



INTERPSIQUIS 2022

XXIII CONGRESO VIRTUAL INTERNACIONAL
DE PSIQUIATRÍA, PSICOLOGÍA Y SALUD MENTAL

LAS IMPLICACIONES DEL PACIENTE OBSESIVO COMPULSIVO EN LOS EFECTOS DE LA PSICOTERAPIA

Claudia Ruiz Zuluaga

ruizzuluagaclaudia@gmail.com

personalidad obsesivo-compulsiva, TOC, psicoterapia, neurosis obsesiva, rituales, diagnóstico psicoanalítico, práctica clínica, psicodinámico, defensas

obsessive-compulsive personality, OCD, psychotherapy, obsessional neurosis, rituals, psychoanalytic diagnosis, clinical practice, psychodynamic, defenses

RESUMEN

Existen límites difusos entre los conceptos de neurosis obsesiva, trastorno obsesivo compulsivo o trastorno obsesivo compulsivo de la personalidad. Asimismo, es habitual encontrarnos en la práctica clínica pacientes que presenten síntomas que correspondan con esta amplia categoría clínica. A día de hoy, podemos encontrar consenso en que el tratamiento de elección para el TOC es la terapia de conducta o terapia cognitivo conductual más ISRS. Por otro lado, varias investigaciones han mostrado evidencia de base biológica en la etiología del TOC y contribución genética de la obsesividad. Las clasificaciones nosológicas como DSM o CIE facilitan un diagnóstico descriptivo, sin embargo, una de las mayores complejidades a las que nos enfrentamos, consiste en el plan de tratamiento y el transcurso de la psicoterapia. Continuamos enfrentándonos a la controversia entre el abordaje del TOC y el TPOC, este último, responde con cierto éxito a la psicoterapia de corte psicoanalítico.

LAS IMPLICACIONES DEL PACIENTE OBSESIVO COMPULSIVO EN LOS EFECTOS DE LA PSICOTERAPIA

En suma, se intentará poner de manifiesto que el conocimiento de los abordajes psicodinámicos tienen mucho que ofrecer para el tratamiento de las diversas patologías que se engloban bajo el paraguas del "TOC", es decir, para aquellos patrones de comportamiento que comprometen defensas similares.

ABSTRACT

There are fuzzy boundaries between the concepts of obsessive neurosis, obsessive-compulsive disorder, or obsessive-compulsive personality disorder. Likewise, it is common to find in clinical practice patients who present symptoms that correspond to this broad clinical category. Today, we can find consensus that the treatment of choice for OCD is behavior therapy or cognitive behavioral therapy plus SSRIS. On the other hand, several investigations have shown evidence of a biological basis in the etiology of OCD and the genetic contribution of obsessiveness. Nosological classifications such as DSM or ICD facilitate a descriptive diagnosis, however, one of the greatest complexities we face consists of the treatment plan and the course of psychotherapy. We continue to face the controversy between the approach to OCD and TPOC, the latter responds with some success to psychoanalytic psychotherapy. In short, we will try to show that the knowledge of psychodynamic approaches has much to offer for the treatment of the various pathologies that are included under the umbrella of "OCD", that is, for those behavior patterns that compromise similar defenses.

HISTORIA DE LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

El enfoque elegido para explicar las implicaciones del paciente obsesivo compulsivo en los efectos de la psicoterapia es el psicoanalítico, ya que aporta luz al conflicto de fondo, se aborda desde la raíz y brinda un abordaje profundo a la hora de comprender el padecimiento humano, disminuir su sufrimiento y teorizar sobre las dificultades del ser humano para abandonar sus síntomas. Se analizarán los factores invariantes de la estructura obsesiva y su manejo transferencial a través de la interpretación de las defensas, las deudas simbólicas, la función de la duda o la negación de las tendencias destructivas.

LAS IMPLICACIONES DEL PACIENTE OBSESIVO COMPULSIVO EN LOS EFECTOS DE LA PSICOTERAPIA

TOC Y TOCP BASADA EN DSM

Tras la publicación del DSM V el Trastorno Obsesivo Compulsivo deja de considerarse un trastorno de ansiedad para constituir una categoría diagnóstica independiente, englobando en dicho capítulo varios trastornos: trastorno dismórfico corporal, tricotilomanía, trastorno por excoriación o trastorno por acumulación, señalando como especificadores la presencia/ausencia de insight o la posible historia de tics. En las clasificaciones nosológicas el TOC se define como la presentación de obsesiones y/o compulsiones que interfieren de forma significativa en la calidad de vida de una persona. Los síntomas suelen debutar en la edad adulta, pudiendo presentarse también en la infancia. Las obsesiones se presentarían como pensamientos intrusivos o no deseados, cuyo deseo de suprimirlos o evitarlos pueden desembocar en una compulsión en pos de neutralizarlos. Las compulsiones se definen como los comportamientos o actos mentales (lavarse las manos, contar baldosas...) que el sujeto repite con el objetivo de reducir, evitar o eliminar algún tipo de malestar envuelto de ansiedad que no está directamente relacionado con la obsesión u compulsión. Por ejemplo, preguntar a un familiar como forma de reaseguración sobre algún hecho ocurrido también es una forma de comprobación, pero aquí es importante recalcar la diferencia con los fenómenos obsesivoides normales; la persona con TOC es conocedora de que las obsesiones, compulsiones o ambas, son excesivas y/o irracionales y suele ser consciente del impacto negativo que tiene en su vida llegando a perturbar áreas laborales, sociales o personales. Suele responder a una inadecuada gestión de la ansiedad.

Esquirol fue el primero en describir el cuadro, seguido por la obra de Janet sobre "Las obsesiones y psicastenia (1903). Posteriormente los escritos de Sigmund Freud, conceptualizan la neurosis obsesiva derivada de conflictos inconscientes. Después, toman partido las terapias conductuales basadas en los principios del aprendizaje que se utilizaban para fobias. En la década de los 90, se comienza a hablar del espectro Obsesivo Compulsivo y en los últimos años comienza la investigación biológica a partir de estudios farmacológicos y genéticos.

LAS IMPLICACIONES DEL PACIENTE OBSESIVO COMPULSIVO EN LOS EFECTOS DE LA PSICOTERAPIA

La buena respuesta al tratamiento psicofarmacológico apoya la hipótesis de cierta organicidad subyacente. La confusión y debate sobre la etiología es consecuencia de múltiples factores, al no haber una causa definitiva del trastorno.

Se hace necesario diferenciar el trastorno obsesivo compulsivo del trastorno obsesivo compulsivo de la personalidad, éste último, se caracteriza por su ausencia de compulsiones, obsesiones y rituales a la vez que sus rasgos son estables y perdurables a lo largo de la vida a diferencia del TOC, que sus síntomas suelen fluctuar, aumentando o disminuyendo en diferentes momentos vitales. Las personas que padecen trastorno obsesivo compulsivo de la personalidad se preocupan por el orden, el perfeccionismo y las reglas, con dificultades para delegar tareas, sin embargo, su rendimiento en raras ocasiones es óptimo. Presos de sus continuas dudas, dilaciones y pensamientos obsesivos ¿cómo es que las medidas que toman para prevenir su ansiedad, como las compulsiones o rituales agravan su sufrimiento psíquico y su situación personal?

La OMS (2000,p.220) postula aproximadamente a 100 millones de personas, padeciendo malestar generado por los síntomas de la neurosis obsesiva compulsiva y nos ayuda a comprender la función de la duda obsesiva, informando de que todos los seres humanos tenemos este tipo de pensamientos por lo tanto no es una enfermedad, sin embargo sí causa muchos estragos en la vida de quienes los síntomas se acentúan de manera destacable llegando a interferir de forma significativa en su vida.

NEUROSIS OBSESIVA

Tampoco podemos igualar TOC a Neurosis Obsesiva, el primero se refiere a las descripciones del DSM, y el segundo deviene de la óptica psicoanalítica, en las siguientes líneas se intentarán abordar las diferencias entre ambos tanto a nivel conceptual como a través de los historiales clínicos, para ello tendremos que distinguir entre la clínica descriptiva y lo que sucede a nivel inconsciente.

LAS IMPLICACIONES DEL PACIENTE OBSESIVO COMPULSIVO EN LOS EFECTOS DE LA PSICOTERAPIA

Sigmund Freud y su descubrimiento del inconsciente revierte la forma de entender los síntomas y explica el amarre del sujeto a ellos. Interpreta las rumiaciones obsesivas como expresión de deseos reprimidos e identifica como una forma de neurosis lo que hasta entonces eran obsesiones, compulsiones, locuras de duda etcétera.

La neurosis se divide en dos entidades clínicas: neurosis histérica y neurosis obsesiva. En este texto nos centraremos en hablar de la segunda. La neurosis obsesiva es una de los grandes categorías clínicas del psicoanálisis para explicar la configuración del psiquismo humano. En la neurosis obsesiva el conflicto inconsciente se expresa a través de los síntomas descritos anteriormente (compulsiones, repeticiones, rituales de todo tipo, comprobaciones...). El sujeto se entretiene con estos síntomas, aislando e intelectualizando su experiencia, donde la duda también tiene un papel primordial. Freud atribuye su origen en un conflicto inconsciente infantil vivido con placer o actividad que posteriormente se reprocha. Al reprocharse, inconscientemente se genera un síntoma opuesto en la conciencia: la escrupulosidad de la conciencia moral. La libido quedaría fijada en la etapa anal, explicando el padecimiento ulterior. Así explica que la eclosión de la neurosis obsesiva va precedida por la regresión a conflictos preedípicos y a dichas defensas anales tras la salida del Edipo, entre ellas, la formación reactiva, la anulación o el aislamiento afectivo, predominante en los pacientes obsesivos. En el Hombre de las ratas (1909) Freud describe detalladamente los procesos anímicos obsesivos a través de su obra. Diferentes textos psicoanalíticos recogen la idea de que la culpa que generan deseos sexuales negados o reprimidos quedan volcados en otra cosa, es decir, sustituidos. “Siempre que el sujeto piensa algo relacionado con su deseo, surge en él el temor de que va a suceder algo terrible, y este algo reviste ya una indeterminación característica concomitante siempre a las manifestaciones de la neurosis” (Torres, 2014, pág. 6). En el caso de los pacientes obsesivos, reemplazan el afecto por el pensamiento, o una idea por una acción en el caso de las compulsiones. La idea que amenaza a una persona que padece de neurosis obsesiva no es la original, ya que ésta se presenta inconciliable, se sustituye por otra que se puede tolerar, por ejemplo, puede sustituir la pureza moral con los famosos lavados de manos, que serían lavados simbólicos.

LAS IMPLICACIONES DEL PACIENTE OBSESIVO COMPULSIVO EN LOS EFECTOS DE LA PSICOTERAPIA

Los obsesivos se aferran a una escrupulosidad y elevación moral de forma rígida, sin reparar en las barreras interpersonales que esto constituye. Una de las tareas del clínico es esforzarse en subjetivizar al paciente.

Desde el psicoanálisis se entiende la posición del sujeto en relación a su deseo. Es preciso un diagnóstico estructural, el psicoanálisis no se limita a enlistar o describir síntomas en la conducta de alguien. El síntoma se construye desde el psicoanálisis, los síntomas se presentan como producto de una defensa inconsciente. A partir de la fórmula “el deseo es el deseo del Otro” se entiende que en la histeria el deseo es el deseo insatisfecho, en las fobias es el deseo prevenido, en el obsesivo el deseo es deseo imposible, donde inmediatamente se presentan los pros y los contras, la indecisión, la duda. El acceso al deseo depende del deseo del Otro. La consecución del deseo del obsesivo es compleja, lo muestra y a la vez lo camufla. Recordando a Lacan, diríamos que el neurótico obsesivo goza de trasladar el afecto al pensamiento, sobreinvistiendo el pensamiento, acentuando el papel de sus ideas. Freud (1992) por su parte, subraya que se pueden llevar a cabo traducciones de la neurosis obsesiva considerando su origen pulsional. En tanto, hay que ver la posición del sujeto en relación a su propio goce, a su propia forma inconsciente de ligarse con su propio cuerpo, en relación a su pulsión. La posición del sujeto frente a la pulsión si es observable.

Se reconoce al obsesivo porque sufre por lo que piensa. Son pacientes predecibles. Nos podemos sorprender de lo bien educados que están, puntuales, ordenados, moralmente superiores, escondiendo una agresividad negada que se escapa a borbotones. Al sujeto obsesivo le inquieta sobremanera la coerción del deseo del Otro. El obsesivo cuenta con una fórmula que le da seguridad, degrada el deseo a la demanda, las dudas y la postergación son un ejemplo de ello. La demanda mitiga la angustia porque es cumplir con algo concreto, y al obsesivo le encanta obedecer, lo que es angustiante para el obsesivo es ¿qué quiere el otro de mí?. La angustia desaparece al reducir la inconcreción. El obsesivo siempre tiene a mano un por si acaso, realiza actos repetitivos y rituales planificados, que de no hacerlo se angustiaría hondamente. El perfil obsesivo necesita tenerlo todo en su sitio.

LAS IMPLICACIONES DEL PACIENTE OBSESIVO COMPULSIVO EN LOS EFECTOS DE LA PSICOTERAPIA

Enemigo del carpe diem, siempre hay un deseo incumplido de satisfacción a través del aplazamiento de la gratificación; se inhibe y se autocastiga. La satisfacción del obsesivo es la posposición.

EL TRATAMIENTO DEL PACIENTE OBSESIVO COMPULSIVO, CUANDO LO BASADO EN LA EVIDENCIA NO FUNCIONA

Indudablemente el trastorno obsesivo compulsivo tiene base neurobiológica comprobada a través de numerosas investigaciones, sin embargo resulta provechoso conocer la naturaleza de la psicopatología del paciente obsesivo para el manejo del proceso terapéutico, ya que Lacan habla de la “la enorme variedad clínica de la estructura obsesiva”. El paciente obsesivo se siente orgulloso de su autocontrol emocional, sin reparar en que el aislamiento emocional y la intelectualización lo llevan a cabo para evitar contactar con sus propios sentimientos, indudablemente agresivos. Igualmente, se podría decir que la sintomatología obsesiva goza de buena consideración para el público en general: personas puntuales, ahorradoras, fiables, coherentes, con autocontrol emocional, omnipotentes, concienzudos, aparentemente ordenados y limpios, llevando al extremo la planificación de su vida, pero manteniendo soterradas todas las emociones hostiles y accesos de cólera inconscientes. Si bien la intensidad de sus sentimientos puede acercarse a la percepción consciente, no frecuentemente poseen conocimiento de la intensidad de sus impulsos negativos. Inútil resulta invertir tiempo en descubrir el origen de sus rituales o pensamientos obsesivos. El individuo puede tener conciencia de que ideas obsesivas se presentan disparatadas o arbitrarias, carentes de motivación, presentándolas como absurdas o poco plausibles, intentando luchar contra ellas, sin éxito. Tiene conciencia de la irrealidad de sus ideas y malinterpretan su malestar racionalizándolas. Cuanto más luchan contra ellas, más ansiedad genera el no deshacerse de ellas. La labor del clínico es poder dotarlas de un sentido y darles un lugar en la vida anímica del paciente.

LAS IMPLICACIONES DEL PACIENTE OBSESIVO COMPULSIVO EN LOS EFECTOS DE LA PSICOTERAPIA

El obsesivo construye un disfraz que lo protege de las tendencias destructivas al precio de aislarlo emocionalmente. La sintomatología obsesiva mantiene el conflicto entre dos impulsos, son incapaces de reconocer la coexistencia del amor y el odio. En la entrevista clínica nos damos cuenta de que estamos ante una estructura obsesiva cuando el paciente desea un monólogo, mantiene un discurso prolijo, cargado de detalles innecesarios y triviales, cuyo objetivo es evitar contactar con su mundo interno, el cual le aterra. El obsesivo utiliza las palabras para aislar sus emociones.

La discordancia que el paciente tiene de sí mismo y la visión que los demás tienen de él es uno de los factores más importantes a trabajar en la psicoterapia de los trastornos del carácter. La disonancia entre su self y la percepción de los demás les lleva a tener dificultades en sus relaciones interpersonales. No reparan en que su condescendencia y omnipotencia coloca en un lugar inferior a los demás. Es fundamental prestar atención a las proyecciones transferenciales de castración, examinar la contratransferencia para no someterse a las necesidades de control de estos individuos. El individuo obsesivo se ve así mismo con numerosas virtudes, como la meticulosidad, escrupulosidad, la inteligencia, autosuficiencia o perseverancia mientras que los demás les viven como personas arrogantes, rígidas, controladoras, frías, indecisas, perfeccionistas, inflexibles. El aislamiento emocional, el autocontrol y el aplazamiento de la gratificación son idealizados y el individuo recurre a sus altos estándares morales para justificar la evitación del placer. Estos pacientes entran en contradicciones defensivas donde opera un superyó severo, la virtud de la puntualidad puede llegar al extremo y la excesiva implicación laboral se puede convertir en un problema y perturbar sus relaciones sociales. Su ego se quiebra cuando entran en juego la creatividad o la espontaneidad. Son individuos temerosos de equivocarse y necesitados de reglas y procedimientos. La superioridad moral tiñe todos los actos del obsesivo compulsivo, quien encuentra dificultades para disfrutar del amor, los sentimientos de ternura, incluso de tener vacaciones a pesar de haber invertido mucha energía en planificarlas. Durante el transcurso del tratamiento el terapeuta tiene que señalar que éstas conductas esconden una ira reprimida que no tolera expresar.

LAS IMPLICACIONES DEL PACIENTE OBSESIVO COMPULSIVO EN LOS EFECTOS DE LA PSICOTERAPIA

En el arte de la inacción, las personas obsesivas dudan para no hacer y los compulsivos repiten para no hacer. No es la capacidad real de hacer o hacerse daño lo que convierte una acción en compulsiva, si no la motivación de evitar la agresividad o la culpa. Debemos tener en cuenta que la compulsión pone de manifiesto las fantasías omnipotentes de control del individuo, por ejemplo, al impedir que se pisen las alfombras de casa fruto de un ritual obsesivo, se ejerce un gran control interpersonal hacia el entorno. El obsesivo fantasea con temas de agresión, poder o control. Está inmerso en los conflictos de ira y temor. Por lo general la pregunta del obsesivo gira en torno a: ¿estoy vivo o estoy muerto?, mortifican su acercamiento a aspectos vitales. Su comportamiento es visto en términos de luchas de poder, son personas de naturaleza controladora, resistencia complicada de interpretar, ya que muchos de sus rasgos de carácter son vistos como virtudes éticas. El conflicto central se mueve entre la obediencia y el desafío. ¿Puedo ser bueno, o puedo ser malo?. Los conflictos donde hay una emoción, los transforman en una duda racional. Luchan por conducir a los demás a un interminable debate sobre conceptos y teorías, que nada tienen que ver con los verdaderos sentimientos y emociones que experimentan. Utilizan el pensamiento para eludir dar cuenta de los motivos que acaecen su vida anímica. La desesperación del clínico es señal de que el paciente está teniendo éxito en utilizar los detalles para interferir el tratamiento, en vez de ilustrar.

Pese a su disposición al trabajo, el trabajo psicoterapéutico puede ser difícil por diversos motivos. Con frecuencia a través de la formación reactiva ocultan sus emociones verdaderas, mostrando su contrario. Conscientemente se muestran cumplidores, pero a nivel inconscientemente se refleja su actitud opositora. La rigidez, anulación afectiva, la frecuencia o intensidad de las compulsiones, la negación de la evidencia de sus sentimientos negativos resulta un desafío en estos procesos. Es importante estar atentos entre el insight intelectual y el emocional. La incesante intelectualización y su tendencia al distanciamiento emocional, aburre al clínico, mientras el paciente se mantiene inamovible en un bucle obsesivo rumiativo, sin progresos. Las interpretaciones dirigidas al nivel cognitivo son contraproducentes, y no les hace avanzar, devalúan el curso del tratamiento por la ausencia de resultados.

LAS IMPLICACIONES DEL PACIENTE OBSESIVO COMPULSIVO EN LOS EFECTOS DE LA PSICOTERAPIA

Es útil poder mentalizar las dificultades en el proceso y los sentimientos de ira hacia el terapeuta o hacia la terapia. También es primordial permitir desinhibir los estados afectivos a través de su expresión y que el paciente pueda aceptarlos, mostrando el terapeuta una actitud empática y no condenatoria. Se trata de traer a una dimensión afectiva su narrativa, sin insistir en preguntarle qué es lo que siente. El obsesivo se desgasta con sus continuas dudas, las cuales están atravesadas por la historia de significantes de su biografía. El análisis de las defensas moralistas e intelectualizadas es fundamental para dar cuenta de que éstas se han construido para ocultar sus pulsiones más agresivas.

BIBLIOGRAFÍA

1. American Psychiatric Association (APA) Practice guideline for the treatment of patients with obsessive-compulsive disorder .Arlington V.A. ; APA 2007
2. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition, Text Revision. Washington, DC, American Psychiatric Association, 2000
3. American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®), American Psychiatric Association Publishing
4. Aubuschon, P. G. & Malatesta, V. J. (1994). Obsessive-compulsive patients with comorbid personality disorder: Associated problems and response to a comprehensive behavior therapy. *J. Clin. Psychiat.*, 55: 448-453.
5. Diaferia G, Bianchi I, Bianchi ML, et al: Relationship between obsessive-compulsive personality disorder and obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry* 38:38-42,1997
6. Freud S: Notes upon a case of obsessional neurosis (1909), in The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Vol 10. Translated and edited by Strachey J. London, Hogarth Press, 1955, pp 151-318.
7. Breuer J, Freud S: Studies on hysteria (1893-1895), in The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Vol 2. Translated and edited by Strachey J. London, Hogarth Press, 1955, pp 1-319

LAS IMPLICACIONES DEL PACIENTE OBSESIVO COMPULSIVO EN LOS EFECTOS DE LA PSICOTERAPIA

8. Freud S: Notes upon a case of obsessional neurosis (1909), in The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Vol 10. Translated and edited by Strachey J. London, Hogarth Press, 1955, pp 151-318
9. Steiner J: Psychic Retreats: Pathological Organizations in Psychotic, Neurotic, and Borderline Patients. London, Routledge, 1993
10. Laplanche, Lagache, & Pontalis. (2006). Diccionario de psicoanálisis. Buenos aires.
11. Freud, S., «Sobre las teorías sexuales infantiles» (1908), Obras Completas, Vol. IX, Amorrortu Editores , Bs. As., 2001, pp. 183-202
12. Freud, S., «Tres ensayos de teoría sexual» (1905), Obras Completas, Vol. VII, Amorrortu Editores , Bs. As., 2001, pp. 109-222
13. Willick MS: Psychoanalytic concepts of the etiology of severe mental illness. J Am Psychoanal Assoc 38:1049-1081,1990
14. McCullough, P. K. & Maltzberger, T. (1995). Obsessive-compulsive personality disorder. In: *Treatment of Psychiatric Disorders: The Second Edition*. Washington, DC: American Psychiatric Press, pp. 1851-1861.
15. Pascual, J. (2014). La duda patológica, el malestar psíquico que conlleva a la obsesión. Obtenido de <https://www.juliapascual.com/duda-patologica/>
16. Leader D. (2015). Estrictamente bipolar.
17. Leader D. (2011). La moda negra, duelo, melancolía y depresión.
18. Koran LM ,Simpson H.B. Guideline watch (march 2013) .Practice Guideline of
19. the treatment of patients with obsessive-compulsive disorder .2013
20. Abraham K: Contributions to the theory of anal character (1921), in Selected Papers of Karl Abraham. London, Hogarth Press, 1942, pp 370-392
21. National Collaborating Centre for Mental Health. Obsessive-compulsive
22. disorder:core interventions in the treatment of obsessive-compulsive disorder

LAS IMPLICACIONES DEL PACIENTE OBSESIVO COMPULSIVO EN LOS EFECTOS DE LA PSICOTERAPIA

23. and body dysmorphic disorder .The British Psychological Society and Royal
24. Collegue of Psychiatrits.London 2006
25. Freud, S. (1988) Tótem y tabú. En J. Strachey (Ed.) y J.L. Etcheverry y L. Wolfson (Trads.). Obras completas: Sigmund Freud. (2da ed.,Vol. XIII, pp. 1-103). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1913 [1912-13]).
26. Esman AH: Psychoanalysis and general psychiatry: obsessive-compulsive disorder as paradigm. J Am Psychoanal Assoc 37:319-336,1989
27. Torres, L. L. (2014). Análisis de un caso de neurosis obsesiva: caso del hombre de las ratas. Obtenido de <http://www.colpsicoanalisis-madrid.com/wp-content/uploads/Casohombre-de-las-ratas.pdf>
28. Uso de las palabras. ver Darian Leader. Freud s Footnotes op. cit., pp.16.
29. McCullough PK, Maltzberger JT: Obsessive-compulsive personality disorder, in Treatments of Psychiatric Disorders, 2nd Edition, Vol 2. Edited by Gabbard GO. Washington, DC, American Psychiatric Press, pp 2367-237
30. Zilhao, N. R., D. J. Smit, A. den Braber, C. V. Dolan, G. Willemsen, D. I. Boomsma and D. C. Cath (2015). Genetic and environmental contributions to stability in adult obsessive compulsive behavior. 'Twin Research and Human Genetics' 18(1): 52-60
31. Mackinnon R., Michels. R. (2008). La entrevista psiquiátrica en la práctica clínica.
32. Vinogradov, S. and I. D. Yalom (1989). Concise guide to group psychotherapy. 'American Psychiatric Publishing'.
33. Salkovskis, P. M. (1985). Obsessional-compulsive problems: A cognitivebehavioural analysis. 'Behaviour Research and Therapy' 23(5): 571-583. Salkovskis, P. M. (1999). Understanding and treating obsessivecompulsive disorder. 'Behaviour Research and Therapy' 37: S29-S52.

LAS IMPLICACIONES DEL PACIENTE OBSESIVO COMPULSIVO EN LOS EFECTOS DE LA PSICOTERAPIA