

Efectos iatrogénicos del Psicoanálisis en el Trastorno Obsesivo Compulsivo

Lic. José Dahab

Lic. Carmela Rivadeneira

Lic. Ariel Minici

Centro de terapia Cognitivo-Conductual y Ciencias del Comportamiento (Cetecic)

En el abordaje psicoanalítico se aplica el método denominado asociación libre para el tratamiento de obsesiones. Algunos autores plantean que este método incrementa el grado de rumiación de los pacientes y no deriva en la superación del trastorno. Más aún, en algunos casos, el cuadro empeora pues la incesante búsqueda de supuestas representaciones ajenas a la conciencia no es acompañada de métodos de manejo emocional ni de técnicas para la modificación de la forma de pensar ante las obsesiones e imágenes intrusivas.

El objetivo del presente artículo es ayudar al lector a distinguir entre dos formas opuestas de tratamiento: el uno basado en la teoría psicoanalítica (la asociación libre y las interpretaciones), el otro propuesto por el paradigma cognitivo-conductual (la exposición y prevención de rituales).

Intervenciones desde el Psicoanálisis

El Psicoanálisis parte del supuesto que se debe “develar” ideas o representaciones que son inconscientes y por ello, ante el relato del paciente en la sesión, resulta frecuente que el analista diga: ¿y qué más?, ¿y qué otra cosa hay?, ¿y qué se te ocurre?, ¿y por qué crees que es así? ¿te pusiste a pensar en por qué será así? ¿y por qué será? ¿y hay algo más que puedas pensar? ¿y entonces?

Por ejemplo, si una paciente tiene una imagen mental intrusiva tal como que acuchilla a su hija, el analista podría transmitirle que dicha imagen aparece en su mente por algo y entonces, es necesario revisar que hay detrás de eso. En algunos casos, el analista puede transmitir al paciente que la aparición de tales imágenes está asociada a deseos inconscientes cuya escucha es fundamental en el proceso de análisis.

El afirmar que lo que se imagina o se piensa se encuentra relacionado con algo que se desea constituye un tipo de interpretación muy característico del Psicoanálisis, la cual suele llevar a mayor preocupación aún. En el caso de los pacientes con Trastorno Obsesivo Compulsivo (T.O.C.), el fenómeno descrito se agrava todavía más pues en ellos opera muy fuertemente el esquema denominado fusión pensamiento-acción, lo que significa que las personas con T.O.C. suelen igualar el pensar con el hacer.

En este sentido, el paciente cree aún más que sus imágenes intrusivas representan su deseo de matar a su hija o que en realidad quizá no deseaba concebirla, motivo por el cual, ahora se le forma una obsesión insoportable que expresa su no-aceptación inconsciente de que no la ama y no debió haberla tenido.

Ante el aumento de la preocupación y del malestar emocional concomitante, el analista no interviene para mitigar la ansiedad y la culpa pues, desde el Psicoanálisis, contener al paciente o aplicar técnicas para la modificación directa de la conducta es un error, debido a que con ello se obtura la aparición de material inconsciente asociado a deseos reprimidos por el paciente. Como dijimos antes, para la Terapia Cognitivo Conductual (T.C.C.) este método no es eficaz.

Comentaremos a continuación un caso clínico de T.O.C. donde se observa tal efecto iatrogénico. Una paciente mujer, de 35 años, consulta pues siente tristeza a partir de que su pareja había decidido terminar la relación afectiva que llevaban desde hacía tres años. El duelo experimentado por haber sido dejada por él desembocó en un cuadro depresivo, el cual generaba interferencia durante varios meses para el inicio de relaciones sociales con nuevos hombres. Naturalmente, el objetivo del tratamiento cognitivo-conductual era la superación de la pena mórbida frente al dolor psicológico originado en la ruptura de su relación de pareja.

Paralelamente a este problema, la paciente manifiesta malestar por la aparición de pensamientos intrusivos relacionados con su orientación sexual. El pensamiento intrusivo principal transmitido por la paciente consistía en que “en mi inconsciente, yo quizá soy lesbiana y lo estoy reprimiendo”. A partir de la detección de tal pensamiento se llevó a cabo una evaluación de la conducta sexual de la paciente.

Mediante entrevistas y registros puntuales de su historia sexual, se construyó un inventario de sus relaciones sexuales en el transcurso de su vida, detallándose las características de la pareja, la edad del paciente, la satisfacción en las relaciones sexuales, el

tiempo de duración de la relación, los aspectos positivos y negativos de la misma y los motivos de la ruptura. Tal inventario arrojó que la paciente había tenido varias parejas varones, de años de duración con sexualidad satisfactoria y que jamás había tenido relaciones con personas de su mismo sexo.

Delimitado este punto, se procedió a revisar elementos de la conducta masturbatoria de la paciente, indagando sobre las fantasías e imágenes mentales presentes durante la masturbación. La paciente comentó que en el transcurso de su vida siempre se había masturbado mientras visualizaba imágenes masculinas y que no tenía dudas del placer que le generaba su orientación sexual. Nótese que la evaluación pormenorizada de la orientación sexual se coteja a la luz del análisis específico de la historia de paciente y de su comportamiento y no a partir de interpretaciones, elucubraciones y nexos asociativos de significantes discursivos, quiebres en el relato o lapsus en el habla.

Luego de la evaluación psicológica realizada, se le diagnosticó a la paciente T.O.C. con predominancia de obsesiones y rumiaciones. Efectivamente, la paciente presentaba un subtipo de T.O.C. relacionado con la obsesión de ser homosexual. En la evaluación no se halló la presencia de conductas de tipo homosexual, considerándose a los pensamientos y dudas como ideas intrusivas y no como expresión de deseos o tendencias de acción asociadas a la persona del mismo sexo. De hecho, nótese que el motivo de consulta es su padecer por la pérdida de su pareja y su deseo de rehacer su vida afectiva con nuevos hombres.

En el transcurso del tratamiento cognitivo-conductual, la paciente comenta que la obsesión con la homosexualidad comenzó cuando ella asistía a su analista. En una de las sesiones de Psicoanálisis, la paciente le cuenta a su analista que iba caminando por el barrio de Once y se acordaba de su ex, Jorge, lo cual le perturbaba. La analista intervino del siguiente modo: “¿y por qué pensabas cuando estabas por Once”? “No sé”, dijo la paciente; a lo cual, la analista respondió “a ver, pensalo un poco más...”, obteniendo la misma respuesta de la paciente. La analista insistió “¿que se te ocurre?”, ¿por qué será que justo fue en Once?”, pero la paciente continuaba sosteniendo que no se le ocurría ninguna respuesta.

Ante el silencio posterior de la paciente, la analista interpretó que el número “once” está compuesto por dos elementos iguales (1 y 1), lo cual se relacionaba con el deseo de un igual y que por ende, ella debería revisar que es lo que pasa con su orientación sexual;

(nosotros denominamos, a este juego de palabras, “conexionismo narrativo”). Ante esta interpretación, la paciente comenzó a angustiarse.

Lejos de clarificar las cosas, la analista insistió que a la angustia había que dejarla venir, al tiempo que se debería buscar “qué pasa con ella y su deseo inconsciente”. En la sesión posterior, la paciente le expresó a su analista que se sentía muy mal, que estaba peor, aún más triste y preocupada y que no podía dejar de pensar en lo que le había manifestado la consulta anterior sobre su orientación sexual.

Ante esto, la analista ni aseguró ni refutó la orientación heterosexual de la paciente, pero reforzó su duda, agregando que es normal sentir dudas, que parte del trabajo analítico consiste en rastrear, revisar y analizar esas ideas, eventualmente aceptando sus deseos, para luego poder mejorar. Luego de unas semanas, la paciente no volvió a asistir a las sesiones de Psicoanálisis y meses más tarde, optó por iniciar tratamiento cognitivo-conductual.

No queremos dejar de remarcar que en el caso anteriormente narrado, las dudas y pensamientos obsesivos se generaron a partir de la intervención de la analista. A ella se le había desarrollado una compulsión a pensar permanente y a revisar sus ideas sobre sexualidad, con el afán de ratificar su heterosexualidad y tranquilizarse.

De este modo, cuando se acordaba de que sufría porque la dejó Jorge, recordaba entonces que sufría por un hombre, concluyendo entonces que no era homosexual; pero automáticamente, la invadía la idea de que en su inconsciente, ella había reprimido su deseo hacia las mujeres y que por lo tanto, pensar en Jorge era una forma de tapar su deseo hacia las mujeres. Al fin y al cabo, cuando ella pensaba en su ex, padecía y cuando no pensaba... ¡también!, pues supuestamente había reprimido sus deseos.

Nótese el pensamiento circular: aparezcan o no aparezcan determinados pensamientos, ella estaba preocupada permanentemente, tanto por lo que aparece en su conciencia como por lo que no aparece, pues esto implicaba su negación de sus deseos ocultos. Como podría esperarse, la intervención de la psicoanalista derivó en un aumento de la duda patológica, la preocupación, la rumiación y su padecer emocional.

Intervención cognitivo-conductual para las obsesiones

En el tratamiento cognitivo-conductual de la paciente cuyo caso se narró antes, se aplicaron procedimientos puntuales y específicos para modificar sus conductas-problema, alcanzándose los siguientes resultados:

- *dejó de sentir la tristeza generada por el abandono de su ex pareja.*
- *incrementó las relaciones sociales y sexuales con nuevos hombres.*
- *superó su cuadro obsesivo-compulsivo.*

Durante el transcurso de la terapia, la paciente inició una nueva relación de pareja con un hombre. Dos años más tarde de concluido el tratamiento, en una sesión de seguimiento, ella refiere que continúa la relación con su novio, con una sexualidad satisfactoria y que se siente muy bien con él.

Preocupación por lo que se piensa y por lo que no se piensa

Volviendo al método psicoanalítico, resulta frecuente que cuando el paciente le expresa a su analista que no sabe porque piensa algún contenido que le hace sufrir, el analista responde que es necesario seguir buscando aquello que no está consciente, aquello que está oculto y que la persona no quiere enfrentar. De modo similar, cuando el paciente expresa que no observa mejorías, el analista suele plantear que hay que seguir indagando dado que él posee resistencias que impiden hallar aquello que no accede a la conciencia.

En este contexto, resulta que el paciente se preocupa no sólo por la aparición de pensamientos e imágenes mentales, sino también por aquello que no ha sido develado, incrementándose la duración de la rumiación, por así decir, “tanto por lo que está, como por lo que no está accesible a su conciencia”. El paciente se preocupa entonces por la identificación de supuestas causas de sus obsesiones, creyendo que hasta que las mismas no se identifiquen, seguirá padeciendo malestar.

El efecto de la asociación libre y de la búsqueda de otras representaciones desemboca en un aumento de la duración de la rumiación. Este método refuerza la compulsión interna a seguir pensando una y otra vez, que si bien es motivada por el fin de mitigar el malestar

provocado por la aparición de pensamientos e imágenes mentales intrusivas, termina por generar un efecto emocional opuesto.

Considérese que los pacientes con T.O.C., por su predisposición psicobiológica, son particularmente proclives a asociar, cavilar y conectar en exceso las palabras, ideas, imágenes mentales, sensaciones y elementos situacionales. Por eso, la idea de un supuesto material inconsciente a develar complica aún más su modo de pensar.

En síntesis, la asociación libre desemboca en una forma de pensar permanente, continua y circular, sin alcanzar la modificación de obsesiones y compulsiones; este método refuerza la ejecución repetida de rituales mentales neutralizadores, derivando en efectos iatrogénicos, vale decir, provocando consecuencias negativas en el cuadro del paciente.

En el Psicoanálisis, varias veces, el afán de búsqueda se complementa con la aplicación de interpretaciones peculiares y subjetivas por parte del analista. Ilustremos esto con otro caso clínico.

Una mujer, de unos 45 años, tiene un hijo con autismo. Su analista anterior había interpretado a ella y a su marido que su hijo padecía autismo porque fue no deseado. La paciente, en total desacuerdo con esta interpretación, confronta a su analista, diciéndole que no es así, que ella y su marido eran plenamente conscientes de su deseo de búsqueda de un hijo y que fue una decisión pensada previamente. Ante esta respuesta, la analista redobló su posición planteando que, a nivel inconsciente, ellos no deseaban tener ese hijo.

En otras palabras, la respuesta de la paciente es refutada por el analista con un argumento que está más allá de su conciencia. Sea cual fuese el planteo del paciente, el analista fomentará que hay algo oculto, no visible, reprimido, inaccesible a la conciencia donde radica la causa de su trastorno psicológico. Por más que el paciente piense lo contrario, de cara al método psicoanalítico esta respuesta carece de validez pues surge de su conciencia, no de su inconsciente. En la conciencia el hijo fue deseado, pero en el inconsciente no. El malestar disminuirá cuando la paciente halle, analice y elabore ese material que no quiere afrontar.

En este breve ejemplo, notamos como la interpretación de la analista fomenta la búsqueda de “algo más”, detrás de la conciencia del paciente. Esta forma de intervención aumenta las rumiaciones y deriva en la dudosa creencia de que es necesario hallar “eso que está detrás” para la superación de los problemas psicológicos.

Opuestamente a lo anterior, en T.C.C. se apunta a cambiar radicalmente tales rituales de búsqueda de “lo que está detrás” y los fenómenos obsesivos tales como las rumiaciones, las preocupaciones patológicas y el modo circular de pensamiento.

La exposición a obsesiones y prevención de rituales de neutralización

La intervención que se realiza en T.C.C. es diametralmente opuesta a la que se lleva a cabo desde el Psicoanálisis. El objetivo consiste en que el paciente deje de hacer rituales neutralizadores de los pensamientos intrusivos, tales como “evitar pensar en eso”, distrayéndose con otros pensamientos o conductas. Para ello, se aplica la exposición a los pensamientos e imágenes intrusivas sin intentar apartar la atención de los mismos ni buscar respuestas compensatorias que los mitiguen.

Por ejemplo, si al paciente le aparece en su mente la imagen intrusiva de acuchillar a su hija, se le indica que escriba en una hoja, durante 45 minutos, frases asociadas a dicha imagen. Durante la escritura, es necesario que el paciente no lleve a cabo rituales internos de neutralización o de reaseguro, tales como rezar o hacer cálculos matemáticos para desviar su atención. Para ello, se le puede solicitar que vaya diciendo en voz alta lo que escribe.

Este método se basa en estudios controlados de eficacia que muestran que la exposición prolongada a las imágenes intrusivas, sin rituales mentales de evitación y escape, finalmente deriva en una disminución de la ansiedad y del malestar emocional del paciente con obsesiones. La exposición y prevención de la respuesta, en sus múltiples modalidades, constituye el tratamiento recomendado por las guías de tratamientos eficaces para el T.O.C.

En artículos previos, ya hemos presentado y detallado las fases del procedimiento exposición y prevención de la respuesta. Sugerimos al lector interesado consultar los mismos. Desde la TCC, las obsesiones de los pacientes no son manifestaciones de representaciones ocultas que deben develarse. La teoría que plantea que la sintomatología del paciente es expresión de algo oculto que el sujeto no puede descubrir no posee apoyo empírico.

Diversos autores y organizaciones especializadas en T.O.C. no recomiendan el Psicoanálisis para el abordaje de este tipo de casos; de hecho, la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) lo considera contraindicado para la atención de pacientes con T.O.C. Por nuestra experiencia clínica y a partir del reporte de pacientes obsesivos que han atravesado

Psicoanálisis de años de duración, consideramos que el mismo puede ser incluso perjudicial e interferir en el modo racional de pensar y de procesar la información.

Recuérdese que tampoco existen estudios controlados de investigación científica que muestren que la asociación libre y las interpretaciones basadas en conexiones narrativas sean eficaces para la modificación del T.O.C. Una vez más, los psicólogos se topan con un tema de carácter ético: continuar aplicando procedimientos que pueden derivar en un agravamiento del cuadro obsesivo, cuando existen hoy día otros tratamientos de probada eficacia.

Para citar este artículo:

Dahan, J., Rivadeneira, C. & Minici, A. (2013). Efectos iatrogénicos del Psicoanálisis en el Trastorno Obsesivo-Compulsivo. Revista de Terapia Cognitivo-Conductual. Ed. No 23. Disponible en <http://cetecic.com.ar/revista/efectos-iatrogenicos-del-psicoanalisis-en-el-trastorno-obsesivo-compulsivo/>