). I fondamenti teorici e clinici della Terapia Razionale Emotiva. Roma: Astrolabio.
- FLAVELL, J. H. (1976). Metacognition: aspects of problem solving. In L. Resnick. *The nature of intelligence*. Hillsdale, NJ.: Erlbaum
- FLAVELL, J. H. (1987). Metacognition and motivation as effective detrimnants of learning and understanding. In F.E. Winert & R.H. Kluwe. *Metacognition, motivation and understanding*. Hillsdale, NJ.: Erlbaum
- FLAVELL, J. H., GREEN, F.L. FLAVELL, E.R. (1993). Children's understanding of the stream of consciousness. *Child development*, 64,387-398.
- FREUD, S. (1913). *Totem y Tabú*. Madrid: Biblioteca Nueva
- FRIJDA, N. H. (1986). *The emotions*. New York: Cambridge University Press.
- FRITH, C. D. (1992). *The cognitive neuropsychology of schizofrenia*. Hillsdale, NJ.: Erlbaum Associates Ltd.
- FROMM, E. (1941). *Escape from Freedom*. New York: Holt, Reinehart & Winston.
- GOLEMAN, D. (1995). *Emotional Intelligence*. New York: Bantam Books.
- GUIDANO V. & LIOTTI, G. (1983). *Cognitive Process and Emotional Dissorders*. New York: Guilford.
- GUIDANO, V. F. (1991). *The self in process: Toward a post-rationalist cognitive therapy*. New York: Guilford.
- GUIDANO, V. F. (1993). La terapia cognitiva desde una perspectiva evolutivo-constructivista. *Revista de Psicoterapia*, 14/15, 89-112.
- Guidano, V. (2000).
- KUBIE, L. S. (1954) The fundamental nature of the distinction between normality and neurosis. *Psychoanalytic quarterly*, 23, 182 y ss.
- LEDOUX, J. (1996). *The emotional Brain*. New York: Simon & Schuster.
- KARASU, T. B. (1995). Il dilemma fattori terapeutici specifici/aspecifici. Identificare i mediatori del cambiamento terapeutico. *Psicoterapia*, 1, 47-65.
- LALLA, C. (1998). Per una teoria cognitiva sulla patogenesi la cura del disturbo ossessivo-compulsivo. *Psicoterapia*, 12, 19-26.
- LIOTTI, G. (1994). *La dimensione interpersonale della coscienza*. Roma: La Nuova Italia Scientifica.
- LORENZINI, R. & SASSAROLI, S. (1994). *Cattivi pensieri*. Roma: NIS
- LORENZINI, R. & SASSAROLI, S. (2000). *La mente prigioniera*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- MANCINI, F. (1997). Il senso di colpa. *Psicoterapia*, 9, 31-47.
- MANCINI, F. (2000). Un modelo cognitivo del trastorno obsesivo-compulsivo. *Revista de Psicoterapia*, 42/43,
- MANCINI, F., CORSANI, I. & EPISCOPO, A. (2000). El rol de la responsabilidad en los trastornos obsesivo compulsivos.
- MANCINI, F. & D'OLIMPO, F. (2000). *Cura, controllo e severità sperimentata nelle relazioni precoci con figure affettivamente rilevanti*. (en prensa).
- MARINOFF, L. (2000). *Más Platón y menos Prozac*. Barcelona: Ediciones B
- OATLEY, K. & JOHNSON-LAIRD, P. N. (1987). Towards a cognitive theory of emotions. *Cognition and Emoton*, 1, 29-48.

- PERRIS, C. (1996). *Terapia cognitiva con i pazienti schizofrenici*. Torino: Bollati Boringhieri.
- POLKINGHORNE, D. E. (1988). *Narrative knowing and the human sciences*. Albany, N.Y.: Suny Press.
- RACHMAN, S. (1993), "Obsessions, responsibility and guilt", *Behaviour Research and Therapy*, 31, 793-802.
- RACHMAN, S. (1997), "A cognitive theory of obsession", *Behaviour Research and Therapy*, 31, 793-802.
- RACHMAN, S. (1998) "A cognitive theory of obsessions: elaborations", *Behaviour Research and Therapy*, 36, 385-403.
- RACHMAN, S. y HOGDSON, R. (1980), *Obsessions and Compulsions*, Englewood Cliffs, NJ, Prentice Hall.
- RICOEUR, P. (1984). *Time and narrative*. Chicago: University Chicago Press.
- RICOEUR, P. (1986). *Du texte a l'action: Essais d'herméneutique II*. Paris: Seuil.
- RUSSELL, R.L. (1991). Narrative, cognitive representations and change. New directions in cognitive theory and therapy. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 5, 241-256
- SALKOVSKIS, P. M. (1985), "Obsessional-compulsive problems: a cognitive-behavioral analysis", *Behaviour Research and Therapy*, 23, 571-583.
- SALKOVSKIS, P. M., FORRESTER, E. & RICHARDS, C. (1998), "Cognitive-behavioural approach to understanding obsessional thinking", *British Journal of Psychiatry*, 173, supl. 35, 53-63.
- SARAMAGO, J. (1991). *O Evangelho segundo Jesus Cristo*. Lisboa: Editorial Caminho.
- SARBIN, T.R. (1986). *Narrative psychology. The storied nature of human conduct*. New York: Praeger.
- SZASS, TH. (1965). *The ethics of Psychoanalysis. The theory and method of autonomous psychotherapy*. New York: Basic Books.
- SEMERARI, A (1999). *Psicoterapia cognitiva del paziente grave: Metacognizione e relazione terapeutica*. Milano: Raffaello Cortina.
- UGAZIO, V. (1998). *Storie proibite, storie permesse*. Torino: Bollati Boringhieri
- VILLEGAS, M. (1992). Análisis del discurso terapéutico. *Revista de Psicoterapia*, 10/11, 23-66
- VILLEGAS, M. (1993). La Entrevista Evolutiva. *Revista de Psicoterapia*, 14/15, 38-87.
- VILLEGAS, M. (1995a). Psicopatologías de la libertad (I). La agorafobia o la constricción del espacio. *Revista de Psicoterapia*, 21, 17-40.
- VILLEGAS, M. (1995b). La construcción narrativa de la experiencia en psicoterapia. *Revista de Psicoterapia*, 22-23, 5-19.
- VILLEGAS, M. (1997). Psicopatologías de la libertad (II). La anorexia o la restricción de la corporalidad *Revista de Psicoterapia*, 30/31, 19-92
- VILLEGAS, M. & RICCI, M. (1998). El discurso onírico: aplicación de las técnicas de análisis textual a los sueños en psicoterapia. *Revista de Psicoterapia*, 34/35, 31-92
- VILLEGAS, M. & TURCO, L. (1999). Un caso de reorientación sexual en el ciclo medio de la vida. *Revista de Psicoterapia*, 40, 75-102.
- VYGOTSKY, L.S. (1985). *Le langage et la pensée*. Paris: Ed. Sociales.
- WHITE, M. & EPSTON, D. (1990). *Narrative means to therapeutic ends*. New York: Norton.
- WETERING, J. Van de (1975). *El espejo vacío: experiencias en un monasterio Zen*. Barcelona: Kairós





# LA VOZ, MITOS Y RITOS: TERAPIA FAMILIAR DE UN PROBLEMA FÓBICO OBSESIVO

M. Adelaine Berardi, Mario Caltabiano, Ana Chouhy y Maria Luisa Fiorillo  
Accademia di Psicoterapia della Famiglia, Roma

*The authors present the conception of therapeutic process in family with fobic obsessive issues. The premise is that fobic obsessive symptoms are learned from an authoritative parent presenting the same features. The authors look for relevant relationship that produced the family myth. By using a trigenational frame composed by: daughter-mother - "voice" (family myth) the therapists create a relational space from where the individuation process can emerge.*

*Key words: obsessive disorders; phobic disorders; family therapy; family myth; trigenational frame.*

---

En este trabajo presentamos el modelo clínico que hemos empleado en la terapia de sistemas con síntomas fóbico-obsesivos.

Hablamos de "síntomas fóbico-obsesivos" porque en las terapias familiares han surgido también, como un dato recurrente, modalidades fóbicas u obsesivas en los padres del paciente sintomático, y en las terapias de pareja, hemos observado una subdivisión de la sintomatología (uno fóbico y el otro obsesivo) entre los miembros de la pareja.

En estos sistemas familiares caracterizados por la indiferenciación de sus miembros, el síntoma muestra tanto la imposibilidad de diferenciarse como la defensa de los valores transmitidos trigenacionalmente (mito familiar) que mantienen homeostáticamente la condición de indiferenciación.

Entrar en la dinámica de un sistema asediado por la idea obsesiva es darse cuenta del carácter invasivo y penetrante del poder del pensamiento obsesivo, que no invade únicamente a un individuo sino que implica a todo el sistema familiar. El poder del síntoma, con su su irracionalidad, no sólo les incluye a todos en el pensamiento ritual, sino que condiciona además los comportamientos, modelos y libertades individuales.

Son éstas las premisas que, en nuestra opinión, crean los presupuestos para un

trabajo trigeracional y que, en el caso de síntomas fóbico-obsesivos, confieren mayor incidencia a la terapia familiar que a la terapia individual.

### **El pensamiento terapéutico**

El síntoma fóbico-obsesivo nace, a nuestro parecer, de una transgresión de las normas morales aprendidas en la familia y, más en particular, de la transgresión de un mito familiar interiorizado. Los modelos de valores transmitidos por la familia constituyen las normas familiares acreditadas que, por el hecho de haber sido aprendidas en época precoz, se convierten en “verdaderas normas morales”.

El autoreproche del paciente se ve amplificado por el reproche explícito o implícito de los otros miembros de la familia, originando así un mecanismo que se autoreforza.

Dado que en el problema de la “transgresión” la confrontación no se da entre individuos sino entre un sistema familiar indiferenciado y un mito familiar, no existe la posibilidad de una “absolución”. Otra característica de la familia fóbico-obsesiva es la incapacidad de perdonar y absolverse. El sentimiento de la absolución implica al individuo en problemáticas de aceptación y de individuación, permitiendo al terapeuta trabajar con una imagen del *self* real de cada miembro del sistema, con el fin de lograr una separación del mito y una reapropiación de los valores implícitos en él. La auto-absolución es la condición para poder solicitar el perdón al “fundador” del mito.

La absolución y el perdón representan la posibilidad de que los individuos se confronten entre sí en el interior de una relación, permitiendo la distinción entre uno mismo, los otros y los valores transmitidos.

Las experiencias clínicas nos han permitido idear un esquema operativo cuyos puntos más destacados son:

1. Conocimiento de la estructura familiar.
2. Construcción de la “Voz” como objetivación del pensamiento obsesivo.
3. La absolución como momento de individuación y aceptación del *self*.

### **TERAPIA FAMILIAR DE UNA PACIENTE FÓBICO-OBSESIVA**

La paciente Analisa de 27 años, acude a una terapia familiar después del fracaso de una terapia de grupo y otra individual.

La familia está compuesta por el padre, la madre y dos hijas; la primogénita de 34 años, licenciada, está casada y vive en el norte de Italia por motivos de trabajo. El padre está jubilado y tiene 64 años; la mujer de 50 años es ama de casa.

Las familias de origen de los padres tienen tras de sí una experiencia más o menos larga de emigración. El núcleo en cuestión parece anclado particularmente en la historia de la familia de la madre. Todos viven físicamente cerca y todavía ocupa un lugar central la figura de la abuela materna que, pese a la edad de 76 años, se impone como depositaria y garante de la ética familiar y de los mitos que la

sostienen. Parece que el padre ha sido adoptado por esta familia matriarcal.

La paciente en cuestión habla así de sus síntomas:

*“Ahora los pensamientos que me arrollan son los de las infecciones, la enfermedad, la suciedad. Veo suciedad por todas partes. Tengo miedo de cualquier cosa, o sea, hasta de un gesto o un pensamiento. Tengo miedo porque digo: “¡¡Dios mío!!... Quién sabe qué he tocado, quien sabe... está sucio y ¡quien sabe!... seguro que ahora me coge una infección; y después es otra cosa y así continuamente. No consigo estar en paz, estoy aterrorizada, debo hacer un esfuerzo, concentrarme realmente, para estar calmada y decirme que no hay porqué preocuparse”.*

Añade que estos intentos de tranquilizarse le sirven de bien poco, porque continuamente los invalida:

*“busco continuamente estar mal, sufrir, estar en ascuas, mi cerebro trabaja de un modo increíble para encontrar todos los puntitos, las cosas más absurdas”*

Analisa explica también que implica a todos los miembros de la familia. Su última obsesión son los perros. El miedo del contagio les afecta a todos, aunque un poco menos al padre. La madre en cambio está super-implicada en las obsesiones de su hija, quien además de encargarse de tranquilizarla, se ve constantemente solicitada por su hija, que la pone en guardia ante todo lo que toca, obligándola a lavarse las manos, etc.

Cuanto más profundizamos en el conocimiento de la familia, mejor se dibuja la figura de un padre más bien “comodón”, ayudado además por una sordera selectiva y una madre severa y preocupada por salvaguardar el orden general, fiel ejecutora de un mandato familiar. La paciente explica:

*“Siempre he tenido terror de mi madre, bastaba una mirada cuando yo era más pequeña, decía “Dios mío, ¿quién sabe qué he hecho, en qué me he metido, quién sabe lo que he dicho?”. Sí, siempre he tenido terror de mi madre”.*

La madre añade que su hija mayor también tenía el mismo sentimiento hacia ella, por lo demás, un sentimiento que ella siempre había tenido hacia su propia madre.

Se muestra así la naturaleza de la sintomatología fóbico-obsesiva, que se transmite, aprende e interioriza en el interior de una compleja red de relaciones intergeneracionales y que se desarrolla en torno a la necesidad-deber de lealtad y fidelidad por un lado, y de vivencias de traición y de culpa por el otro, como precio de la transgresión. Las mujeres de esta familia son las protagonistas oficiales de este proceso, sujetos privilegiados del aprendizaje y responsables de la transmisión y la transgresión. De hecho, Analisa dice :

*“¡Estoy convencida de que he hecho algo realmente... absolutamente terrible a los ojos de mi madre!... y es que he tenido relaciones sexuales*

*con mi novio. Y me siento terriblemente culpable por este hecho ante mi madre”.*

Los terapeutas resaltan el carácter autoritario pero inseguro de la madre y la importancia de la abuela materna, así descrita por Analisa:

*“Ella tenía una energía, una fuerza..., sí, ella era otra persona ante quien mi abuelo contaba poco o nada; así es como yo la veía, al menos es cuanto yo he sido capaz de ver. Mi abuelo trabajaba y era una persona excelente, pero quien siempre determinaba lo que era bueno o malo era ella.”*

En la madrese manifiesta, además de la inseguridad, un síntoma fóbico que se remonta a su primera juventud; cuyo contenido sorprende a los terapeutas y estimula su curiosidad: el miedo a “*pasar vergüenza*” ha representado para ella el máximo nivel de fracaso y una continua amenaza que pesa sobre todos.

En la segunda entrevista, la incorporación de la hermana mayor permite explorar la naturaleza de las relaciones y funciones dentro del sistema familiar.

La hermana mayor, Rosa, no puede transgredir y parece que, oficialmente, es la que recoge el mandato familiar de custodiar y transmitir el código ético de la familia. A la paciente sólo le queda reforzar esta función con un papel especular; en efecto, asumiendo la función de transgredir y explicitar las consecuencias de la transgresión, permite al sistema confirmar rígidamente sus normas. Con la presencia de la hermana también se extraen informaciones útiles sobre la posibilidad de una separación en esta familia. Rosa sólo puede marcharse si es por deber, la familia sólo autoriza a la hija a irse por motivos de trabajo. Para Rosa la única manera de realizar este proyecto, siguiendo fiel al mandato familiar, es a través del ingreso en una comunidad religiosa, donde encuentra un marco de referencia que, pese a ser autoritario, permite una mayor humanización de las rígidas normas familiares.

Entre la segunda y la tercera entrevista la paciente termina su licenciatura y lleva a terapia su exigencia de cambio, expresando el deseo de irse de casa. Imagina que así superará y anulará sus pensamientos obsesivos, eludiendo su función de paciente designada mediante la renuncia a los intentos familiares explícitos (maternos) e implícitos (paternos) de tranquilizarla respecto al síntoma.

Los terapeutas persuaden a la paciente sobre las ventajas secundarias del síntoma y la inducen a buscar otros caminos para el cambio.

Profundizando en el significado del miedo a la contaminación, llegamos a saber que la paciente, durante una anterior relación afectiva, había tenido relaciones sexuales con su pareja que ella consideraba anormales, de ahí el miedo de poder contraer el SIDA.

La posibilidad de poder comprender mejor sus transgresiones y de conocer las ventajas secundarias del síntoma no llevan a un cambio del sistema. En este punto, Analisa ya no es como antes pero tampoco como quisiera ser. Al aumento de la sintomatología se le corresponde una mayor presión terapéutica, con el objetivo de trabajar sobre los mitos y sus funciones. El aumento de los pensamientos obsesivos

hace a los padres más incapaces de expresar la rabia por la transgresión de la hija, también por el miedo de hacerle daño: están paralizados ante una hija que se ha vuelto intocable.

La vergüenza de la transgresión ha tomado tanto cuerpo en su interior, que se les muestra como algo capaz de corroer y difundirse como un “tumor maligno”.

Los terapeutas piden a la familia que traigan a la entrevista a alguien que ya haya experimentado la posibilidad de que estos tumores puedan ser benignos.

Pero la idea de la irreparabilidad es tan fuerte que no consiguen encontrar a nadie, llevando a la siguiente entrevista sólo su impotencia.

Se habla del papel del padre en este sistema y de que es siempre la paciente quien permite trabajar sobre el “poder”.

A.: *“que ¿cómo veía las cosas de niña?: pues como si mi madre hubiera castrado a mi padre”.*

El terapeuta, acogiendo inmediatamente estos contenidos, afirma que el padre ha ganado el premio “Bal-Zac”, explicitando con gestos la alusión a la castración por parte de la mujer (En italiano *Balle* se usa para referirse a los testículos y *Zac* es un sonido onomatopoeico que se usa para indicar un corte rápido y seco). Este argumento enciende la hilaridad en todos y quien más ríe es la madre, que le explica al marido lo que se acaba de decir. Los terapeutas, importunándola, le preguntan:

Terapeutas: *“Usted ha entendido rápidamente que para tener un hombre a su disposición, la única posibilidad es el premio “Bal-Zac”, pero ¿cuándo lo ha conseguido esto?”*

Madre: (todavía riendo) *“poco a poco”.*

Terapeutas: *“escuche, en su familia, ¿la abuela logró hacer lo mismo con el abuelo?”*

Madre: *“Sí, es cierto”.*

Esta es la primera entrevista en la que se ríe y se ironiza sobre los papeles sexuales y de poder en el interior de la familia.

Los terapeutas, desafiando a la paciente sobre el poder femenino de esta familia, introducen el personaje de la “Voz” como metáfora del pensamiento obsesivo y la definen como el titiritero de la paciente y de toda su familia.

De este modo, obtenemos un proceso de expropiación del síntoma a través de la parcelación del comportamiento sintomático.

La “Voz” se convierte en el tercer polo en los triángulos relacionales, se la reviste del gran poder de las obsesiones que, de este modo, se le quita a la paciente. Desde el momento que el pensamiento fóbico-obsesivo se concreta en la “Voz”, se hace más fácilmente controlable para todos, menos poderoso, y es connotado como un objeto real con el que es posible confrontarse.

A medida que la “Voz” va tomando cuerpo se concreta y se convierte en un objeto identificable; se convierte en el titiritero bajo cuyas órdenes están Analisa y sus padres, bloqueados en el ciclo vital.

No será posible conseguir que Analisa dé un nombre a esta “Voz” titiritero, que en la cabeza de los terapeutas es la de la abuela materna.

T.: “¿De quién es esta voz?”

A.: “Esto es lo que me gustaría saber a mí. Porque es esta voz, lo sé, me doy cuenta, es esta voz la que me dice que debo estar mal, le damos tantas vueltas tienes que estar mal, hay esta voz que siempre se impone, debes estar mal, esforcémonos, encontremos algo para que tú estés mal, cosas absurdas. Esta voz es fuerte, impelente, lo sé, a veces tengo la clara y precisa sensación de esta voz que me dice, bien ahora debes tocar las narices a alguien. Alguien me lo impone”.

T.: “Fíjate en que tú eres un buen títere en las manos de tu voz y que conviertes a tus padres en otros dos títeres” y poco después, confrontando a la paciente “¿de quién podría ser esta voz que dice que debes actuar de esta manera, tener todas estas ideas, de modo que no haces nada, no haces nada ni siquiera para los demás, así que todo está parado y paralizado? Así todos están parados y no se avanza; no existe la posibilidad ni de sufrir ni de ser felices”

En este punto de la terapia familiar, los terapeutas formulan la hipótesis de la posibilidad de una crisis y trabajan para provocarla. La “Voz” ha tomado tanto cuerpo que es posible tocarla directamente e intentar desmoronarla. El padre es el primero que se permite afrontarla, después de haber sido provocado por su falta de autoridad.

Padre: “Yo... en mi casa todo iba bien, se iba bien... ahora... ¡¡¡no sé por qué sale con esta tontería !!! Lo que debía pedir y lo que no... es que tú has hecho lo que te ha dado la gana... te has divertido...”.

A.: (Interviene con el rostro alterado) “¡Eso!”

El padre sigue: “y ahora pagamos las consecuencias un poco todos, ¡éste es el punto!”

Ahora Analisa y sus padres pueden confrontarse expresando lo que nunca había sido expresado y experimentar la rabia. Por primera vez la paciente puede llorar en la entrevista expresando todo el dolor y la angustia mezclada con la rabia impotente ante el reproche acusador del padre.

El terapeuta, acogiendo la rabia profundiza en el problema:

T.: “¿Tu padre te ha perdonado?”

A.: “No”.

T.: “¿Y tu madre?”

A.: “No”.

T.: “y tú, ¿te has perdonado?”

A.: “No”.

T.: “y tu voz, ¿te ha perdonado?”

A.: “No, es mi voz la que no me ha perdonado; de hecho no me abandona,

*¡no me da tregua! ¡No puedo más! (Llora a raudales) ya me he cansado, ¡no puedo más, no puedo más! ¿Vale la pena que vengamos aquí?"*

La crisis de la familia permite a la paciente hacer más explícita su transgresión: no es solamente la culpa de haber tenido relaciones sexuales “anormales”, sino sobre todo las habladorías que nacieron sobre éstas, de las que su hermana se enteró en la calle. Se entiende que la familia se convirtió en la risa del pueblo, “pasando vergüenza”.

La rabia, el dolor, la angustia y la vergüenza bloquean el sistema terapéutico.

El supervisor, utilizando su papel autorizado y, personificando la “Voz”, establece una relación con la paciente, tocándola físicamente y desafiando su miedo a la contaminación. Analisa no puede absolverse porque no puede tocarse emocionalmente y conocerse.

Los mitos se desmoronan; aparece por primera vez la transgresión de la “Voz” y la familia puede iniciar su proceso de diferenciación.

*A.: Ay, Dios, por ahora las cosas están así, pero en cierto sentido tengo esperanza, aunque sea a pasos pequeñísimos, antes no me perdonaba en ningún sentido, siempre debía castigarme yo misma..., ahora, poco a poco, consigo transgredir la Voz, si queremos decirlo así, aunque muchas veces me perdono renunciando a algún aspecto mío, pero logro hacerlo. Espero poder llegar a absolverme completamente sin necesidad de pagar ninguna fianza”.*

Y en otra ocasión:

*A.: “Sentía que pertenecía a la familia, y por lo tanto, como tal, debía integrarme en todo y para todo en la familia y por tanto en las directivas, en todos los sentidos. A veces el comportamiento de mi cabeza me causaba terror”.*

*T.: “¿Tú debías renunciar a pertenecerte a ti misma para pertenecer a la familia?”*

*A.: “No lo sé”.*

*T.: “Porque hay una especie de confusión entre querer el bien y ocupar el territorio de los demás, o los papeles de los demás. Porque tú durante gran parte de tu vida y en todo tu cuerpo has sido de todos y por esto tienen el derecho de hablar sobre ti, de absolverte o no”.*

*A.: “Sí, sí”.*

*T.: “Y no tienes el valor de decir: esta parte la asumo, por muy asquerosa que sea, pero me pertenece y en esto nadie puede meterse; no espero de nadie el perdón”. Y por otro lado ellos (los padres) no tienen el valor de decir: “esto es asqueroso, pero es tuyo y nosotros no tenemos nada que ver”. “Uno puede reapropiarse de sus propias cosas si esto no se siente como un acto de infidelidad a la familia; así cada uno toma su responsabilidad. Las heridas, cada uno se las lame a sí mismo, como un perro,*

*exactamente. Justamente como esos perros que te dan tanto asco, ellos, las heridas, se las lamen solos. Porque los perros una cosa sí han aprendido: que sus heridas son las tuyas. Usted en cambio está tan loca, que las heridas se las quiere hacer lamer a los otros; y los otros son tan locos que pretenden lamer las heridas, o hacen ver que las lamen”.*

A través de estos procesos de individuación, Analisa toma conciencia de cuánto se ha dejado expropiar. El terapeuta prescribe entonces una visita especial con la abuela para ritualizar la absolución.

En la última entrevista, la familia parece preparada a aceptar y gobernar su cambio, después de 18 meses de terapia, y se establece un seguimiento una distancia de 5 meses.

Cuando la familia vuelve hay un clima distinto. Se ven tres personas que pueden permitirse humorismo, ironía y placer. El padre, ironizando sobre su papel en la familia, explica que se ha ocupado mucho más de sí mismo y de su salud.

T.: *“Entonces el premio “Bal-Zac”, ¿ya no? ¿Cómo es eso?”*

P.: *“Ha pasado de moda”.*

T.: *“Y ¿qué premio hay ahora?”*

P.: *“Ahora tengo que ganármelo, todavía no lo sé”.*

T.: *“¿La Voz?”*

A.: *“¿Qué voz oigo? Para empezar, escucho más la radio.”*

T.: *“Pero, ¿dentro tienes otra radio o qué es lo que escuchas?”*

A.: *“No sabría decir si oigo algo, lo cierto es que me oigo... estoy contenta de mí misma. Creo que cuando escoja a una persona que sea adecuada para mí y que la quiera, en este punto será mi problema si tengo relaciones o no, o sea, que a los 28 años no creo que tenga que pedir permiso”.*

## **Conclusión**

Pensamos que la familia fóbico-obsesiva se caracteriza por una estructura rígida, homeostática con el mantenimiento de los aspectos fusionales que sostienen la indiferenciación de sus miembros y hacen imposible la diferenciación de los individuos.

Del mito familiar, entendido como estructura superordenada, y de la lealtad a éste, se deriva, para el sistema familiar la percepción de una pertenencia. Consideramos que se trata de una pseudo-pertenencia en la medida que muestra la lealtad en los papeles a un mito, y no la elección de una aceptación del otro como individuo en la relación.

La ausencia de la individuación se manifiesta en los aspectos fusionales trigeracionales (lealtad de los papeles al mito) que hacen imposible una confrontación sostenida en un clima emocionalmente válido para la aceptación de la diversidad. De ello deriva la imposibilidad de absolverse, es decir, de confrontarse y aceptarse recíprocamente.



La “Voz”, metáfora que permite verbalizar el “mito familiar”, personificándolo en toda su rigidez, inalcanzable e inatacable, constituye el tercer polo en la relación madre-hija, padre-hija o marido-mujer que permite la evitación de una confrontación directa en las díadas, aun preservando la ilusión de una pertenencia. Andolfi y Angelo (1987) en “Tiempo y Mito en la psicoterapia familiar”, escriben:

*“La ruptura de una norma a menudo tiene consecuencias dramáticas, no sólo porque se infringe un orden constituido, hasta aquel momento más o menos consensuadamente o conscientemente compartido, sino también porque la ruptura pone de manifiesto la naturaleza del mito que está en la base de las relaciones recíprocas”.*

La intervención del Supervisor (Voz detrás del espejo o tercer polo en la relación diádica de los terapeutas), entrando en el sistema constituido por la familia y los terapeutas, es la de desafiar a la “Voz”, permitiendo el desmoronamiento (o concretización) del mito familiar. De la conclusión de la terapia a la realización del artículo han pasado 5 años. El sistema terapéutico inicialmente especular al sistema familiar en el número de personas y en las diferencias de género (un hombre y tres mujeres) se convirtió, a lo largo del trabajo terapéutico, en una confrontación y una aceptación de las diferencias personales, culturales y teóricas individuales. La diversidad ha constituido y constituye un punto de encuentro en el intento de alcanzar una integración clínica, todavía en curso, en la investigación sobre familias fóbico-obsesivas.

---

*A través de la descripción de una familia con problemáticas fóbicas obsesivas, los autores quieren presentar el pensamiento terapéutico que les ha guiado durante el trabajo clínico. Partiendo del supuesto de que el síntoma fóbico obsesivo se aprende de un padre autorizado, también él con las mismas problemáticas, los autores buscan las relaciones significativas que han llevado a la creación de un mito familiar. El trabajo dentro del marco trigeracional, hijo-padre-“voz” (mito familiar), construirá el espacio relacional que permitirá luego el proceso de individuación.*

*Palabras clave: trastornos obsesivos; trastornos fóbicos; terapia familiar; mitos familiares; contexto trigeracional.*

Traducción Laia Villegas Torras

## Referencias Bibliográficas

- ANDOLFI, M. (1985). "Famiglia e individuo in una prospettiva trigerazionale", *Terapia Familiare*, Vol. 19, p. 17-23.
- ANDOLFI, M. (1987). *Tempo e Mito nella Psicoterapia Familiare*, Torino: Boringhieri.
- ANDOLFI, M., ANGELO, C. (1984). "Il sistema terapeutico ovvero il terzo pianeta", *Terapia Familiare*, Vol. 16, p. 7-25, Roma.
- ANDOLFI, M., NICOLO-CORIGLIANO, A. M & MENGHI, P. (1982). *La Famiglia Rigida*, Milano: Feltrinelli.
- BOWEN, M. (1979). *Dalla Famiglia all'individuo*, Roma: Astrolabio.
- BOWLBY, J. (1982). *Costruzione e Rottura dei Legami Affettivi*, Milano: Cortina.
- FREUD, S., (1967). *Opere. Vol. 2º, Il progetto di una psicologia de altri scritti. Vol. 6º, Casi clinici de altri scritti*, Torino: Boringhieri.
- HALEY, J. (1973). *Terapie non comuni*, Roma: Astrolabio.
- MASUD, M., KHAN, R. (1979). *Lo spazio privato del sé*, Torino: Boringhieri.
- MASUD, M., KHAN, R. (1990). *I sé nascosti*, Torino: Boringhieri.
- MINUCHIN, S. (1976). *Famiglia e Terapia Familiare*. Roma: Astrolabio.
- MINUCHIN, S., FISHAM, H. C. (1981). *Guida alle tecniche della terapia della famiglia*, Roma: Astrolabio.
- SELVINI PALAZZOLI (1975). *Paradosso e Controparadosso*, Milano: Feltrinelli.
- SOCCORSI, S., PALMA, G. (1983). "Dalla crisi al rapporto in crisi", *Terapia Familiare*, Vol. 12, p. 5-18, Roma.
- WHITAKER, C. (1990). *Considerazioni notturne di un terapeuta della famiglia*, Roma: Astrolabio.
- WHITAKER, C., NAPIER, Analisa Y. (1981). *Il Crogiolo della famiglia*, Roma: Astrolabio.

# OBSESIONES CONTRA OBSESIONES: UNA (RE)CONSTRUCCIÓN DEL SIGNIFICADO

Marcia Scheinberg, M. S. W.

Clinic Director, Ackerman Institute for Family Therapy,  
149 East 78th Street, New York NY 10021.

*In this article obsessions and phobic responses are examined in relation to the maintenance of a cross-generational condition organized by a premise about exclusivity, as well as the specific, idiosyncratic "signature premises" characteristic to each case. It is suggested that the obsession develops when a developmental or situational crisis conflicts with the exclusive relationship definition (that is coalition). Two forms of intervention for disrupting obsessions—the "conversation" and the "counter-obsession"—are discussed and illustrated. Both interventions conceptualize the obsession as an oscillation between remaining in the coalition and not remaining in the coalition, and both interventions challenge the signature premise that defines coalition.*

*Key words: obsessions, family therapy, coalition, cross-generational condition signature premises.*

---

## INTRODUCCIÓN

SANDY: *"Siempre pienso que conoceré a otras mujeres más atentas que yo. Sé que es una locura, pero no puedo evitar pensarlo. Estamos en una fiesta y entra una mujer guapa, y yo pienso que la encontrará más atractiva que a mí. He llegado a un punto en que esto es todo lo que pienso. No hago más que pensar todo el tiempo en él con otras mujeres. Me doy cuenta de que no puedo hacer mi trabajo y esto empieza a interferir en mi alimentación. Esto está estropeando nuestra relación, pero no puedo frenarme".*

MARY: *"Siempre pienso que lo he echado todo a perder. Pienso constantemente en que debería haberme ocupado de otra manera de la enfermedad de mi padre, que podría haber ganado dinero y que no lo he hecho, también pienso en lo poco atractiva que me he convertido y pienso constantemente que he estropeado las cosas. Estos pensamientos jamás me abandonan. Nunca me siento libre. Si empiezo a sentirme bien, me recuerdo a mí misma estas cosas, no puedo evitarlo".*

LOUISE: “Desde que él me traicionó no puedo evitar pensar en el sexo. Pienso en esto todo el tiempo. Veo a otras mujeres como yo y me pregunto si han tenido relaciones sexuales. No consigo dormir bien ni concentrarme. No me gusta estar así, pero no consigo liberarme de estos pensamientos”.

Estos son los pensamientos obsesivos que han dominado la vida de tres mujeres, pensamientos dotados de un potencial capaz de bloquear cualquier intercambio terapéutico. En este artículo interpreto estos síntomas obsesivos en relación con la implicación de estos pacientes en lo que Haley (1977) llamó coalición transgeneracional (un vínculo oculto entre miembros de dos generaciones “contra” un coetáneo de uno de los dos). Mostraré que estas mujeres se vieron atrapadas durante la infancia por una rígida coalición transgeneracional con uno de sus padres, una coalición organizada entorno a la convicción de que para no poner en peligro dicha relación, se debía excluir al otro progenitor. Además, cada una de las pacientes pensó implícitamente que mantener esta posición privilegiada implicaba un esfuerzo perpetuo en una “manera de ser” particular (por ejemplo, ser siempre “buena”, “mostrarse siempre fuerte”). Estas ideas, surgidas de una relación padre-hijo particularmente crítica, se convirtieron luego en premisas organizadoras, en la definición de la manera en que estas mujeres se concebían a sí mismas en cualquier relación íntima. Por su particularidad y centralidad psicológica, llamo a estas ideas “premisa marcadas” (“signature premises”).

En mi opinión, estas mujeres se han visto debilitadas por pensamientos obsesivos hasta el punto de empezar a desear otro tipo de relación. Este deseo de cambio se oponía, simbólicamente o en realidad, a la coalición paterna originaria y a la premisa en la que estaba basada. Desde esta óptica, estas largas meditaciones obsesivas de las pacientes pueden interpretarse como una oscilación metafórica entre el deseo oculto de poner fin a la coalición y el miedo a interrumpirla. La intensidad de este tipo de ambivalencia “guía” las oscilaciones mentales como un metrónomo que va cada vez más rápido, hasta que sus cambios de posición ya no pueden distinguirse. Entonces, el conflicto de lealtad originario se vuelve oscuro, encapsulado en la obsesión. La experiencia consciente del paciente es que está preocupado, con continuas y monótonas repeticiones de los mismos pensamientos, uno tras otro. En este sentido, el paciente no es consciente del conflicto sino solamente de un imperioso hastío mental. Lo que he descubierto es que estar atrapado en la monotonía parece enmascarar la experiencia de sentirse oprimido por una elección. Esta idea de que el constructo intrapsíquico de la ambivalencia puede estar situado en un terreno contextual donde el sujeto está atrapado entre dos coaliciones rivales, puede encontrarse implícita en los trabajos de numerosos estudiosos. Hoffman, en su clásico texto (6, págs. 11-116), expone variaciones de esta formulación.

Describiremos, a continuación, dos métodos para interrumpir la obsesión e identificar la coalición transgeneracional en la que está implicada. Con tal de

mostrar las similitudes y las diferencias entre esta manera de proceder y otros enfoques respecto a estos problemas, iniciaremos con una exposición de las hipótesis tradicionales sobre la obsesión.

## **TEORÍAS PSICOANALÍTICAS**

Según el *Psychiatric Dictionary* (Hinsie, Shatzky, 1940), una obsesión es una “idea o una emoción... que persiste en la mente de un individuo y que no puede ser alejada mediante ningún proceso consciente. Desde el punto de vista de la conciencia, la obsesión no está influida por la lógica o el razonamiento y es claramente indeseada” (pág. 377). La explicación psicoanalítica clásica de esta paradoja se basa en la premisa de que un pensamiento obsesivo, independientemente de lo extremo y desagradable que pueda ser para un individuo, es menos angustiante que la idea que está encubriendo: por ejemplo, una idea o pensamiento que produce vergüenza, pérdida del anterior estatus o debilidad (1, 2, 9).

La interpretación freudiana más ortodoxa es que aquello que se oculta detrás de la obsesión son los deseos sádico-anales inconscientes (1, 2, 9). Salzman (1973), conocido por sus trabajos en este campo, ofrece una interpretación más existencial e interpersonal: el “objetivo primario del comportamiento es intentar obtener alguna seguridad y certeza para la persona que se siente amenazada e insegura, de un modo incierto... Por lo tanto, el ingrediente principal es el control” (1973, pág. 13). Salzman piensa que los pensamientos obsesivos pueden ser un aspecto de la personalidad de cualquier persona. Solamente se convierten en neurosis cuando son destructivos y no pueden apaciguarse mediante prácticas compulsivas.

Aunque el pensamiento psicoanalítico comprende la dinámica interna del pensamiento obsesivo, no contextualiza suficientemente su significado. Localizar el dilema obsesivo entre los mecanismos de las coaliciones transgeneracionales crea posibilidades terapéuticas que trascienden el énfasis analítico en los conflictos intrapsíquicos. Esta hipótesis representa además una alternativa clínica prometedora, visto que muchos terapeutas han obtenido decepcionantes resultados tras tratamientos basados en la terapia analítica (Grinspoon, 1985). En el estado actual de la cuestión, la terapia conductista y la farmacológica representan los tratamientos seleccionados para este tipo de síntomas. Sin embargo, la terapia conductista es más difícil cuando las obsesiones son el único síntoma, cuando no hay ninguna “conducta” que tratar (Grinspoon, 1985).

## **TERAPIA SISTÉMICA PARA PROBLEMAS OBSESIVOS**

En el enfoque sistémico que describiré a grandes rasgos, la estrategia clínica está orientada a identificar la “premisa marcada” relativa a la implicación del paciente en una coalición transgeneracional. La idea de la “premisa marcada” representa un desarrollo posterior de la idea de utilizar estas premisas en el trabajo clínico (Penn, 1985). Más concretamente, el terapeuta intenta identificar una idea

central que el paciente tiene sobre el modo en que el padre importante caracterizaba su relación. Esto puede proporcionar una lógica conductual a la obsesión actual.

El primer paso en este proceso consiste en recoger información sobre el problema actual. El terapeuta se fija tanto en el modo en que la obsesión caracteriza el sistema relacional actual del paciente, como en el contenido de la misma obsesión. Este contenido funciona como un indicador que ayuda a (re)construir la “premisa marcada” en la familia de origen. En definitiva, el terapeuta construye el doble significado de la obsesión en el contexto actual y en el precedente. Este ir para adelante y para atrás permite al terapeuta construir una conexión entre la obsesión actual y el contexto precedente.

### **Dos formas de intervención**

Una vez elaborada la hipótesis clínica, se han desarrollado dos estrategias de intervención. Una técnica se basa en la conversación entre dos terapeutas en presencia del paciente. La conversación versa sobre el conflicto que los terapeutas creen que existe entre el comportamiento dictado por la “premisa marcada” del paciente y las exigencias del contexto actual.

Los dos terapeutas representan dos polos diferentes del conflicto y el diálogo se estructura remarcando las oscilaciones que se expresan en la obsesión. Los terapeutas nunca se enfrentan directamente con la obsesión, pero discuten y reflexionan juntos sobre las conexiones entre la obsesión y las premisas que están detrás. En el transcurso del diálogo entre los terapeutas, la amplitud de sus oscilaciones aumenta de modo tal que el conflicto actual, relativo al sistema de alianzas, se produce entre ellos. Esta forma de intervención es parecida al debate a tres bandas que llevaron a cabo Olga Silverstein, Peggy Papp (1983) y Stanley Siegel (Sheinberg, 1985). Se distingue por el hecho de que insiste más en la explicación de las ideas y menos en la formulación “cambio/no cambio”. En este contexto los terapeutas pueden activar su “conversación” cada vez que la obsesión del paciente comienza a dominar el intercambio terapéutico.

Este procedimiento se opone al poder que tiene la obsesión de bloquear las nuevas informaciones. Al construir una réplica del dilema que el paciente vive, se hace salir a la obsesión de la mente para llevarla a la sala de terapia. Escuchando la conversación entre los terapeutas el paciente puede ahora, lentamente, recuperar su control sobre el conflicto encapsulado en la obsesión. En realidad, las ideas que se expresan en la conversación a menudo llegan a ser más interesantes para el paciente que la misma idea obsesiva.

Otra forma de intervención para quebrar una obsesión es crear una “contraobsesión” u “obsesión terapéutica”, constituida por una “fórmula” ritualizada que abarca el conflicto de lealtad que se halla bajo la obsesión. Ésta vincula la obsesión actual con una premisa relacional precedente. Se invita al paciente a repetir esta “fórmula” cada vez que empiece a estar obsesionado. El parecido estructural

entre la “obsesión terapéutica” y la obsesión actual permite al paciente reemplazar el pensamiento intrusivo por ideas que redefinen la situación en un problema relacional oculto.

Tanto la “conversación” como la “contraobsesión” están proyectadas con el fin de reducir la oscilación, presente en la obsesión, entre la voluntad de acabar con la coalición y el miedo de perderla. En este caso el presupuesto es que, aunque la obsesión esté generada por acontecimientos reales actuales, también está organizada sobre la base de premisas relacionales que la preceden. Una vez descritas estas premisas podrán emerger los significados implícitos que la obsesión ocultaba.

### **Ilustración del caso**

El caso que sigue ilustra una conversación terapéutica en el tratamiento de una joven mujer obsesionada por el sexo, un trastorno que implicaba una curiosidad persistente en la actividad sexual de las otras personas y una fobia relativa a sus propias relaciones sexuales. En esta ocasión las co-terapeutas fueron Peggy Penn y la autora. A veces ambas estaban junto a la pareja y otras veces una de ellas dirigía la entrevista mientras la otra observaba detrás del espejo y consultándose durante la entrevista.

La pareja, Louise y Tom, de unos veinticinco años, iniciaron la terapia tras de seis años de matrimonio no consumado, presumiblemente a causa del miedo de Louise de mantener relaciones sexuales. Tom, el más joven de cuatro hermanos de una familia italiana de clase obrera, se describía como un hombre sin objetivos hasta que conoció a Louise. En su opinión, ella era distinta a todas las chicas que conocía. Louise -educada, guapa, pura- había crecido en el seno de una típica familia de Puerto Rico. Vivía con sus padres, una hermana gemela y una hermana más joven. Siendo la más servicial y diligente de las hijas, Louise sentía que era la favorita de su madre. La madre de Louise, el progenitor dominante, era descrita como una mujer trabajadora, ambiciosa, que siempre había criticado la apatía de su marido. Por el contrario, Tom era, por excelencia, el tipo de hombre que la madre de Louise admiraba. Era trabajador, siempre activo, determinado y constructivo. Ella adoraba a Tom y le acogió cordialmente en la familia como a un hijo. Estaba claro que si se hubieran casado, habrían vivido en la parte baja de la casa bifamiliar de los padres.

Tom era el primer chico de verdad de Louise, era un hombre con experiencia y para ella su relación fue la primera experiencia de escarceos sexuales preliminares. Aunque Tom intentaba llevarla hacia una actividad sexual completa, Louise se contentaba con la que tenían y no quería “ir más lejos”. Las cosas parecían ir bien hasta que Tom, temiendo que Louise pudiera llegarlo a saber a través de otra persona, “confesó” que se había ido a la cama con una de las amigas de Louise. Después de esta revelación, Tom volvió a irse a la cama con esta mujer y, de nuevo, lo confesó.

Louise sufrió mucho por esta traición y sintió mucha rabia porque Tom

únicamente había confesado para liberarse de sus preocupaciones. Cuando Louise se dirigió a su madre, ésta le aconsejó que se casara igualmente con Tom. La madre justificó el comportamiento de Tom motivándolo con la frustración provocada por el hecho de que Louise no quería tener relaciones sexuales completas con él. Por su parte, Louise se quedó sorprendida y turbada por el hecho de que su madre, pese a todo, quisiera casarla con Tom. Siendo una buena hija, Louise siguió el consejo de su madre, pero sintiéndose doblemente traicionada: Tom había elegido a otra mujer en su lugar y, en el fondo, su madre había preferido a Tom antes que a ella.

Durante la terapia, las terapeutas explicaron de esta manera la cuestión: el deseo de Tom de casarse con una “virgen” y reservar el sexo para una “mujer fácil” estaba en un lado de la ecuación; la rabia que sentía Louise por la traición de Tom y de su madre estaba en el otro lado. El síntoma aportó una buena solución a este vínculo. Louise, una buena hija, escuchó a su madre y se casó con Tom, pero su fobia le impidió que se casara con él realmente. Ella oscilaba entre mantenerse apegada a su madre siendo buena y, de este modo, la favorita, y estar secretamente enfadada con ella por haberle hecho casar con Tom a pesar de la traición.

La crisis personal de Louise puede comprenderse del siguiente modo: la “premisa marcada” que define la coalición con su madre es: “ser buena permite ser la elegida”. Cuando Tom eligió a la otra mujer para el sexo y su madre antepuso los deseos sexuales de Tom a los sentimientos de Louise, esta premisa fue puesta en duda. El matrimonio con Tom dejó de ser una elección personal y pasó a ser un acto de sumisión a su madre.

Haber sido buena, pero no elegida, hacía intolerable tanto el hecho de seguir apegada a su madre como el de separarse de ella. La obsesión expresaba metafóricamente esta oscilación. Esta primera explicación del problema guió el trabajo de las terapeutas con la pareja. Sin embargo, el poder de la obsesión, que tomaba la forma de pensamientos coactivos relativos al sexo y de una fobia a la penetración sexual, era tan fuerte que bloqueaba cualquier exploración de su relación con el matrimonio. Visto el bloqueo clínico, que las terapeutas definieron como “impenetrabilidad” en la relación de pareja, se decidió visitar únicamente a Louise durante un breve periodo de tiempo.

En el primer encuentro, una terapeuta dijo que había algunas cosas que Louise debía empezar a hacer con tal de superar sus miedos. Le sugirió a Louise que leyera cierto manual sobre la sexualidad femenina. Aunque Louise aceptó rápidamente esta idea, la terapeuta detrás del espejo entró en la habitación para expresar su preocupación. Habló de los riesgos de leer este libro y empezó a activar un cambio. Su ingreso era el inicio de una conversación entre las dos terapeutas que, en presencia de Louise, iba *in crescendo*.

La siguiente secuencia empieza con la primera terapeuta y Louise.

L: *No he avanzado. Una amiga mía ha venido a visitarme, y no me ha dejado tiempo para leer. Estaba mosqueada pero no podía decirle que no.*



*No sé, quizá he permitido que esto sucediera. Tengo miedo de que puede existir algún motivo subconsciente. ¿Entiendes lo que quiero decir?*

*T1: ¿Motivos?*

*L: Permitir que esto sucediera, permitir que ella se quedara, no decirle: “mira, me gustaría tener una hora libre: ¿podrías marcharte?”. No, no he podido hacerlo.*

*T1: ¿Cuál crees que es la motivación subconsciente?*

*L: Bien, para ser honesta con usted, la introducción del libro era buena. Me dio esperanzas. En cambio, cuando empecé a leer el primer capítulo me sentí algo frustrada. Me dije: “Dios mío, todo esto parece imposible”. Me puse a llorar y a pensar en cuando Tom tuvo aquella historia.*

*T1: Entonces, cuando piensas en el sexo, en el placer y en gozar con él, ¿tú piensas en su traición?*

*L: Sí.*

La última afirmación sugiere la idea de que la fobia está conectada con su rabia inexpresada por haber sido traicionada. La negativa a leer el resto del libro nos da la oportunidad de describir el vínculo de la obsesión/fobia con una “premisa marcada” relativa a la posibilidad de ser elegido, a condición de que uno sea bueno. Dado que había sido la segunda terapeuta la que había anticipado un problema relativo al libro, ésta entra en la habitación de terapia para expresar sus pensamientos:

*T2: Quiero que sepas que me siento muy aliviada. Déjame repetir porque pensé que no era una buena idea para Louise seguir tus sugerencias. Yo pienso que Louise, al ser gemela, ha experimentado un apego particular con su hermana gemela, pero pienso que, como todos los gemelos, éstos son rivales frente a su madre. Cada uno de ellos reclama una relación con su madre en base a cualidades particulares. Realmente pienso que Louise ha pensado que su particularidad era la de ser una niña buena, que hacía lo que se esperaba de ella, que recibía la aprobación de su madre. La idea de ser la buena también pasó a formar parte de su relación con Tom. La sexualidad de Louise es distinta a la sexualidad de otras personas. Al principio Tom se sintió muy atraído por el hecho de ella quisiera ser buena y fuera virgen. Según la interpretación de su miedo, si ella cambiara de alguna manera esta condición, podría perjudicar su relación. Yo entiendo esto, y sé que muchas personas practican el sexo, pero ella tiene realmente un apego íntimo y muy particular con su marido y tiene la capacidad de conservar una relación muy importante con su madre. Yo pienso que la relación sexual alteraría ambas relaciones, y esta es la razón por la que me opongo.*

*T1: (A la otra terapeuta) ¿Estás diciendo que si Louise superara su miedo a la relación sexual podría tener una relación distinta con su madre?*

T2: *Eso mismo!*

T1: *Y ¿piensas que Tom también podría alejarse de ella?*

T2: *Sí, así es...*

A medida que las terapeutas hablan, relacionan y subrayan constantemente la premisa -ser bueno significa ser elegido-, están identificando los diversos aspectos a través de los que se ha desarrollado esta premisa en la vida de Louise. La primera terapeuta define la motivación de Louise para permanecer virgen como un intento de complacer a su marido y a su madre. Continúa sosteniendo que este sacrificio es demasiado grande. Sostiene además que Louise es ambivalente ante la posibilidad de seguir siendo buena, y sugiere que la incapacidad de Louise para tener relaciones sexuales también podría interpretarse como una rebelión ante su madre y su marido. La siguiente conversación nos lleva a una clara descripción de la condición de Louise en su familia de origen, vinculada con la ambivalencia.

T1: *Vale, admitamos que es así. Digamos que aunque Tom afirma que quiere que Louise sea como las otras "chicas", en realidad no lo quiere. Digamos que eso es verdad. Digamos también que su madre cambiaría su relación con ella, o que incluso empezaría a querer más a su hermana gemela. En otras palabras, ¿conservar su posición particular con su madre y hacer feliz a su marido constituye una razón suficiente para que Louise permanezca toda su vida sin tener la experiencia del placer sexual?*

L: *Pero aquí existe una pequeña contradicción. Yo sé que mi madre se muere de ganas de que yo tenga una vida sexual normal. Sé que hay una presión. El modo en que vosotras la describís, me refiero a su presión, aunque sea indirecta, me llevaría a tener relaciones sexuales.*

T1: *Bien, yo creo que en algún sentido también existe una parte de ti que no desea ser una buena chica y que no quiere ser tan adaptable. (Dirigiéndose a la segunda terapeuta) Yo pienso que usted está un poco engañada porque, de manera irónica, no teniendo relaciones sexuales se rebela contra su madre.*

L: *¿No es eso extraño?! Pero yo me siento culpable por ser todavía virgen.*

T2: (A Louise) *¿Cuántas veces tu madre te pregunta por tu vida sexual?*

L: *Me lo preguntó al inicio de nuestro matrimonio y le respondí que no me lo preguntara más. "El día que lo haga lo sabrás. Habrá un desfile".*

T2: *Entonces saben que no has tenido relaciones sexuales puesto que tú no se lo has dicho.*

L: *Exacto, exacto.*

T2: *¿Están todos interesados en este asunto?*

L: *Sí, excepto mi padre.*

T2: *A él lo dejan un poco de lado, ¿no es cierto? Todas las mujeres lo saben.*

L: *¿Piensas que esto mantiene a las mujeres unidas?*

T1: *De hecho, es una casa de mujeres.*

L: *Incluso nuestro gato y nuestro perro son hembras. Mi padre es como una pequeña persona reprimida.*

Una vez descubierta la primera coalición, la primera terapeuta sugiere espontáneamente una tarea para contrastarla.

T1: *Pienso que sería bonito que, en el intervalo hasta la próxima entrevista, salieras con tu padre alguna vez, a comer fuera o a tomar un café, vosotros dos solos.*

L: *Parece bonito pero es difícil.*

T2: *¡Muy difícil!*

L: *No de mi parte, sino de la suya.*

T1: *Vale, pienso que podrías decirle a tu madre: “Mamá, estoy un poco preocupada por papá últimamente, por esto pienso en sacarlo a pasear”. También sería interesante si tú te fijaras en las reacciones de cada uno. No decir nada, pero anotarlas, hablaremos de ello en nuestro próximo encuentro.*

L: *Vale.*

T2: *Pienso que este gesto hacia su padre es un cambio demasiado grande que podría asustar a Louise. Podría llegar a sentirse vil y culpable.*

T1: *Bueno, ya veremos.*

Nos reunimos con Louise un mes más tarde. Había hecho algunos cambios importantes. Estaba leyendo el libro sobre sexualidad; había organizado una salida con su padre; también había empezado a expresar en mayor medida sus sentimientos negativos hacia su madre y su hermana gemela. Se discutió el aspecto relativo a su ambivalencia, subyugado por la segunda terapeuta:

T1: *Es un cambio para ti empezar a hablar con las mujeres de tu familia...*

L: *Sí, es terrible, pero lo hago porque ya no puedo más.*

T2: *Te sientes un poco como habíamos previsto (la segunda terapeuta), ¿no?, como si te hubieras distanciado un poco...*

L: *Bueno, no lo sé. Pienso que ha sido un poco menos terrible de lo que usted había previsto. No me parece terrible. Me siento un poco deprimida después. Me digo a mí misma: “¿Qué he hecho?”, pero, ¡qué caray! Estoy contenta de haberlo hecho. Cuando le dije a mi madre que quería invitar a mi padre a salir, ella me contestó: “¿Papá solo? ¿Yyo?”. Se sentía un poco herida. Fue extraña mi manera de reaccionar: “Sí, sólo papá”. Fui muy descarada como para estar hablando con alguien que me estaba pisando. (Riendo) Fue realmente divertido, que en realidad había pisado a mi madre, en vez de pisarme ella a mí.*

Antes de invitar la primera terapeuta a unirse a ellas, la otra terapeuta preguntó como iban las cosas con Tom:

L: *Bien, antes de que yo tuviera la regla, intentamos hacerlo.*

T1: *Ah sí, ¿de verdad?*

L: *Creo que hemos avanzado un poco. Simplemente, deseaba probarlo.*

T1: *Interesante como van las cosas, ¿no?*

L: *¡Sorprendente!*

Cuando la obsesión de Louise se aplacó y su miedo a tener relaciones sexuales cesó, el matrimonio cayó en una grave crisis. A Louise le volvió a nacer el deseo sexual, pero hacia otro hombre. La tarea restante de la terapia era el de afrontar la crisis en su relación con su marido y con su madre. Una vez experimentados y articulados de manera directa los niveles conflictivos de la obsesión, todo el sistema relacional se había desequilibrado. Hasta que la fobia/obsesión no se resolviera, Tom podía ser considerado el marido paciente y atento; Louise, la mujer buena pero sintomática. Únicamente el “miedo” de Louise obstaculizaba un matrimonio satisfactorio. Cuando, por el contrario, la obsesión ya no estaba determinada por su relación, la rabia de Louise hacia él y las diferencias entre ambos salían a la luz. Ya no era Louise la que tenía un problema; ahora eran Tom y Louise quienes tenían un problema de pareja.

### **Resolución de una obsesión en relación con el conflicto manifiesto**

En el caso que acabamos de describir, aunque era difícil recoger información sobre la pareja, las informaciones relacionales sobre la familia de origen eran accesibles. Pero también existen situaciones matrimoniales en las que un profundo conflicto circunda la obsesión y el cónyuge no sintomático está convencido de que la obsesión y los comportamientos correspondientes son intencionales. A veces, la combinación de la rabia de un cónyuge con la obsesión del otro crea un contexto en el cual es difícil recoger informaciones sobre el pasado. El ejemplo del próximo caso describirá una estrategia de tratamiento que ha hecho frente con éxito a estos problemas técnicos.

### **ILUSTRACIÓN DEL CASO**

Peggy Papp y la autora tenían en tratamiento a una pareja donde la mujer, Mary, había sido obsesiva y había caído, a continuación, en una depresión psicótica. Recientemente había tenido un intento de suicidio y había sido sometida a una terapia de electroshock durante la hospitalización. Había seguido una cura farmacológica; pero apenas empezó a disminuir la depresión, se volvió de nuevo obsesiva. Pensaba continuamente en que había echado a perder su carrera, herido psicológicamente a su hija, en que no había evitado la muerte de su padre, que había elegido el psicoterapeuta equivocado, etc. Sus pensamientos obsesivos eran fuertes y bloqueaban cualquier intercambio terapéutico. La terapia actual era, para la pareja, el segundo intento de terapia familiar. Su marido, Fred, estaba desanimado y enfadado por el fracaso del primer intento.

Mary había tenido éxito en la bolsa antes de su “agotamiento”. Fred, cuya carrera no marchaba bien, dependía de sus ganancias y estaba preocupado por si su

hospitalización interferiría con su trabajo. Aunque al principio intentaba comprenderla, empezó a considerar su obsesión como provocativa.

Las terapeutas estaban preocupadas por el alto riesgo de suicidio de la paciente. Además notaban que el marido obstaculizaba seriamente las labores terapéuticas referentes al esquema relacional actual de la pareja. La combinación de la obsesión de la mujer con la hostilidad del marido había creado un bloqueo terapéutico.

Mary y Fred se habían conocido en el instituto. Habían sido novios durante algunos años antes de casarse. Mary confesó que se había casado con Fred únicamente porque temía que si no lo hacía entonces no se casaría nunca. Sus relaciones sexuales eran infrecuentes e insatisfactorias. Aquello que la pareja acabó por compartir fue el sueño de Fred de ganar mucho dinero y frecuentar la gente rica. Pero los intentos de Fred para ganar dinero fueron estériles. Al final se convirtió en un coleccionista de libros raros, lo cual le dio algo de prestigio pero poco dinero. Fue Mary quien, después de diez años de matrimonio, emprendió la carrera de inversiones financieras. Su reciente éxito era algo de lo que Fred se aprovechaba y de lo que dependía para la realización de su sueño. El agotamiento de Mary tuvo lugar exactamente en el momento de su mayor negocio financiero.

Con el fin de entender la lógica de este episodio, las terapeutas se plantearon las siguientes preguntas sobre el contexto actual: ¿Por qué Mary había caído tan rápidamente, precisamente cuando había alcanzado la cima del éxito? ¿Estaba realmente admitido que ella superara a su marido? ¿Qué significaba tener un matrimonio basado en la búsqueda del enriquecimiento y finalmente alcanzar la meta? ¿Por qué, para Fred, una parte tan grande la definición de la relación había pasado a depender de Mary? Las terapeutas consideraron las siguientes preguntas del contexto anterior de Mary: ¿qué coalición anterior estaba simbólicamente amenazada por el éxito de Mary? y ¿cuál era la “premisa marcada” de esta coalición?

Dado que la respuesta de Mary era casi nula y su obsesión tan fuerte, se hacía difícil obtener información. Las respuestas eran monosilábicas. Descubrimos que ella había sido la confidente de su madre, a su vez infeliz en su relación con el padre de Mary. Había compartido su infelicidad y sus sueños con su hija. Aunque estaban muy unidas, cuando preguntamos a Mary si había compartido sus propios sueños con su madre, nos dijo que jamás lo había hecho. La relación de Mary con su madre se caracterizaba por la satisfacción de las necesidades de ésta última.

Las terapeutas formularon la hipótesis de que la relación entre Mary y Fred era una extensión metafórica de la coalición entre Mary y su madre. Habiendo sido la confidente de su madre, ahora era una mujer llena de atenciones, que se había dedicado al objetivo de la vida de su marido. Cuando se dio cuenta de que Fred no lo lograba, decidió hacerlo ella para los dos. (Cualquier signo de depresión en él la estimulaba a esforzarse todavía más). Los aspectos insatisfactorios de su relación se dejaban a un lado. La vida de la pareja estaba dedicada al sueño de Fred. Mary, al principio, no había tenido mucha confianza; era el hecho de hacerlo “por él” lo

que la había motivado. Fred se sintió sano y salvo por el éxito financiero de Mary. La “premisa marcada” -”mi trabajo es trabajar para los demás”- no se vio amenazada hasta que la carrera de Mary despegó, introduciéndola en un mundo nuevo, aportándole la experiencia de su propia competencia y las alabanzas de las personas que ella admiraba en el trabajo. Este nuevo ùnto de partida estimuló ideas de independencia que, sin embargo, resultaban inaceptables.

La obsesión contenía la oscilación entre el seguir siendo la mujer responsable que cuida a su marido (la extensión de la premisa de la “buena hija”) y las emociones de una mujer independiente que ya no quiere hacerlo más. Para Mary, este conflicto subterráneo (oculto por la obsesión) se intensificó tanto que la oscilación llegó hasta tal punto que solamente podían distinguirse pensamientos ritualizados de autorecriminación por las responsabilidades desatendidas.

Con el fin de ampliar la oscilación, la conversación de las terapeutas consideró tanto la rabia de Fred contra Mary, que ya no se ocupaba de él, como el conflicto de Mary por el hecho de ya no querer cuidar de Fred. Con este propósito las terapeutas habían elaborado una secuencia repetitiva en la que Mary decía que iba a visitar un cliente y que no sólo no había ido sino que se había reprochado repetidamente el hecho de no haber ido. Su marido le habría dado consejos, habría estudiado sus documentos y habría empezado a seguir el mercado. Mary le habría permitido que le aconsejara, pero al final siempre habría ignorado sus consejos.

### **La “conversación” de las terapeutas**

Una de las terapeutas supuso que Mary se había atendido a una premisa social normativa que considera equivocado sobrepasar profesionalmente al propio marido. La terapeuta supuso además que el éxito de Mary había dado lugar, para ella, a la posibilidad de dejar a su marido y que este pensamiento había generado luego un intenso e inaceptable conflicto de lealtad. Las terapeutas han creado un dialogo entre sí, en el cual una atacaba la premisa mientras que la otra la defendía. En este caso, la conversación de las terapeutas no se limitó a una entrevista clave sino que se desarrolló durante varios meses. Lo que sigue es una especie de resumen esquemático del nivel de la terapia que se ocupaba del conflicto materializado en los pensamientos obsesivos de Mary.

*T1: Al principio, pensé que era extraño que Mary, precisamente en la cima del éxito, se hubiera vuelto tan emocionalmente frágil. Sin embargo, creo que ahora entiendo el sentido. Lo que ahora está claro es que hasta que ella antepuso los intereses de Fred a los suyos estaba bien. Tan habituada como estaba a poner a los demás antes que a sí misma, como hacía con su madre. Creo que cuando Mary tuvo tanto éxito y fue apreciada en su trabajo, pudo experimentar deseos de independencia, los cuales generaron un gran conflicto entre continuar privilegiando los intereses de Fred o bien los propios.*

T2: *¿Por qué se trata de un conflicto? ¿Por qué no hay lugar para los dos?*

T1: *Porque su experiencia es que no deben anteponerse las propias necesidades o deseos.*

T2: *Bien, tal vez exista una parte de ella que desee anteponerse a sí misma. Al fin y al cabo, todos estamos en el derecho de tener en cuenta nuestros propios deseos y necesidades.*

T1: *Sí, pero ella, como muchas mujeres, puede tener especial dificultad para anteponerse a sí misma y para superar a su marido.*

T2: *No lo sé. Me lo explicaría más fácilmente si Fred tuviera una dificultad parecida; pero él se ha alegrado de que ella ganara más dinero.*

T1: *Esto no niega el hecho de que ella tiene dificultades en superarlo. Tal vez desearía que él tuviera más éxito. ¿Piensas que se sentiría libre de decirle esto?*

T2: *No. Entiendo qué quieres decir. Pero pienso que quizá querría decirle que se esforzara más.*

T1: *Por otro lado, si es ella quien se lo dice, antepone sus necesidades.*

T2: *Bien, quizá es justo que lo haga, aunque Fred se sienta turbado y aunque sea la primera vez.*

T1: *¿Piensas que Mary tenía miedo de ser rechazada por su madre si hubiera privilegiado sus propios intereses?*

La obsesión de Mary disminuyó y finalmente desapareció. Lentamente, empezó a expresar con palabras su rabia ante el marido. Una vez acabada la obsesión, Fred comenzó a hacer frente, con cierta sorpresa, a su grado de vulnerabilidad y se dispuso a considerar su papel en algunas situaciones matrimoniales, que nunca antes se habían discutido.

## **CONSTRUCCIÓN DE UNA OBSESIÓN TERAPÉUTICA**

Otra estrategia para interrumpir la sintomatología obsesiva es la construcción de una obsesión de se “añade” a la obsesión del paciente. El siguiente caso, en el cual la autora era la única terapeuta, demostró el uso de una obsesión terapéutica en el tratamiento de los celos obsesivos.

### **Ilustración del caso**

Sandy, una joven mujer de unos 20 años, se obsesionó por la sospecha de que su novio flirteaba con otras mujeres. Pensaba luego que él no la quería realmente. Cuando él intentó tranquilizarla, Sandy se sintió temporalmente aliviada, pero su obsesión por la traición había llegado a ser tan destructiva que puso en crisis su trabajo y su salud. Afirmaba que no era capaz de controlar estos pensamientos y sentía que le estaban destruyendo su relación de pareja. El examen del contexto actual, incluido un encuentro con el novio de Sandy, Joe, reveló que había tenido lugar un cambio importante. Antes del inicio de su obsesión, la pareja había

empezado a hablar de matrimonio. Aunque parecía que Joe había tenido algún lígüe, contribuyendo así a la condición obsesiva de Sandy, el grado de su malestar sugería que una importante pista a seguir podía ser la relación que existía entre el hecho de la planificación del matrimonio y la amenaza a las coaliciones en su familia de origen.

Sandy dijo que su madre estaba entusiasmada con su proyecto de matrimonio, mientras que ella misma estaba preocupada por el hecho de poder cometer un error. La articulación de esta idea empujó a la terapeuta a indagar el significado de “cometer un error”. ¿Pensaba que su madre había cometido un error? ¿Pensaba que su padre había cometido un error? ¿Acaso su hermana? Su respuesta ayudó a identificar una coalición trans-generacional y una “premisa marcada”. Sandy tenía la sensación de que su madre habría afirmado que se sentía absolutamente feliz con su matrimonio y que ella y su marido se querían muchísimo. Cualquier intento por parte de Sandy de poner en duda la convicción de su madre, sosteniendo que muchos de los trastornos psicossomáticos de su madre podrían ser su manera de expresar cierta insatisfacción en la relación de pareja, sólo daba con crecientes reivindicaciones de felicidad matrimonial. Sandy decía que aquello que le molestaba tanto era que su padre no parecía compartir este punto de vista. Él no habría dicho que era feliz. Cuando se le pidió que explicara cómo lo sabía ella, Sandy describió las “miradas” que su padre le dirigía cuando su madre decía o hacía algo. Lo que molestaba tanto a Sandy era el hecho de que a su madre “le tomaban el pelo”. Además, otro dato interesante, era que el padre de su novio acababa de dejar a su esposa por una mujer con la que iniciaría una relación.

La “premisa marcada” que parecía definir la coalición entre Sandy y su padre puede expresarse como sigue: “ser distinta de mi madre me asegura ser secretamente preferida por mi padre”. Esta idea pasó a ejercer una influencia determinante en la vida de Sandy. Aunque su madre pensaba que la carrera no era importante para una mujer, Sandy orientó la mayor parte de sus energías en esta dirección. La premisa influyó en la vida de Sandy de maneras no muy problemáticas, hasta que se planteó la eventualidad del matrimonio. Si se casaba se encontraría en la misma posición vulnerable de su madre, y esto amenazaría la coalición con su padre. Casarse significa distanciarse de papá y hacerse más parecida a mamá. Estar próxima a papá está ligado con el hecho de ser diferente de mamá. Aproximarse a mamá no es aceptable; permanecer secretamente apegada a papá ya no es aceptable. Ninguna posición es tolerable desde el momento en que Sandy encara la idea del matrimonio. La obsesión sospecha/celos puede leerse como una expresión de este conflicto subterráneo. Una vez identificada la premisa ligada al problema actual, la terapeuta utilizó esta premisa para crear una contra-obsesión. Se le pidió a Sandy que, cada vez que empezara a “pensar en” dónde estaba su novio y con quién podía estar, dijera la siguiente frase: *“Soy una hija atenta, más atenta que mi madre. Estoy dispuesta a negar mi trabajo y mi carrera con tal de desempeñar esta importante tarea. Lo*



*hago para mí misma, para mi madre y, en cierto sentido, para todas las mujeres que pueden haber tenido ideas equivocadas sobre su matrimonio*". Además se hizo la propuesta de que Joe provocara a Sandy, para que así la terapeuta pudiera valorar la situación. Se le pidió a Sandy que continuara siguiendo todos los pasos de Joe y que llevara un resumen detallado. Se les sugirió que emplearan veinte minutos al día para discutir su relación. Éste era el único momento en que debían discutir sobre esto. Joe no debía tranquilizarla, precisamente para empujarla a "sacarlo todo". (Esta parte del programa era un intento de contener la obsesión sin abandonar la posibilidad de la contribución de Joe en los síntomas de Sandy). El programa y la contra-obsesión se proponían en tándem: el uno para afrontar la escalada entre la pareja y la otra para afrontar la coalición transgeneracional.

En seguida se produjeron cambios. El programa ayudó a contener la obsesión. La contra-obsesión, repetida de la misma manera ritualizada, era un modo para subrayar la premisa ligada a la obsesión. Además ésta aclaraba la coalición que se hallaba amenazada en este nuevo momento evolutivo. La contra-obsesión era específica e idiosincrásica para Sandy. Se adaptaba a su experiencia interior e irrumpía con éxito en el estado obsesivo de modo que hacía posible un proceso de exploración.

Sandy empezó a hablar de su preocupación por volverse como su madre una vez casada, y particularmente si esto implicaba interrumpir su trabajo. Cuando la obsesión desapareció, la terapia centró su interés en la exploración de cómo Sandy veía la relación entre sus padres y su relación con ellos. Redescribirla la ayudó a comprender la reciprocidad y complementariedad de la relación entre sus padres, y empezó a comprender el grado de dependencia de su padre respecto a su madre, así como el de su madre respecto a él. El entrenamiento la ayudó a comportarse de maneras que la liberaban de la coalición con su padre. También empezó a identificar aquellos aspectos de su novio que no le gustaban, permitiendo que la pareja discutiera más abiertamente sus diferencias.

## CONCLUSIÓN

Este artículo se centra en la interpretación clínica de una estrategia de tratamiento basada en el concepto de "premise marcada" en las coaliciones transgeneracionales, relativas a la familia de origen. Al describir las coaliciones transgeneracionales en términos de las premisas mentales sobre las que se basan -premisas que atañen a la exclusividad- vuelvo a definir lo que Sluzki (1983) llamó una noción orientada estructuralmente, en términos de un modelo "de concepción del mundo". Este modelo, con su énfasis en el significado, sostiene que son las ideas específicas, idiosincrásicas, de cada paciente las que constituyen el problema y las que contienen el potencial para su resolución. Un enfoque similar sitúa al terapeuta como un participante curioso, como aquel que reconoce que las propias observaciones también son las propias construcciones.

La tarea de expulsar la obsesión de la mente y colocarla en la sala de terapia es un acto de colaboración. El paciente y el terapeuta describen una y otra vez, conjuntamente, el significado y la experiencia. El objetivo aquí no es realizar un cambio particular, a parte de la eliminación del síntoma, sino más bien introducir flexibilidad en el modo de considerar las circunstancias de la vida del paciente. Como los terapeutas familiares siempre han sabido, cuando se pueden producir alternativas, pueden encontrarse nuevas soluciones.

---

*En este artículo, las obsesiones y las reacciones fóbicas se examinan en relación con el mantenimiento y el desarrollo de una coalición transgeneracional, que se basa tanto en una premisa que implica la exclusividad, como en los presupuestos personales específicos que caracterizan cada caso individual ("premisas marcadas"). Se sugiere que la obsesión nace cuando una crisis de desarrollo o situacional entra en conflicto con la concepción de una relación exclusiva (la coalición). Se discuten e ilustran dos tipos de enfoque terapéutico para intervenir sobre las obsesiones: la "conversación" y la "contra-obsesión". Ambos definen la obsesión como una oscilación entre la permanencia dentro de la coalición y la salida de ella, y se basan en el desafío a los presupuestos personales que definen la coalición.*

Palabras clave: obsesiones, terapia familiar, coalición transgeneracional, premisas marcadas.

Traducción de Laia Villegas Torras

### **Nota Editorial:**

Este artículo fue publicado en *Psicobiettivo*, 2, 1994, pp. 53-68, con el título "Osessioni/contro ossessioni: una costruzione/ricostruzione di significato". Agradecemos el permiso para su publicación.

### **Referencias bibliográficas:**

- ENGLISH, O. S. & FINCH, S. M. (1964). *Introduction to psychiatry*, New York: W. W. Norton.
- FENICHEL, O. (1945). *The psychoanalytic theory of neurosis*, New York: W. W. Norton.
- GRINPOON, L. (ed.) (1985). "Obsessive-compulsive disorder", *The Harvard Medical School Mental Health Letter*, 2, 1-4.
- HALEY, J. (1977). "Toward a theory of pathological systems", en Watzlawick, P. & Weakland, J. (ed.) (1977). *The interactional view*, New York: W. W. Norton.
- HINIE, L. E. & SHATZKY, J. (1940). *Psychiatric Dictionary*, London: Oxford University Press.
- HOFFMAN, L. (1981). *Foundations of family therapy: a conceptual framework for systems change*, New York: Basic Books.
- PAPP, P. (1983). *The process of change*, New York: Guilford Press.
- PENN, P. (1985). "Feed-forward: Future questions, future maps", *Family Process*, 24, 299-310.
- SALZMAN, L. (1973). *The obsessive personality: Origins, dynamics and therapy* (ed revisada). New York: Jason Aronson.

# 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 frivolisando 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.

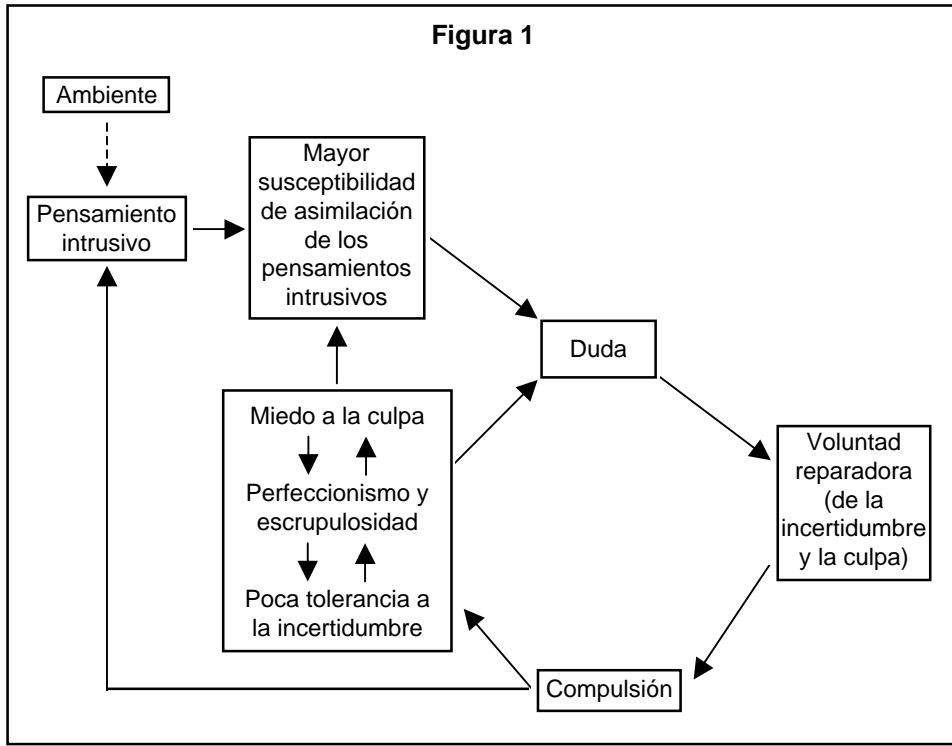
**La duda:** El conjunto de aspectos comentados hasta el momento facilita la

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



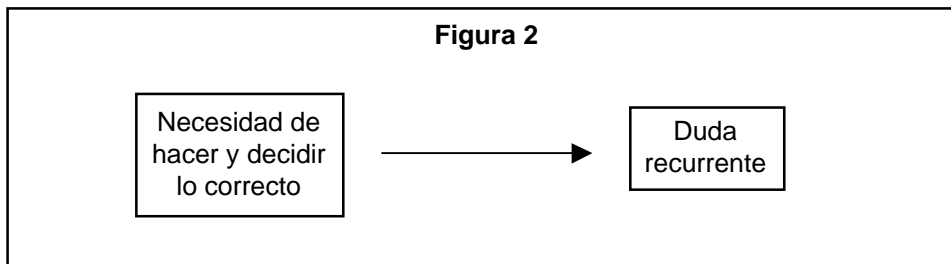
terapias que usan las técnicas de exposición a los estímulos más ansiógenos para las obsesiones y prevención de respuesta para las compulsiones. Algunas de las estrategias proporcionadas por la modificación de conducta y la terapia cognitivo racionalista resultan de gran utilidad como la exposición, 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 19<sup>th</sup> 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 7<sup>th</sup> 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*, 2<sup>nd</sup> 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.



# **ASOCIACION ESPAÑOLA DE PSICOTERAPIAS COGNITIVAS**

## **(ASEPCO)**

La Asociación Española de Psicoterapias Cognitivas (ASEPCO) agrupa a profesionales de la Psicoterapia y a psicólogos en formación de orientación cognitiva. En la actualidad subsisten diferentes modalidades psicoterapéuticas que pueden ser denominadas genéricamente como Psicoterapias Cognitivas. La necesidad de facilitarles un marco institucional y asociativo en nuestro país ha dado origen a nuestra Asociación, que en fecha 27 de octubre de 1992 ha sido reconocida por el Ministerio del Interior e inscrita con el número 113.710 en el registro de Asociaciones.

### **Socios:**

ASEPCO cuenta con una sección integrada por psicoterapeutas acreditados de acuerdo con los criterios establecidos por la FEAP (Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas) y admite como socios adherentes a todos aquellos que se hallen en periodo de formación. Para formar parte de la Asociación se requiere presentar una solicitud de ingreso, acompañada de la siguiente documentación:

- a) Titulación (fotocopia del original),
- b) Curriculum personal, profesional y académico documentado,
- c) Justificante de haber satisfecho la cuota de ingreso.

### **Objetivos:**

- Fomentar la investigación y el estudio en psicoterapia cognitiva.
- Promover la formación permanente de los miembros acreditados y posibilitar la acreditación de los miembros adherentes.
- Organizar actividades de divulgación científica tales como conferencias y congresos.
- Colaborar con entidades afines y establecer lazos institucionales con asociaciones homólogas de ámbito internacional.

### **Información e inscripciones:**

- Para inscribirse como socio de ASEPCO enviar la documentación requerida y la cuota de ingreso mediante un talón a nombre de ASEPCO (ASOCIACION ESPAÑOLA DE PSICOTERAPIAS COGNITIVAS) por el importe de 5.000 pts.

**Dirigir toda la correspondencia a:**

**ASEPCO. C./ Numancia 52, 2º 2ª 08029 - BARCELONA**  
**Tel.: 933 217 532**

## NORMAS PARA LA PUBLICACION DE ARTICULOS

1. Los trabajos para publicación en la REVISTA DE PSICOTERAPIA se enviarán en un diskette flexible de 3.5 o 5.25 escritos con un procesador de textos Word Perfect o compatible y tres copias en papel. Su extensión no debe sobrepasar los 30 folios a 1 espacio. Se ruega no sangrar los textos, ni utilizar para nada el subrayado. En el texto sólo deben usarse **negritas** y *cursivas*. Los gráficos irán en hoja aparte con las indicaciones muy claras sobre su lugar de inclusión. Si se envía material fotográfico éste deberá ir acompañado de un pie indicativo de las personas o espacios que se reproducen.

2. Se valorará que los artículos enviados para su publicación sean originales. Cuando sea preciso se incluirán copias de todos los permisos necesarios para reproducir el material ya publicado.

3. Se adjuntará un abstract de no más de 150 palabras, en castellano y en inglés, acompañado de tres a diez palabras clave para índices.

4. En el artículo sólo figurará el título del mismo. En sobre aparte se indicará, haciendo referencia al título, el nombre y apellidos del autor, su dirección y un breve currículum (a no ser que se haya enviado anteriormente y no requiera ampliación). Asimismo, se indicará, cuando proceda, el Departamento, Servicio, Centro o Universidad donde se haya realizado el trabajo.

5. Los trabajos deberán ir acompañados de la lista de **Referencias bibliográficas** correspondientes que se ajustarán a las normas de la American Psychological Association (A.P.A.). Todas las referencias citadas en el texto deberán aparecer en el listado y viceversa. En el **texto** se indicará el autor, el año de publicación y la página donde se encuentra el texto citado cuando proceda. En las **Referencias bibliográficas** los nombres de los autores que encabezan la entrada se escribirán en mayúsculas y los títulos de libros o nombres de Revistas se escribirán en cursiva.

6. Deberán evitarse absolutamente las notas de pie de página.

7. El Comité Editorial revisa todos los artículos que se envían para su publicación y se reserva el derecho de no aceptar artículos cuya orientación no sea la propia de la Revista, o bien aquellos cuya originalidad o calidad no se considere suficiente; o también cuando no puedan relacionarse con los textos monográficos previstos. La decisión se hará en todo caso mediante votación de todos los miembros del Comité Editorial, una vez conocido el informe de, al menos, dos lectores cualificados (que permanecen siempre anónimos). La aceptación de un artículo no supone su publicación inmediata. Al recibir el trabajo, la Revista acusará recibo del mismo. En su día se informará el autor si el artículo ha sido seleccionado o no.

8. Cada autor puede solicitar 1 ejemplar y diez separatas del número donde haya salido publicado su artículo. En el caso de que el autor precisara una cantidad mayor de ejemplares, el costo de los mismos corre de su cargo.

# **REVISTA DE PSICOTERAPIA**

**EDITA:**

**REVISTA DE PSIQUIATRIA Y PSICOLOGIA HUMANISTA, S.L.**

**Dirección y Redacción:**

**REVISTA DE PSICOTERAPIA  
APARTADO DE CORREOS 90.097  
08080 BARCELONA  
Fax.: 933 217 532**

**Gestión y Administración:**

**REVISTA DE PSICOTERAPIA  
GRAO (IRIF, S.L.)  
c./ Francesc Tàrrega, 32-34  
08027 BARCELONA  
Tel.: 934 080 464  
Fax: 933 524 337**