

DEL PENSAMIENTO TIRANO A VIVIR LA EMOCIÓN

Psicodrama en grupo con personas diagnosticadas de TOC



DEL PENSAMIENTO TIRANO
A VIVIR LA EMOCIÓN.

Navarro Roldán, N. - Orsucci, A. - Carrasco,
M. - Benavides, C - González, F - Fávero, M.

Fecha de recepción: 17/09/2020.
Fecha de aprobación: 16/10/2020.

LA HOJA DE PSICODRAMA Nº 71 (20-27)



**Natacha Navarro
Roldán**

Psicóloga, Psicodramatista, Psicoterapeuta.
Directora del Centro Moreno de Granada.

Psicóloga, Psicoterapeuta, Psicodramatista.
Formadora en Psicodrama y Técnicas
Activas. Especializada en Violencia Escolar
e Intervención para la Convivencia Escolar.
Formadora Internacional de Psicodrama
(Colombia, Italia, Francia, Turquía, Grecia).
Miembro de AEP y IAGP.

[http://www.psicodramagranada.com/
centro-moreno.html](http://www.psicodramagranada.com/centro-moreno.html)



Antonella Orsucci

Psicóloga sanitaria. Investigadora en el grupo
de investigación interuniversitario destinado
al TOC. Co-autora de artículos relativos al
TOC publicados en revistas internacionales.
Ha realizado un training especializado para
el tratamiento del TOC (Behavior Therapy
Training) en Houston (TX). Miembro
ordinario del Grupo de Intervención en
Emergencias y Catástrofes del Colegio Oficial
de Psicología de Andalucía Oriental. Dedicar
gran parte de su práctica profesional al
abordaje del TOC, Trastornos de ansiedad y
del estado de ánimo.



Marta Carrasco

Psicóloga sanitaria, especialista en
psicoanálisis aplicado, directora
psicodramatista por Centro Moreno de
Granada. Colaboradora en proyectos
("Aprendiendo juntos neuropsi" equipo
multidisciplinar para la infancia y
la adolescencia granada; proyectos
de investigación y asistenciales en
unidad de neurología, neuropsicología,
psicología clínica hospital universitario
S. Cecilio PTS).



**Candela
Benavides**

Psicóloga sanitaria y Psicodramatista
formada por el Centro Moreno Granada.
Especialización en prevención y tratamiento
de las adicciones. Experiencia profesional con
poblaciones con un mayor riesgo de exclusión
social especialmente con drogodependientes y
con menores inmigrantes no acompañados.



Félix González

Psicólogo. Director de Psicodrama.
Artemediador.

Terapeuta en Artea Sexología-Psicología de
Sevilla y consulta privada en Granada.
Especializado en temáticas LGTBIQA+,
diversidad afectivo sexual y género.
Profesor colaborador en el Centro Moreno de
Granada.
Vocal de comunicación de la Asociación
Española de Psicodrama.



**Marisalva
Fávero**

Instituto Universitário da Maia y Jusgov-
Universidade do Minho, Portugal.

Psicóloga, Psicodramatista. Profesora
universitaria. Editora de la Hoja de
Psicodrama.

[http://lahojadepsicodrama.es/
marisalva-favero/](http://lahojadepsicodrama.es/marisalva-favero/)

RESUMEN

Este trabajo pretende aportar nuevas perspectivas e interrogantes sobre la práctica psicodramática, así como valorar la experiencia de la colaboración entre ambos métodos cognitivo conductual y psicodramático en pacientes diagnosticados con trastorno obsesivo-compulsivo (TOC).

PALABRAS

CLAVE:

Psicodrama, cognitivo conductual, trastorno obsesivo-compulsivo, TOC

KEY WORDS:

Psychodrama, cognitive conductual, obsessive-compulsive disorder, OCD

ABSTRACT

This work aims to provide new perspectives and questions about psychodramatic practice as well as to assess the experience of collaboration between both cognitive-behavioral and psychodramatic methods in patients diagnosed with obsessive-compulsive disorder (OCD).

Introducción

En los últimos años el debate relativo a las clasificaciones nosográficas clásicas ha dejado en evidencia la dificultad con la que nos encontramos los profesionales de la Salud Mental a la hora de clasificar la patología y la normalidad en categorías compartimentadas y estrictamente separadas. El descontento general ha provocado una llamada de atención, desde las más altas esferas, para que se volviera a dedicar atención a la fenomenología de las manifestaciones definidas psicopatológicas, de manera que, más allá de los síntomas específicos, vuelvan a tener importancia aquellas dinámicas que definiríamos trans-diagnósticas (es decir, los mecanismos que atrapan a la persona en una espiral que se va asemejando más y más a un círculo vicioso y que acaba explotando en la manifestación sintomática específica de cada trastorno.

En el caso del Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC) ha pasado lo mismo y cada vez más los investigadores se han ocupado de analizar cuáles son los procesos que están detrás del desarrollo de los síntomas característicos de este trastorno, es decir las obsesiones y las compulsiones.

¿Qué se sabe y qué se está haciendo?

Nos encontramos inmersos en un contexto de referente paradigmático terapéutico y cognitivo conductual. Y uno de los objetivos es el encontrar una colaboración entre métodos, como

un enriquecimiento mutuo y en particular para los pacientes. Vamos a tratar de establecer los referentes desde cada uno de ellos.

• Desde la perspectiva Cognitivo-Conductual.

El modelo explicativo clásico perteneciente al marco cognitivo-conductual, que a día de hoy ha demostrado ser el más consistente a nivel de pruebas empíricas tanto para la explicación de la sintomatología como para la intervención sobre la misma (Hofmann et al., 2013), atribuye el desarrollo del trastorno a la presencia de un pensamiento intruso (se utiliza esta definición para referirse a un pensamiento, sensación, imagen o recuerdo que la persona percibe como propio a pesar de ser disonante con respecto al flujo “normal” de pensamientos que la persona suele tener) al cual la persona reacciona con un fuerte malestar debido a que – a diferencia de cuanto solemos hacer el resto de las personas – atribuye a tal contenido mental una importancia excesiva o una valoración negativa. Contribuyen al mantenimiento de estas creencias las llamadas “distorsiones cognitivas”, entre ellas – en el caso del TOC – recubren una importancia determinante las de fusión pensamiento acción (identificarse con los pensamientos, creer que lo que pensamos nos representa y es un reflejo de lo que somos), las de responsabilidad excesiva (las personas con TOC suelen distorsionar la repartición de la responsabilidad en los sucesos de la vida) y la confusión entre posibilidad y probabilidad. una vez percibido el

malestar asociado a la presencia de determinados pensamientos, la persona llevaría a cabo una serie de conductas (definidas en general “conductas de seguridad”) cuyo objetivo sería paliar la reacción emocional suscitada por la presencia del pensamiento intruso. el efecto de alivio provocado por estas respuestas de seguridad (las compulsiones) funciona como refuerzo negativo con respecto al pensamiento intruso, provocando así un aumento en la frecuencia y capacidad para generar el malestar del pensamiento mismo. es así como un pensamiento se convierte en una obsesión y como, poco a poco, la persona se convierte en víctima de compulsiones, rituales y conductas inapropiadas e innecesarias que, lejos de proporcionar tranquilidad, alivio y sensación de seguridad, estrechan más y más la zona de confort de la persona y le hacen percibir el mundo como peligroso y amenazante (Clark, 1989; Clark & Purdon, 1993; Frost & Hartl, 1996; O’Connor, 2002; O’Connor & Robillard, 1995; OCCWG, 1997, 2001; Purdon & Clark, 1999; Rachman, 1998; Salkovski, 1985; 1989).

Pero detrás de este proceso lógico, sigue abierta una pregunta. ¿Por qué existen personas que, a pesar de interpretar sus propios pensamientos como inadecuados y sentir malestar en determinadas situaciones, son capaces de no reaccionar a estas falsas alarmas y, al contrario, existen personas que se quedan atrapadas en este mecanismo? ¿Por qué algunas personas son capaces de tolerar la sensación de activación que genera la duda, la incertidumbre, o situaciones triviales del día a día y otros perciben estas sensaciones como desajustes, malestar? La respuesta hacia la que se están dirigiendo algunos investigadores es la falta de una capacidad adecuada para la regulación de las emociones, dificultad que representaría una interferencia en el proceso de elaboración de las emociones como mensajes capaces de proporcionar una información que permite una experiencia adaptativa con respecto al entorno (Fairholme et al., 2010; Calkins et al., 2013).

La relación teórica establecida entre la regulación de las emociones y el TOC tiene suficiente apoyo empírico como para proponerse como un prometedor ámbito de investigación.

En primer lugar, vamos a analizar el ya conocido papel que juegan las emociones en este trastorno. Entre todo el abanico de emociones posibles hay algunas que resultan de especial interés en este cuadro psicopatológico.

Entre ellas no podemos pasar por alto la ansiedad. Esta experiencia, universalmente compartida y con fuerte carácter adaptativo, se convierte en problemática cuando la estimación del peligro no es adecuada con relación a la amenaza presente en el entorno, siendo típico en el TOC la sobrestimación de la probabilidad de que se verifiquen sucesos negativos y de la gravedad de los mismos.

Otra emoción que en los últimos años ha adquirido un papel determinante en el TOC es el asco. esta emoción representa una respuesta universal caracterizada por una conducta de evitación hacia el estímulo que genera la reacción. De por sí, una vez más, el asco recubre un importante papel adaptativo siempre y cuando el estímulo que elicitaba la respuesta justifique (por su peligrosidad para la supervivencia) la respuesta de evitación, pero pierde su papel adaptativo cuando se extiende a estímulos que no justifican la respuesta o en caso de que la respuesta provocada sea excesiva. La sensibilidad al asco ha sido asociada a la gravedad y a la fenomenología de los síntomas del TOC (Berle & Phillips, 2006; Olantunji, et al., 2005; Tolin et al., 2006).

Otra emoción recurrente en el TOC es la culpa. Probablemente debido a la fuerte identificación que los pacientes experimentan con respecto a todo contenido mental que forma parte de su actividad consciente o debido a las distorsiones que aplican a la hora de valorar la responsabilidad (atribuyéndose, como ya hemos visto, más parte de responsabilidad de la que realmente les corresponde en los sucesos en los que se ven envueltos), las personas que sufren TOC parecen vivir acompañadas de un juez interno inflexible e inclemente que condena cada palabra, gesto, pensamiento o atisbo de espontaneidad (Shapiro & Stewart, 2011).

Además de estas emociones, muy típicas del TOC, podríamos casi decir patognomónica de

este trastorno, es la sensación que los anglosajones han denominado *not just right experience*, es decir la necesidad experimentada por las personas que sufren TOC de encontrar una sensación de “plenitud”, de “perfección”, de que las cosas “están como deberían estar”, sin que, por otro lado, exista un criterio objetivo para definir cuando se cumplen o no los criterios de tal plenitud. Algunos investigadores han asociado la presencia de tales experiencias a rasgos de alexitimia, por lo tanto, a una incapacidad para reconocer las vivencias emocionales personales y relacionarse con ellas de una forma adaptativa (Coles, et al., 2005; Pozza et al., 2015; Sica et al., 2016). En general, las investigaciones en mérito parecen apuntar a que los síntomas del TOC se asocian significativamente con una escasa comprensión y temor hacia las emociones (positivas y negativas), fenómeno que, a su vez, se asocia a una reactividad excesiva en respuesta a las vivencias propias de la activación emocional (Ferguson & Bardeen, 2014; Smith et al., 2011; Stern et al., 2014)

En segundo lugar, el papel de la regulación emocional en el TOC se ve sustentado por una ampliación del modelo clásico (ver arriba) utilizado para explicar el desarrollo de este trastorno. En algunos casos la vivencia de las emociones (sean cuales sean) se interpreta de forma negativa y se observa muy a menudo un miedo significativo a perder el control de las emociones (Coles, et al., 2006; Moulding & Kyrios, 2006).

Por último, no podemos olvidar que las compulsiones y, en general, las conductas de seguridad propias del TOC, pueden ser definidas herramientas no adecuadas a las que la persona recurre en un intento fallido de regular sus emociones (Coleman et al., 2011). Paradójicamente, estos intentos, lejos de proporcionar el alivio y la serenidad que la persona anhela, acentúan la sensación de vulnerabilidad de quién los lleva a cabo y la percepción del mundo como de un lugar peligroso. En concreto se observa que existe una asociación significativa también entre síntomas del TOC y la tendencia a dedicar excesiva atención al estado de ánimo negativo, a la ira y a las emociones positivas; (Bardeen, et al., 2013) y que la supresión de la expresión de

las emociones, así como la dificultad a la hora de inhibir las conductas impulsivas y una escasa comprensión de las emociones representan tres variables que mantienen una fuerte correlación con todos los dominios sintomáticos del TOC (Cisler & Olantunji, 2012; Clark, 2004; Cyders & Smith, 2008).

En resumen, debido al papel central que algunas emociones revisten en el TOC, investigaciones recientes han puesto de manifiesto que podría ser útil enriquecer los actuales protocolos de intervención con módulos específicamente dedicados a la exposición a las emociones o, más en general, a fomentar un mayor conocimiento y familiaridad por parte de la persona que sufre TOC con sus vivencias emocionales (Allen & Barlow, 2009; Allen et al., 2008; Barlow et al., 2004).

• *Aportaciones-visión desde el Psicodrama:* De lo que hemos encontrado en investigaciones entre psicodrama y TOC, señalamos Avrahami (2003) en su estudio sobre el acercamiento de la terapia cognitivo conductual al psicodrama en el tratamiento de adicciones, plantea que el psicodrama es un método flexible adaptable a diversas disciplinas a pesar de la disparidad en los enfoques terapéuticos. Así, el psicodrama puede integrarse y combinarse con otras terapias y modelos de intervención clínica (Blatner & Blatner, 1988). Concretamente, de la cita de Gómez y Belloso (2014), “el psicodrama es una herramienta de intervención muy útil en todos aquellos ámbitos donde se realiza un trabajo intensivo y continuado con pacientes graves” (p. 8).

El Psicodrama es un modelo de psicoterapia humanista ideado por J. L. Moreno que sostiene que la palabra, el cuerpo, el movimiento y la imaginación poseen igual valor comunicativo. De esta forma, la acción facilitaría la expresión emocional espontánea y genuina para posteriormente ser integrada de manera verbal. Desde este enfoque, el modo en que cada persona se relaciona con el mundo está ligado al aprendizaje de diferentes roles durante el desarrollo de las primeras etapas evolutivas. En este sentido, la psicopatología se relaciona, de manera más o menos directa, con conflictos o

patrones en estos primeros momentos a los que Moreno llamó matrices de identidad infantiles (Álvarez, 2009). Cada rol hace referencia a un tipo de vínculo en el que se hace, se piensa y se siente de una determinada manera.

En cuanto al trastorno obsesivo compulsivo, si bien cada persona muestra unas características singulares, aparecen unas dinámicas vinculares con relación a los pensamientos y los rituales obsesivos. Según Álvarez (2009) éstos son un mecanismo compensatorio ante la confusión pensar-sentir o placer-deber y su aprendizaje se relaciona con el ambiente familiar durante los primeros contactos del bebé con las figuras de referencia, momento de los roles psicósomáticos para la teoría de Moreno. Los rituales de comprobación, de limpieza, de orden, etc. así como la evitación emocional, el carácter rígido, los pensamientos ilusorios y la culpa serían un intento de control de los impulsos y de las fantasías y preocupaciones temidas. En general, se evita reaccionar a situaciones emocionales.

Algunos de los beneficios desde el modelo psicodramático son las intervenciones sobre las exigencias extremas sobre uno mismo y los demás, el trabajo sobre la culpa y la evitación emocional y de los impulsos (Álvarez, 2009). Según Cohen y colaboradores (2014), en su estudio sobre la intervención a través del Psicodrama en un caso individual de trastorno obsesivo compulsivo, proponían que la terapia debía enfocarse en la mentalización y en el rol de compromiso o lucha con las propias emociones, sentimientos y creencias.

En este sentido, Yaniv (2012), en sus investigaciones sobre los mecanismos neurobiológicos de la creatividad y de la empatía en la técnica psicodramática del cambio de rol, afirma el impacto de esta herramienta sobre los hábitos y cómo esto se refleja en la actividad cerebral. El cambio de rol conlleva un conflicto entre los constructos “Yo”, relacionado con procesos cognitivos más proactivos y con las áreas prefrontales mediales (corteza medial prefrontal, precuneus y corteza cingulada posterior); y “no-Yo” vinculado a la atención orientada hacia el exterior y a la corteza

prefrontal dorsolateral, la corteza parietal inferior y el área motora suplementaria. Así pues, de la cita de Yaniv a los estudios sobre el cambio de rol fuera del ámbito del Psicodrama, los procesos mentales requeridos durante este ejercicio actúan sobre ambas regiones simultáneamente por lo que podría favorecer y restablecer su equilibrio (e.g., Christoff et al., 2009; Spreng et al., 2010).

Álvarez (2009) explica el cambio terapéutico que puede tener lugar durante la intervención psicodramática en tres momentos: el primero más intelectual que implica los procesos cognitivos de la toma de consciencia, un segundo emocional facilitado por la catarsis de integración y un tercero relacionado con las nuevas creencias, valores y actitudes necesarias para mantener las posibilidades de roles y vínculos diferentes que se han facilitado a través de los dos momentos anteriores.

En la línea de Gómez y Belloso (2014), este trabajo trata de un análisis derivado de la experiencia de un equipo compuesto por una terapeuta directora, psicólogos Yo-auxiliares y estudiantes en prácticas como observadores externos. Se analiza la utilización del modelo psicodramático con un grupo de pacientes diagnosticados de trastorno obsesivo compulsivo y su proceso terapéutico individual desde el enfoque cognitivo-conductual. Así, se reflexiona sobre las técnicas e instrumentos utilizados, sus diferentes efectos tanto a nivel grupal como individual y sobre las posibles implicaciones clínicas.

Desde el punto de vista de la intervención grupal psicodramática, estamos de acuerdo con los tres aspectos que propone Álvarez (2009): caldeamiento intenso, uso de Auxiliares y el papel de la familia. No compartimos tanto la forma del caldeamiento, sino a la intervención apoyada con Yoes Auxiliares, a la que concedemos un lugar primordial, apostando por su importancia a lo largo de toda la sesión y del proceso grupal entero, y a tener en cuenta el papel de la Familia. El Caldeamiento no siempre ha podido ser muy energético o intenso, sino que a menudo nos hemos tenido que valer de usar el dibujo, la música, el uso de telas como objeto

intermediario, pero sobretodo, en todo este proceso siempre hemos tenido que participar a través de nuestros Yo Auxiliares debido a la gran inhibición y vergüenza que se presenta en este trastorno, además de la dificultad en expresarse fuera del lenguaje verbal. Si coincidimos en que el paso del caldeamiento hasta la escena requirió un proceso en el que el uso de Yo Auxiliares actúa como modelamiento, doble y espejo. Una vez se sienten seguros observando este trabajo, pueden comenzar a transitar por las técnicas básicas como Doble (la más fácil), Espejo y llegar al Cambio de Rol. Así pues, podríamos decir que el Psicodrama ofrece un objeto intermediario de valor incalculable a través del uso continuo de los Yo Auxiliares.

Finalmente, el autor, Álvarez (2009) menciona la importancia del papel de la familia en el transcurso de la patología, así como en el mantenimiento de rituales y roles. Ese es el valor de una metodología grupal como el Psicodrama en la que, gracias a la nueva introyección de roles familiares en el grupo y en especial y progresivamente a través de nuestros Yo Auxiliares, los participantes pudieron rematizar algunos de sus vínculos en conserva, instalados en la compusión y /o evitación.

A continuación, presentamos las miradas desde otros encuadres.

- *Desde lo sistémico.* Al ser el Psicodrama un método cuyo referente paradigmático son el humanismo y la mirada sistémica, también deberíamos hacernos preguntas sobre los contextos sistémicos donde aparece dicho trastorno. Antes no obstante un par de pinceladas de lo que ha sido un encuentro entre las teorías sistémicas y el Psicodrama y que Población y López Barberá predicán. Definen la escena desde esta perspectiva “un entramado vincular interroles” (López-Barberá & Población, 1997). Estamos de acuerdo con los autores en leer la escena como un sistema o un sistema-escena (Población & López-Barberá, 2016.) y en que esta visión nos permite lecturas no solo vinculares sino antropológicas y biopsicosociales. Nuestra mirada es relacional y sistémica pues.

Hemos observado una y otra vez cómo en los orígenes en general hay acontecimientos traumáticos que quedan como patrón relacional y que al mismo tiempo pueden sugerir un beneficio secundario para la estructura familiar. ¿En qué casos son estos pacientes portadores del síntoma familiar? Sería otra línea de investigación de la que ahora no podemos ocuparnos, pero si podemos constatar lo característico de este atrapamiento personal en comportamientos y necesidades, que dada su connotación no adaptativa como hemos señalado, arrastra in “eternum” a los familiares desde una actitud que podría verse como “tiránica” y lo que en un principio fue el síntoma de la disfunción familiar se convierte en una venganza inconsciente. Anteriormente se ha sugerido por Valcarce que la familia puede ayudar a mantener los rituales sintomáticos. Estamos de acuerdo. Es como si hubiera un acuerdo de mantenimiento del sistema familiar alrededor de un pacto o de un conglomerado de roles familiares y sociales indisociados, rol del familiar cuidador y del paciente a modo de rol y contrarol. Esto no es más que una lectura y no se puede tomar como una investigación, pero sí configura una línea más a la comprensión del trastorno y los elementos a investigar.

- *Desde lo simbólico.* En segundo lugar, y ya que en este equipo tenemos también una lectura simbólica y Junguiana sobre los procesos humanos y eso incluye los procesos desadaptativos como este trastorno, nos atrevemos a proponer, de acuerdo con Campbell (2014) un paralelismo del trastorno mental en general como alguien que ha perdido contacto con la vida adaptativa al contexto y forma de pensar de su entorno y fantasea compulsivamente y eso le pone en una forma de estar fuera de la realidad.

Si lo leemos como el proceso del Viaje del Heroe (Campbell, 2016) podríamos hablar de que ha habido un primer momento de ruptura o separación (traumático?) en el que se rompe con el orden local y de contexto, luego hay una profunda retirada interior en la que aparecen una y otra vez los monstruos o encuentros oscuros que no permiten el acceso a la vida ordenada o adaptativa al medio. Campbell (2014) distingue entre

3 grandes etapas: 1. Separación 2. Iniciación y 3. Regreso. Desde esta lectura podría decirse que se han quedado atrapados en el proceso de separación. Que nuestro objetivo es el de iniciarlos en otras formas más adaptativas a través de la expresión de sus emociones y de la pérdida del miedo a enfrentarse a ellas o a entender las escenas primigenias, los lugares o matrices en los que se originó el trastorno y finalmente poder proponer un camino de regreso, a través del aprendizaje y la transformación alquímica de los peligros que no son más que espejismos y señales de lo que se tiene que trabajar.

Reflexiones finales

En este trabajo presentamos una nueva mirada y reflexiones sobre la experiencia de la colaboración entre los métodos cognitivo conductual y psicodramático en pacientes diagnosticados con trastorno obsesivo-compulsivo.

Podríamos pensar que el mundo de las compulsiones y pensamientos intrusivos son formas de llamar la atención hacia un viaje interior que no permite el regreso en el que se transforman los aprendizajes. En el que se busca una y otra vez hallar o entender algo perdido y con ello restablecer el equilibrio vital. Aquí podemos reconocer tanto el viaje del héroe como el mito del eterno retorno. Otra mirada consistiría en leer las compulsiones, las evitaciones y los intentos de control hacia el mundo de las emociones como falsas promesas de seguridad que las seductoras sirenas (internas del TOC) cantan al oído de nuestros pacientes, a los que podemos ayudar a recuperar la brújula para salir del círculo sin salida en el que se han quedado atrapados.

Otras lecturas como la teoría del apego, la de roles de Moreno y el concepto de sombra de Jung nos interesan también y han sido abordados en nuestros trabajos de protagonistas.

REFERENCIAS

- Allen, L. B., & Barlow, D. H. (2009). Relationship of exposure to clinically irrelevant emotional cues and obsessive-compulsive symptoms. *Behavior Modification, 33*(6), 743-762.
- Allen, L. B., McHugh, R. K., & Barlow, D. H. (2008). Emotional disorders: A Unified Protocol. In D. H. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders* (4th ed., pp. 216-249). New York: Guilford.
- Álvarez, P. (2009). Factores terapéuticos en la psicoterapia de las distintas psicopatologías. Casos Clínicos. En M. Filgueira (coord.). *Manual de formación de la Asociación Española de Psicodrama*. (pp. 388-414). Retrieved from www.lulu.com/es
- Avrahami, E. (2003). Cognitive-behavioral approach in psychodrama: Discussion and example from addiction treatment. *The Arts in Psychotherapy, 30*, 209-216.
- Bardeen, J., Stevens, E., Murdock, K., & Lovejoy, M. (2013). A preliminary investigation of sex differences in associations between emotion regulation difficulties and higher-order cognitive abilities. *Personality and Individual Differences, 55*, 70-75.
- Barlow, D. H., Allen, L. B., & Choate, M. L. (2004). Towards a unified treatment for emotional disorders. *Behavior Therapy, 35*, 205-230.
- Berle, D., Phillips, E. S. (2006). Disgust and Obsessive-Compulsive Disorder: An Update. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes, 69*(3), 228-238.
- Blatner & Blatner, 1988 Blatner, A., & Blatner, Allee (1988). The Metaphysics of Creativity as Reflected in Moreno's Metapraxis and the Mystical Tradition. *Journal of Group Psychotherapy, Psychodrama & Sociometry, 40*(4), 155- 163.
- Calkins, A. W., Berman, N. C., & Wilhelm, S. (2013). Recent advances in research on cognition and emotion in OCD: A review. *Current Psychiatry Reports, 15*(5), 1-7.
- Campbell (2016) Pasé no texto para 2014/no existe la versión de 2016!!!
- Campbell, J. (2014). *El Heroe De Las Mil Caras: Psicoanálisis del mito*. Madrid: Fondo de Cultura Económica.
- Cisler, J., & Olatunji, B. (2012). Emotion regulation and anxiety disorders. *Current Psychiatry Reports, 14*, 182-187.
- Clark, D. (1989). *A schema-control model of negative thoughts*. Paper presented at the World Congress of Cognitive Therapy, Oxford, England.
- Clark, D. (2004). *Cognitive-behavioral therapy for OCD*. New York, NY: Guilford.
- Clark, D., & Purdon, C. (1993). New perspectives for a cognitive theory of obsessions. *Australian Psychologist, 28*, 161-167.

REFERENCIAS (cont.)

- Cohen, D., Delaroche, P., Flament M., & Mazet, P. (2014). Clinical case. Case report: Individual psychodrama for treatment resistant obsessive-compulsive disorder. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 62, 19-21.
- Coleman, S. L., Pietrefesa, A. S., Holaway, R. M., Coles, M. E., & Heimberg, R. G. (2011). Content and correlates of checking related to symptoms of obsessive compulsive disorder and generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 25, 293–301.
- Coles, M. E., Heimberg, R.G., Frost, R.O., Steketee G. (2005). Not just right experiences and obsessive-compulsive features: Experimental and self-monitoring perspectives. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 153-167
- Coles, M. E., Schofield, C. A., & Pietrefesa, A. S. (2006). Behavioral inhibition and obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 20, 1118–1132.
- Christoff, K., Gordon, A., Smallwood, J., Smith, R. & Schooler, J. (2009). Experience sampling during fMRI reveals default network and executive system contributions to mind wandering. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 106(21), 8719-8724.
- Cyders, M.A., Smith, G.T. (2008). Emotion-based dispositions to rash action: positive and negative urgency. *Psychological Bulletin*, 134, 807–828.
- Fairholme, C., Boisseau, C., Ellard, K., Ehrenreich, J., & Barlow, D. (2010). Emotions, emotion regulation, and psychological treatment: A unified perspective. In A. Kring & D. Sloan (Eds.), *Emotion regulation and psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment*. (pp. 283-309). New York, NY US: Guilford Press.
- Ferguson, T., & Bardeen, J. (2014). Emotion regulation and obsessive–compulsive symptoms: A further examination of associations. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 3, 243–248. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jocrd.2014.06.001>
- Frost, R.O., & Hartl, T. L. (1996). A cognitive-behavioral model of compulsive hoarding. *Behavioural Research and Therapy*, 34, 341-350.
- Gómez, F. & Belloso, J. J. (2014). Psicodrama en una Unidad de Psicoterapia. *Psicoterapia y Psicodrama*, 3(1), 7-22.
- Hofmann, S., Asnaani, A., Vonk, I., Sawyer, A., & Fang, A. (2013). The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Cognitive Therapy Research*, 36(5), 427–440. <https://doi.org/10.1007/s10608-012-9476-1>.
- López-Barbera & Población, P. (1997). *La Escultura y otras técnicas psicodramáticas aplicadas en psicoterapia*. Barcelona. Pianos.
- Moulding, R., & Kyrios, M. (2006). Anxiety disorders and control related beliefs: The exemplar of obsessive–compulsive disorder (OCD). *Clinical Psychology Review*, 26, 573–583.
- O'Connor, K. (2002). Intrusion and inferences in obsessive-compulsive disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 9, 38-46.
- O'Connor, K., & Robillard, S. (1995). Inference processes in obsessive-compulsive disorder: Some clinical observations. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 887-896.
- Olatunji, B., Williams, B., Haslam, N., Abramowitz, J., & Tolin, D. (2008). The latent structure of obsessive-compulsive symptoms: A taxometric study. *Depression and Anxiety*, 25, 956–968
- Población, P., & López-Barbera, E. (2016). *El Mundo de la Escena. Psicodrama en el Espacio y el Tiempo*. Bilbao: Desclee.
- Pozza, A., Giaquinta, N., & Dèttore, D. (2015). The contribution of alexithymia to obsessive-compulsive disorder symptoms dimensions: An investigation in a large community sample in Italy. *Psychiatry Journal*, 1-6.
- Purdon, C., & Clark, D. A. (1999). Metacognition and obsessions. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 6, 96-101.
- Rachman, S. (1998). A cognitive theory of obsessions: Elaborations. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 385–403.
- Salkovskis, P. M. (1985). Obsessional-compulsive problems: A cognitive-behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 23, 571–583.
- Salkovskis, P. M. (1989). Cognitive-behavioural factors and the persistence of intrusive thoughts in obsessional problems. *Behaviour Research and Therapy*, 27, 667-682.
- Shapiro, L., Stewart, E. S. (2011). Pathological guilt: A persistent yet overlooked treatment factor in obsessive-compulsive disorder. *Annals of Clinical Psychiatry*, 23(1): 63-70.
- Sica, C., Bottesi, G., Caudek, C., Orsucci, A., & Ghisi, M., (2016). “Not Just Right Experiences” as a psychological endophenotype for obsessive-compulsive disorder: Evidence from an Italian family study. *Psychiatry Research* 245, 27-35.
- Smith, A., Wetterneck, C., Hart, J., Short, M., & Björgvinsson, T. (2012). Differences in obsessional beliefs and emotion appraisal in obsessive compulsive symptom presentation. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 1(1), 54-61.
- Spreng, R., Stevens, W., Chamberlain, J., Gilmore, A., & Schacter, D. (2010). Default network activity, coupled with the frontoparietal control network, supports goal-directed cognition. *NeuroImage*, 53, 303-317.
- Stern, M., Nota, J., Heimberg, R., Holaway, R., & Coles, M. (2014). An initial examination of emotion regulation and obsessive compulsive symptoms. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 3, 109–114.
- Tolin, D., Woods, C., & Abramowitz, J. (2006). Disgust sensitivity and obsessive-compulsive symptoms in a non-clinical sample. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 37(1), 30-40.
- Yaniv, D. (2012). Dynamics of Creativity and Empathy in Role Reversal: Contributions from neuroscience. *Review of General Psychology*, 16(1), 70-77.