

# 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 resenten 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). "Chronic thought suppression", *Journal of Personality*, 62, 616-640.