

FRANCESCO MANCINI (ED.)

LA MENTE OBSESIVA

Tratamiento del Trastorno
Obsesivo-Compulsivo

SERIE PSICOTERAPIAS COGNITIVAS



biblioteca de psicología



DESCLÉE DE BROUWER

Editado por
FRANCESCO MANCINI

LA MENTE OBSESIVA

Tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo

BIBLIOTECA DE PSICOLOGÍA
Desclée De Brouwer

Título de la edición original:
LA MENTE OSSESSIVA
Curare il disturbo ossessivo-compulsivo
© 2016 Raffaello Cortina Editore, Milán, Italia

Traducción: Fernando Montesinos Pons
Revisión técnica: Benedetto Astiaso García

© EDITORIAL DESCLÉE DE BROUWER, S.A., 2021
Henao, 6 – 48009 Bilbao
www.edesclee.com
info@edesclee.com
Facebook: EditorialDesclee
Twitter: @EdDesclee

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública y transformación de esta obra solo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley.

Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos –www.cedro.org–), si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra.

Printed in Spain

ISBN: 978-84-330-3136-5

Depósito Legal: BI-00240-2021

Impresión: Grafo, S.A. - Basauri

Índice

Autores	11
Introducción	15
<i>Francesco Mancini</i>	
Agradecimientos	21

PARTE I La teoría

1. Las características del TOC y los interrogantes que plantea <i>Francesco Mancini, Stefania Fadda, Antonella Rainone</i>	25
2. Objetivos y creencias determinantes próximos de los síntomas obsesivos <i>Francesco Mancini, Francesca D'Olimpio</i>	71
3. Los procesos cognitivos en el TOC <i>Francesco Mancini, Amelia Gangemi</i>	117
4. Las respuestas a los interrogantes planteados por el TOC <i>Francesco Mancini, Antonella Rainone</i>	145
5. Déficits cognitivos y trastorno obsesivo-compulsivo <i>Stefania Fadda, Andrea Gragnani, Alessandro Couyoumdjian, Francesco Mancini</i>	169

6. La vulnerabilidad en el trastorno obsesivo-compulsivo
Katia Tenore 203

PARTE II
La clínica

7. Introducción a la terapia: la razón de ser de la intervención
Francesco Mancini, Teresa Cosentino 231
8. La reconstrucción del esquema de comprensión
del trastorno: objetivos, procedimientos, dificultades
Giuseppe Romano 253
9. Técnicas de reestructuración cognitiva
Andrea Gragnani, Carlo Buonanno 269
10. Asco y contaminación: intervenciones cognitivas antiasco
Claudia Perdighe, Francesco Mancini 295
11. La aceptación del riesgo: técnicas cognitivas
Claudia Perdighe, Andrea Gragnani, Antonella Rainone.... 319
12. La EPR como práctica de la aceptación
Olga Ines Luppino 357
13. El *mindfulness* para el tratamiento del trastorno
obsesivo-compulsivo
Barbara Barcaccia 395
14. La intervención para la reducción de la vulnerabilidad
actual en el TOC
*Teresa Cosentino, Angelo Maria Saliani, Claudia Perdighe,
Giuseppe Romano, Francesco Mancini* 427
15. El trabajo sobre la vulnerabilidad histórica
Katia Tenore, Andrea Gragnani 443
16. La prevención de las recaídas y la conclusión de la terapia
Andrea Gragnani, Katia Tenore 461

17. El papel de los familiares en el mantenimiento del TOC:
psicoeducación y psicoterapia
*Angelo Maria Saliani, Teresa Cosentino, Barbara Barcaccia,
Francesco Mancini* 469
18. Trampas durante el tratamiento: creencias y objetivos
que las determinan y soluciones
Angelo Maria Saliani, Francesco Mancini 505

Autores

Barbara Barcaccia, psicóloga y psicoterapeuta, didacta de la Scuola di Psicoterapia Cognitiva (SPC) y de la Associazione di Psicologia Cognitiva (APC), enseña «Aceptación y *mindfulness* en psicoterapia» en la Universidad la «Sapienza» de Roma. Es educadora ACT, instructora de protocolos basados en el *mindfulness* y *chairperson* del SIG internacional sobre el trastorno obsesivo-compulsivo de la EABCT (Asociación Europea de Terapias Cognitivo Conductuales, por sus siglas en inglés, European Association for Behavioural and Cognitive Therapies).

Barbara Basile, psicoterapeuta cognitivo conductual, es entrenadora y supervisora en terapia de esquemas. Doctora de investigación en Neuropsicología, profesora de la Scuola di Psicoterapia Cognitiva (SPC) y de la Associazione di Psicologia Cognitiva (APC), ha publicado diversos artículos en revistas científicas nacionales e internacionales en materia del TOC, de otros trastornos psicológicos y de neurociencias.

Carlo Buonanno, psicólogo y psicoterapeuta, es profesor y didacta de la Associazione di Psicologia Cognitiva (APC) y de la Scuola di Psicoterapia Cognitiva (SPC). Desarrolla su actividad profesional entre Roma y Viterbo.

Teresa Cosentino, psicóloga, psicoterapeuta, profesora y tutora de proyectos en la Scuola di Psicoterapia Cognitiva (SPC) y en la Associazione di Psicologia Cognitiva (APC), es consejera de la Società Italiana di Terapia Comportamentale e Cognitiva para la región de Lazio (SITCC Lazio) y socia de la Associazione Italiana Disturbo Obsesivo-Compulsivo (AIDOC).

Alessandro Couyoumdjian, investigador universitario, es profesor de psicología clínica y psicoterapia cognitiva en la Universidad la «Sapienza» de Roma. Dirige el laboratorio de Neuropsicopatología experimental en el departamento de Psicología y desarrolla actividades de psicoterapeuta con una orientación cognitivo conductual.

Francesca D'Olimpio, psicóloga y psicoterapeuta, es doctora de investigación en Psicobiología y profesora asociada en la Seconda Università degli Studi de Nápoles. Responsable del laboratorio de Evaluación de los procesos cognitivos normales y patológicos, se ocupa de la investigación en el ámbito del marco teórico cognitivo conductual. Es autora de diversas investigaciones en revistas internacionales sobre los trastornos de ansiedad y, en particular, sobre el TOC.

Stefania Fadda, psicóloga y psicoterapeuta, trabaja en el Centro di Psicoterapia Cognitiva de Roma y dirige el Centro Assistenza Bambini Sordi e Sordociechi (CABSS).

Amelia Gangemi, psicoterapeuta, es profesora de la Scuola di Psicoterapia Cognitiva (SPC) y de la Associazione di Psicología Cognitiva (APC). Profesora asociada de Psicología general en la Universidad de Mesina, enseña Psicología cognitiva en el grado de tres años en Ciencias de la comunicación y en el máster en Ciencias cognitivas.

Andrea Gragnani, psicólogo, psicoterapeuta, es didacta de las Escuelas de Psicoterapia APC y SPC y de la Società Italiana di Terapia Comportamentale e Cognitiva (SITCC), socio fundador y secretario de la Associazione Italiana Disturbo Obsessivo-Compulsivo (AIDOC).

Olga Ines Luppino, psicóloga, psicoterapeuta, psicóloga jurídica, desarrolla actividades clínicas, didácticas y de investigación. Es codidacta de *training* [entrenamiento] de base en la Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Cognitiva (SPC), miembro del equipo clínico y de investigación en Psicopatología experimental del Centro de Psicoterapia Cognitiva de Roma y miembro de la secretaría de redacción de la revista *Cognitivismo Clinico*.

Francesco Mancini, neuropsiquiatra infantil, psicoterapeuta, dirige la Scuola di Psicoterapia Cognitiva (SPC) y la Associazione di Psicología Cognitiva (APC). Profesor asociado de Psicología clínica en la Università Guglielmo Marconi, es autor de numerosas investigaciones sobre el TOC, el sentimiento de culpa, los procesos cognitivos en la psicopatología y las relaciones

entre los procesos cognitivos y las emociones. Ha publicado en Raffaello Cortina Editore, junto con Barbara Barcaccia, *Teoria e clinica del perdono* (2013), y, junto con Claudia Perdighe, *Il disturbo da accumulo* (2015).

Claudia Perdighe, psicóloga y psicoterapeuta, trabaja en Roma, en el Centro di Psicoterapia Cognitiva e Psicopatología Sperimentale. Es didacta en los cursos de especialización de la Scuola di Psicoterapia Cognitiva (SPC) y de la Associazione di Psicología Cognitiva (APC). Ha publicado en Raffaello Cortina Editore, con Francesco Mancini, *Il disturbo da accumulo* (2015).

Maria Pontillo, psicoterapeuta cognitivo conductual y doctora de investigación en Neurociencia cognitiva, desempeña su actividad en el Hospital pediátrico Bambino Gesù. Es autora de numerosas publicaciones científicas sobre el tema de los primeros episodios psicóticos en la edad evolutiva.

Antonella Rainone, psicóloga y psicoterapeuta, trabaja en Roma, en el Centro di Psicoterapia Cognitiva, es didacta de la Scuola di Psicoterapia Cognitiva (SPC) y de la Associazione di Psicología Cognitiva (APC), y socia didacta de la Società Italiana di Terapia Comportamentale e Cognitiva (SITCC).

Giuseppe Romano, psicólogo y psicoterapeuta, profesor y didacta de las Scuole di Psicoterapia Cognitiva APC e SPC, coordina, junto con Lorenza Isola, el equipo para la edad evolutiva presente en el interior de la Scuola di Psicoterapia Cognitiva (SPC) y de la Associazione di Psicología Cognitiva (APC), y es socio didacta de la Società Italiana di Terapia Comportamentale e Cognitiva (SITCC).

Marco Saettoni, psiquiatra y psicoterapeuta, es doctor de investigación en neuropsicofarmacología clínica, director médico ASL Toscana Nordovest y didacta de la Scuola di Psicoterapia Cognitiva (SPC) y de la Associazione di Psicología Cognitiva (APC).

Angelo Maria Saliani, psicólogo y psicoterapeuta, es profesor y didacta de la Scuola di Psicoterapia Cognitiva (SPC), de la Associazione di Psicología Cognitiva (APC) y socio didacta de la Società Italiana di Terapia Comportamentale e Cognitiva (SITCC). Ha enseñado Psicología clínica en la Università degli Studi dell'Aquila. Ha publicado diversos trabajos sobre la relación terapéutica y sobre los procesos interpersonales involucrados en el mantenimiento del trastorno obsesivo-compulsivo.

Katia Tenore, psicóloga y psicoterapeuta, desarrolla una actividad clínica y se ocupa de la investigación en el ámbito de la psicopatología experimental. Es profesora de la Associazione di Psicologia Cognitiva (APC) y de la Scuola di Psicoterapia Cognitiva (SPC).

Roberta Trincas, doctora de investigación en Psicología cognitiva, es autora de diferentes publicaciones científicas sobre las emociones, la cognición y la psicopatología. Como psicóloga y psicoterapeuta cognitivo conductual, desarrolla la actividad clínica, de investigación y didáctica en la Scuola di Psicoterapia Cognitiva (SPC) de Roma.

Introducción

Francesco Mancini

Muchas personas presentan en el curso de sus vidas manifestaciones obsesivas difuminadas y transitorias o síntomas subclínicos. No es raro retroceder hacia atrás para disipar la duda de si hemos cerrado mal la puerta de casa, o sentirnos contaminados por haber usado un baño público, lavándonos para esto un poco más de lo normal, o tener la desagradable sensación de que las cosas no están en su sitio como deberían estarlo o que una acción propia no se ha realizado con el debido cuidado y que, por eso, es mejor volver sobre ella, quizá varias veces. Los pensamientos agresivos, blasfemos o sexualmente perversos, o, en cualquier caso, considerados indecorosos desde el punto de vista moral pueden entrometerse en la mente de todos, y a veces sucede que nos comprometemos a intentar neutralizarlos. En la mayor parte de los casos se trata de manifestaciones ocasionales, de corta duración, que no mellan la calidad de vida de las personas. Sin embargo, estos síntomas son tan penetrantes e invalidantes en algunas personas que merecen el diagnóstico de TOC. ¿Cuántas personas están sufriendo por el TOC en el mundo? De acuerdo con las investigaciones epidemiológicas, se trata de aproximadamente tres personas cada doscientos habitantes de la Tierra. No hay diferencias entre sexos, ni siquiera entre culturas. En la mayoría de los casos, el trastorno empieza en la adolescencia, por lo general de forma no repentina, sino progresiva, y se vuelve crónico. Es posible que el TOC se manifieste también a una edad temprana; en cambio, es más raro

el inicio en una edad avanzada. El trastorno implica sufrimientos muy intensos y prolongados, compromete seriamente el funcionamiento social, laboral y la calidad de la vida en su conjunto. De hecho, reduce la posibilidad de alcanzar objetivos escolares y ocupacionales adecuados al potencial el paciente: por ejemplo, puede retrasar o imposibilitar la finalización de los estudios universitarios. Determina la discontinuidad laboral y la pérdida del empleo, compromete las relaciones sociales, familiares y sentimentales. Incide profundamente en la calidad de vida de los familiares que conviven¹. Es importante observar que entre las obsesiones y las compulsiones patológicas y las no patológicas no existe una diferencia cualitativa, sino solo cuantitativa. Al contrario que las enfermedades orgánicas, para poder diagnosticar el TOC se recurre a un criterio cuantitativo y convencional: los síntomas deben ocupar más de una hora diaria o causar malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral y otras áreas importantes del funcionamiento (DSM-5)².

La literatura científica sobre el TOC es casi ilimitada, pero es posible distinguir cinco enfoques principales. El primero es el enfoque neurológico, y asume que la causa del TOC debería buscarse principalmente en una alteración bioquímica, funcional o anatómica del SNC, debida a su vez, en parte, a factores hereditarios, en algunos casos pediátricos a factores autoinmunes y en muchos otros casos a causas todavía por determinar. Un segundo enfoque es de tipo neuropsicológico, y asume que en la base del TOC existe un déficit de las funciones ejecutivas –por ejemplo, del control inhibitorio o de la monitorización–, cuyo origen podría estar en patologías del SNC que hasta el día de hoy no están claras. Un tercer enfoque trata de reconducir el TOC a disposiciones particulares como, por ejemplo, el perfeccionismo, la tendencia a atribuir importancia a los

-
1. J. S. ABRAMOWITZ, *Understanding and Treating Obsessive-Compulsive Disorder: A Cognitive Behavioral Approach*, Lawrence Erlbaum Associates Inc., Mahwah (NJ) 2006; G. ANDREWS, M. CREAMER, R. CRINO, C. HUNT, L. LAMPE, A. PAGE, *Trattamento dei disturbi d'ansia. Guide per il clinico e manuali per chi soffre del disturbo*, Centro Scientifico Editore, Turín 2003; D. DÉTTORE, *Il disturbo ossessivo-compulsivo. Caratteristiche cliniche e tecniche di intervento*, McGraw-Hill, Milán 2003²; L. RAVIZZA, F. BOGETTO, G. MAINA, *Il disturbo ossessivo compulsivo*, Masson, Milán 1997.
 2. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, DSM-5*, 2013⁵. Trad. esp.: Editorial Médica Panamericana, Madrid 2014.

propios pensamientos, a ser intolerantes con la incertidumbre o a lo que tiene un carácter incompleto, esto es, con la sensación de que las cosas, o las propias acciones, no son como deberían ser. Sin embargo, los autores que siguen este enfoque suelen dejar en suspenso la pregunta de si estas disposiciones son consecuencia de patologías neurológicas, de experiencias o aprendizajes particulares, o están en función de estados mentales específicos. Un cuarto enfoque es estrechamente psicológico y se refiere explícitamente a los objetivos y a las asunciones del paciente, a su intencionalidad; en definitiva, a lo que lo convierte en persona. De hecho, considera la sintomatología obsesiva como expresión de un estado mental específico caracterizado por la percepción de una amenaza y por los intentos de sustraerse a ella. Un quinto enfoque, denominado biopsicosocial, asume que cada uno de los enfoques precedentes es válido y que todos juntos contribuyen a explicar el TOC. Desgraciadamente, el rol explicativo de cada enfoque no está definido en absoluto, ni tampoco la forma en que estos interactúan entre sí. En consecuencia, el modelo biopsicosocial parece más un intento de acercar explicaciones diferentes que una integración real. De hecho, a menudo no está claro si se trata de explicaciones verdaderamente diferentes o si, más bien, se trata de explicaciones que pertenecen a diferentes planos de la realidad. Por ejemplo, las peculiaridades que se encuentran en el cerebro de los pacientes con TOC pueden interpretarse como el sustrato neural de los estados mentales típicos del trastorno o como la expresión de una neuropatología. En el primer caso no hay que intentar una integración, ya que se trata simplemente de dos niveles diferentes de descripción del mismo fenómeno. En el segundo caso debería mostrarse cómo la neuropatología y los estados mentales del paciente interactúan produciendo la compleja fenoménica obsesiva.

Este libro desarrolla una tesis estrictamente psicológica, según la cual en la base de las obsesiones y las compulsiones existiría un miedo exasperado a la culpa. La tesis es muy específica, está basada en la evidencia [*evidence based*], está en condiciones de dar cuenta de los numerosos interrogantes planteados por la complejidad del TOC, orienta intervenciones terapéuticas de probada eficacia y se inserta en una antigua tradición que ve en las exageradas preocupaciones morales la raíz del trastorno.

El TOC, sobre todo el problema de las intrusiones repetidas y persistentes de pensamientos blasfemos, perversos y agresivos, incongruentes con los valores de la persona, era bien conocido por los místicos de la antigüedad. Por ejemplo, en el libro *La escala espiritual*³, escrito en el siglo VI d.C. por san Juan Clímaco, un monje que vivía en el desierto del Sinaí, hay un capítulo titulado «Sobre los innombrables pensamientos blasfemos». En el siglo XVI, san Ignacio de Loyola, fundador de la orden de los jesuitas, relató en su autobiografía⁴ sus propios escrúpulos morales y las consiguientes confesiones compulsivas. En 1605, Shakespeare puso en escena a Lady Macbeth, con sus compulsiones de lavado, explícitamente relacionadas con el sentimiento de culpa por el asesinato del rey Duncan. En 1660, un obispo inglés, Taylor, informó con precisión del caso de un hombre que leía y releía compulsivamente libros de oración, asaltado por la duda de no haberlos leído con la concentración y la devoción adecuadas. Taylor subrayó el rol crucial de la escrupulosidad en estos síntomas obsesivos y definió de modo admirable el escrúpulo como la duda que surge después de haber logrado la certeza.

Las primeras descripciones médicas se remontan al siglo XVII y se refieren a pacientes que sufrían obsesiones, compulsiones de lavado, miedos al contagio. La entrada de pleno derecho del TOC en la literatura médica se debe a Esquirol⁵, que describe el caso de una mujer con graves compulsiones de comprobación ligadas a la idea obsesiva de haber robado accidentalmente algo escondiéndolo entre la ropa.

Hasta aquí está claro que la inmensa mayoría de los casos descritos se caracterizaban por miedos a la culpa y a la contaminación. El sentimiento de culpa y el horror, emoción que implica asco y miedo, juegan un papel fundamental en el famosísimo caso del hombre de las ratas, descrito por Freud⁶. La excesiva preocupación moral, en

3. JUAN CLÍMACO, *La escala espiritual*, Sígueme, Salamanca 1988.

4. IGNACIO DE LOYOLA, *El retrato del peregrino*, Mensajero, Bilbao 1990.

5. E. ESQUIROL, *Des maladies mentales, considérées sous les rapports médicaux, hygiénique et medico-légal*, Chez Baillière, París 1838 (trad. esp.: *Tratado completo de las enajenaciones mentales: consideradas bajo su aspecto médico, higiénico y médico-legal*, Extramuros Edición, Mairena del Aljarafe 2007).

6. S. FREUD, «Osservazioni su un caso di nevrosi ossessiva (Caso clinico dell'uomo dei topi)», 1909. Trad. it. en *Opere*, vol. 6., Boringhieri, Turín 1974, 1-124 (trad. esp.: *Obras completas. Vol. X: «Análisis de la fobia de un niño de cinco años [el pequeño Hans]» y «A propósito de un caso de neurosis obsesiva (el hombre de las ratas)» [1909]*, Amorrortu Editores, Madrid 2012²).

particular el marcado sentido de responsabilidad, forman la base de las teorizaciones y de la vasta actividad de investigación y clínica de Rachman⁷ y Salkovskis⁸, dos psicoterapeutas cognitivo conductuales que han dado un impulso crucial al conocimiento científico y a la terapia del trastorno basada en la evidencia.

Por lo tanto, el papel de la moralidad se ha reconocido ampliamente en la historia precientífica y científica del TOC. La tesis argumentada en el presente volumen es un intento de hacer avanzar esta tradición en cuatro direcciones: definir de modo más preciso el tipo de culpa temido por los pacientes obsesivos, es decir, el sentimiento de culpa deontológico; mostrar cómo este sentimiento de culpa específico incrementa la sensibilidad al riesgo de contaminarse con sustancias desagradables; ilustrar cómo el temor a la culpa puede dar razón de los numerosos interrogantes planteados por la compleja fenoménica obsesiva; sobre todo, mejorar la comprensión de los pacientes y su terapia.

El libro está dividido en dos partes. La primera está dedicada principalmente a la explicación psicológica del TOC. También se consideran las explicaciones neurológicas y neuropsicológicas, de las cuales se han intentado proyectar luz los puntos fuertes y los límites. En tres capítulos se afrontan otros tantos temas clásicos de la psicopatología: la relación entre el TOC y la psicosis, entre el TOC y el trastorno de personalidad obsesivo, y entre el TOC y los trastornos relacionados con el mismo, esto es, el espectro obsesivo. La segunda parte está dedicada a la terapia psicológica. Los capítulos presentan diferentes modalidades de intervención en los que se articula el protocolo, basado en la evidencia, empleado por el grupo de psicoterapeutas que han contribuido a este libro⁹.

7. S. RACHMAN, «Obsessions, responsibility and guilt»: *Behaviour Research and Therapy*, 31 (1993), 149-154.

8. P. M. SALKOVSKIS, «Obsessive-compulsive problems: A cognitive-behavioural analysis»: *Behaviour Research and Therapy*, 28 (1985), 571-588.

9. F. MANCINI, B. BARCACCIA, R. CAPO, A. GANGEMI, A. GRAGNANI, C. PERDIGHE, A. RAINONE, G. ROMANO, «Trattamento cognitivo-comportamentale nel Disturbo Ossessivo-Compulsivo: risultati di uno studio di esito naturalistico in aperto con follow-up a 6, 12 e 24 mesi»: *Rivista di Psichiatria*, 41 (2006), 99-106.