

Indicación, pronóstico y tratamiento de los cuadros obsesivosⁱⁱⁱ

DR. JOSE REMUS ARAICO*

Es notable lo relativamente escaso de la bibliografía sobre el tema aislado acerca del tratamiento de la neurosis obsesiva. La mayor parte de los autores lo incluyen al tratar las demás psiconeurosis. Se refieren a los cuadros obsesivos, neurosis obsesiva y carácter obsesivo, sólo en detalles especiales de técnica o en capítulos sobre indicaciones o contraindicaciones.

Debemos considerar tanto las neurosis obsesivas agudas, las más infrecuentes, como los cuadros crónicos y los problemas de carácter obsesivo. Sólo teniendo en cuenta esta primera división de los cuadros obsesivos, podremos adentrarnos algo en nuestro tema, Fenichel⁵ y Glover⁴ explican cómo los cuadros agudos con gran angustia, rituales, ideas obsesivas etc., no son sino brotes o elevaciones sobre el horizonte de un carácter obsesivo previo que estaba más o menos compensado.

Como mencionan estos mismos autores existen curaciones súbitas que no son sino nuevas represiones a niveles previos de adaptación. Pero si miramos estas remisiones más profundamente, veremos que siempre quedan nuevos síntomas que son absorbidos con el tiempo, por la estructura del carácter,

Debemos, por tanto, valorar en primer lugar en la historia clínica de un paciente con un cuadro obsesivo, la intensidad del brote y el momento de su emergencia ya sea este brote el primero o uno subsecuente. Depende del grado del derrumbe, el que este nuevo brote vaya a ser mejor controlado por la terapia.

En todas las psiconeurosis, los matices o diagnósticos colaterales al cuadro principal, son la mejor guía pronóstica. En las neurosis obsesivas o cuadros caracterológicos obsesivos, estos colaterales son fundamentales. No habiendo cuadros obsesivo-compulsivos puros, los elementos de dos series categóricas distintas dan el tinte pronóstico e inclusive una cierta variante técnica para su acceso terapéutico.

En la primera categoría tenemos, los cuadros obsesivos en unión de elementos menos regresivos, como son los elementos histéricos y fóbicos. En este tipo de pacientes, la regresión a la etapa anal-sádica no es tan completa como en la otra categoría. En términos psicodinámicos, existen elementos de angustia de castración de los niveles fálicos, y genitales que van a dar un mejor pronóstico. La angustia es más manifiesta y su movilidad por el tratamiento analítico es mayor.

En la otra categoría, existen elementos mucho más regresivos, tales como los componentes paranoides importantes, que aumentan la racionalización y las formas expresivas del pensamiento mágico. La angustia está más encubierta. Los componentes homosexuales inconscientes tienen más la finalidad de controlar la angustia persecutoria proveniente de núcleos psicóticos fundamentalmente orales. Dentro de esta categoría, pero más cercana, a la primera y de mejor pronóstico que en los cuadros con componentes paranoides, podemos citar aquellos cuadros con elementos depresivos.

Ubiquemos los cuadros obsesivos en el centro de una escala pronóstica. Ya se trate de cuadros crónicos y caracterológicos, ya de brotes agudos sobre los cuadros crónicos. Situamos entonces, hacia el lado de un mejor pronóstico, aquellos que presentan elementos de patología del Yo menos regresiva, como serían los elementos histéricos y fóbicos. Es en estos casos donde vemos las mejorías sintomáticas más rápidas. Pero por el ponente

ⁱ Tema del Simposium sobre "Neurosis Obsesiva" de la Sociedad Mexicana de Neurología y Psiquiatría, agosto de 1960.

ⁱⁱ Publicado en la Rev. De Neurología, Neorocorugía y Psiquiatría, Vol. 3, No.1, pag. 15

* Fundador, Vitalicio y Psicoanalista Didáctico de la Asociación Psicoanalítica Mexicana. Profesor Titular de las Facultades de Psicología y de Ciencias Políticas y Sociales de la Universidad Nacional Autónoma de México.

conversivo, existen mayores ganancias secundarias que pueden ser fuente de resistencias a una curación por medios psicoterápicos.

Del lado de un peor pronóstico, a causa de la mayor dificultad de acceso a la psicoterapia, tenemos primero los cuadros con agregados depresivos. En éstos se presentan con cierta frecuencia las remisiones espontáneas o las llamadas por Fenichel⁵ "curas traumáticas" en las que un fuerte impacto de la realidad conmueve al Yo, originando, por varios mecanismos defensivos, una represión y formación reactiva que lleva a la desaparición del cuadro sintomático. Quizás sea en estos cuadros con elementos depresivos, donde la psicoterapia, junto con ciertos fármacos, actúe mejor. Caso y colab.⁴ tratan diez pacientes psiconeuróticos con cuadros mixtos y con elementos depresivos, con bastante éxito ya que logran siete remisiones de entre los diez casos. Dichos autores⁴ (página 53), usaron la proclorperazina (Stemetil) en estos tratamientos; la psicoterapia fue la de apoyo, que, sin precisarlo, parece haber consistido en jugar el rol de una imagen tolerante. En términos psicodinámicos: se trató de equilibrar el Superyó severo punitivo de estos pacientes obsesivos.

En un grado más bajo de la escala pronóstica esquemática que estoy desarrollando, debemos situar los cuadros con elementos paranoides. Existe inclusive muchas veces, una dificultad diagnóstica entre cuadros obsesivos y esquizofrénicos de tipo paranoide, tal como lo expresan autores como Alexander y colab.,¹ Fenichel,⁵ Glover,¹⁴ Lorand¹⁵ y Noyes.¹⁷ A este tipo pertenecen aquellos cuadros que empeoran, pese a cualquier tratamiento, hasta llegar al confinamiento del paciente en un rincón del cuarto, presa de angustia, en donde los rituales no dejan área sana de la conducta. Inclusive hay autores como Noyes¹⁷ que recomiendan algún tipo de leucotomía prefrontal para hacer al paciente manejable en el medio hospitalario que requieren.

No debemos olvidarnos de los cuadros hipocondríacos, que se clasifican actualmente como reacciones obsesivas de un tipo especial. Hay que tener en cuenta siempre, cuando se trata de estos pacientes, para evaluar pronósticamente el cuadro, si se trata de obsesiones hipocondríacas más cercanas a la reacción angustiosa conversiva, o si nos encontramos ante la grave hipocondriasis obsesiva del climaterio, con la que se inician no pocos cuadros seniles, o bien cuadros de hipocondriasis psicótica con una fachada inicial obsesiva.

Examinado así, en una escala esquemática, el pronóstico de los padecimientos del tema, pasemos a la indicación terapéutica. Desde los primeros trabajos de Freud sobre "Las Neuropsicosis de Defensa",^{7, 9} y las "Obsesiones y Fobias"⁸ existe la indicación precisa del tratamiento psicoanalítico. En la antigua clasificación de estos cuadros, desde el punto de vista de su accesibilidad por el psicoanálisis, se les consideraba dentro de las llamadas neurosis de transferencia, en oposición a las neurosis o psicosis narcisistas. Ulteriormente, este mismo autor, en sus trabajos sobre técnica psicoanalítica,^{10, 11, 13} trata algunos pormenores técnicos de aquel entonces en los albores del método psicoanalítico. En el conocido historial del "Hombre de las Ratas",¹¹ nos da la primera muestra en la literatura, de un tratamiento psicoanalítico de una neurosis obsesiva.

La gran mayoría de los autores que revisé, están de acuerdo en que, no obstante ser indicado, es difícil el psicoanálisis en cuadros obsesivos crónicos; tan solo Lorand¹⁵ es un poco más optimista. La psicoterapia analítica de estos pacientes, presenta varias dificultades que vamos a tratar.

En primer lugar, al igual que en todo tratamiento analítico en el cual es preciso considerar la psicodinamia del cuadro dado, hay que tener presente en las neurosis obsesivas, primordialmente el bloqueo afectivo. La disociación y aislamiento entre el contenido ideativo y el afecto que existe en los obsesivos, tiene la función básica de proteger al Yo contra la angustia y los sentimientos displacenteros, sobre todo, del intenso montante de agresión reprimida, Como esta agresión proviene de pautas infantiles de conducta, y de conflictos con los padres -pautas que, ahora están en relación con el Superyó-, la primera proyección transferencial que hará el obsesivo en el tratamiento ha de referirse casi invariablemente al

temor a la crítica, por los sentimientos y fantasías agresivas. Con Fenichel,⁶ el primer problema del obsesivo será pues encarar esta agresión y conflicto entre su Yo y su Superyó; ya aparezca esta agresión bajo sus formas más abiertas ---en las etapas más avanzadas de los análisis-, o en sus primeros estratos: sumisión, anulación, racionalización y transformación en lo contrario. Si el paciente tiene rasgos paranoides importantes, surgirá sobre todo, en esta primera fase, la justificación paranoide de actos o fantasías hostiles. En un trabajo anterior, leído en esta misma Sociedad, traté las dificultades técnicas en este tipo de problemas paranoides.²⁰ Sólo la tolerancia, paciencia y alerta del terapeuta que le llevarán a evitar el fastidio contratransferencial en esos pacientes, permitirá el avance de la terapia.

Mientras no se reduzcan las defensas más superficiales, y surjan en los análisis aquellos afectos ambivalentes (regresivos) de estos pacientes, no será posible intentar la interpretación de los contenidos de la etapa analítica a la que su Yo ha regresado. En estos primeros estratos o fases de la terapia analítica de un obsesivo, es donde más frecuentemente aparecen las reacciones de fastidio y enojo al paciente. Esto se debe a que, como en cualquier otra relación del paciente, la relación analítica está convertida en otra obsesión más, con sus dudas, sumisiones, desafíos, racionalizaciones etc. De esto habla Menninger¹⁶ (pág. 116-117) cuando se refiere a una erotización "anal" del tratamiento. Los pacientes desean llevar inconscientemente al terapeuta a una discusión intelectual de lo que imagina ser los orígenes de su enfermedad, en vez de afrontar su bloqueo afectivo. Presienten muy bien que si logran desesperar o irritar al terapeuta, sentirán y repetirán el reproche de su Superyó, evitando así otras situaciones más temidas, tales como la ansiedad de castración. Prefieren hablar interminablemente del detalle de un suceso que cargan obsesivamente, antes que, por ejemplo, tratar las relaciones de tipo sadomasoquista de su vida sexual, generalmente pobre.

Los cuadros de carácter obsesivo, sobre todo en sujetos de cierta edad, presentan dos problemas que vale la pena tocar. El primero, consiste en que la función defensiva de la estructura caracterológica en tan sintónica al Yo, que sólo llegan casos descompensados; son aquellos con angustia manifiesta importante y que, una vez mejorada por la terapia, tenderán a huir de ella pues presienten que su carácter los protege de ansiedades muy severas; no tolerarán continuar en tratamiento, y muchas veces sólo se permitirán una cura sintomática. Generalmente escapan del tratamiento con racionalizaciones múltiples, o, si tienen fuertes tendencias paranoides, buscarán irse sintiéndose agredidos por el terapeuta. Ya me he referido, hace poco, a las dificultades técnicas en estos "momentos paranoides" de las terapias.²⁰

El segundo problema del tratamiento del carácter obsesivo, se refiere a la técnica especial del análisis del carácter, tal como Reich lo preconiza en su obra clásica,¹⁸ La ruptura de la coraza caracterológica, debe ser hecha sólo por analistas entrenados, principalmente en lo que respecta a la tolerancia de los cuadros transferenciales, casi psicóticos que surgen. Según este autor, el análisis del carácter está indicado en todos los cuadros obsesivos, especialmente en lo que se refiere a lograr cambios cuantitativos, casi cualitativos, de la estructura del carácter. Es de tomar en cuenta que la paciencia y buena estrategia técnica son indispensables para evitar, con interpretaciones prematuras, el aumento de la tendencia obsesiva a racionalizar. Tales errores llevan a un análisis caótico, que después es más difícil de reducir, inclusive por otro terapeuta. Parecería que tal terapia no es sino un injerto obsesivo sobre el cuadro original: son verdaderas caricaturas de curación. Los pacientes con estas pseudoaltas, simplemente tienen un nuevo esquema compulsivo de la realidad, "creen" que ser de una determinada manera es "estar sano". Sólo han sustituido su antiguo Superyó, por el ideal de salud del terapeuta, el cual se lo ha inducido en un deseo de acertar el tratamiento, a causa del caos terapéutico en que se cayó. Menninger¹⁶ (página 177), se refiere a estos problemas cuando habla de corazas caracterológicas narcisistas y anales, impenetrables.

Otro problema de los cuadros obsesivos, se refiere a la homosexualidad inconsciente, y siempre presente, en estos pacientes. Esta homosexualidad tiene dos finalidades. Una defensiva, dirigida a apaciguar figuras paternas mediante la sumisión, evitando así la competencia con la imagen del padre del mismo sexo, y la consiguiente angustia de castración; su enfoque y ventilación transferencial, marcará el avance consistente y final del tratamiento, no siendo raro que aparezcan entonces, cuadros breves de impotencia en el hombre, y de frigidez en la mujer. La otra finalidad de esta homosexualidad reprimida es la de descargar pulsiones anal-sádicas. Su confrontación y elaboración en la terapia analítica, lleva a la emergencia de ansiedades persecutorias y rasgos de carácter narcisistas que fácilmente se convierten en resistencias. Es aquí donde surge, no rara vez, el temor de los pacientes de que su padecimiento obsesivo se transforme en una perversión. Por supuesto que al mostrar en la transferencia, la génesis de estos temores obsesivos a la homosexualidad, se llega a la reducción* de esta fobia a la perversión.

En un trabajo sobre la "Ansiedad de Mutación y las Fantasías del Esquema Corporal"¹⁹ mostré un tipo preciso de interpretación que es útil en estos momentos. El temor a cambiar rígidos patrones obsesivos, está, a veces, sustentado en la *fantasía inconsciente* de que: *cambiar de manera de ser* (la conducta), es vivenciado como *cambiar el esquema corporal*, y por lo tanto *cambiar de sexo*. Esto lo he visto principalmente en obsesivos de ambos sexos, con fuertes formaciones reactivas a la homosexualidad; por ejemplo, en el hombre que compulsivamente es hostil y dominador con las mujeres, a fin de tener siempre la certeza de que es hombre; ser afectuoso y cordial es casi equivalente a tener un esquema corporal de mujer.

Bychowski ha mostrado en dos trabajos últimos,^{2,3} la importancia: de "introyectos totales" en los análisis de pacientes obsesivos, en donde los síntomas encubrían cuadros psicóticos severos. Los momentos de revivencia y extrayección de las fantasías y síntomas de las identificaciones con estos introyectos, son momentos dramáticos en estas terapias que ponen a prueba el buen entrenamiento del analista.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

1. Los cuadros obsesivos, como todas las psiconeurosis, no se presentan puros en la práctica. Hay que situar estos cuadros obsesivos en el centro de una escala con miras pronósticas y variantes técnicas. Los cuadros más accesibles, serían los obsesivos con elementos fóbicos y conversivos. De una mayor complejidad, los obsesivos con elementos depresivos. De pronóstico regular o malo, los caracteres rígidos con agregados paranoides. Además hay que considerar la hipocondriasis haciendo diagnóstico diferencial entre la de tipo histérico y la esquizofrénica.

2. La mejor forma de terapia para estos cuadros es el psicoanálisis. En algunos casos, es posible el empleo de psicoterapia junto con ciertas drogas que mejoren la angustia; sólo que creo son terapias que mejoran al paciente hasta su anterior equilibrio caracterológico.

3. Como factores a considerar en la estrategia técnica de los cuadros obsesivos, tenemos en primerísimo lugar el bloqueo afectivo y la tendencia a racionalizar.

4. Mientras no se manejen de manera adecuada las defensas superficiales hasta que salga la agresión ambivalente en forma abierta, no deben trabajarse los contenidos anal-sádicos de la regresión yoica de estos pacientes.

5. Les estratos genitales son los últimos que se deben elaborar, y su final marca la etapa última del tratamiento.

6. Está indicado el análisis del carácter, según Reich, en los cuadros obsesivos. Hay que tener presente la gran ansiedad del momento de la ruptura de la coraza, la emergencia de la homosexualidad reprimida, los problemas técnicos frente a los rasgos paranoides y la revivencia de viejas identificaciones y su extrayección, lo que a veces alcanza perfiles dramáticos en los análisis de estos cuadros obsesivos muy rígidos.

REFERENCIAS

1. Alexander, F. y Ross, H.: Editores. Dynamic Psychiatry. The Univ. of Chicago Pres. Chicago. 1952. págs. 127-130.
2. Bychowski, G.: The Releases of Internal Images. Int. J. Psycho Anal. 1956. Vol. XXXVII págs, 331-338.
3. Bychowski, G.: Trabajo en preparación sobre "Introyectos totales". Ideas vertidas en un seminario y dictado en la Asoc. Psic. Mexicana, 1958.
4. Caso, A. Y Col.: Una visión global de los derivados de la Fenotiazina. La Proclorperazina (Stemetil) en el uso psiquiátrico. Neurología, Neurocirugía, Psiquiatría. Vol. 1, No. 3, págs. 49-56, esp. p. 53 y 55.
- 1 Fenichel, O.: Teoría Psicoanalítica de las Neurosis. Ed. Nova. Bibl. Asoe Psic. Arg. Buenos Aires. 1957, pág. 393-398.
6. Fenichel, O.: Problemas de Técnica Psicoanalítica. Monogr. Asoc. Psic. Mex., Ed. Pax., México, 1960. Especialmente cap. II pág. 129, FREUD, S.: Las Neuropsicosis de Defensa (1892-1899), Tomo 1. Obras Completas. Ed. Bibl. Nueva, Madrid, 1948. págs. 200-204.
8. Freud, S.: Obsesiones y Fobias. (1892-1899). Obra citada, págs. 200-204.
9. Freud, S.: Nuevas Observaciones sobre, las Neuropsicosis de Defensa (1892-1899). Obra citada. págs. 220-231 esp. 223 a 226.
10. Freud, S.: El Método Psicoanalítico. (1904) Tomo II Obras Completas. Ed. Bibl. Nueva, Madrid, 1948. págs. 301-305, esp. 303. FRFuD, S.: Análisis de un Caso de Neurosis Obsesiva (Conocido como el historiaj de "Hombre de las Ratas") (1905). Obra citada, págs. 624-661.
Freud, S.: El carácter y el Erotismo Anal (1908). En Ensayos sobre la "Vida Sexual y la Teoría de las Neurosis". Tomo I Obras Completas. Ed. Bibl. Nueva Madrid, 1948. págs. 969-971.
13. Freud, S.: La Dinámica de la Transferencia (1912). Tomo II. Obras Completas, Ed. Bibl. Nueva Madrid, 1948. págs. 321-326, esp. 323.
4. Glover, E.: The Technique of Psychoanalysis. Int. Univ. Presa, Ine. New York, 1955. págs. 205-210.
15. Lorand. S.: Técnica del Tratamiento Psicoanalítico. Ed. Asoc. Psic. Arg. y Ed. Nova. Buenos Aires, 1948. págs. 105-120, esp. p. 118.
16. Menninger, K.: Theory of Psychoanalytic Technique. Basic Books, Inc. New York, 1958. págs. 115-116 y 177.
17. Noyes, A. P.: Modern Clinical Psychiatry. W. B. Saunders & Co. Philadelphia and London, 1953. págs. 473-479 y 493-494.
18. Reich, W. Análisis del Carácter. Ed. Paidós. Buenos Aires, 1957. págs, 106-109 esp. 107 y 168-173.
19. Remus Araico, J.: Notas sobre el Carácter, La Ansiedad de Mutación y el Esquema del Cuerpo. Trabajo leído en la Asoc. Psic. Arg. Dic., 1955.
20. Remus Araico, J.: Dificultades Técnicas en la Psicoterapia de Pacientes Paranoides. Neurología, Neurocirugía, Psiquiatría, Vol. 1, N9 1. Octubre, 1959. págs. 17-22.

Dr. José Remus Araico
Paseo del Río # 111, Casa 20
Fortín Chimalistac
Coyoacán 04319
México, D. F.
Tels. y Fax 56-61-07-67 y 56-61-36-50