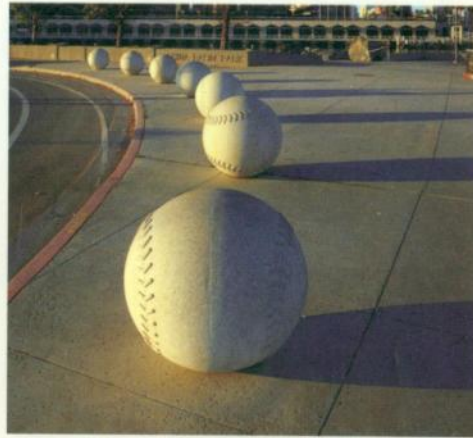


Mircea Lăzărescu  
Lucian Ile

PC

# TULBURAREA OBSESIV-COMPULSIVĂ



**Circumscriere,  
modele și intervenții**



PSIHOLOGIE CLINICĂ ȘI PSIHOTERAPIE

# TULBURAREA OBSESIV – COMPULSIVĂ

*Circumscriere, modele și intervenții*

Prof. univ. dr. Mircea Lăzărescu

Lucian Ile

## Cuprins

Cuvânt înainte	4
I. TULBURAREA OBSESIV – COMPULSIVĂ	6
1. Circumscriere	6
2. Epidemiologia TOC	9
3. Evoluția TOC	10
4. Tabloul clinic al TOC ; subtipuri ale TOC; diferențiere de alte fenomene	11
5. Identificare, diagnostic și evaluare în TOC	23
6. Comorbiditate și interferențe patologice psihiatrice în TOC	27
7. Spectrul TOC	32
II. TULBURAREA DE PERSONALITATE OBSESIV – COMPULSIVĂ (TPOC)	39
1. Descriere generală	39
2. Similitudini și corelații între TOC ȘI TPOC	62
3. Raportarea persoanei anankaste (TPOC) la alte tulburări de personalitate	63
III. MODELE ALE TOC	68
1. Concepții asupra TOC în sec. al XIX – lea	68
2. Modelul psihasteniei al lui Janet	69
3. Modelul psihanalitic al lui Freud	73
4. Modele comportamentale specifice ale TOC	78
5. Modele cognitiv – comportamentale	81
6. Modele biologice	106

IV. TRATAMENTUL BIOLOGIC ÎN TOC	113
1. Prezentare generală	113
2. Strategii farmacologice alternative	117
3. Tratamente biologice non – farmacologice	118
V. INTERVENȚIILE PSIHOLOGICE ÎN TOC	120
1. Introducere	120
2. Istoric	120
3. Intervenții cognitiv – comportamentale	124
Incheiere	189
Bibliografie selectivă	190

## Cuvânt înainte

Tulburarea obsesiv – compulsivă (TOC) este, în prezent, în centrul preocupărilor medico-psihiatrice, de sănătate mintală, psihopatologie și psihoterapie, datorită incidenței sale crescute – locul patru între tulburările psihice – și a posibilităților actuale de a o trata. Progresele terapeutice au transformat, în câteva decenii, o boală considerată fără speranță, într-una ce poate beneficia de suport real, spre binele pacienților și a familiilor lor.

Psihoterapia cu rezultate pozitive a TOC are în lumea contemporană și o importanță teoretică deosebită: în acest domeniu s-a demonstrat pentru prima dată faptul că prin terapie psihologică poate fi modificată nu doar trăirea subiectivă a pacientului și comportamentul său, ci și parametri obiectivabili ai funcționalității cerebrale. Așadar, o contribuție esențială la problematica legată de conexiunea dintre minte și corp (“mind – body problem”).

Cartea de față este pe departe expresia preocupărilor de decenii a unuia din autorii (Prof. M. Lăzărescu) în acest domeniu. Prima carte în domeniu, cu titlul “Patologia obsesiva”, a fost publicată în România în 1973. Iar în 2008 apare o nouă sinteză clinico-psihiatrică a acestui autor, în Editura Academiei.

Pe de altă parte, cartea este expresia preocupărilor celui alt autor, Lucian Ile, în ce privește modelele psihopatologice și psihoterapia. Preocupări care se înscriu în asimilarea și afirmarea tehnicilor terapeutice în

România, dar și într-un program personal de activitate și afirmare, psihopatologic și psihoterapeutic.

Autorii fac parte dintr-o tradiție a psihiatriei antropologice care înțelege și acordă o importanță cuvenită psihopatologiei cu tot respectul pentru aportul considerabil pe care psihiatria biologică l-a adus în ultimele decenii. De asemenea, autorii respectă înțelegerea larg antropologică a psihopatologiei, deschisă spre fenomenologie și filozofie.

Autorii au colaborat astfel încât își asumă împreună întreaga lucrare. Ca elaborare directă, Mircea Lăzărescu a scris capitolele I (Tulburarea obsesiv – compulsivă), II (Tulburarea de personalitate obsesiv – compulsivă), IV (Tratamentul biologic în TOC), Lucian Ile a scris capitolul V (Intervențiile psihologice în TOC) și împreună au elaborat capitolul III (Modele ale TOC).

Ambii autori sunt conștienți de limitele demersului lor și de necesitatea ca, în domeniul TOC, să fie elaborate și să apară în România și alte lucrări.

Lucrarea de față se vrea un început pentru dezbateri psihopatologice în sens larg care să implice toate perspectivele teoretice și practice fără a ignora dimensiunea intelectuală a speculației critice, a filozofiei.

## I. TULBURAREA OBSESIV-COMPULSIVĂ

### 1. Circumscriere.

TOC se caracterizează prin trăiri recurente neplăcute, involuntare, și persistente care interferează nefavorabil cu activitățile zilnice și se desfășoară pe fondul unei pronunțate lucidități și tendințe la autocontrol. Îndoiala, incertitudinea și nehotărârea însoțesc simptomatologia. Tulburarea este circumscrisă ca o patologie aparte în principalele manuale și sisteme de diagnostic al tulburărilor psihice, acceptate internațional, cel al OMS, ICD – 10 și cel american, DSM – IV.

Trăirile recurente din TOC sunt etichetate ca obsesii și compulsii, acestea apărând cel mai des împreună și fiind corelate. Obsesiile sunt considerate trăiri subiective ca idei (gânduri), imagini (reprezentări) și impulsuri (intenții la act). Ele apar spontan, intruziv și crează un intens discomfort trăit ca frică, rușine, depresie, culpă, deznădejde, iritare. Conținutul lor e resimțit de subiect ca neobișnuit, ciudat, uneori absurd, oricum în dezacord cu opiniile și convingerile sale. Aceste caracteristici exprimă egodistonia subiectului și dorința sa de a se debarasa de ele. Uneori obsesiile exprimă o atotputernicie a gândirii (“prin gândul meu pot face rău altcuiva”) sau au un caracter “magic”.

Compulsiile sunt acte simple, comportamentale sau mentale, care și ele se repetă în mare măsură involuntar, egodiston, parazitând psihismul și

ocupând mult timp din viața pacientului. Se consideră că între compulsii și obsesii există o importantă legătură, majoritatea compulsiilor având ca rezultat detensionarea temporală a subiectului din starea neplăcută indusă de obsesii. De exemplu spălatul pe mâini liniștește pe moment pacientul obsedat de contaminarea prin microbi sau verificarea în raport cu faptul dacă a făcut sau încheiat un lucru (de exemplu închiderea robinetului de gaz). Compulsiile comportamentale sau “deschise” se pot manifesta și ca acte ciudate mai complexe, înlănțuite conform unui algoritm, în cadrul “ritualurilor” obsesive. Acestea au uneori o “încărcătură” magică, în sensul că subiectul resimte că dacă nu îndeplinește ritualul s-ar putea produce o nenorocire. Compulsiile mentale sau “acoperite” constau din acte mentale (de exemplu o rugăciune) ce contracarează o obsesie (idee a de a-l blasfemia pe Dumnezeu). Ele pot avea diverse variante ca de exemplu negarea mentală, anularea mentală a unei idei obsesive, contraargumentarea mentală etc.. Un aspect deosebit e numărarea mentală ce se poate desfășura după diverse algoritmi. Ideea că orice compulsiie apare doar cu valoarea de a detensiona pentru moment o obsesie poate fi susținută doar până la un punct. Există compulsii care au în spate doar “fenomene senzoriale”, o stare de tensiune psihică nedefinită și nu o obsesie. Apoi, unele compulsii apar ca apropiate de mișcările involuntare, mai ales în cazul ticurilor și a unor tulburări neurologice.

Un aspect mult discutat este cel legat de aspectul “involuntar” al compulsiilor. La o analiză atentă acestea au, în forma lor tipică, și o participare voluntară, în sensul că pot fi amânate, diminuate. Terapia comportamentală ține cont de acest aspect.

Trăirile obsesiv-compulsive sunt prin definiție ego-distone, criticate de subiect care le consideră iraționale, absurde, desolidarizându-se de ele.



Acest aspect e indicat prin expresia “insight”. Dar, s-a constatat că în unele cazuri insight-ul poate fi scăzut, mai ales în cazurile cu evoluție îndelungată. Clasificarea americană DSM-IV diferențiază între 2 subtipuri de TOC : cu insight crescut și cu insight scăzut.

Principalele obsesii întâlnite în clinica TOC sunt : - obsesia de contaminare (cu microbi, murdărie, diverse substanțe); - ideea de a intenționa un rău cuiva sau sieși sau de a influența negativ prin propriile gânduri existența altora; - idei blasfemiatorii; - obsesii legate de dezordine; - obsesii anormale somatice sau sexuale. Un aspect special este îndoiala patologică care, alături de incertitudine și nehotărâre străbate toată patologia TOC.

Principalele compulsii sunt : spălatul pe mâini și spălatul / curățenia în general (corelate obsesiei de contaminare); - verificările repetitive (corelate ideilor agresive și sexuale dar și îndoielii, nesiguranței, incertitudinii de a fi făcut sau nu un lucru); - compulsii de ordonare; - colecționarismul; - aritmomania (număratul compulsiv); - ritualurile magice;

Trăirile obsesiv-compulsive se întâlnesc și în viața obișnuită la persoane care nu sunt bolnave. Aspectul maladiv constă în frecvența și intensitatea lor care interferează grav cu desfășurarea vieții de zi cu zi. De aceea, în TOC interesează cât timp petrece subiectul cu simptomele sale, cât de intens îl perturbă subiectiv și cum interferează aceste simptome cu viața sa profesională, familială, cu desfășurarea vieții sale de zi cu zi.

Pacientul cu TOC este relativ detașat de ambianță. Deși unele obsesii pot fi declanșate sau accentuate de anumite împrejurări exterioare, patologia izvorăște din interior iar subiectul se luptă cu el însuși. El se rușinează de trăirile sale și deseori se auto-blamează. De aceea e de obicei retras social și nu comunică altora simptomele sale. Aceasta face ca TOC să fie depistată de

obicei după mulți ani de evoluție iar colaborarea cu instanțele terapeutice să fie dificilă.

## 2. Epidemiologia TOC

Până în 1984 TOC era considerată o boală rară evaluată la 0,05% din populația generală. Această viziune se baza doar pe puținele cazuri grave care ajungeau la internare. După ce s-au pus la punct criteriile riguroase de diagnostic, s-au folosit instrumente standardizate și au fost investigate eșantioane populaționale largi, situația s-a schimbat. Cercetarea Epidemiologică Catchment Area Study făcută pe un eșantion comunitar de 18.000 cazuri a indicat o prevalență de aproximativ 2% (Robins, 1984). Un larg studiu epidemiologic crosnațional a fost condus de Weissmann și colab, în 1984 urmărind prevalența TOC în șapte țări : SUA, Canada, Porto Rico, Germania, Taiwan, Coreea și Noua Zeelandă (Montgomery, 1999). Prevalența TOC a fost găsită între 2 și 3% în majoritatea țărilor, mai mică în Taiwan, de 0,7%. Alte studii efectuate în SUA, Canada, Israel, Egipt au găsit prevalența între 2,5-3%. TOC se dovedește astfel una din cele mai răspândite tulburări psihice fiind întrecută doar de depresie, tulburarea anxioasă, adicție, fiind mult mai răspândită decât schizofrenia. E de menționat că TOC poate avea diverse intensități, manifestându-se frecvent subclinic. Într-un studiu pe adolescenți Valeni-Basile (1994) a întâlnit prevalența acestei forme subclinice ca fiind de 19%.

Vârsta de debut este considerată ca fiind cea a adultului tânăr, între 20-35 ani. 65% ar dezvolta tulburarea înainte de 25 ani. Tulburarea apare ușor mai frecventă la femei dar la bărbați debutul e mai precoce. Femeile

sunt mai vulnerabile în perioada sarcinii și puerperiumului. S-a evidențiat și debutul tulburării la vârsta infanto-juvenilă cu debut între 9-11 ani, dar și puberală și adolescentină. TOC din copilărie poate evolua oscilant cu perioade de compensare și decompensare la vârsta adultă. La adult TOC apare fără legătură cu nivelul de inteligență, educație. Cei cu TOC au o rată de căsătorie mai redusă decât în populația generală mai ales la bărbați. Căsătoria are loc mai târziu și familia are mai puțini copii.

În ceea ce privește aspectele culturale acestea tin mai mult de conținutul obsesiilor decât de forma patologiei. Are influență mai ales contextual religios, bolile și noxele dominante în contextual cultural etc.

### 3. Evoluția TOC

TOC este o boală care în cele mai multe cazuri evoluează lent progresiv. Deoarece și pacientul ascunde simptomele, frecvent trec 10 ani până la depistare. Debutul brusc există și el, mai des la cei ce se spală. TOC apare ca o boală cronică, cu evoluție îndelungată, uneori fluctuantă sau oscilantă. Uneori simptomatologia poate fi accentuată în perioade de viață stresante sau în situații speciale. 85% din pacienți ajungeau, mai demult, la o deteriorare cronică a funcționalității sociale. O remisiune completă a fost constatată în unele studii la 12% din cazuri iar o remisie parțială în 47%. După remisiune probabilitatea unei recăderi ar fi de 48%. S-a sugerat că evoluția episodică ar putea fi corelată cu o comorbiditate cu tulburarea bipolară (Perrugi, 2002). Ea ar apare la cazuri cu debut mai tardiv, cu existența tulburării bipolare în familie și în comorbiditatea cu atacurile de panică dar nu cu anxietatea generalizată. Prezența obsesiilor magice și a

ritualurilor compulsive indică un prognostic nefavorabil mai ales dacă sunt însoțite de debut precoce, un nivel scăzut de adaptare socială și o tendință de cronicitate de la început.

TOC este considerată o boală cu evoluție îndelungată, tendință la cronicizare și reducere progresivă a funcționării sociale. Existența în ultimii ani a unor tratamente eficiente ar putea să schimbe această imagine dar încă nu există studii pe termen lung.

#### 4. Tabloul clinic al TOC; subtipuri ale TOC; diferențiere de alte fenomene psihopatologice

TOC se definește prin prezența obsesiilor și compulsiilor care, de obicei, sunt corelate. Poate fi orientativă următoarea schemă :

##### *A. Obsesii pure*

Amintiri, reprezentări  
ruminații

##### *D. Compulsii pure*

Ritualuri, ceremonialuri  
magice  
Colecționarism

##### *B. Obsesii strâns corelate cu compulsii*

Contaminare

Ordine, simetrie

Îndoială

Spălare, curățenie

Ordonare

Verificare

### *C. Intenții de act obsesive*

Agresive, sexuale, blasfemiatorii

În abordările psihoterapeutice se au în vedere în primă instanță două categorii, două cupluri, ce se întâlnesc uneori împreună dar nu totdeauna.

Acestea sunt:

- cuplul contaminare – spălare
- cuplul obsesii agresive – verificare

Primul a fost invocat cel mai des în dezvoltarea terapiei comportamentale prin expunere și prevenția răspunsului. Cel de al doilea a fost invocat în prim plan o dată cu dezvoltarea terapiei cognitive de către Salkovits.

Obsesia de contaminare și compulsia de spălare este cunoscută de mult timp, în diverse culturi. Ea apare și la copii iar la adult e una din cele mai frecvente. În decursul timpului contaminarea s-a referit la lepră, tuberculoză, gândaci, microbi, viruși, mai recent SIDA. Subiectul se poate referi pur și simplu la contaminarea cu murdărie. Alte teme sunt : praf, vapori, substanțe chimice, detergenți, vopsea lavabilă, lipici, radiații, propriile secreții. Sentimentul contaminării poate apar la simpla atingere de către un alt om, ca un fel de atingere malefică, de contaminare cu “ceva rău”. Precum și la autoatingere. Dar specificul fenomenului constă în sentimentul vulnerabilității la agenți fizici invizibili dar nocivi. Fenomenul diferențiază net TOC de paranoide unde e prezent sentimentul pericolului ce vine din partea altor persoane. Trăirea subiectivă a vulnerabilității față de contaminare e o convingere de fond și persistentă ce se acutizează periodic sau în anumite circumstanțe : în contact cu locuri publice murdare, WC-uri, telefon public, lucruri pe care pun mâna mulți oameni (de exemplu, bani).

Aceste localizări pot conduce la conduite de evitare și asigurare (utilizare de mănuși, batiste). Sentimentul sau convingerea vulnerabilității, poate fi echivalentă cu o idee supraevaluată (prevalentă) ce se apropie de ideea delirantă.

Compulsia de spălare este localizată în primul rând la mâini (ablutomanie). Pot apare și spălări repetate a anumitor părți a corpului. De multe ori aceste compulsii sunt concomitente cu neglijarea igienei altor părți corporale, mai rar spălări compulsive, repetate ale întregului corp, spălarea compulsivă a lenjeriei, dezinfecția repetată a îmbrăcăminteii. Curățenia excesivă și repetată în casă poate fi asociată obsesiei de vulnerabilitate. Dar ea se asociază și cu compulsia de ordonare.

O compulsie interesantă care poate fi amintită aici e cea de atingere repetată și irezistibilă a altor persoane. Ea nu este însă corelată cu obsesia de contaminare și poate fi asociată cu o altă categorie de compulsii interpersonale ca de exemplu cu faptul de a privi amănunțit fiecare persoană, a pune întrebări repetate. Sub forma sa pură compulsia de atingere, e manifestă în autismul infantil.

Verificarea este un simptom frecvent în TOC, fiind direct corelată cu îndoiala. Îndoiala la rândul ei, corelată cu incertitudinea și nehotărârea reprezintă un aspect specific și fundamental al patologiei OC, ce nu poate fi redus la un simplu simptom, așa cum a intuit Janet și cum e analizată problema în ultimii ani. Îndoiala se referă în sens direct la lipsa de siguranță, de certitudine, de convingere privitor la faptul dacă un lucru a fost făcut, este, există; și cum există. În cadrul TOC îndoiala se referă în primul rând la nesiguranța subiectului dacă a făcut un act a cărui omisiune e considerată a avea importanță sau ar putea reprezenta un pericol potențial pentru sine și pentru alții; stingerea argazului, închiderea robinetelor de apă, stingerea

luminii, încuierea ușii la plecare. Uneori pericolul e mai puțin evident ca în cazul verificării dacă o scrisoare a fost pusă la poștă, dacă s-a dat un răspuns la o întrebare, dacă o lucrare a fost terminată. În aceste cazuri intră în joc în primul rând ceea ce Janet a numit sentimentul de incompletitudine a psihastenului și a fost calificat ulterior ca fals sentiment exagerat de responsabilitate, în sensul că, dacă un anumit lucru nu e făcut – sau nu e bine făcut – ar putea deriva consecințe nefavorabile pentru alte persoane. De exemplu, dacă persoana nu a închis plita electrică s-ar putea declanșa un incendiu cu consecințe grave pentru alții. Dar această conexiune cu responsabilitatea sau această deducție, explicită sau implicită, nu a fost demonstrată pentru toate (sau pentru majoritatea) cazurilor din această categorie.

În al doilea rând verificările compulsive se corelează cu obsesiile și intențiile de act agresive și sexuale. Gânduri obsesive agresive sunt de exemplu : idea de a lovi pe cineva, a-l agresa cu obiecte ascuțite, a înjura, a jigni, a-și omorî copilul, a îmbrânci un bătrân în trafic, a sparge, distruge, incendia etc. Gândurile obsesive sexuale se pot referi la : incest, pedofilie, exhibiționism, sodomie, acte perverse etc. Gânduri obsesive auto-agresive : a se defenestra, a se autoagresa cu obiecte tăioase etc.. Astfel de obsesii chinuitoare sunt incluse de obicei în fenomenul de “fuziune gând – acțiune” (Thought – act fusion – TAF).

În cadrul TAF subiectul are sentimentul că faptul de a se gândi la un lucru rău, la un act agresiv, e echivalent cu a-l și face, că rezultă aceeași responsabilitate și vinovăție. Faptul de a se gândi la o eventualitate nefavorabilă, de exemplu la faptul de a i se întâmpla un rău cuiva apropiat, crește probabilitatea ca acest lucru să se întâmple. De exemplu, dacă se gândește că trenul în care călătorește soția ar putea deraia, probabilitatea ca

acesta să deriaze este mult mai mare. De unde și sentimentul de responsabilitate și vinovăție.

Fenomenul de fuziune gând-acțiune se aseamănă cu superstițiile și cu credința magică, în sensul că poți influența lucrurile din realitate doar gândindu-te la ele. Se exprimă astfel un fenomen specific al TOC și anume omnipotența gândirii. Vom relua dezbateră mai nuanțată a acestui fenomen în capitolul III.

Toate aceste obsesii agresive și sexuale pot fi trăite ca atare, în subiectivitatea subiectului nefiind urmate de compulsii. În acest caz, ele sunt etichetate ca și obsesii pure. Deseori însă ele induc o acută nevoie de verificare. Subiectul resimte compulsiile de a verifica dacă cumva ceea ce el a gândit rău nu s-a întâmplat cumva în realitate. Acest proces de verificare nu mai e stereotip ca în prima categorie de verificări, ci se desfășoară ca o investigație amplă care implică de obicei și pe cei din jur. De aici pot deriva și compulsii ce constau în întrebări repetate adresate altora cu scopul de a se asigura că nu s-a realizat obsesiile agresive și sexuale. Dar compulsiile întrebării poate fi orientată și în alte direcții decât asigurarea.

Această a doua categorie de obsesii ce duce la verificări are și o variantă mai dezvoltată. Aceasta constă în intenția de act care începe să se desfășoare dar pe care subiectul o controlează, o stăpânește, o oprește la timp sau o derivă. Fenomenul a fost descris de mult și e interesant că în prezent nu e analizat de psihopatologi și psihoterapeuți. De exemplu un pacient căruia îi apare obsesia de a înjura în tramvai, nemaiputând stăpâni desfășurarea actului începe perorația dar o deviază pe parcurs într-o altă propoziție; sau consumă actul cu voce redusă și acoperindu-și gura. Un bărbier care trăiește obsesia de a tăia cu briciul gâtul clientului, face mișcări



simbolice. Un obsesiv căruia îi apare idea de a se arunca de pe balcon, schițează actul după care se îndepărtează.

Verificările nu sunt singura reacție față de ideile agresive și sexuale. Frecvent, apar conduitele de evitare. De asemenea, multiple forme de ritualuri acoperite, negări, anulări etc.

Cele comentate mai sus arată că compulsia de verificare nu se cantonează la grupul obsesiilor agresive și sexuale. Iar pe de altă parte lupta împotriva trăirilor neplăcute pe care acestea le induc se realizează prin multiple mecanisme.

Obsesiile blasfemiatorii față de cele sacre au și ele o încărcătură agresivă și/sau sexuală : a-l înjura sau nega pe Dumnezeu, a pactiza cu diavolul, imaginarea unor aspecte indecente ale figurilor divine, idei de relații sexuale cu Fecioara Maria etc. Acestea sunt, de obicei, contracarate de ritualuri mentale, ca rugăciunea, negarea etc, Se mai practică evitarea și asigurarea. Tot în aria religioasă se plasează unele scrupule morale obsesive subiectul analizând în detaliu toate comportamentele prin care ar fi putut păcătui, cu fapta și cu gândul. Faptul conduce de obicei la spovedanii compulsive care se repetă așa de des încât alertează confesorul.

Obsesiile sexuale și blasfemiatorii au o încărcătură agresivă (Anthony, 1993). Se subliniază astfel specificul agresiv al TOC spre deosebire de alte tulburări psihopatologice, între care și paranoia, în care subiectul se află în poziție pasivă. În paranozie el se simte agresat de alții (nu de microbi ca în TOC, ci de alte persoane); în TOC subiectul are o atitudine agresivă față de alții.

Obsesiile ce au ca temă propriul corp apar într-un fel în continuitatea celor de contaminare dar distincte de acestea. Se notează cele privitoare la aspectul corporal care i se pare subiectului neadecvat, fapt ce ar putea atrage

atenția altora. Această obsesie care este cap de linie pentru dismorfofobie poate conduce la repetate verificări în oglindă și la verificarea atitudinii altora față de sine. O altă tematică este cea hipocondriacă care poate îmbrăca și o formă obsesivă. Aceasta conduce la repetate analize și consulturi medicale ce s-ar plasa pe poziția compulsiilor. Totuși, ele sunt evident diferite de compulsii ca cele de spălare și verificare.

Obsesia și compulsia de ordonare nu sunt plasate de obicei printre cele mai frecvente și pregnante. Ele au însă o importanță principială deoarece, împreună cu îndoiala sunt simptomele ce fac legătura între TOC și tulburarea de personalitate obsesiv-compulsivă (TPOC). Subiectul resimte nevoia ca lucrurile din ambianța proximală să fie într-o anumită poziție sau ordine. Absența acestei ordini induce o stare de tensiune anxioasă, chiar panica, care însă nu poate fi caracterizată ca frică, scârbă, culpă ca în cazul obsesiilor menționate anterior. Ca o consecință, el trece la ordonare. Si ordonează astfel încât totul să fie într-o poziție fixă, încrămășată. Această fixitate a ordinii ce nu lasă loc niciunei abateri de la schemă, nici o fisură, este singura care dă siguranță. Orice început de dezordine induce nesiguranța și anxietatea. Compulsia apare la prima vedere doar când ordinea e perturbată. Pe de altă parte subiectul resimte mereu nevoia de a face ordine în toate. Nu doar în spațiul din jur, ci și în proiectele de acțiune. Motiv pentru care face în mod repetat planuri, proiecte, schițe. Această caracteristică e notată de obicei la TPOC, dar în multe cazuri diferențierea de TOC poate fi dificilă. Privitor la proiectele de acțiune mai poate interveni dificultatea de decizie, care se corelează cu îndoiala. Acest aspect nu e vizibil în simpla ordonare spațială prin care subiectul dorește ca “toate să fie la locul lor”. Nevoia de ordonare fixă se întâlnește pregnant și în autismul

infantil. La obsesiv, nevoia compulsivă de ordonare se poate corela cu cea de curățenie, fapt ce se manifestă compulsiv ritualic la multe gospodine.

Pe lângă obsesiile corelate evident cu compulsiile se pot identifica și obsesii pure, ca de exemplu amintiri obsesive episodice sau de cultură generală, de exemplu reamintirea unor melodii. La fel, imagini și reprezentări obsesive. Un aspect special și supus dezbaterii îl constituie ruminațiile mentale.

Ruminațiile mentale apar în primul rând ca idei, probleme, întrebări distorsionate și insolubile pe care subiectul și le pune sie-și și la care meditează îndelung argumentând pro și contra, fără a ajunge la o concluzie. Temele sunt științifice, filosofice, morale, religioase iar dezbaterile se dezvoltă sub semnul ambivalenței și indeciziei. Există Dumnezeu? Există viață după moarte? Ce a fost cu conștiința mea înainte de a mă fi născut? Cum poate fi atins infinitul? Unele analize psihopatologice indică prezența în cazul ruminațiilor a unor diverse și subtile compulsi acoperite care se desfășoară în cadrul temei generale abordate (De Silva, 2004).

Compulsiile pure sau compulsiile pregnante se cer și ele reliefate. Ele pot apărea ca mișcări stereotipe care nu sunt precedate de obsesii corelate ci doar de stări de tensiune sau fenomene senzoriale. Acestea se diferențiază și de stereotipiile motorii ce apar în leziunile cerebrale, semănând până la un punct cu mișcările stereotipe ale animalelor. Ele reprezintă puntea de legătură între compulsi și fenomene precum tricotilomania, gratajul stereotip, presarea stereotipă a coșurilor etc. Există și ritualuri complicate, ceremonialuri ce constau într-o suită de mișcări ce se desfășoară în ordine fixă, cu sentimentul că trebuie îndeplinite pentru a preveni o nenorocire. Ceea ce e diferit de impulsul spălării corelate obsesiei de contaminare. Sau care se declanșează și se cer imperios executate înaintea unui act simplu cum

ar fi deschiderea unei uși, plecatul de acasă. Fenomenul seamănă cu actele supersițioase, de exemplu cu facerea unei cruci înainte de a trece strada.

Colecționarismul compulsiv se diferențiază de alte compulsii prin faptul că nu e precedat de obsesii corelative ca în cazul spălării sau verificării. Pacientul colecționează obiecte inutile de care nu se mai desparte și care aglomerează spațiul de locuit. El e anxios să nu piardă ceva din colecția sa de care nu se poate despărți cu toată absurditatea situației. Dacă compulsia verificării e corelată cu îndoiala, compulsia colecționării se corelează cu o marcată indecizie care este însă ulterioară colecționării. Subiectul nu se poate decide să se despartă de cele colecționate deoarece “nu se știe dacă odată nu va avea nevoie de ele”. El manifestă un pronunțat sentiment al fricii de a se despărți de ceva, chiar dacă faptul apare ca absurd. Colecționarismul se corelează cu problematizarea delimitării extinse și simbolice a persoanei. Colecționarismul patologic are o replică în cel normal și una posibilă în etologie unde sunt animale ce colecționează exagerat provizii. Compulsia colecționării se însoțește deseori de ticuri și microsimeptome neurologice. Ea este și un aspect ce face legătura între TOC și TPOC.

Numărătoarea compulsivă, aritmomania, este o compulsie internă, acoperită. Ea poate fi simplă în sensul numărării obiectelor percepute, a scărilor urcate etc. De obicei, se organizează însă în ritualuri după anumite reguli, combinându-se și cu alte ritualuri. De exemplu, pacientul trebuie să facă trei pași înainte și trei înapoi înainte de a păsări camera; sau trebuie să manipuleze haina de 3 ori înainte de a o îmbrăca. Compulsia aritmomanică nu apare ca secundând o obsesie anume. Numerele pot apărea și ca fenomen obsesiv subiectul resimțind ca unele numere sunt faste și alte nefaste, pe care

le evită. Fapt ce conduce la conduite complexe, care-i complică existența zilnică.

Un fenomen aparte ce apare în TOC este încetineala obsesivă. Pacientul execută unele acte firești într-un ritm foarte lent fiind extrem de meticulos, parcurgând cu grijă fiecare detaliu al acțiunii pe care intenționează să-l execute perfect. Astfel toaleta de dimineața poate ține 2-3 ore, în fiecare zi.

Pacienții cu TOC au de obicei o combinație de simptome obsesive și compulsive din seria celor menționate mai sus (Summerfeldt, 1999). La fiecare pacient se cere făcut la un moment dat inventarul simptomelor și profilul simptomatologic. Simptomatologia se poate modifica în timp, unele simptome trecând în prim plan și altele în plan secund. Cineva care în copilărie avea predominant ritualuri de spălare poate avea ca adult predominant ritualuri de verificare.

### *Subtipuri ale TOC*

Observația clinică a identificat subtipuri de TOC. Cazurile de TOC cu debut timpuriu au mai frecvent traume perinatale, sunt mai des de sex masculin, predomină obsesiile de simetrie, exactitate și ritualuri, există o mai frecventă comorbiditate cu tulburarea bipolară. Cei cu debut mai tardiv au mai frecvent obsesii agresive și compulsii de spălare precum și o frecvență mai mare a atacurilor de panică (Bellodi, 2002).

Pacienții cu TOC care se asociază cu o patologie neurologică a ganglionilor bazali sunt mai preocupate de simetrie / exactitate, obsesii sexuale și agresive, compulsii de numărat (Kim et al., 2004).

Cercetările ultimilor ani care au adunat multe studii și se referă la mii de cazuri urmărite longitudinal sugerează următoarele subtipuri

simptomatologice (Leckman et al., 2001, 2003, 2005, Mataix-Cols et al., 2000, 2005) :

- obsesii agresive, sexuale și religioase și compulsii de verificare; în unele studii cele sexuale și religioase sunt grupate separat;
- obsesii de simetrie, exactitate, ordine și compulsie de aranjare;
- obsesii de contaminare și compulsii de curățenie / spălare;
- obsesii și compulsii de colecționare. Acestea s-ar corela uneori cu obsesii de simetrie și compulsii de ordonare și numărare. Colecționariștii tind să fie egosintoni și cu critică redusă; au o mare comorbiditate pe axa I incluzând fobia socială, depresia, tulburarea bipolară și dismorfofobia corporală (Stein, 2001).

Analiza TOC în perspectiva subtipurilor e importantă pentru programele de studii etiopatogenice și pentru construirea modelelor interpretative. Actualele modele teoretice ale TOC se aplică predominant unor subtipuri dar insuficient ansamblului patologiei TOC.

### *Diferențierea simptomatologiei TOC de alte simptome și tulburări psihopatologice*

- Comportamentul impulsiv constă din acte efective ce produc satisfacție sau destindere. În raport cu compulsia, inițial poate exista o stare de tensiune, o scurtă luptă cu tendințe impulsive dar subiectul cedează, acționează uneori sub tensiune și cu satisfacție – se detensionează; ulterior poate regreta și trăi sentimente de culpă. Comportamentele impulsive pot fi : *simple* ca tricotilomania (smulgerea părului), gratajul impulsiv, presarea coșurilor etc.; *complexe*, cum sunt : cleptomania, jocul de noroc patologic, cumpărăturile patologice; *interpersonal*, ca în cazul stărilor explozive,

- al unor comportamente sexuale și al manifestărilor din tulburarea de personalitate borderline.
- Mișcările involuntare ale ticurilor și din bolile neurologice se caracterizează nu doar prin lipsa obsesiilor dar și a oricărei implicări voluntare care în compulsii există totuși parțial.
  - Preocuparea față de o idee supraevaluată cu comportament prevalențial. Aceasta se întâlnește în tulburarea dismorfic corporală și unele forme de hipocondrie; ambele tulburări pot fi însoțite de obsesii. În TOC convingerea privitoare la contaminare poate avea și ea forma unei idei supraevaluate. La fel, convingerea într-o responsabilitate crescută sau în omnipotența gândirii. Dacă insight-ul scade, e posibilă tranziția spre delir.
  - Fobiile clasice sunt situaționale pe când TOC izvorăște din interioritatea subiectului. Manifestări de tip fobic există în simptomatologia contaminării care se accentuează în unele împrejurări exterioare (WC-uri publice, telefoane publice etc.). În TOC sunt caracteristice “fobiile anankaste”, de exemplu, frica de obiecte ascuțite pentru a nu fi folosite împotriva altora sau împotriva sa. În măsura în care TOC are mai pregnante caracteristici fobice, se dezvoltă conduite de evitare și asigurare, a căror prezență este importantă pentru intervențiile psihoterapeutice.

Depresia repliază subiectul asupra sa însuși, cu creșterea sentimentului de responsabilitate și vinovăție. Ea nu se manifestă însă prin simptome secvențiale și exprimă o tendință la concentrare și nu la dispersie și fixare pe detalii exterioare. În plus depresia are simptome specifice.

Simptomele TOC se cer diferențiate de cele din sindromul de transparență – influență în care subiectul resimte apariția în conștiință, fără

voia sa, a unor gânduri pe care le resimte ca străine de sine, impuse din afară, de către alții.

### 5. Identificare, diagnostic și evaluare în TOC

Simptomatologia TOC fiind specifică această tulburare e ușor de identificat. Dificultatea constă în reticența pacienților, în faptul că ei își ascund boala pe care o consideră rușinoasă, necomunicând-o de multe ori nici celor apropiați sau familiei și evitând contactul cu terapeuții. De aceea se ridică problema depistării, a identificării tulburării cu ocazia diverselor contacte. Subiectul trebuie investigat activ deoarece nu se poate miza pe spontaneitatea sa, fapt diferit de ceea ce se întâmplă în anxietate (Okasha, 2000). Se consideră a fi deosebit de utile următoarele 5 întrebări simple, care alcătuiesc instrumentul de screening Zohar – Fineberg Obsessive Compulsive Screen – Z-FOCS (Zohar și Fineberg, 2006, în Stein și Fineberg, 2007):

1. Vă spălați sau curățați mult?
2. Verificați mult lucrurile?
3. Există gânduri care vă deranjează, de care ați dori să scăpați dar nu puteți?
4. Vă trebuie mult timp ca să terminați activitățile curente?
5. Vă preocupă ordinea și simetria?

Dacă rezultă suspiciunea de TOC se cere o investigație detaliată a biografiei și a simptomatologiei (Baer, 1990). Aceasta se poate realiza în cadrul unor interviuri clinice, prin utilizarea unor scale de autoevaluare și



prin aplicarea interviului Y-BOCS (vezi mai jos). Informații se pot obține și de la persoane apropiate și prin observarea pacientului în timpul interviului sau în situații speciale. O examinare pertinentă cere destul de mult timp deoarece pacienții cu TOC nu se exprimă spontan și sintetic, uneori relatarea e analitică cu pierderea în detalii.

Se pot folosi *instrumente standardizate* și *specifice*. Între cele specifice pentru TOC cele mai utilizate în ultimele decenii sunt :

- *Maudsley Obsessive-Compulsive Inventory* (MOCI). Acesta constă din 30 itemi la care pacientul răspunde adevărat (A) și fals (F). Rezultatele se concretizează într-un scor total pentru obsesivitate și 4 subscale privitoare la : verificare, spălare, încetineală/repetiție și îndoială/conștiințiozitate. Se cotează cu un punct când răspunsul se potrivește și cu 0 atunci când nu se potrivește. Scorurile maxime pentru subscale sunt : verificare-9; spălare-11; încetineală/repetiție-7; conștiințiozitate-7;
  
- *The Padue Inventory* constă din 60 itemi ce se evaluează între 0-4. Primii 10 se referă la contaminare, ca și în MOCI dar în continuare sunt destul de mulți itemi ce vizează intenția de act agresivă. Există de asemenea itemi pentru îndoială și verificare, ordine și ritualuri, pentru implicarea obsesivă a numerelor, pentru obsesia pierderii controlului și sentimentul de incompletitudine. Sunt avute în vedere 5 subscale : - obsesia de contaminare și compulsia de spălare; - compulsia de îmbrăcare/îngrijire; - compulsia de verificare; - gândirea obsesivă privitoare la un rău personal și la răul altora; - impulsuri de a vătăma pe alții sau pe sine.

- *Leyton Obsessional Inventory* (LOI) a fost realizată pentru a diferenția între persoane normale, gospodine preocupate de curățenie și pacienți obsesionali. Inventarul constă din 64 întrebări cu răspuns “da” sau “nu” împărțite în 46 întrebări ce vizează simptome de boală și 23 pentru trăsături obsesive. Întrebările în legătură cu simptomatologia TOC acoperă 10 categorii incluzând : gânduri recurente neplăcute, verificare, curățenie și ordine în casă, ordonare, repetiție și indecizie.
- *Florida Obsessive Compulsiv Inventory* (FOCI) are 20 item la care se răspunde cu da sau nu. Se au în vedere idei obsesive repetitive, îngrijorări obsesive, impulsuri sau tendințe de act și acte impulsive inclusiv ritualuri.
- *Inventarul Radomski* pentru simetrie, ordine și aranjare constă din 20 de itemi ce se cotează cu 5 valori între 0 și 4.

Cel mai important instrument în evaluarea TOC este *Yale Brown Obsessive-Compulsive Scale* (Y-BOCS – Goodman, 1989)). Acesta constă dintr-un interviu ce are 2 părți. Prima parte se referă la inventarierea simptomelor și aplicarea sa e precedată de explicarea a ceea ce se înțelege prin obsesie și compulsie. E parcursă apoi o listă de simptome cu chestionarea asupra prezenței acestora în trecut și în prezent. Dintre obsesii sunt avute în vedere următoarele categorii : obsesii agresive, obsesii de contaminare, obsesii sexuale, obsesii de colecționare/teaurizare, obsesii religioase, obsesii legate de nevoia de simetrie și exactitate, obsesii variate, obsesii somatice. Dintre compulsii sunt avute în vedere următoarele categorii : compulsii de curățenie sau spălare, compulsii de verificare,

ritualuri de repetare, compulsii de numărare, compulsii de ordonare/aranjare, compulsii de colecționarea sau tezaurizare, compulsii variate.

Următoarea secțiune se referă la evaluarea intensității simptomelor și la efectul lor negativ asupra persoanei. Pentru obsesii se au în vedere următoarele aspecte, fiecare cotate cu 5 nivele de gravitate : - timpul ocupat de gândurile obsesive, perioadele de timp petrecute cu obsesiile (pe săptămână), interferența cu activitatea zilnică în cazul de gânduri obsesive; - distresul cauzat de gândurile obsesive, - rezistența la obsesii, - gradul de control asupra obsesiilor. Pentru compulsii se cotează tot cu 5 grade de gravitate. – timpul ocupat de efectuarea compulsiilor, - perioade de timp fără compulsiilor, - interferența cu activitatea datorată compulsiilor - distresul cauzat de compulsiilor, - gradul de control asupra compulsiilor.

Y-BOCS aplicată succesiv poate indica o eventuală ameliorare a simptomatologiei TOC în cursul tratamentului.

În cadrul psihoterapiilor se folosesc și alte instrumente de inventariere a simptomelor, de evaluare a gravității acestora și de autoobservație care să permită urmărirea detaliată a evoluției cazului sub tratament.

Rezumând problema identificării, a diagnosticului și evoluției TOC se pot spune următoarele :

TOC nu e dificil de identificat dar necesită o atitudine activă din partea terapeutului sau investigatorului care trebuie să pună întrebări țintite. Cazurile de TOC se prezintă rar și cu greu la psihiatru sau psihoterapeut și de aceea nu trebuie văzute doar în serviciile psihiatrice. Pe lângă medicul generalist mai intră în contact cu persoane cu TOC dermatologii, în urma leziunilor date de spălatul pe mâini, stomatologii, neurologii, interniștii (pentru preocupările hipocondriace), preoții (pentru spovedanii repetate).

În diagnosticarea TOC e nevoie de răbdare deoarece pacientul își expune suferința deseori într-un stil nesintetic, pierzându-se în detalii.

E util să se folosească scale de autoevaluare. Instrumentul cel mai complex și util pentru urmărirea evoluției este chestionarul Y-BOCS care evaluează atât configurația simptomatică cât și gravitatea simptomelor, repercusiunea acestora asupra vieții zilnice a pacientului, suferința pe care o induce timpul petrecut cu simptomele, perturbarea activităților firești ale vieții cotidiene.

În diagnosticarea și evaluarea TOC e important să se identifice comorbiditatea atât din punct de vedere categorical cât și dimensional, a “spectrului TOC”. Un progres terapeutic rațional se poate face doar pe baza unor evaluări complexe, periodice.

## 6. Comorbiditate și interferențe patologice psihiatrice în TOC.

Simptomatologia TOC are o înaltă specificitate. De aceea comorbiditatea poate fi de obicei ușor sesizată. Este important ca ea să fie identificată pentru ca programele de tratament să fie bine alcătuite. Prezența unei comorbidități psihiatrice importante face dificilă psihoterapia. De asemenea se consideră că ea este un factor de prognostic negativ. În unele cazuri poate da totuși speranțe crescute, ca de exemplu în cazul unei bipolarități în care e de așteptat ca o dată cu tratarea și trecerea fazei depressive tabloul TOC să se amelioreze.

Un aspect specific al TOC este prezența unei comorbidități neurologice.

Depresia. Este cel mai frecvent fapt comorbid întâlnindu-se în peste 80% din cazurile TOC. În prezența depresiei trebuie clarificat dacă e primară sau secundară în raport cu TOC. Fenomene de tip obsesiv apar și în depresia propriu zisă sub forma rumațiilor morale care nu sunt egodistone și criticate de subiect ca absurde. Prezența depresiei, cu toate caracteristicile sale simptomatice agravează simptomatologia TOC, în special replierea pe sine, culpabilitatea și scrupulozitatea. Depresia asociată TOC poate fi continuă sau cu accentuări periodice, caz în caz care se sugerează o tulburare monopolar depresivă morbidă. Depresia obsesivului poate face parte și dintr-o tulburare bipolară comorbidă. Tratamentul antidepresiv poate ameliora sau rezolva depresia fără a influența TOC dacă nu se folosesc SSRI sau anafranil. Nu există studii privitoare la tratamentul psihoterapeutic cognitivist focalizat concomitent pe TOC și pe depresie.

TOC și tulburările anxioase. În sistemul de clasificare american DSM-IV, TOC este inclusă între tulburările anxioase. Studiile ultimilor ani indică că TOC prezintă caracteristici epidemiologice fenomenologice și terapeutice prin care se diferențiază de tulburările anxioase, fapt consfințit și prin consensul de la Cap Town din 2006 (Zohar, 2007). De aceea comorbiditatea cu acestea poate fi considerată una heterotipică.

Atacurile de panică au fost descris, după unele studii, la 60% din pacienții cu TOC, dar cu frecvență variată. Se consideră a fi realmente comorbide cele care survin în mod neașteptat și recurent, fără vreo legătură cu obsesiile și / sau compulsiile și care sunt mai rare. Planul terapeutic include, în aceste cazuri, și benzodiazepine și alte modalități terapeutice.

Anxietatea (fobia) socială este considerată ca fiind destul de frecvent comorbidă cu TOC. Faptul s-ar explica prin rușinea ce o resimte pacientul în raport cu simptomatologia sa și care îl face să se teamă de comentarii sociale

negative. Tot astfel s-ar explica frecvența mare a tulburării de personalitate evitantă în TOC. Fobia socială este singura dintre tulburările anxioase care raspunde pozitiv, la fel ca și TOC, la SSRI. Dar, în măsura în care fobia sociala e generalizată și / sau se conjugă cu o tulburare de personalitate, răspunsul terapeutic la SSRI este modest. Se propune terapie cognitiv-comportamentală specifică. Nu există, însă, studii controlate la TOC de tratare concomitentă prin psihoterapie a celor două tulburări.

Tulburarea de anxietate generalizată a fost întâlnită în unele studii comorbide 20% cu TOC. Tratamentul medicamentos presupune și benzodiazepine, SSRI, buspirona.

Consumul de substanțe psihoactive. TOC pare a fi asociată cu o ușoară creștere a riscului pentru abuzul și dependența de alcool, așa cum rezultă din studiul ECA. Totuși un studiu al lui Rasmussen și Eissen (1990) indică o rată de prevalență de-a lungul vieții pentru abuzul / dependența de alcool de 14%, cifră consemnată în cadrul populației generale.

Ciclotimia și tulburarea bipolară. Recent (2003), Hantouche a condus un studiu pe 628 pacienți cu TOC cărora li s-a aplicat chestionarul de autoevaluare a temperamentului ciclotimic. 53% dintre pacienți au fost clasificați ca fiind ciclotimici. Aceștia au o serie de caracteristici, și anume: o simptomatologie TOC mai severă, înaltă frecvență a obsesiilor agresive, sexuală , religioasă și a compulsiilor de verificare, tezurizare, o evoluție episodică cu alternanța între episoadele expansive și depresive, o înaltă rată a tentativelor suicidare și frecvente internări psihiatrice.

Comorbiditatea între TOC și tulburarea bipolară a fost și ea studiată (Kruger et al., 1995, Perugi et al., 2002). În condițiile în care TOC este primară, evoluția acesteia este episodică. Predomină obsesiile sexuale și religioase și există o rată mai scăzută a ritualurilor de verificare. Se constată

o rată crescută a tulburărilor de panică cu agorafobie și cu abuz de substanțe. Tratamentul antidepresiv duce la viraje maniacale, motiv pentru care se impune tratament cu stabilizatori timici. Se consideră, în prezent, că în cazul comorbidității TOC – tulburare bipolară, tratamentul trebuie organizat în jurul acesteia din urmă pe când în combinații TOC – tulburarea monopolară, tonul îl dă tratamentul TOC. Combinarea TOC – bipolaritate apare frecvent la persoane ce prezintă și ticuri.

Tulburarea psihotică delirantă. Conținutul obsesiilor din TOC este anormal și deseori absurd, fapt pe care pacientul îl sesizează și față de care reacționează prin critică, efort de a îndepărta obsesiile. Sunt cazuri în care autoaprecierea critică a absurdității gândurilor ce se exprimă – și care au forma și intensitatea unor convingeri aberante – scade progresiv. Dacă insight-ul e foarte scăzut pacientul cu TOC poate fi apropiat de patologia delirantă. Aspectul intermediar îl constituie ideile supraevaluate sau prevalențiale (Bermanzohn et al., 1997, Insel și Akiskal, 1986, Kozak și Foa, 1994).

În cazul raportării la delir nu se pune clar problema unei comorbidități, ci cea a unor stadii intermediare (O'Dwyer și Marks, 2000). Tematica prevalențial delirantă spre care poate evolua pacientul cu TOC este una specifică. Ea se referă în primul rând la contaminare – infestare, îmbolnăvire a propriei persoane și la răul făcut altora. Aceasta poate rezulta fie din infestarea care e transmisă altora din neglijență proprie (care ajunge indirect să dăuneze altora), fie, în sfârșit, din imaginarea de acțiuni directe dirijate împotriva altora. Alte teme destul de caracteristice ar fi cele hipocondriace, cele referitoare la relaționarea sexuală anormală, cele la aspectul corporal nesatisfăcător (dismorfofobie), de gelozie și cele legate de teaurizare-colecționare). Se remarcă absența la TOC a tematicii paranoide, ceea ce

îndepărtează această tulburare cel puțin din această perspectivă, de schizofrenia paranoidă. TOC cu simptome psihotic delirante nu se însoțește de obicei de halucinații.

Schizofrenia. Problema care a fost dezbătută mai mult este cea a schizofreniei cu simptome TOC, propunându-se chiar să se circumscrie un subtip de schizofrenie în acest sens. La pacienții cu schizofrenie obsesiile și compulsiile pot să preexiste, pot apărea spontan în cursul psihozei, pot fi precipitate sau exacerbate de medicația antipsihotică. În unele cazuri simptomele OC rămân distincte; insight-ul asupra raționalității obsesiilor și compulsiilor e prezent, ele sunt resimțite ca excesive și nejustificate. În alte cazuri, obsesiile și compulsiile devin subiectul unei elaborări delirante în timpul fazelor active ale psihozei; sau, simptomele obsesionale sunt inseparabile de simptomele psihotice: de exemplu când pacientul crede că obsesiile sexuale sau agresive sunt prezente ca o consecință directă a fenomenelor de transparență-influență xenopatică, Prezența simptomelor OC în schizofrenie ar indica un prognostic mai rezervat. Simptomele OC pot fi și neuroleptic induse.

Se mai cere remarcat că simptomatologia OC are la bază o deficiență a coerenței interne a psihismului. Si prin aceasta se plasează în direcția în care se dezvoltă autismul infantil, sindromul Asperger dar și schizoidia și schizofrenia dezorganizantă și parțial cea simplă.

În concluzie, comorbiditatea în TOC are două perspective. Una dintre ele se referă la formele care se apropie de psihoză, de tulburarea bipolară, monopolară, delirantă și schizofrenia, iar alta se referă la apropierea de tulburările anxioase sau alte manifestări de tip nevrotic. Acestea nu sunt propice unei abordări psihoterapeutice.



Un alt aspect e comorbiditatea cu depresia și tulburările anxioase. Acestea se cer identificate deoarece prezența lor, deși nu contraindică psihoterapia, face ca un caz să fie mai dificil de abordat dacă nu se tratează și tulburarea comorbidă.

## 7. Spectrul TOC

TOC, ca tulburare psihopatologică are o mare specificitate. În perspectivă clinică se cere evaluată atât comorbiditatea categorială cu alte tulburări psihiatrice cât și eventuala prezența a unor tulburări neuropsihice cu care TOC este înrudită, care sunt cuprinse în același “spectru” și cu care se poate stabili o corelație dimensională. Tema spectrului TOC a fost mult studiată în ultimii ani cercetările demonstrând că între TOC și tulburările neuro-psihiice ce au fost introduse în spectrul TOC există apropieri simptomatologice și caracteristici asociate precum vârsta de debut, evoluție clinică, prevalență, comorbiditate, o etiologie similară demonstrabilă prin istoria familială pozitivă, markeri biologici și răspuns terapeutic.

Tulburările care în prezent sunt incluse în spectrul TOC au fost ordonate de Hollander (Hollander, 1993, Hollander și Benzaquen, 1996, McElroy et al., 1994) după trei axe, fiecare dintre acestea ordonate de doi poli.

Ordonarea lui Hollander este următoarea :

Pol compulsiv

Pol impulsiv

---

Pol cognitiv

Pol motor

---

Incertitudine

Certitudine

---

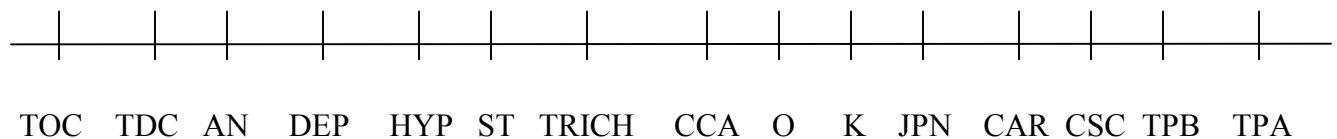
În continuare vor fi menționate unele date despre câteva din tulburările specifice cuprinse în spectrul TOC și plasate pe aceste axe.

### Spectrul compulsiv / impulsiv

(Hollander, 1993; Hollander și Benzaquen, 1996)

Pol compulsiv

Pol impulsiv



Aversiune față de risc

Căutarea riscului

Evitarea prejudiciilor

Minimalizarea prejudiciilor

#### Legendă

TOC= tulburare obsesiv-compulsivă

TDC= tulburare dismorfică corporală

AN= anorexie nervoasă

DEP= tulburare de depersonalizare

HYP= hipocondrie

ST= sindrom Tourette

TRICH= tricotilomanie

CCA= consum compulsiv de alimente (accese/episoade bulimice)

O= oniomanie (cumpărături compulsive)

K= cleptomanie

JPN= joc patologic de noroc

CAR= comportament autoagresiv repetitiv

CSC= comportament sexual compulsiv

TPB= tulburare de personalitate – tip borderline

TPA= tulburare de personalitate – tip antisocial

Tulburarea dismorfic corporală sau dismorfofobia constă într-o credință imaginară, marginală delirului, în existența unui defect a întregului corp sau a unei părți a corpului, mai ales la nivelul feței. Acest defect nu e real dar el preocupă intens subiectul care se crede din acest motiv deviant față de alții, eventual urât, posibil a fi evaluat negativ de ceilalți. Preocuparea e persistentă conducând la autoobservare îndelungată, încercări de mascare a defectului, remedii cosmetice sau solicitări de intervenții chirurgicale estetice (Hollander și Wong, 1995). Trăirile subiectului pot uneori lua o formă obsesivă egodistonă, alteori pot aluneca spre delir monotematic. Tulburarea este handicapantă social.

Anorexia nervoasă apare cel mai frecvent la tinerele fete și constă într-o preocupare excesivă privitoare la siluetă, un refuz al creșterii și îngrășării, dorința excesivă de a avea o conformație subțire, slabă. Aceasta determină o conduită alimentară specială cu dietă catabolizantă, diuretice, exerciții fizice, provocare de vărsături, purgație. Preocuparea este prevalentă, ca idee supraevaluată - dar poate avea perioade și forme obsesive și / sau delirante. Uneori se asociază cu episoade bulimice care sunt trăite impulsiv, cu o

posibilă fază compulsivă. Structura caracterială e deseori psiho-rigidă și perfecționistă. Se întâlnesc frecvent gânduri recurente privitoare la dorința de a slăbi. Dar aceste gânduri nu sunt considerate absurde și subiectul nu opune rezistență.

Tulburarea de depersonalizare se caracterizează prin apariția unor episoade recurente sau persistente care implică detașare de propriul „eu” (față de propriile procese mentale sau față de propriul corp). Deseori sunt prezente gânduri egodistone repetitive.

Hipocondria constă din preocuparea sau teama patologică de a avea o boală gravă, bazată pe interpretări nerealiste și distorsionate a senzațiilor corporale, cu toate asigurările specialiștilor că o astfel de boală nu există. Preocupări hipocondriace se întâlnesc în multe contexte psihopatologice și conduc la un mare consum de servicii medicale. Ea poate fi trăită și obsesiv, pacientul autoobservându-se și verificând continuu sănătatea sa prin analize și consulturi medicale (Faloon et al., 1993). Hipocondria poate să capete și forma unui delir monotematic.

Tulburarea Gilles de la Tourette apare în cursul ontogenezei la vârste infanto-juvenile (vârsta medie de 7 ani) și e caracterizată prin ticuri vocale și motorii, simple sau complexe care survin de mai multe ori pe zi (de obicei în serii) cauzând suferința subiectului și alterare semnificativă a funcționalității sociale. Se poate ajunge la ticuri motorii complexe, la comportamente autoagresive. Ticurile verbale pot fi simple sau complexe, cu coprolalie, palilalie, ecolalie. Dintre cei cu tulburarea Tourette, 30-70% prezintă

simptomatologie obsesiv-compulsivă. Simptomatologia TOC e crescută la rudele de gradul I.

Tricotilomania constă din smulgerea impulsivă a firelor de păr din diverse părți ale corpului. Apare inițial o stare de tensiune care se reduce după smulgere, apărând uneori chiar o stare de plăcere; urmată apoi de rușine și culpă.

Comportamentul sexual compulsiv-impulsiv include acte sexuale repetitive și ideație sexuală intruzivă. Se vorbește și de o “addicție sexuală”, subiectul repetând des actele sexuale și nemaicontrolându-se pentru a se opri. Se include aici și masturbația compulsivă, promiscuitatea sexuală egosintonă, cererea repetată și insistentă de a avea relații sexuale dese cu partenerul și altele. Se pot găsi puncte de tranziție spre obsesiile sexuale.

Cumpărăturile compulsive (oniomania) constă din perioade în care subiectul se angajează în cumpărături ample, ce includ și lucruri inutile, comportament care pentru moment nu se poate opri. Această cumpărare impulsivă și necontrolată poate fi stimulată de oferte, de facilitatea cumpărăturilor, dar și de episoade hipomaniacale. Uneori se ajunge la addicție de cumpărături. Fenomenul este la un alt pol față de comportamentul ezitant al obsesivului ce nu se poate hotărâ să cumpere; dar plasat pe axa unu continuum.

Jocul patologic de noroc este un comportament impulsiv în care subiectul se simte tentat spre jocul care-i dă șansa de câștig, cedează tentației, se angrezează în joc, trăiește intens episoadele de câștig și pierdere și în final

pierderile sunt considerabile; starea de excitație este urmată de una de deprimare și vinovăție; și de lungi perioade de acumulare pentru a plăti datoriile. Comportamentul este impulsiv și e plasat pe un ax ce duce de la compulsivitate la impulsivitate.

Alte fenomene impulsive sunt : - comportamentul exploziv intermitent; - cleptomania; - consumul impulsiv de alimente (bulimia); - piromania; - dipsomania. Aceste tulburări ale controlului impulsurilor au unele asemănări cu fenomenele compulsive din TOC. Ele sunt inițiate prin porniri intrusive și irezistibile de a comite un act; inițial pacienții simt o tensiune crescândă asociată cu tentative de a rezista impulsurilor iar anxietatea se reduce după consumarea sa. Dar compulsiile din TOC se desfășoară pentru a îndepărta trăirile neplăcute pe când impulsurile caută satisfacția, plăcerea.

Un loc aparte l-ar merita apropierea dintre elementele clinice ale TOC și ale autismului, chiar dacă această tulburare nu se regăsește menționată în spectrul compulsiv – impulsiv.

Autismul Kanner este o tulburare neuropsihică ce apare la vârsta copilăriei și constă în grave perturbări ale interacțiunii sociale, ale comunicării și comportamentului. Copilul este anafectiv, nu răspunde la expresivitatea feței altuia și la imaginea sa în oglindă. Prezintă mișcări corporale stereotipe, e aderent de ritualuri inflexibile, lipsite de finalitate. Se preocupă de jocurile constructive. Reacționează la detalii și nu reușește să perceapă ansamblurile. Pacienții sunt preocupați de repetiție, ordonare, teaurizare, de atingerea obiectelor și a altora și manifestă tendințe de automutilare. O parte din simptomatologie se suprapune cu cea din formele grave ale TOC.

În concluzie ideea spectrului TOC lărgeste înțelegerea acestui domeniu de patologie prin posibilitatea articulării sale cu diverse direcții în care se manifestă tulburările neuropsihice la om. Dar tocmai această multidirecționare ce pleacă de la TOC ridică problema : în ce constă specificitatea incontestabilă a patologiei din TOC?

Una din sugestii poate fi aceea că ea constă din deficiența coerenței centrale care să susțină o sinteză neuropsihică echilibrată. De aceea sunt așa de multe domenii patologice ce se apropie de TOC, sunt comorbide sau fac parte din spectrul TOC.

## II. TULBURAREA DE PERSONALITATE OBSESIV-COMPULSIVĂ (TPOC)

### 1. Descriere generală

A fost și este descrisă o persoană anormală, dizarmonică, patologică, o tulburare de personalitate – TP – de tip obsesiv-compulsiv (TPOC), numită ca atare în DSM-IV și “anankastă” în ICD – 10. Tulburarea de personalitate se caracterizează nu prin simptome secvențiale și repetitive și nici doar prin perioade de tulburare delimitată în timp ci prin trăsături constante de personalitate, maladaptative care persistă de-a lungul întregii vieți în variate contexte.

Tulburarea de personalitate de tip obsesiv a fost comentată de toate școlile doctrinare care s-au ocupat de obsesionalitate : psihanaliza lui Freud, cei ce s-au aliniat “psihasteniei” lui Janet și psihopatologia clasică germană, de la K.Schneider la N.Petrlowitsch. In ultima perioadă când se folosesc intrumente standardizate de diagnostic se constată o corelație redusă între tulburarea obsesiv-compulsivă (TOC) și tulburarea de personalitate obsesiv-compulsivă (TPOC). Rămâne astfel deschisă problema ce face ca cele două tulburări să fie plasate în aceeași clasă.

Tradițional și în prezent TP sunt considerate nu doar în varianta lor gravă, care permite o încadrare nosologică ci și în perspectiva tranziției spre normalitate. In acest caz, se vorbește de “persoane accentuate” sau particulare, fapt valabil și pentru persoana anankastă considerată ca hiperconștiincioasă (*Leonhard, 1972*). In prezent se fac eforturi de a se aborda TP din punctul de vedere dimensional, cel al continuumului dintre trăsăturile ce caracterizează o persoană normală și cele evidențiate în TP.



Corelația cu normalitatea este important să fie subliniată atât atunci când se abordează simptomatologia clinică – deci, tulburarea obsesiv-compulsivă (TOC) – cât și atunci când se are în vedere personalitatea dizarmonică (TPOC). Aspectele psihopatologice ale existenței omului rezultă din deficiența și distorsiunea structurilor fundamentale ce susțin existența normală a persoanei conștiente, fapt valabil și pentru obsesionalitate. Acest fel de a aborda problema ar putea face comprehensibilă corelația între simptomatologia OC și TPOC.

În caracterizarea oricărei T.P. se au în vedere trăsături constante ale personalității care exprimă raportarea interpersonală, raportarea la sine, funcționarea socială și raportarea la lumea umană în general. (*Livesley, 2001, Lăzărescu, 2007*)

Pentru personalitățile anankaste principalele coordonate sunt (în perspectiva cazului-tip-ideal):

1. Preocuparea excesivă față de activitate (muncă) cu hiperelaborare, insistență și perfecționism anormal, dificultatea de a termina și incapacitate de a se relaxa.

2. Relații interpersonale oficiale, distante, formale cu tendință de a respecta cât mai corect normele sociale. Relaționarea e lipsită de spontaneitate și intimitate cu accent pe o clară delimitare între sine și ceilalți. Capacitatea de colaborare cu alții e redusă. Atitudinea morală e hiperscrupuloasă în raport cu sine și ceilalți.

3. Problematizarea identității și limitelor personale, mai ales corporale, cu egodistonie, nesiguranță și neîncredere în sine, tendință la autoanaliză, autocontrol, preocupare pentru o delimitare artificială, rigidă. Tendință la zgârcenie și colecționarism.

În toate aceste domenii ale existenței personale se mai pot identifica :

- Tendința la hipercontrol, întreținut de o îndoială și hiperreflexivitate nefirească.
- Preocupare excesivă față de ordine și sistematizare versus dezordine, împrăștiere.
- Rigiditate ritualică în activitate versus indecizie, nesiguranță și inconsecvență.
- Preocupare față de detalii dar și de abstracții (principii) cu dificultatea sesizării ansamblului structurat de care totuși e preocupat constant (deficiență a coerenței interioare, armonice și centrate).
- Un mod special de dedublare a persoanei cu duplicitate.

Trăsăturile caracteristice TPOC se diferențiază cel mai pregnant față de cele ce au la bază o crescută spontaneitate și impulsivitate, angajarea în evenimente riscante, dramatice și spectaculoase (TP borderline, histrionică, antisocială, deci spectrul B din DSM-IV).

La fel ca în cazul altor TP există și pentru TPOC prezentări cazuistice, comentarii și interpretări clasice care se găsesc în manuale, tratate, monografii, reviste, criterii de evaluare și interviuri structurate corelative. O sinteză a acestora va fi făcută în descrierea TPOC ce va fi prezentat în continuare. Cu tot consensul existent, lista trăsăturilor de personalitate caracteristice TPOC este lungă iar diferența față de simptomele OC în unele cazuri este dificilă, mai ales în formele grave. Se întâmplă ca unii autori să selecteze un anumit grupaj de trăsături și alții, unul parțial diferit. De aceea considerăm utilă ordonarea acestora în cele trei grupe principale menționate, care sunt esențiale pentru orice TP. Si în cele cinci secundare menționate, care adâncesc specificarea și susțin legătura cu TOC în sens de episod și în perspectiva unui anumit specific antropologic. Această sistematizare sperăm să fie o contribuție utilă la problemă.

În cazurile concrete intervin desigur și alte trăsături de personalitate care nu au legătură cu obsesionalitatea. De exemplu, dacă avem în vedere caracteriologia axată pe modelul sau teoria celor 5 mari factori (Five Factor Model – FFM, Five Factor Theory – FFT (John, 1999), persoana va manifesta anumite caracteristici și în perspectiva nevroticismului, extroversiei, agreabilității și deschiderii spre experiență. În plus, fiecare persoană are particularitățile sale idiosincrazice. Patologia reduce însă spectrul de manifestare firesc al personalității tinzând să o schematizeze.

În continuare se va prezenta descrierea unui tablou a TPOC conceput ca un caz tip ideal.

1. Preocuparea excesivă față de muncă cu hiperelaborare, perfecționism și incapacitate de a se relaxa a fost reliefată de toți observatorii. Atașamentul față de activitate și performanță domină viața și exclude preocupările secundare, distracțiile, jocurile, destinderea, calmul necesar petrecerii timpului împreună cu alții fără un obiectiv pragmatic precis. Interesul crescut față de muncă se întâlnește și la tipurile normale de oameni la care predomină factorul conștiinciozitate (din sistemul FFM) și care se caracterizează în principal prin : tendință spre realizare, deliberare, organizare, autodisciplină, eficiență (competență) și simț al datoriei. În cazul TPOC aceste caracteristici sunt distorsionate astfel încât eficiența e mai redusă.

La anankast activitatea este în mod serios planificată, avându-se mereu în vedere ansamblul. Ea este minuțios sistematizată, organizată iar uneori decizia e dificilă. Dată fiind preocuparea exagerată pentru ordine și detalii, planificarea e făcută uneori până în cele mai mici amănunte. Subiectul poate pierde destul de mult timp cu organizarea prealabilă a condițiilor și ambianței în care urmează să aibă loc acțiunea. Corelația între

atașamentul față de muncă a anankastului și ordonarea riguroasă a ambianței este mare. Se fac nenumărate planuri, proiecte, schițe, orare de lucru, se iau în considerare eventualități diverse, existența e programată și planificată pe termen mediu și lung. La acest nivel e posibilă o corelație cu ruminările obsesive. Toate acestea sunt firești când se are în vedere un proiect dificil. Dar la anankast ele devin o regulă, se desimplică din cursul firesc al vieții, se manifestă chiar pentru acte simple și neproblematică. “Dezimplicarea” este una din formele importante de manifestare a psihopatologiei. La anankast planificarea predomină, în raport cu acțiunea efectivă și cu realizarea. Pentru a evita acest proces chinător de pegătire și elaborare, anankastul preferă deseori să nu fie el responsabilul deciziilor mai importante, să execute doar, să se înscrie în cursul comportamentelor standardizate, bine reglementate normativ, impersonale ca în munca de funcționar sau în armată. Aceste opțiuni pot masca mult timp sau continuu tendințele sau vulnerabilitățile obsesive. Dar și în acest caz problematizarea planificării și demarării acțiunii persistă, cel puțin parțial. Și, la fel atașamentul față de muncă, de activitate, controlul desfășurării acesteia, a apropiării de final, dificultatea încheierii celor începute.

În varianta standard a TPOC, odată depășite dificultățile deliberării activitatea planificată se desfășoară rigid, inflexibil și conștiincios în conformitate cu normele și regulile sociale și cele specifice domeniului. Este respectată o ordine fixă exterioară și interioară, un mod ritualic de acțiune, cu termene precise și cu nevoia de a nu se abate de la program. Acțiunea e executată sub imperativul unei obligații, a unui “trebuie”.

Această rigiditate tinde să mascheze sau să învingă nehotărârea, nesiguranța, îndoiala, tendința la dispersie. E dificilă reorientarea și

readaptarea programelor de acțiune din mers prin spontaneitate și improvizație, prin modelare față de variabilitatea situațiilor.

Anankastul este sânguincios, încăpățânat, perseverent în acțiune. E atent la detalii, meticulos, scrupulos, pedant, tinde să fie exact și punctual, disciplinat lucruri pe care nu le reușește întotdeauna. El progresează din aproape în aproape, metodic, spre final. Incăpățânarea se manifestă mai ales în acțiuni ce îi implică și pe alții. Ea a fost considerată una din trăsăturile esențiale ale obsesionalității în concepția psihanalitică freudiană asupra “caracterului anal”, alături de : zgârcenie și preocuparea față de ordine (Fenichel, 1953). Perseverența anankastului se evidențiază și datorită faptului că progresul acțiunii nu e liniar ci marcat de reluări, reveniri, precizări datorită unei deficiențe de “coeziune interioară”. Preocuparea față de detalii îl face deseori să piardă mult timp și să nu-i mai rămână suficient pentru toate aspectele, astfel încât ansamblul poate fi insuficient de coerent. Uneori obiectivul principal ajunge chiar să fie pierdut din vedere și părăsit. Datorită meticulozității și scrupulozității care are o conotație morală el întârzie finalizarea, ceea ce îl obligă să se grăbească înaintea termenelor fixate, în final sărind superficial peste unele aspecte.

Anankastul e perfecționist. Acest aspect nu se referă doar la meticulozitatea ce implică detaliile și scrupulozitatea ce are conotații morale ci la nivelul de performanță a acțiunii în ansamblu. El dorește ca tot ceea ce face să fie perfect, rezultatele să fie maxime. Subiectul tinde să se afirme, să se realizeze asativ, să se împlinească prin performanțele impersonale ale muncii, a evaluării pozitive a acesteia în spațiul public. Anonimatul muncii stă la baza unei împliniri care dacă nu e foarte spectaculoasă, implică totuși intens sinele și e absolut necesară întreținerea stimei de sine. Doar că standardele pe care și le autoimpune sunt exagerate, deseori nerealiste.

Perfecționismul anankast se cere înțeles în această perspectivă a aderării față de muncă și a realizării de sine prin aspectul impersonal al rezultatelor muncii și un ca factor izolat (Summerfeldt, 1999).

Terminarea unei activități este dificilă din mai multe motive : - exigența perfecționistă ca totul să fie fără greșeli, în cele mai mici detalii : - tendință la autoanaliză și autoevaluare critică, scrupuloasă; - nesiguranța interioară, îndoiala ce conduce la verificări; - dificultatea funciară a delimitării, chiar și prin ceea ce anankastul face. De aceea, persoana cu TPOC deseori nu declară un lucru ca încheiat deși de fapt l-a terminat. El trăiește un “straniu sentiment a neterminatului” (Petriłowitsch, 1960) sau un “sentiment de incompletitudine”, în sensul în care Janet definea obsesionalitatea în general (Janet, 1903, Ellenberger, 1994).

La terminarea unui proiect, anankastul rămâne cu un gol interior și cu nevoia de a începe cât mai repede un altul. De fapt e prezentă o continuă nevoie de a face ceva, de a acționa, de a percepe, de a fi stimulat. În perspectivă activă, anankastul nu se poate destinde, relaxa. Aderența față de muncă se exprimă și prin faptul că un știe să își petreacă timpul liber. Iși ia de lucru acasă, la sfârșit de săptămână și în vacanțe. În afara muncii, a activității, se plictisește repede. Nu știe să se distreze, să se joace, să se bucure în liniște de timpul petrecut cu alții, în conversații banale sau petreceri, fără a discuta probleme profesionale sau lucruri deosebit de importante, legate de principii, de idei; sau fără a fi “preocupat” de ceva. Faptul se corelează și cu o imaginație și o afectivitate tranzitivă săracă. El apare ca un om serios, respectabil dar plictisitor, fără umor, care un știe să facă și să guste glume, care nu are “șarm”.

Anankastul muncește continuu și pentru a-și face datoria socială, a-și împlini datoria față de umanitate, a-și aduce aportul său societății. El este un

om al datoriei. Al datoriei sociale și morale. Intre obiectivele sale nu intră cultivarea comuniunii intime împreună cu alții, solidaritatea și integrarea armonică în grup. Ci doar afirmarea propriei persoane prin munca socialmente standardizată.

Caracterizarea de mai sus comportă variante. La un pol opus rigidității ritualice a comportamentului și a identificării cu activitatea profesională, a anankastului standard, se întâlnește persoana “psihastului” care e nehotărât, abulic, dezordonat (Petriłowitsch, 1960). Acesta se caracterizează prin pronunțata predominare a indeciziei cu rumiții intense asupra variantelor optime de acțiune. Aceste rumiții pot apare și ca simptome obsesive. Se pot face planuri alternative, schițe, proiecte, algoritme, scheme a căror valoare este în mod repetat comparată, hotărârea fiind mereu amânată, chiar după consultarea frecventă a altora. După ce o acțiune e începută ea poate fi oprită pentru a începe o altă variantă, uneori contrară. Se afirmă astfel ambitendența și ambivalența. Evoluția spre realizare se desfășoară prin multe etape intermediare, ocolișuri, renunțări și reluări. Se poate vorbi de abulie. Subiectul începe mai multe lucruri în același timp, fără a termina majoritatea din ele.

Comentarea unei persoane “psihastene” din aceeași clasă cu anankastul rigid, formalist și hiperordonat dar caracterizat prin indecizia abulică, împrăștiere, dezordine este la fel de veche ca descrierea obsesionalității patologice. Termenul de “psihastenie” a fost impus de lucrările clasice ale lui Janet, având conotații constituționale, dar sensul său de variantă anormală a personalității abulic dezordonată a fost comentat în psihopatologia germană de către Petriłowitsch (1960) și reluat în literatura română de Lăzărescu (1973). Dincolo de raportarea față de activitate, psihastul poate fi – spre deosebire de anankastul tipic – mai afectiv în

relațiile interpersonale. Dar tot ambivalent și inconstant. Nesiguranța de sine și deficitul de autodelimitare este și el major dar e trăit cu mai puțină crispă decât în cazul anankastului rigid tipic.

2. Relațiile interpersonale ale persoanei cu TPOC sunt mai mult oficiale, formale ori distante. Lipsește spontaneitatea, emotivitatea, afectivitatea tranzitivă, empatia, implicarea celuilalt, comuniunea și rezonanța afectivă intimă care nu anulează identitatea ci o sporește. Această “răceală” sau sărăcie a emotivității interpersonale a fost considerată specifică fiind introdusă în multe scale de evaluare. Ea a funcționat și ca un criteriu pentru identificarea TPOC în DSM-III dar a fost scoasă din DSM-IV. Se mai notează lipsa umorului, a autoironiei, a ingeniozității jocului interpersonal, a imaginației necesare, a capacității de a povesti frumos, pregnant, atractiv, astfel încât alții să fie atrași de expunere, de relatare. E deficitară înțelegerea cu celălalt prin consens mutual, rezonanța afectivă ce se realizează fără cuvinte în afara spațiului public.

Relația cu celălalt tinde să fie suprapersonală, impersonală, anankastul identificându-se cu funcționarea sa în roluri sociale. El dorește ca relația cu alții să fie clar și precis stabilită, să decurgă dintr-o ordine explicită, fără ambiguități și confuzii să fie cât mai corectă. Nu reușește să realizeze bine comuniunea intimă a relației eu-tu și integrarea armonioasă, colaborativă cu celălalt, în cadrul unui parteneriat. De aceea e dificilă și colaborarea în activitate, în muncă, “celălalt” fiind admis doar dacă se conformează propriului stil de acțiune. În caz contrar, anankastul preferă să acționeze singur, pe cont propriu. Acest aspect apare ca un criteriu de diagnostic a TPOC în DSM-IV.

Anankastul respectă normele și regulile sociale, felul acceptat comun de a se comporta, ceea ce “se face”, “se obișnuiește”, “se cade”. Existența sa



se reduce însă la această pojghiță formală sau e dominată de ea. Este o altă formă a conștiințiozității sale, diferită de cea care se referă la activitatea productivă, la muncă. El își îndeplinește corect, în mod formal, oficial, datoria față de altul fără a se lăsa copleșit de compasiune sau entuziasm, de milă sau generozitate. Invocă normele etice tinzând spre perfecționism moral. În numele normelor, principiilor și perceptelor își argumentează și justifică abstract conștiința sa etică rigidă ce nu se adaptează circumstanțelor și nu e bazată pe empatie, pe dăruire. Respectul cuvenit altora e invocat și practicat într-o manieră rece. Pretinde celorlalți o conduită ireproșabilă pe care de altfel și-o impune și lui însuși. Rigiditatea anankastă e dublată de agresivitate. Este extrem de exigent, cel puțin în public, față de alții. Acuză și culpabilizează pe alții pentru incorectitudinea conduitei lor, fiind intolerant și inflexibil. Dar este în același timp scrupulos și cu sine, autojudecându-se asupra și găsindu-se frecvent vinovat, cerându-și public scuze altora (mai rar iertare).

Stilul de raportare interpersonală comentat mai sus se aseamănă cu “răceala afectivă” schizoidă. S-au făcut apropieri între TPOC și TP schizoidă, precum și între patologia obsesională în ansamblu și “autism”, ca punct de plecare în spectrul autist așa cum este el înțeles în psihiatria infantilă. Similare ar fi un doar hipoafectivitatea și deficiența de coerență interioară. Cel puțin o parte din cazurile de TPOC se grupează în această direcție. Pe de altă parte însă TPOC spre deosebire de cea schizoidă este activă, interesată de muncă și de lumea oficială, întreținând totuși multe relații sociale, chiar dacă la un nivel formal și într-o modalitate ambiguă.

În spatele principialității anankaste își face loc de obicei compromisul. În varianta standard a anankastului rigid, primul plan e ocupat de rigiditate, principialitate, scrupulozitate, relații formale dar corecte. Iar compromisul

apare în plan secund. În varianta psihastenă în care relațiile cu altul sunt ambivalente, ambiguitatea relațiilor interpersonale și compromisurile trec în prim plan.

Atitudinea distantă, oficială față de alții, care în principiu e dominatoare, e de obicei dublată de ambivalență și de o anumită tendință la dependență, care la psihasten poate trece în prim plan. De fapt ceea ce se întâlnește cel mai frecvent în TPOC este duplicitatea de tip activ-pasiv, de fapt mai ales pasiv-activ. Aceasta este expresia la nivelul personalității a unei dedublări care la nivelul simptomatologiei se manifestă ca egodistonie.

Atitudinea ambiguă sau inconstantă față de alții nu se manifestă la TPOC prin oscilații succesive ca în cazul tulburării de personalitate borderline. La suprafață se menține, în cazul anankastului, o mască rigidă și constantă, ce asigură un aspect, o ținută, o formă consistentă de fațadă, ca ancoră în realitate a coerenței periclitată.

3. Particularitățile ce se manifestă la anankast în comportament, în activitate și muncă precum și în relațiile interpersonale, se corelează cu o anumită distorsiune a sinelui, a resimțirii propriei identități și a propriilor limite, a autonomiei și originalității.

Anankastul se resimte inconsistent, nesigur de sine, confuz structurat, neunitar și vag delimitat. Motiv pentru care se simte vulnerabil. Dedublarea interioară se manifestă mai ales în conduite duplicitare, în compromisuri, inconsecvență, ambiguități, care alternează cu formulări tranșante. Autoanaliza continuă rumației, permanentul autocontrol, scrupulozitatea, îl fac să se îndoiască de sine, să resimtă uneori acut o nesiguranță interioară. Aceasta cu atât mai mult cu cât el diferențiază dificil între esențial și neesențial, fapt ce-l frustrează de găsirea spontană a reperelor în diverse situații. De aceea se agață în mod rigid de principii abstracte, se sprijină în

mod exagerat pe norme, legi, regulamente, pe conformismul social. Neîncrederea în sine, nesiguranța de sine (“selbstunsichere”) a fost considerată de unii psihopatologi germani (K.Schneider, 1950) ca fiind nucleul psihopatului anankast. Identificarea sa cu roluri sociale și cu funcționarea acestora asigură o identitate de fațadă. La fel, expresivitatea publică a multor anankaști care se îmbracă sobru, corect – uneori pedant – adoptă o ținută rigidă, “civilizată” o mimică puțin expresivă, sau cu expresivitate aproape tot timpul serioasă. Această fațadă – mască, “persona” – odată adoptată, se constituie ca un fel de pojghiță menită să asigure un minim de contur și formă. Formalismul rigid al anankastului poate fi interpretat și ca o apărare, ca o încercare de delimitare, în raport cu dificultatea de a-și resimți identitatea. Față de tendința de dedublare și dispersie, de incertitudine a limitelor persoanei.

Anankastul tinde să îmbrace forma unei haine rigide, unice, constante, puțin mobile, pentru a avea un contur, limite cât de cât identificabile, puțină siguranță.

Nevoia de delimitare se manifestă în mod pregnant la nivelul persoanei corporale. Nu întâmplător întâlnim așa de frecvent în simptomatologia obsesivă a TOC, obsesia de contaminare și de ordonare. Frica de contaminare exprimă sentimentul de insuficiență a delimitării schemei corporale iar nevoia de ordine se corelează cu necesitatea unui spațiu proxim bine controlat, care să-l protejeze, “în siguranță”. La nivelul spectrului obsesionalității principalele manifestări implică de asemenea limitele corpului trăit, “persoana corporală”: tricotilomania, onicofagia, gratajul patologic, dismorfofobia și alte tulburări somatoforme. În perspectivă relațională apropierea altora de sine, atât corporal cât și

psihologic, e resimțită ca periculoasă de anankast, astfel încât celălalt este ținut la distanță în mod politicos sau oficios.

Dincolo de limitele eu-lui corporal se întinde ambianța fizică pe care anankastul o curăță și o ordonează permanent, într-un teritoriu delimitat : al casei, gospodăriei, camerei, preajmei imediate. Și aceasta, pentru a se delimita cât mai precis fizic, printr-o zonă controlată și controlabilă. În această zonă accesul altora e neavenit dacă perturbă respectiva curățenie și ordine. În loc de ordine și simetrie, în varianta psihastenă predomină dezordinea, neglijența, subiectul renunțând la efortul de delimitare. A încremeni în hiperordine și a se scufunda în haosul dezordinii sunt două modalități existențiale similare în care identitatea persoanei, delimitarea acesteia, apare ca o problemă. Și în care devenirea e pusă sub semnul întrebării.

Un alt aspect al delimitării persoanei, mai puțin evident la prima vedere îl constituie dimensionarea prin cele avute, prin avere, nivel la care apare zgârcenia. Ea se articulează cu nevoia obsesivului de a aduna și teauriza, a nu renunța la lucrurile în posesia cărora intră, chiar dacă nu mai are nevoie de ele. În zgârcenie apare și preocuparea obsesivului pentru detalii, fapt sesizat încă de Teofrast, care scrie (despre zgârcit):

*(Zgârcitul) la o masă numără câte pahare a băut fiecare. Dacă nevasta a pierdut un bănuț, cotrobăie prin oale, răscolește paturile, lăzile, căutând și în așternuturi. Din grădina zgârcitului un poți lua nici măcar o măslină...Când are la masă invitați are grijă să taie carnea în bucăți cât mai mărunte.*

Chiar dacă e bogat, anankastul poate fi meschin, dăruind puțin și cu multă grijă, ducând o viață plină de privațiuni pe care o controlează însă cât mai mult, în limitele și detaliile sale.

Tot în direcția dimensionării prin posesie se desfășoară și colecționarismul, comportament des întâlnit la persoane cu trăsături obsesionale. Colecția e o proprietate privată bine delimitată și controlată, ce se pretează ușor la ordonare, sistematizare, clasificare. Tipurile de colecții pot fi variate, ele conturând profilul unei personalități date. Se pot colecționa cărți, albume, picturi, timbre, scrisori, șervețele de hârtie ș.a.m.d. Bineînțeles suntem într-un alt plan față de simptomul obsesiv compulsiv al colecționării de obiecte inutile.

În perspectivă specific umană individul se delimitează și de definește – circumscrie – și prin relațiile sale cu alții, cu cei apropiați, cu prietenii intimi, cu cei de care îi pasă și cărora le pasă de el. Aceștia constituie “rețeaua socială” a subiectului care poate fi mare sau mică. La anankast, de obicei, circumscrierea prin rețeaua socială e redusă spre deosebire de alte TP.

Un aspect specific anankastului tipic e conștiința morală hiperresponsabilă și scrupuloasă ce se simte mereu în marginea culpei. Anankastul e predispus la autoanaliză și autroevaluare morală. El adoptă principii morale abstracte la care se raportează exigent, judecând prin acest filtru pe alții și pe sine. Perfecționismul moral e marcat și dublat de nesiguranță, duplicitate, ambiguitate, ambivalență și compromis.

În afară de preocuparea excesivă față de muncă, raportarea distant – oficială față de alții, nesiguranța de sine cu problematizarea limitelor și scrupulozitate morală ambivalentă, persoana cu TPOC are și alte caracteristici.

Preocuparea față de ordine și cuplul nehotărâre—îndoială cu dificultatea deciziei libere, spontane și sintetice sunt poate aspectele cele mai specifice ale obsesionalității în general. Ele se regăsesc la nivelul celor mai frecvente simptome obsesive fiind prezente și în cele 3 arii deja abordate ale TPOC, așa cum se constată din descrierea de mai sus. De aceea ele necesită un comentariu special care va fi făcut din perspectiva semnificației antropologice a obsesionalității. Tot aspecte generale ale obsesionalității care se regăsesc și la nivelul TPOC sunt : autocontrolul excesiv, preocuparea concomitentă față de detalii și abstracții, precum și o formă specifică de duplicitate.

Autoobservarea, autoanaliza hiperreflexivă și tendința continuă de a avea totul sub control sunt o caracteristică de bază a TPOC. În perspectiva raportării la o activitate acestea se manifestă prin tendința de a prevedea totul, a avea în vedere și a ține cont de cât mai multe aspecte posibile ale realității în derulare. Nu e vorba doar de o luciditate crescută, tensionată, ci de orientarea nesigură a subiectului față de ceea ce se întâmplă, față de prezentul ce articulează trecutul de viitor. O hipervigilență tensionată condiționată de sentimentul lipsei de control asupra a ceea ce urmează să se întâmple iminent, e prezentă deja în anxietatea generalizată. La obsesiv lucrurile sunt mai puțin încordate, mai metodice și sistematizate. Nesiguranței interioare se adaugă acum îndoiala, incertitudinea privitoare la realitatea dată, așa cum este ea recepționată, sintetizată și previzibilă. Subiectul resimte nevoia ca în permanență să verifice și să se asigure pentru varii eventualități. În cazul fobiei există conduite de evitare și de asigurare atunci când șansa întâlnirii cu obiectul fobogen este mare, intens previzibilă. Persoana obsesivă trebuie să verifice sistematic, fără oprire, pentru a se asigura că totul este sub control. Această atitudine poate fi considerată ca o

formă de hiperreflexie. Autocontrolul hiperreflexiv al obsesivului se referă mai ales la comportamentul său, desfășurându-se de la nehotărârea începutului la îndoiala ruminativă asupra rezultatelor. Iar permanenta nesiguranță de sine cu sentimentul vulnerabilității limitelor determină nevoia permanentă de control asupra ambianței care trebuie să fie ordonată, a cursului evenimentelor ce se cere continuu supervizat.

Între criteriile DSM-IV pentru TPOC este menționată preocuparea excesivă pentru detalii. În testul Rorschach, unul din indicii obsesionalității e frecvența crescută a răspunsurilor “detalii mici”. În raportarea sa generală față de lume persoana anankastă se preocupă prevalent de detalii și de abstracții. Atenția acordată detaliilor concrete este o expresie a deficienței de integrare și sinteză a trăirilor, un defect al “coerenței interioare” a psihismului. Desigur, până în cele din urmă detaliile sunt ansamblate, cu efort, într-un întreg. Ansamblu, care e mereu avut în vedere, explicit. Pe de altă parte preocuparea pentru generalități – abstracții, norme, principii, caracterizează de asemenea TPOC. Este evidentă deficiența spontaneității, a raportării firești și naturale la un aspect central și nuclear al realității, a situațiilor, a raportării față de celălalt. Deficitul e în zona vizării centrale și esențiale a realității date, vizare care să integreze și să implice detaliile și aspectele generale. O astfel de tulburare e prezentă și la persoana schizoidă – sau vulnerabilă pentru schizofrenie – putând fi corelată cu dificultățile de filtrare și ierarhizare a informațiilor. Întreaga problemă ar putea fi comentată cel mai bine în termenii tradiționalei psihologii a formei (“Gestalt”). Preocuparea obsesivului față de detalii se manifestă și în scrupulozitatea sa anormală față de muncă în general și în comportamentul moral. Și la fel, la nivelul zgârceniei sale, a încăpățânării, a amenajării ambianței și a raportării generale față de lume.

Anankastul se prezintă ca o persoană cu o fațadă rigidă. Considerat în ansamblu, el nu are însă o suficientă unitate și coerență interioară. Nu este, cum se zice în limbaj popular, “un om dintr-o bucată” (expresia aceasta este în mare măsură adecvată, în sens patologic, pentru paranoiac). El este de obicei duplicitar într-un sens special, mai ales în direcția compromisului și ambivalenței. Aparenta rigiditate în raportarea interpersonal morală are fisuri, subiectul cedează presiunilor. Sau se gândește singur să se asigure, să parieze și pe varianta opusă, să renunțe temporar la atitudinea sa oficială. Nesiguranța, incertitudinea, oscilația între detaliu (scrupul) și generalitate (principiu), deficiența unui centru de coerență, fac din persoana anankastă (și paihastenă) o persoană dedublată, duplicitară. Aceasta este varianta la nivelul persoanei, care în principiu e egosintonă, a egodistoniei simptomelor obsesive. Duplicitatea specifică manifestată prin compromis și ambivalența completează profilul distorsiunii, identității cu sine a persoanei anankaste.

TPOC are de obicei o serie de caracteristici generale. Dar oricât s-ar încerca un “portret robot” sau s-ar folosi o listă de criterii pentru un diagnostic prototipic, caracterizarea concretă are nevoie să se sprijine și pe variante. A fost deja menționată polarizarea (susținută de Petrilowitsch, 1960) între anankastul rigid și psihastenul nehotărât. Millon (2004) oferă și alte variante, în sens de subtipuri, bazându-se pe ideea unei combinații cu trăsături a altor tipuri categoriale de TP. El descrie : - *Conștiinciosul*, care are trăsături ale persoanei dependente, caracterizat prin seriozitate, indecizie, îndoială de sine, meticulos, muncind din greu tot timpul etc.; - *Birocraticul*, care are trăsături narcisiste; se ocupă de organizare și conducere, e oficial, fără imaginație, își dă importanță în funcția sa; - *Puritanul*, care are și trăsături paranoiace, e auster, bigot, dogmatic, zelos, îi judecă aspru pe alții; *Parcimoniosul*, cu trăsături schizoide : e zgârcit, meschin, colecționar,



egoist, se apără să un între nimeni în lumea sa; *Zăpăcitul* (bedeviled), ambivalent, confuz, cu trăsături negativiste, indecis, contradictoriu. Lipsa subtipurilor ar putea continua. Personajele de ficțiune ar putea contribui la o astfel de subtipologie.

Diagnosticarea TPOC se face de obicei pe baza unor criterii, a căutării și identificării unor trăsături anormale dintr-o listă, utilizându-se anumite instrumente (chestionare, interviuri, sinteze informaționale). Acestea decupează de obicei doar unele aspecte ale ansamblului TPOC. Aspecte care, desigur, pot fi reprezentative. Sau sunt capabile să indice principalele domenii ale devianței. Criteriile de identificare care sunt în prezent funcționale nu urmează o concepție generală privitoare la TPOC și nici o sistematizare a domeniilor perturbate și identificate în funcție de unele criterii.

**Criteriile DSM-IV de identificare a tulburării de personalitate obsesiv-compulsive (TPOC):**

Un pattern îndelungat (pervaziv) de preocupare cu ordinea, perfecționism, control mintal și interpersonal, în defavoarea flexibilității, deschiderii și eficienței, care începe din perioada adultă timpurie și se manifestă în forme variate, după cum se precizează în criteriile de mai jos (cel puțin patru trebuie să fie îndeplinite):

(1). Preocupare cu detaliile, regulile, listele, ordinea, organizarea, orare și programe într-o astfel de măsură încât pierde din vedere scopul principal al activității;

(2). Prezintă un perfecționism care interferează cu finalizarea sarcinilor (de exemplu, nu poate termina un proiect deoarece acesta nu se ridică la standardele sale proprii, extrem de stricte și ridicate);

(3). Este excesiv devotat muncii și productivității, mergând până la excluderea activităților recreative și a relațiilor de prietenie (fără ca acest lucru să îi fie impus de necesități economice).

(4). Este excesiv de conștiincios, scrupulos, și inflexibil, în ceea ce privește moralitatea, etica sau valorile (fără ca acest lucru să îi fie impus de contextul cultural sau de apartenența religioasă);

(5). Este incapabil să scape de lucrurile uzate sau fără valoare chiar și atunci când acestea nu au nici o valoare sentimentală;

(6). Recurge foarte greu la delegarea sarcinilor sau are dificultăți în a lucra cu ceilalți, în afara cazului în care aceștia se conformează cu stricteteț modulului său de a face lucrurile;

(7). Adoptă un stil de viață caracterizat prin zgârcenie față de sine și de alții, banii fiind considerați ca ceva ce trebuie cumulat în eventualitatea producerii unor catastrofe viitoare.

(8). Este rigid și încăpățânat.

Alte criterii și chestionare pentru identificarea TPOC combină trăsături de personalitate cu simptome ale TOC, mai ales de domeniul îndoielii și preocupării față de ordine.

În instrumentul PAS a lui Tyrer (Tyrer, 2000) sunt luate în considerare următorii parametri în raport cu care se pun întrebări :

*A. Conștiinciozitate*

*B. Rigiditate*

Se investighează apoi alte 7 domenii care sunt evaluate ca și gravitate

1. Greutăți în fața deciziei
2. Meticulos, preocupat de detalii, perfecționist
3. Conștiincios, vrea să realizeze totul perfect
4. Convențional (oficial) în relațiile cu ceilalți

5. Psihorigiditate, ceilalți să se adapteze propriei metode lucru; încăpățânat
6. Gânduri sau impulsuri nedorite ce nu pot fi îndepărtate din minte;
7. Plănuiește dinainte în cele mai mici detalii, planificare excesivă.

Într-un alt instrument clasic de identificare și evaluare a tulburărilor de personalitate (SIDP Pfol – 1983) pentru identificarea compulsivității se iau în considerare următorii itemi :

- A1 Capacitate redusă de a exprima emoții tandre și calme (D)
- A2 Perfecționism care interferează cu capacitatea de a sesiza întregul (N)
- A3 Insistența ca alții să se supună felului său de a face lucrurile (psihorigiditate – încăpățânare) (C)
- A4 Devotare excesivă muncii și productivității cu excluderea plăceri și valorii relațiilor interpersonale (N)
- A5 Indecis, luarea deciziilor este amânată, evitată sau prelungită poate din cauza unei temeri neobișnuite de a nu greși (K)

Nici un sistem de criterii, instrument de identificare sau interviu nu poate fi exhaustiv. Fiecare poate surprinde ceva important din profilul unei tulburări de personalitate. De aceea când se studiază axa II a diagnosticului, în sensul DSM-IV, se cere precizat pe baza căror criterii și cu ce instrumente de investigare s-a pus diagnosticul.

Dacă se iau în considerare trăsăturile prin care poate fi descris în general profilul caracterial al unei personalități, trăsăturile specifice pentru TPOC se agregă într-un anumit domeniu. În perspectiva celor 5 mari factori (FFM – John, 1999) domeniul specific anankastului este factorul „conștiinciozitate” careia i se descriu următoarele fațete : competența, ordine, datorie, tendință spre realizarea metodică, autodisciplină, deliberare. Toate acestea sunt aspecte normale și pozitive ale caracterului, care în TPOC apar într-o formă distorsionată, perturbată, oscilând între doi poli anormali.

Cât privește ceilalți 4 factori se poate considera că distorsiunea sau aberația lor într-un sens sau altul nu ar fi specifică TPOC dar ar completa și nuanța, modul de manifestare și caracterizare a unui caz dat. Totuși, în perspectiva unei caracterizări prototipice, a unui caz-tip-ideal, se ia în considerare varianta lor deficitară. Astfel :

Nevrozismul (nevroticismul), caracterizat în esență prin afectivitate, emotivitate negativă (anxietate, depresie, iritabilitate, ostilitate) care oscilează frecvent și se afirmă intens, se plasează tocmai la polul opus tendinței spre stabilitate a obsesivului, fiind în schimb considerat ca specific pentru TP borderline. De aceea, varianta tipică a anankastului s-ar caracteriza printr-un nevrozism scăzut, cu tendința la stabilitate afectivă, la hipoafectivitate (inclusiv interpersonală).

Agreabilitatea se referă la cooperare, convergența și armonie în relațiile interpersonale, ceea ce nu se întâlnește la anankastul tipic. Totuși, nu e într-u totul specific nici polul opus în sens de ostilitate, aversiune. Dificultatea colaborării cu altul a anankastului, ținerea lui la distanță oficială, se plasează desigur înspre această zonă negativă, dar cu anumite specificități care nu sunt detaliate în FFM.

Extroversia nu e caracteristică anankastului tipic. Varianta opusă a introversiei e mai apropiată dar nu în forma descrisă clasic în FFM. Obsesivul, ca personalitate, rămâne interesat de lumea sa interioară și nu de evenimente noi și contacte sociale variate.

Deschiderea spre experiență imaginativă și excentrică nu e aplicabilă în varianta tipică TPOC. Acesta e mai degrabă lipsit de imaginație, orientare artistică, excentricitate.

Un alt sistem dimensional mult aplicat în analiza trăsăturilor de personalitate este circumplexul interpersonal (Wiggins, 1999) orientat de

axele : dominare / supunere, cooperare / opozitivitate. Anankastul cooperează greu deși mai rar e opoziționist – ostil. Axul dominare / supunere e important însă în analiza TPOC. În varianta anankastă subiectul tinde spre dominare și rigiditate (încăpățănare) în cea psihastenă spre dependență ambivalentă. De fapt, duplicitatea și ambivalența (de tip pasiv-agresiv) sunt formele de relaționare mai frecvente.

În caracteriologia sec. al XX-lea, înainte de orientările actuale ce au fost menționate mai sus, principalele caracteriologii au identificat mereu o dimensiune, un factor sau o trăsătură fundamentală similară cu cea ce FFM comentează ca și conștiinciozitate și care se evidențiază la persoana obsesivă.

O caracteriologie sistematică ce a prezentat la un moment dat interes este cea concepută de Heymans și Wiersma și dezvoltată de Sjobring (Sjobring, 1962). Aceasta lua în considerare 3 factori : activitatea, emotivitatea (în manifestările lor pozitive și negative) și reactivitatea. Aceasta din urmă s-ar exprima pe de o parte ca „primaritate” în sens de descărcare imediată, spontaneitate, impulsivitate, improvizație. Pe de altă parte prin „secundaritate”, ceea ce înseamnă o retentivitate crescută a trăirilor, care nu sunt uitate ușor și care se descarcă greu. În aceste cazuri se întâlnește și o crescută conștiinciozitate, deliberare, perseverență în atingerea unui scop. Deci, trăsături asemănătoare cu factorul conștiinciozitate din FFM și cu multe aspecte ale anankastului (caracteriologia lui Heymans și Wiersma a fost adoptată de Mounier în al său „Traite du Caractere”, 1947 și în România de Pamfil și Ogodescu în cartea „Nevrozele”, 1974).

Trăsături caracteriale asemănătoare anankastului au fost descrise în sec. al XX-lea de către Kretschmer ca și caracteristice bio-tipului mușchiular athletic-epileptoid. Acesta se polarizează față de introversiunea,

preocuparea pentru abstractizare și apragmatismul schizoidului (ce are o conformație corporală leptosom astenică) și de sintonia picnicului. Epileptoidul s-ar caracteriza prin tendința la ordine, perseverența, adeziune de concret și detaliu, progresie metodică din aproape în aproape în acțiune, fără devieri și ocolișuri, lent, spre final. Performanța este bună dacă subiectul e lăsat să lucreze fără a fi grăbit, într-un unic domeniu, neperturbat. Subiectul nu reacționează imediat la evenimente și emoții dar nici nu uită, e retentiv, cumulează afectele negative modificându-și progresiv dispoziția, pentru ca în final, la un eveniment declanșator, să reacționeze exploziv.

Ideea unui mod de comportament „epileptoid” a preocupat pe mai mulți psihopatologi. Aspectele cele mai comentate au fost la un moment dat adeziunea de detalii concrete, lentoarea, persistența rigidă spre final cu redusă atenție distributivă și comutare a focalizării acesteia. Un scop odată fixat subiectul nu se mai abate de la el până la final. Minkowski (1966) a introdus comparația cu „mierea care curge”. Au fost introduși diverși termeni de caracterizare între care și „vâscozitatea”, „adezivitatea”, iar ca termen alternativ „ixoidia”. Adezivitatea la concret s-ar exprima nu doar în acțiune ci și în relații interumane, subiectul apropiindu-se mult de altul, insistent, nemaidezlipindu-se de el. Trăsăturile menționate mai sus au fost considerate ca și caracteristice persoanei epilepticului. Ulterior, s-a considerat că pot constitui o modificare a personalității în cazul suferințelor organice cerebrale.

În afara epileptoidului, în psihopatologia sec.XX a mai fost descris un tip ce are multe asemănări cu anankastul. Este vorba de „tipus melancolicus” comentat de Tellembach (1976) și considerat de acesta ca stând la baza episoadelor depresive recurente. Se caracterizează printr-un mare atașament față de ordine și muncă. Este serios și conștiincios, ține ca totul să fie la

locul lui, programele de activitate să se desfășoare ritualic și constant, în conformitate cu tradiția. Schimbările de viață, prevăzute și neprevăzute îl decompensează în episoade depresiv-anxioase. Spre deosebire de anakast însă este afectiv, atașat profund de câteva persoane apropiate, nu se cantonează pe detalii, are o bună coerență interioară și o tendință spre „centralitate” și nu spre dispersie (Stanghelini, 2004).

Din cele menționate mai sus rezultă că în caracteriologia sec. al XX-lea, clasică și contemporană, au fost în permanență surprinse și comentate aspecte temperamental-caracteriale care în deficiența și distorsiunea lor sunt definitorii și pentru TPOC. Este vorba, evident, de o realitate antropologică ce nu poate fi ocolită.

## 2. Similitudini și corelații între TOC și TPOC

Diferențele esențiale afirmate oficial între TOC și TPOC sunt :

- caracterul secvențial, repetitiv și egosinton al TOC care se manifestă prin episoade clinice delimitate în timp;
- caracterul constant și egosinton al TPOC.

Aceste diferențe, similare cu orice diferență între tulburările psihopatologice episodice și cele de personalitate, comportă nuanțe.

Oricine urmărește direct în cazuistica clinică sau în literatură simptomele TOC și trăsăturile TPOC nu poate să nu găsească aspecte comune sau similarități care se agregă în anumite zone precum :

- îndoiala, nesiguranța, indecizia, exprimate direct sau indirect, eventual compensate sau supracompensate;

- preocuparea față de ordine, ordonare, organizare, planificare, sistematizare;
- problematizarea deliberării libere și a trecerii la act, a apartenenței la sine a propriilor decizii și comportamente
- ambivalența, egodistonia, dedublarea interioară, duplicitatea
- nevoia excesivă de control și autocontrol.
- atașamentul față de act, acțiune, comportament, muncă, în detrimentul imaginației, spontaneității, expresivității comunicante.
- preocuparea față de incertitudinea limitelor corporale, a delimitării sinelui psihologic și extins, cu tendința la colecționarism;
- atașamentul față de normativitate și preocupările morale excesive;
- preocuparea față de detalii și abstracții cu deficiența sesizării și integrării aspectelor centrale, ce asigură coerența.

Aceste aspecte se manifestă până la un punct diferit în simptome și în trăsăturile de personalitate. Dar prezența lor sugerează, dincolo de rezultatele clinico-statistice privitoare la comorbiditate, nevoia de a cerceta și aprofunda dimensiunea antropologică profundă din care ambele aspecte derivă.

### 3. Raportarea persoanei anankaste (TPOC) față de alte tulburări de personalitate (TP)

TPOC este menționată în toate sistemele categoriale ale TP. Studiile asupra ei sunt în ultimi ani mai puțin intense decât asupra altor tipuri, cum ar fi TP borderline. TPOC este plasată în clusterul C, alături de cea dependentă și evitantă, exprimând faptul că se nu se manifestă pregnant în plan social și interpersonal, e puțin expresivă și „flamboiantă”.



Ca domeniu simetric opus TPOC s-ar plasa tocmai TP din clusterul B: cea histrionică, borderline, instabil-emoțională, antisocială. Față de acestea TPOC se diferențiază net.

- Histrionicul se manifestă strident în relațiile interpersonale, este hiper-expresiv, atrage atenția asupra sa, e manipulativ, preocupat să joace în permanență diverse roluri circumstanțiale, e versatil, mobil, cu imaginație bogată confabulatoriu. Persoana cu TPOC se retrage din manifestările interpersonale directe, e puțin expresivă, dornică să nu atragă atenția asupra sa, e distantă, oficială, rigidă, tinde să joace rolul fixat de poziția și statusul său social, e desprinsă de circumstanțialitate, nu are imaginație, povestește puțin și neatractiv.

- Persoana instabil – emoțională (borderline) se implică puternic afectiv față de alții, cu frecvente oscilații timice, atitudinale și comportamentale. Există tendințe manipulative și agresive manifeste, hetero și auto-agresive, are un înalt grad de spontaneitate și impresionabilitate. TPOC are o emotivitate săracă și constantă, nu se implică afectiv apropiat și strâns în raport cu alții, nu are oscilații timice sau atitudinale frecvente, nu e intuitiv, spontan și impulsiv, ci constant, monoton, egal cu sine. Afectivitatea sa e săracă. E mai mult repliat pe sine. Hetero și autoagresivitatea se manifestă în trăiri subiective și imaginative ca eventualități împotriva cărora luptă, în manieră egodistonă.

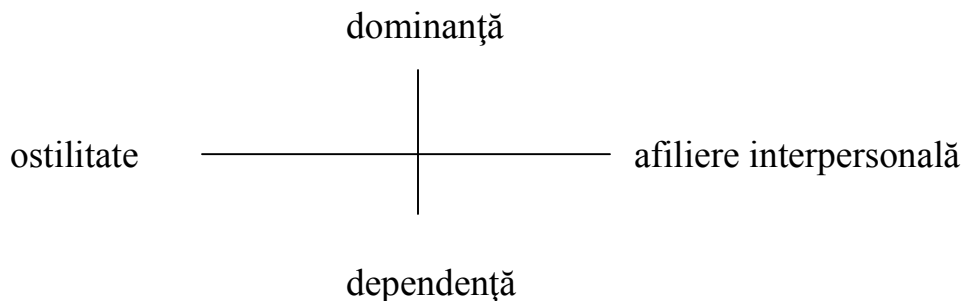
- Personalitatea anti-socială e dominatoare, manipulativă, hetero-agresivă în diverse domenii, acționează rapid și eficient, e rece afectiv, fără preocupări și problematizări morale, ignorând normele sociale. TPOC nu e dominatoare și manipulativă, ci distantă, raportându-se în conformitate cu normele sociale. Ea poate fi ambiguă și duplicitară. Agresivitatea în raport cu alții se manifestă în primul rând doar prin ținere la distanță oficială,

eventual ironie. Este hiper-principial, scrupulos, pretinde de la alții moralitate absolută și de la sine scrupulozitate morală.

Interferențele cu TP din clusterul B pot fi prezente uneori din diverse perspective. Unele persoane anankaste învață să se adapteze social, și să joace roluri sociale circumstanțiale, dar deliberat și prin exercițiu. Pe de altă parte, unele trăsături normale ale conștiințiozității (din teoria celor 5 mari factori) pot fi prezente și la persoane cu TP din clusterul B.

TPOC e plasată în clusterul C. Ea se poate combina cu aspecte ale persoanelor dependente și evitante.

Dependența este o trăsătură de personalitate diferită de preocuparea față de ordine și planificare. Ea face cuplu opus cu dominanța, fiind cel mai bine discutată și făcută comprehensibilă prin circumplexul lui Bakan, preluat în circumplexul epitetelor interpersonale în care se intersectează două axe perpendiculare:



În acest circumplex, trăsăturile obsesionalității nu apar. După cum nu apare clar nici cele caracteristice clusterului B.

Persoana anankastă este marcată de ambivalența dominanță – dependență. La suprafață ea afișează, în forma standard, un fel de dominanță față de alții, rigiditate, dificultate de colaborare, impunerea oficială a programelor, etc. Nu e vorba însă de o dominanță directă, interpersonală,

pentru care anankastul nu e abil. În plus, în spatele acesteia este prezentă deseori o nesiguranță de sine. Anankastul nu se mai descurcă ușor dacă lucrurile nu evoluează în maniera rigidă în care au fost planificate și în conformitate cu normele sociale. S-a comentat o variantă dependent-abulică a TPOC, cea psihastenă. De fapt, caracteristica de bază este ambivalența între dominanță și supunere, cu oscilații mai mici sau mai mari, în funcție și de împrejurări, de la caz la caz. În cazul TP dependentă, dacă sunt trăsături obsesionale, ele sunt din zona psihastenului.

Persoana evitantă se poate intersecta cu TPOC, care, prin trăsăturile sale specifice, preferă să nu fie în centrul atenției sociale. Își pregătește minuțios aparițiile publice și se ascunde în spatele unei măști oficiale. La fel ca evitantul, face față dificil unor situații noi, neprevăzute dar nu neapărat în cadrul întâlnirii cu alte persoane. Evitantul este hiperemotiv și atașat intens afectiv de persoanele securizante, ceea ce nu caracterizează anankastul.

Relația cu TP din clusterul A sunt menționate de toți autorii. Cea mai firească e cea cu TP schizodă, dată fiind anafectivitatea, replierea pe sine și puținătatea relațiilor sociale. Amândouă tipurile sunt considerate ca apragmatice, dar schizoidul mai accentuat. În ceea ce privește TP schizotipală, aceasta ar putea avea unele trăsături obsesive. Cea paranoidă de asemenea, în varianta sa pasivă. În schimb, paranoiacul fanatic se plasează dintr-un anumit punct de vedere, la un pol opus față de anankastul ambivalent, cu tendințe de împrăștiere. Totuși în unele cazuri el poate fi apropiat de varianta hiperrigidă și formalistă a unor anankaști.

TPOC și TOC deși în perspectiva clinică nu se întâlnesc frecvent împreună se plasează în aceeași zonă a psihologiei umane, exprimă tulburarea acelorași funcții și dimensiuni ale persoanei. De aceea, o înțelegere antropologică a obsesionalității se cere dezvoltată în același timp

și în paralele cu adâncirea și rafinarea cercetărilor clinice efectuate cu instrumente de identificare ce sunt, inevitabil limitate în posibilitatea lor de detecție.

### III. MODELE ALE TOC

#### 1. Concepții asupra TOC în sec. al XIX-lea

În sec. al XIX-lea psihiatria a început să se constituie ca specialitate, bolile au fost studiate amănunțit, s-a format un limbaj clinic și s-au descris principalele sindroame. Tulburarea obsesiv-compulsivă a fost comentată și ea sub diverse denumiri. Merită reținute două idei importante care au individualizat de pe atunci această boală (Berrios, 1996).

În primul rând psihiatria a fost impresionantă de caracterul lucid, conștient al acestei suferințe, a acestei “nebunii”. Faptul se regăsește în denumiri : “folie lucide” la Esquirol, apoi “folie avec conscience”. Termenii de obsesie și de impuls au fost introduși separat, reuniți în descrieri dar nu în terminologie, expresia dominantă fiind cea de obsesie.

În al doilea rând a fost sesizată îndoiala că un element esențial al acestei boli. Legrand du Soulle scrie o carte intitulată “Folie du doute”, iar de atunci acest subiect a rămas definitiv. În prima parte a sec. al XIX-lea înțelegerea tulburărilor psihice a fost predominant raționalistă. Patologia de tip TOC s-a înscris ușor în această înțelegere. În a doua jumătate a secolului și-au făcut loc concepțiile instinctiv – afective, “emotive”, obsesionalitatea fiind inclusă și ea în “delirul emotiv” a lui Morel. Se pregătea astfel terenul pentru concepția lui Freud (Girard, 1981).

## 2. Modelul psihasteniei al lui Janet

Janet elaborează la începutul sec.XX o amplă teorie asupra nevrozelor. Tulburările anxios fobice și obsesiv-compulsive sunt analizate în cadrul conceptului de “psihastenie”, în lucrarea “Les obsessions et la psychastenie” (Janet, 1903). În prealabil, Janet se preocupase de histerie, cealaltă importantă nevroză. Termenul de psihastenie este ales prin opoziție cu cel de neurastenie ce era dominant în epocă și care explica tulburările psihice prin suferința organic-cerebrală, a sistemului nervos. Neurastenia era considerată ca având cauze predominant biologice : degenerescenta, intoxicațiile, leziuni cerebrale și, în sfârșit, epuizarea (Berrios). Psihastenia pune accent pe factorii psihici atât în cauzalitate cât mai ales în mecanismele de apariție a tulburărilor psihice, pe un deficit al energiei mentale ce susține motivația. La baza ei ar sta o “scădere a tensiunii psihologice” ce produce o deficiență a “funcției realului”, un deficit de sinteză mentală superioară, de căutare și asimilare a noului, de libertate psihică creatoare, de prezență eficientă în lume. În mod secundar se produce eliberarea conținutului unor structuri mentale inferioare, preconștiente, care sunt mai automate și lipsite de libertate, stereotipe. Acestea au nevoie de mai puțină energie psihică pentru a se manifesta. În psihastenie e perturbată perceperea și sinteza timpului trăit, elaborarea “prezentului” subiectiv, prezența autentică a subiectului la realitatea dată. : sinteza prezentului se bazează pe act, pe comportamentul în care subiectul e angajat. Dar ea presupune și capacitatea narativă. Căci evenimentul ce se delimitează ca trăire actuală, ca actualitate trăită, e cel ce poate fi sintetizat printr-o relatare, printr-o povestire ulterioară, fapt pe care subiectul îl presimte în chiar timpul trăirii prezentului.

Aspectul central al psihasteniei care conduce la obsesii e considerat a fi sentimentul de “incompletitudine” și de imperfecțiune. În psihastenie acțiunile, comportamentul, gândurile și trăirea propriei identități sunt resimțite ca incomplete, imperfecte, marcate de îndoială privitor la finalitatea și delimitarea lor. Janet preia tradiția franceză care s-a preocupat în tot cursul sec.XIX de îndoiala patologică considerată ca un element esențial al obsesionalității, fapt marcat prin cartea lui Legrand du Saulle “Maladie du doute”. Indecizia proprie stării psihastene marcată prin sentimentul de incompletitudine inhibă acțiunea și conduce la tulburări de atenție și concentrare, la dificultăți în a resimți emoții pozitive.

Fenomenul psihasten al scăderii tensiunii psihice are diverse grade. Starea psihastenă a incompletitudinii se poate agrava și conduce la o fază a “procesului obsedant” și al “agitației forțate” în care subiectul se simte forțat într-un mod irezistibil și necontrolabil de a gândi anumite lucruri și a face anumite acte. Agitația poate fi mentală (ruminații), motorie (ticuri, ritualuri), sau emoțională (fobii, anxietate). Un al treilea stadiu, al tulburării este cel al “obsesiilor și compulsiilor”. Ideile și impulsurile involuntare apar foarte ușor și frecvent și domină viața pacientului. După conținut obsesiile sunt împărțite în : obsesii de sacrilegiu, de crimă, de ură de sine, de rușine de corp și hipocondriace. Spreosebire de fobii în care subiectul se teme de ceva din afara sa în obsesii frica se referă la însăși actele subiectului, este o frică interioară de ceea ce el ar putea face. De fapt întreaga psihologie și psihopatologie a lui Janet este centrată pe act, pe comportament. Iar anxietatea este considerată ca secundară receptării conținutului intențiilor obsesive de act agresiv.

Janet pune accent pe aspectul endogen al patologiei obsesive. Ideile obsesive și obsesiile propriu zise spre care acestea evoluează nu sunt

condiționate de elemente externe ; conținutul tematic trimite tot timpul la o frică asociată cu acțiunile personale percepute ca fiind potențialmente rele. Iar “agitațiile forțate” evoluează către compulsii, care sunt acte mentale, motorii și emoționale.

Prin concepția sa Janet se detașează de direcția în care evolua psihiatria la sfârșitul secolului al XIX-lea. Pe de o parte, în acea vreme se trecuse de la concepțiile intelectualiste care au dominat în prima jumătate a veacului spre concepții afectiv-instinctive. Janet este din nou predominant intelectualist, cognitivist dar și comportamentalist, esența psihismului uman fiind centrată pe acțiune, pe comportament. În acest sens el e și primul care propune o psihoterapie comportamentalistă în psihastenie. Aceasta ar urma să se desfășoare în felul următor, în formula perfecționistă de către Schwartz (după Ellenberger, 1994):

1. Determinarea nivelului la care bolnavul este capabil să execute un “act complet”.
2. Este invitat să execute o activitate de acest tip, la început lent și minuțios, apoi mai repede, dar totdeauna perfect, până ce această muncă nu mai prezintă dificultăți pentru el.
3. Se trece apoi la un alt gen de muncă, mai dificilă, de un nivel mai ridicat.
4. Apoi se multiplică astfel de activități și se plasează în diverse contexte.

În al doilea rând Janet reacționează față de cauzalitatea predominant organicistă a ultimei jumătăți din secolul al XIX-lea. Împreună cu Freud și Jaspers el stă la baza elaborării psihopatologiei ca disciplină distinctă de neuropsihiatrie.



Pe de altă parte, Janet se plasează cu concepția sa despre psihastenie într-o paradigmă științifică ce se afirma în vremea sa prin structura ierarhică a funcționării cerebrale pe care o comentează, în neurologie, Jackson. Conform acesteia funcțiile superioare (corticale) integrează și controlează funcțiile inferioare (subcorticale). Primele sunt mai diferențiate asigurând un comportament nuanțat. Cele subordonate sunt mai simple, rigide, stereotipe. În patologie dacă sunt afectate funcțiile superioare simptomatologia exprimă nu doar absența acestora ci și manifestarea directă a funcțiilor inferioare care acum nu mai sunt controlate și integrate. Această concepție a fost ulterior dezvoltată pe larg în psihiatrie de către Henry Ey.

După o perioadă destul de lungă de eclipsă datorată în primul rând dominării psihanalizei lui Freud, concepția lui Janet a reintrat în actualitate în ultimii ani. Aceasta în primul rând datorită orientării comportamentale a psihopatologiei sale, redescoperită de psihologia recentă și care a dus la excelente rezultate terapeutice. Apoi, concepția sa energetic ierarhică a dezinhibării unor structuri comportamentale mai simple și automate, este susținută în prezent de modele biologice. Modelul cognitivist standard s-a dovedit a avea limitări din acest punct de vedere. Astfel cognitivismul școlii lui Salkovskis lasă în plan secund problema îndoielii, a intoleranței la incertitudini, a perfecționismului și a sentimentului de incompletitudine. Ori, aceste trăiri sunt aspecte importante ale patologiei OC care nu pot fi rezolvate prin ignorare. De aceea, noile abordări cognitive reactualizează moștenirea lui Janet se încearcă se găsească soluția la problemele importante pe care acesta le-a intuit. Chiar și concepția sa asupra narativității ca fapt important în structurarea trăirilor psihice este reluată de actualii psihologi ce se ocupă de perspective narativă a personalității și motivației iar separate la

patologia obsesivă de către noua școală cognitivistă a lui O'Connor și Aardema (O'Connor et al., 2005).

### 3. Modelul psihanalitic al lui Freud

*Psihanaliza* postulează ca mecanism principal ce stă la baza nevrozei obsesionale persistența conflictului oedipal, însoțită defensiv de regresia la stadiul sadic-anal, precum și de implicația unor mecanisme defensive specifice, cum ar fi, de exemplu, deplasarea, izolarea sau anularea retroactivă. Zamfirescu (2003), menționează, două caracteristici importante ale regresiei la stadiul sadic-anal: *agresivitatea* (prezentă clar la pacienții cu TOC, în comportament și în gândire) și *ambivalența afectivă* (ca substrat al atitudinilor concomitent pozitivă și negativă față de persoane de referință). Același autor (Zamfirescu, 2003), îl citează pe Fenichel în ce privește factorii care favorizează regresia, determinând „alegera” nevrozei obsesionale:

- *Fixația la stadiul sadic-anal*, favorizată de un grad sporit de erogenitate a zonei anale, determinată constituțional
- *Natura organizării falice*, slăbiciunea acesteia predispunând la regresie, „deoarece o poziție insuficient consolidată a dezvoltării este mai ușor abandonată decât una consolidată”. Slăbiciunea poziției falice se poate datora, spune autorul, unei reprimări traumatice a activităților erotice specifice acestei etape, consecutivă amenințării explicite cu castrarea.
- *Particularitățile dezvoltării Eu-lui*. „Eu-l care apelează la regresie și-a dezvoltat de timpuriu funcția critică și capacitatea intelectuală,

în timp ce gândirea are, încă, o orientare magică. Un asemenea Eu se poate raporta critic la instincte, folosind, însă, mijloace defensive imature.” (Zamfirescu, 2003).

Freud este cel care a introdus termenul de “nevroză obsesională” (Zwangneurose) iar concepția sa psihanalitică a dominat sec. al XX-lea (Green, 1965). Preocuparea față de obsesionalitate s-a manifestat la Freud, la fel ca și Janet, după cea față de histerie. Abordarea problemei obsesionalității a fost treptată, cu repetate reluări și reconsiderări datorată schimbării de pe parcurs a concepției și modelului său psihopatologic. În 1885, Freud publică articolul “Obsesii și fobii”. În 1902 comentează ceremonialurile obsesionale ca măsură de protecție. În 1904, an în care individualizează fobiile în studiul “Micul Hans”, completează concepția sa asupra nevrozei obsesionale prin lucrarea “Omul cu șobolani”, făcând trimitere la regresivitatea în faza sadic-anală. Viziunea sa de ansamblu se afirmă în 1926 în lucrarea “Inhibiție, simptom și angoasă”. La fel ca Janet, Freud acordă importanță de prim ordin factorilor și mecanismelor psihice, conceptul de nevroză (denumit uneori și psihonevroză), fiind complet diferit de ceea ce se înțelegea prin acest termen în sec.XIX. adică o suferință organic cerebrală a neuronilor. Dar spre deosebire de Janet, Freud elaborează o concepție despre psihism și psihopatologie în care factorii instinctiv-afectivi joacă un rol de prim ordin iar cei cognitive și comportamentali un rol minim, dacă nu chiar nul. Pentru Freud la baza tuturor simptomelor psihopatologice stă o anxietate ce derivă dintr-un conflict intrapsihic : conflictul dintre instanța Sinelui care exprimă pulsivitățile (în primul rând cele erotic libidinale apoi și cele agresive) și instanța Supra-eului care este una a cenzurii și interdicției tendințelor pulsionale,

reprezentând represiune și cenzura socială pe care copilul o introjectează (odată cu introjectarea imaginilor parentale). Conflictul dintre Sine (Id) și Supra-eu e mediat de instanța Eu-lui care este și cea care realizează raportarea și adaptarea la realitate. Eu-l nu suportă prezența în conștiință a reprezentărilor interzise de Supra-eu. Și nici tensiunile anxioase care rezultă din conflictul dintre Sine și Supra-eu. El se apără printr-o serie de mecanisme. Unul din principalele mecanisme de apărare este “refularea” prin care reprezentările intolerabile sunt mutate într-o zonă neconștientă (inconștientă) de unde se manifestă pe cale indirectă în vise, scăpări necontrolate în viața cotidiană (“acte manque”), orientarea spre diverse opțiuni și unele simptome nevrotice. Simptomele isterice apar pe această cale. În nevroza obsesională situația se schimbă. În primul rând nu predomină pulsunile libidinale ci cele agresive. Acestea exprimă “instinctul morții”, pe care Freud l-a introdus mai târziu în concepția sa. Predominarea agresivității s-ar datora și regresiei psihice până la un nivel destul de primitiv al dezvoltării (orientării) libidinale care în psihanaliză a fost numit stadiul “sadic-anal” (Fenichel, 1953). Apoi, la obsesivi, Supra-eul se manifestă tiranic, iar Eul este slab; deși forța sa conștientă este mare. Acest context face ca refularea să nu mai funcționeze cu succes. Ea conduce doar la “formațiune reacțională” ce constă din sentimentele cu caracter moral : pudoare, dezgust, rușine, scrupulozitate. Intră în joc alte mecanisme de apărare ale eului și unele : izolarea, dezinvestirea afectivă, devierea – deplasarea - spre reprezentări neutre, anularea retroactivă. Mai apar și alte fenomene precum ambivalența, comportamente ritualic-magice. Ideea de bază este ca în obsesionalitate se păstrează o stare de luciditate conștientă crescută dar reprezentările inacceptabile nu mai ajung să fie resimțite ca un tot coerent, cu întreaga lor semnificație inițială în urma fragmentării lor.

Se observă, la pacienții cu TOC, tendința la raționalizare și intelectualizare, la a căuta explicații la evenimentele relevante și de a situa discursul în plan predominant abstract. Psihanaliza explica astfel faptul că obsesivii apar mai puțin afectivi în relațiile interpersonale mai „cerebrali”. Prin mecanismul de deplasare și cel al formațiunii reacționale, afectele sunt alăturate unor reprezentări neutre, oricum altele decât cele inițiale, deși pot păstra o asociere simbolică cu reprezentarea originală. Tendințele agresive sunt îndreptate nu spre obiectul sau reprezentarea originală, ci spre unele aspecte simbolice. Deplasarea mută semnificația dorințelor și satisfacțiilor imaginare pe altă persoană și pe alte contexte, pe fragmente ale obiectului real, asigurând un fel de satisfacție substitutivă, într-o formă deghizată, travestită. Totuși, atât agresivitatea, frica și vinovăția se păstrează, dar nu raportate față de obiectul inițial. Solicitudinea obsesivă constituie o formațiune reacțională față de sentimentul de ură în raport cu obiectul. Anularea retroactivă constă din comportamentul mental sau fizic prin care se face opusul a ceea ce s-a făcut inițial cu presupuziția că astfel “nu s-a petrecut nimic”, nici măcar în intenție. Ritualurile sunt considerate similare celor sociale, cu încărcătură magică ce ar acționa asupra celor ce s-au întâmplat pentru a le circumscrie, modifica, anula. Grija față de curățenie e o formațiune reacțională față de tendința de a murdări și distruge, iar ordinea față de tendința la dezordine. Aceste tendințe primare exprimă agresivitatea fazei sadic-anale.

Ambivalența dragoste / ură, specifică stadiului anal, ar explica indecizia și îndoiala patologică, coexistența culpabilității și responsabilității excesive.

Repetitivitatea compulsiilor e derivată și ea din instinctul morții, la fel ca agresivitatea generală a obsesivului. Ura și furia sunt blocate și se manifestă într-o relație sado-masochistă cu sine.

Felul în care psihanaliza încearcă să explice simptomele din nevroza obsesională este destul de complex și este solidar cu întreaga doctrină astfel încât nu poate fi comentat ușor în afara acesteia.

Se pot în schimb degaja unele aspecte esențiale ale acestei concepții.  
Si anume :

- La baza obsesionalității stă un conflict intrapsihic între tendințe la act agresive și reprimarea acestora de către o instanță interioară a psihismului, dimensionată ca și conștiința morală, responsabilitate;
- În obsesionalitate este esențial un mecanism de fragmentare a psihismului, în primul rand a reprezentărilor ce nu mai pot fi percepute ca și ansambluri coerente. Dar și Sinele e divizat, tendința la ambivalență marcând întregul psihism.
- Există un sens, o semnificație secundă în spatele aparentei lipse de sens a trăirilor și simptomelor obsesive.

Psihanaliza s-a elaborat printr-o hermeneutică a descifrării simptomelor și trăirilor subiectului în cursul curei analitice ce se bazează pe asociații libere. Astfel ea nu poate beneficia de date și de documente verificabile și reproductibile. Acest fapt a făcut ca interpretările psihanalitice să piardă vertiginos teren în ultimele decenii. La aceasta se adaugă modificările stilului de viață a omului din sec.XXI față de cel de la începutul secolului XX.

Totuși, multe din tezele psihanalitice redevin actuale o dată cu noile cunoștințe de neurofiziologie. Teme cum sunt cele ale agresivității,

fragmentării, egodistoniei și semnificației profunde a trăirilor nu pot să nu se mențină în atenția psihopatologilor.

#### 4. Modele comportamentale specifice ale TOC

Pe lângă explicația mai largă, mai generală, oferită de teoriile învățării, uzându-se de conceptele acestora, au fost particularizate modele comportamentale de înțelegere a TOC.

Acestea s-au dezvoltat în perioada de expansiune a psihologiei comportamentale. Ele s-au bazat pe studii experimentale, pe animale și apoi pe om, astfel încât unele din aspectele lor sunt susținute de fapte științifice solide. Importanța lor actuală constă în faptul că au stat la baza primelor tratamente psihologice eficiente în TOC, expunerea și evitarea răspunsului. Tratamente care, și în prezent, se susțin datorită utilității lor, chiar dacă au fost completate cu tehnici cognitive.

De exemplu, Mowrer (1960) afirmă că debutul TOC are loc cu ajutorul a doi factori (în Bouvard, 2003, Tracy et al., 1999). Primul factor este unul de instalare printr-un mecanism de condiționare clasică, iar al doilea factor este unul de menținere, bazat pe un mecanism de condiționare operantă. Mai exact, gânduri care pot apărea în cadrul unor evenimente neutre emoțional pot fi investite cu valențe negative în urma asocierii sau contingentei cu evenimente aversive. Odată cu această investire, gândurile capătă caracter obsesiv, devenind anxiogene și generând disconfort.

Disconfortul este menținut tocmai prin manifestări compulsive, menite să-l reducă, menite să prevină pericolul și să restaureze siguranța. Manifestările compulsive tind și reușesc, temporar, să reducă disconfortul

(efect gratificant imediat), împiedicând, astfel, habituarea cu răspunsul emoțional neplăcut printr-un mecanism de întărire negativă. Așadar, dacă în prima etapă lucruri neutre pot fi asociate cu anxietatea în cadrul unor evenimente cu tonalitate negativă, în a doua etapă anxietatea este redusă prin angajarea în comportamente repetitive.

Studiile inițiale ale lui Mowrer au fost experimentate pe animale. Ele au demonstrat că dacă se realizează o condiționare clasică prin care un stimul neutru ajunge să declanșeze o reacție adversă puternică, apare o conduită de evitare a acestui stimul neutru care e extrem de persistentă și rezistentă la extincție. Răspunsul de evitare continuă mult timp după asocierea între stimulul neutru și cel nociv. Ritualul obsesiv a fost apoi echivalat cu această conduită de evitare. Prima aplicare a acestei teorii a învățării la problemele obsesive a realizat-o Mayer în 1966 odată cu succesul obținut în două cazuri de nevroză obsesională cronică prin expunerea și evitarea răspunsului. Tratamentele cu desensibilizare sistematică (în felul în care Wolpe a tratat fobiile) nu au dat rezultate în obsesii. Mayer a arătat că, compulsia e într-un fel diferită de evitare deoarece subiectul în obsesie se așteaptă la trăiri negative și pun în joc compulsia care are și o posibilitate de control voluntar. În plus, obsesiile sunt selectate dintre gândurile intruzive.

Emmelkamp (1982) critică modelul celor doi factori (în Bouvard, 2003). Este mai degrabă rar întâlnită situația în care experiențe „traumatizante” sunt asociate cu un debut de simptomatologie TOC, iar dacă există, de obicei experiențele respective sunt, mai degrabă, anterioare apariției simptomelor decât concomitente cu aceasta. Apariția tulburării nu este bruscă, în general, ci mai degrabă graduală, ceea ce contravine unui model de instalare consecutiv cuplării unei obsesii cu un eveniment aversiv



precis. Și aceasta chiar dacă nu sunt rare situațiile când debutul TOC are loc la puțin timp după apariția unui factor de stress psiho-social. Respectivul factor de stress nu poate juca rolul unui stimul necondiționat așa cum propune modelul în cauză. În plus, modelul presupune condiționări aversive particulare, ceea ce nu explică prezența simultană a mai multor obsesii sau variațiile în timp ale acestora la același pacient.

Beech și Perrigault (1974) au propus un model care se sprijină pe noțiunea de activare anormal de ridicată la pacientul obsesiv, primum movens al întregii patologii (în Cottraux, 2001). Iată principalele aspecte ale acestui model:

- O activare anormal de ridicată poate antrena un răspuns cu disconfort, anxietate, modificări negative de dispoziție;
- Dacă activarea depășește un prag critic, persoana poate asocia starea internă de activare cu un stimul din mediu (murdărie, germenii, dezordine etc.), printr-un fenomen de pseudo-condiționare;
- Subiectul va efectua ritualuri pentru a evita stimulul din mediu și pentru a reduce anxietatea și va construi un argument pentru a justifica / semnifica propriul comportament;

Desigur că ambele modele sunt criticabile, însă au fost printre primele modele etiologice care au putut susține intervenții controlate asupra simptomatologiei obsesiv-compulsive.

Salkovskis (1991) prezintă un model comportamental sintetic al apariției și dezvoltării TOC. Din punctul de vedere al autorului, comportamentele

compulsive servesc menținerii problemelor obsesive. Salkovskis punctează caracteristicile modelului astfel:

1. Obsesiile sunt stimuli condiționați cu caracteristici anxiogene, care sunt rezistenți la extincție (habituaire).
2. Comportamentul compulsiv este întărit prin scăderea anxietății și disconfortului asociate gândurilor obsesive, așadar actele compulsive tind să devină mai frecvente consecutiv apariției obsesiilor.
3. O suită de comportamente evitante tind să se dezvolte în timp, comportamente care au rolul de a reduce ocurența gândurilor obsesive.

Comportamentele de evitare previn, iar comportamentele compulsive întrerup expunerea la stimuli anxiogeni, producând o scurtă degajare a anxietății, dar împiedicând extincția acesteia (habituarea cu ea).

Teoria comportamentală susține și demonstrează că comportamentul compulsiv are un rol crucial în menținerea obsesivității. Aceasta a dus la studierea tot mai amănunțită a compulsiilor “acoperite”, care se desfășoară doar în plan mental și întrețin ruminările. Acestea compulsiile acoperite sunt gânduri ce nu apar spontan ca ideile intruzive ci sunt inițiate și realizate de subiect, cu efort, pentru a contrabalansa obsesia anxiogenă ce apare spontan. Compulsiile acoperite îndeplinesc aceeași funcție de întreținere ca și compulsiile deschise, observabile.

## 5. Modelele cognitiv-comportamentale

### *Generalități*

Primul model de intervenție de tip cognitiv comportamental poate fi considerat, așadar, cel al lui Meyer (1960), care, pe lângă elementele predominant comportamentale, a intricat rolul expectațiilor legate de pericol, fapt ce semnifică intuiția lui Meyer în ce privește rolul medierii cognitive în TOC.

Modelele cognitiv-comportamentale descriu, în mod obișnuit, problematica dezbătută uzând de legătura funcțională dintre gânduri, emoții și comportamente. Practic, orice problemă poate fi definită menționându-se:

- Gândurile automate generate în cadrul unei experiențe și credințele din care derivă acestea
- Reacțiile emoționale (inclusiv componenta lor fiziologică) și comportamentale în cadrul respectivei experiențe, ca expresie a medierii cognitive datorate gândurilor automate și a activării credințelor specifice, relevante pentru acea experiență
- Factorii care pot favoriza, precipita, declanșa sau menține reacțiile considerate problematice

Conceptualizările cognitiv-comportamentale nu exclud participarea vulnerabilității de tip biologic. De exemplu, în ce privește categoria nosologică a tulburărilor de Axă II, terapeuții cognitiști văd dezvoltarea acestora ca rezultat al interacțiunii dintre predispozițiile genetice ale individului către anumite trăsături de personalitate și experiențele timpurii (Beck, J.S., 2005).

Modelele cognitiv comportamentale nu indică o cauză precisă și unică a apariției unei probleme – în nici un caz nu se referă la o cauzalitate liniară, componentele amintite și participarea lor fiind surprinse în secvențialitate de tip funcțional, care permite o relativă unificare a acestora în modele

multicomponente, cu funcționalitate de tip circular sau sistemic. Astfel că, în formulările de caz, conceptualizările cognitiv-comportamentale prezintă problema din punct de vedere funcțional. Ele nu exclud aportul modelărilor comportamentale, însă introduc componente cognitive pentru a articula mai bine modalitățile de înțelegere.

Modelele cognitive cele mai simple postulează că un eveniment poate fi evaluat și interpretat, iar în funcție de această procesare apare o reacție specifică (fig. 1).

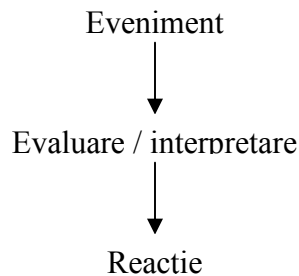


Fig. 1

Interpretarea se exprimă prin *gânduri automate*, adică idei, cuvinte, expresii sau imagini automate, involuntare, evocate sau inedite, care apar spontan în mintea persoanei în situații, contexte specifice. Gândurile automate reprezintă modalitatea cea mai superficială de manifestare cognitivă.

Gândurile automate sunt declanșate datorită activării unor *credințe* formate de-a lungul vieții, cu precădere în perioada timpurie, prin experiență. Aceste credințe se referă la propria persoană, la ceilalți, la lume,

practic la aspectele importante, semnificative, relevante pentru persoană. De exemplu, în cazul anxietății, credințele legate de pericol sunt relevante.

Există 2 mari categorii de credințe (Beck J.S., 1995):

1. *Credințele nucleare* (core beliefs) sunt credințe globale, rigide și suprageneralizatoare ce vizează domenii importante ale experienței individului. Sunt credințe centrale ale persoanei, care îi ghidează, de obicei, inconștient, comportamentul.

2. *Credințe intermediare* (intermediate beliefs) sunt credințe care mijlocesc legătura dintre credințele nucleare și gândurile automate, structurate și activate din nevoia de a asigura coerență experienței imediate. Ele pot fi de trei feluri:

- *Reguli / expectații* (rules / expectations) – stabilesc prescripții de acțiune, iar atunci când sunt maladaptative, sunt rigide, abrupte, radicale. De obicei conțin, la nivel de discurs, verbul *a trebui* („trebuie să muncesc din greu tot timpul”).
- *Presupuneri / asumptii subiacente* (underlying assumptions) – credințe cu structură ipotetică, de tip „dacă X atunci Y” („dacă nu muncesc din greu tot timpul n-o să reușesc”).
- *Atitudini* – credințe care exprimă aprecieri, poziționări personale, de obicei cu un relativ grad de generalitate („e groaznic să nu reușesc / să nu am succes”)

Toate aceste elemente alcătuiesc o arhitectură cognitivă capabilă să medieze între evenimente și reacțiile persoanei (vezi fig. 2).

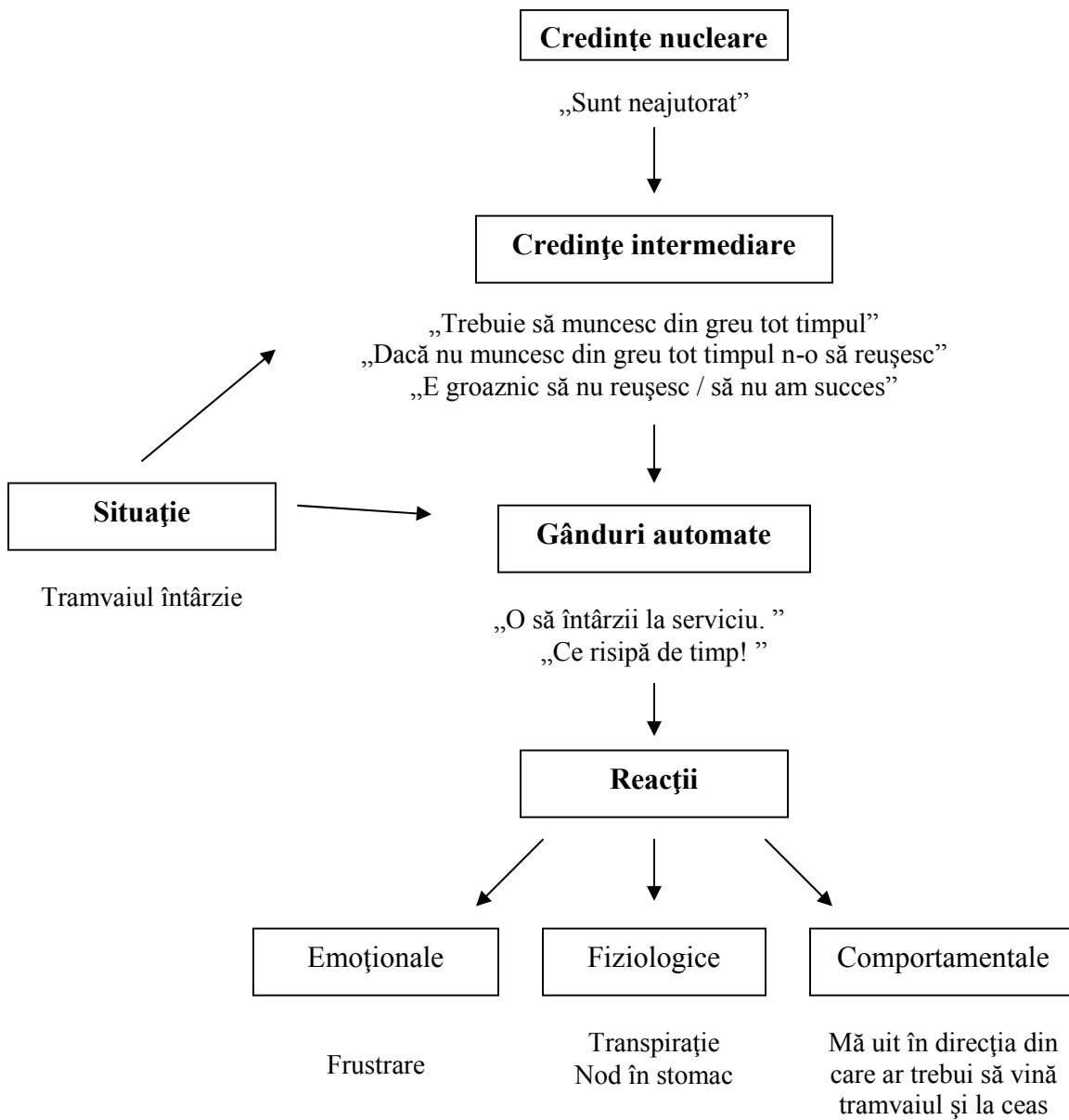


Fig. 2

Așadar, situațiile în sine nu determină direct reacțiile persoanei, ci felul în care sunt evaluate / interpretate. Nu situația în sine și prin ea însăși determină ce simte persoana, ci mai degrabă modalitatea prin care persoana o interpretează (Beck, 1964, Ellis, 1962, în Beck, J.S., 1995). Emoțiile și comportamentele sunt influențate de percepția asupra evenimentelor (Beck, J.S., 1995).

### *Specificitate cognitivă în TOC*

*Gândurile intruzive* sunt un fenomen normal (Salkovskis, 1991, 2005), ele putând avea un rol important în domenii diverse, cum sunt, de exemplu, cele ce reclamă creativitate sau capacitate de a rezolva probleme. Astfel de gânduri intruzive sunt, după Rachman și de Silva (2004), unii dintre primii care au studiat acest fenomen, următoarele :

- gândul despre un accident care se întâmplă unei ființe dragi;
- gândul despre un rău ce se întâmplă propriului copil
- gândul că ar putea să se sinucidă
- imagini despre proprii părinți stând întinși, morți
- gânduri despre relații sexuale “nenaturale”
- impulsul de a se arunca în fața trenului
- impulsul de a ataca violent și a omorâ de un câine
- impulsul de a face rău unor persoane inocente (copii, bătrâni)
- impulsul de a spune obscenități

Gândurile intruzive normale și cele obsesive diferă nu prin apariția și controlabilitatea lor ci prin frecvența și intensitatea lor. Precum și prin faptul

că obsesivul le interpretează ca o indicație că el e responsabil de intenția de a face rău altora și sie-și și de prevenția acestui fapt.

*Modul în care sunt evaluate gândurile intruzive* pot duce la reacții maladaptative. Gândurile obsesive sunt, practic, exagerări ale unor aspecte importante ale funcționării cognitive normale (Salkovskis și Kirk, 1998). Gândurile obsesive implică aproape întotdeauna frica asociată responsabilității de a face rău prin a determina sau omite lucruri (Salkovskis și Kirk, 1998).

Persoanele vulnerabile tind să interpreteze distorsionat gândurile intruzive în sensul *responsabilității personale* pentru cauzarea sau prevenirea *pericolului* asociat (Salkovskis, 1991, 2005, De Silva și Rachman, 2004). Ele răspund *încercând din greu* să să prevină pericolul / riscul, iar soluția devine, în timp, problemă (Salkovskis, 2005).

*Credințele legate de responsabilitatea personală* vizează faptul că cineva are puterea semnificativă de a cauza sau a preveni rezultate cruciale negative. Aceste rezultate sunt percepute ca fiind esențial de prevenit. Ele pot avea consecințe importante în lumea reală și sunt filtrate la nivel moral. Evaluările distorsionate, exagerate, după criteriul responsabilității *motivează* comportamentele compulsive, prin neutralizări persoana încercând să prevină pericolul și să reducă povara responsabilității personale.

Trăsătura responsabilității nu a fost, însă, găsită ca modificată (exagerată) la toți pacienții cu TOC. Dar ea este într-adevăr crescută constând la o subclasă specială, la cei cu verificări patologice asociate cu obsesii legate de frica de a face rău altora (Rachman, 1976, Rasmussen & Eisen, 1989, 1992 citați de Summerfeld, 1989). S-a constatat de asemenea o frecvență crescută a verificărilor în populația neclinică fapt ce poate explica considerarea acestei subclase ca un analog neclinic a TOC. Raportul între



diverse subclase nu mai este același la populația clinică. Tot ca o diferență între diverse subclase de TOC Rachman și Hadson (1980) raportează scăderea responsabilității prin încurajare în prezența altei persoane cu reducerea disconfortului la verificatori dar nu și la cei ce se spală.

Aspectele menționate mai sus sunt integrate recent între caracteristicile de bază ale TOC pe care le-a definit (1997, 2003, Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (OCCWG) care a și elaborat Obsessive Beliefs Questionnaire (OBQ). Respectivul grup de lucru descriu caracteristicii circumscrise în felul următor :

Responsabilitatea e definită ca și credință a individului că posedă o putere unică de a prevedea și preveni sau de a controla consecințe negative considerate cruciale față de ființe reale sau situate la nivel imaginar, moral („dacă ignor aceste gânduri pot fi responsabil de consecințe grave sau de a avea o influență într-un eveniment, fapt ce e echivalent cu a fi responsabil de acest eveniment“ ).

Importanță excesivă a gândirii. Ea corespunde credinței conform căreia singură prezența gândirii indică că ea e importantă și semnificativă pentru individ. In acest domeniu sunt incluse gândurile care reflectă gândirea magică sau fuziunea gândire-acțiune. Anumiți subiecți cu TOC acordă multă importanță conținutului sau prezenței gândurilor lor. Sensul asociat apariției acestor gânduri e important („faptul că am aceste gânduri semnifică faptul că sunt anormal sau pentru că eu am aceste gânduri, eu trebuie să doresc ca ele să se realizeze”).

Nevoia de control asupra gândirii. Aceasta e o supraevaluare a importanței de a exersa un control complet asupra gândurilor intrusive, imagini, impulsuri și credința că acestea sunt posibile sau de dorit. Acest tip de credință cere o vigilență excesivă față de evenimentele mentale. Ea

include credința că eșecul de a controla gândurile conduce la consecințe negative și la credințe moraliste conform cărora a controla gândurile e o virtute (trebuie și pot exercisa un control asupra gândurilor).

Estimarea amenințării. Aceasta e definită ca o exagerare a probabilității (riscului) de a se întâmpla ceva rău. Aceasta e caracteristica tuturor tulburărilor anxioase.

Intoleranța la incertitudine. Această noțiune reunește trei credințe: convingerea subiectului privitor la fapte ce trebuie sigur, credința că va fi incapabil să facă unei schimbări imprevizibile, credința imposibilității unei funcționări în situații ambigui (“e esențial pentru mine a evalua toate consecințele posibile ale unei acțiuni”).

Perfecționismul. Acesta se definește ca și credința că există o soluție perfectă pentru fiecare problemă și că a face totul perfect nu e doar posibil ci și necesar.

Intoleranța la incertitudine și perfecționismul se corelează cu problematizarea deciziei.

Datele clinice au relevat o legătură între indecizie și unele aspecte ale TOC, mai ales în cazurile cu lentoare obsesivă, unde e prezentă tendința pacienților de a se implica într-un proces de decizie meticulos și prelungit cu atenție la detalii și cântărirea multor alternative. Totuși nici indecizia nu e menționată între criteriile TPOC de DSM-IV. Interesant e că acest construct realizează o legătură între impulsivitate și perfecționism.

Indecizia e considerată a fi indicele unei tendințe cognitive mai fundamentale, independentă de simptome. O serie de studii experimentale au demonstrat dificultatea celor cu TOC în a rezolva sarcini într-un timp limitat. Persoanele rezolvă bine sarcinile dar cu mai multe informații și într-un timp mai lung, urmând mai multe strategii și soluții, ținând cont de

particularități ale sarcinii probabilistice. Pacienții TOC ce au un scor crescut la dimensiunea “evitarea răului” din sistemul de chestionare a lui Cloninger o au în întregime prin subscala fricii de incertitudine. Această problemă și multe altele corelate se desfășoară în jurul îndoielii patologice.

Perfecționismul este o trăsătură importantă în cadrul TPOC și joacă un rol semnificativ în analiza TOC. El e definit de obicei ca străduință de a obține standarde excesiv de înalte, fapt ce presupune o permanentă autoevaluare. Perfecționismul este până la un punct o trăsătură adaptativă dar de la un punct încolo un factor de vulnerabilitate. Legătura dintre perfecționism și TOC a fost comentată de la început de Janet (1903) în cadrul “stării psihastene”. Aceasta se caracterizează prin aprecierea subiectului privitor la neadecvarea performanțelor, cu un sentiment de lipsă de satisfacție. El trăiește un sentiment de “incompletitudine”, nimic nu i se pare bine încheiat, bine delimitat.

Recent, perfecționismul a fost analizat în perspectivă multidimensională, cu mai multe subscale. Frost (1990) distinge următoarele aspecte : adoptarea unor înalte standarde personale, o exagerată atenție la greșeli, percepția unei așteptări înalte din partea altora asociată cu riscul criticismului, o preocupare pentru organizare; în sfârșit, și îndoială în legătură cu propriile performanțe. Sentimentul că există o importantă expectanța din partea altora a fost descris ca perfecționism social și el apare ca fiind mai corelat cu anxietatea și fobia. Studiile efectuate au indicat că rolul pe care-l joacă perfecționismul în TOC nu e explicat suficient prin perfecționismul social. Pacienții relatează un profund sens intern al insatisfacției de a nu trăi ceva absolut sigur și exact. Aceasta duce uneori la un comportament care respectă reguli rigide, pentru a nu se greși cumva cu ceva. Trăirile de insatisfacție interioară corespund concepției lui Janet de

“incompletitudine”. Subiectul nu se simte satisfăcut deoarece în ochii săi, nimic nu apare ca bine împlinit, ca exact și perfect, cu absolută certitudine. Perfecționismul din TOC e motivate intern și reflectă o incertitudine fundamentală care se corează și cu faptul de a nu avea totul sub control. Există astfel și o corelație cu o îndoială profundă. Îndoială, inclusiv asupra actelor pe care le face. Si astfel și o corelație cu indecizia.

Indecizia, îndoiala, incertitudinea, sentimentul de incompletitudine, perfecționismul intern al nesatisfacției, tendința de a ține totul sub control, sunt aspecte psihopatologice care se întâlnesc în mod curent în TOC și nu sunt cuprinse direct – ci doar indirect – în modelul cognitivist clasic. De aceea, asupra acestor aspecte se îndreaptă atenția noilor cercetări cognitive.

Considerăm că, pe lângă credințele legate de responsabilitate și pericol, un loc important ocupă, în derularea procesualității obsesiv-compulsive, și cele legate de (*auto-*) *control*, care exprimă percepția persoanei asupra propriilor resurse de coping.

*Fuziunea gând-acțiune* (thought-action fusion – TAF) descrie un fenomen prin care un gând intruziv devine semnificativ datorită tendinței de a considera gândurile ca fiind echivalente, din punct de vedere psihologic, cu acțiunea interzisă (Rachman, 1993, în Rachman și Shafran, 1999, De Silva și Rachman, 2004). Există două forme ale respectivului fenomen specific TOC:

1. Fuziunea gând-acțiune legată de *probabilitate* (probability TAF) – în TOC apare ideea creșterii probabilității ca gândul intruziv să se întâmple („Dacă gândesc în felul acesta, atunci e foarte probabil să se și întâmple”),

modalitate ce aduce aminte de gândirea magică prezentă, de exemplu, în superstiții.

2. Fuziunea gând-acțiune legată de *moralitate* (morality TAF) – în TOC apare ideea echivalenței morale dintre apariția gândului intruziv și acțiunea corespondentă lui („Dacă gândesc în felul acesta, atunci e la fel de rău / imoral ca și atunci când aş face să se întâmple lucrul acesta”)

Fuziunea gând-acțiune tinde să crească distorsiunile interpretative ale gândurilor intruzive, accentuează anxietatea și, implicit, facilitează strategiile de tip compulsiv.

Alte tipuri de fuziune sunt (Purdon și Clark, 1999):

- fuziunea gând-eveniment – *thought-event fusion* – „Dacă m-am gândit că am luat ceva din casa unde am fost în vizită, s-ar putea chiar să se fi întâmplat”
- fuziunea emoție / disconfort – consecință – *consequences of emotion / discomfort* – „Dacă las gândurile să vină o să o iau razna”.

TAF apare în corelație cu gândurile obsesive chiar dacă nu există nici un impuls, deci în cazul rumațiilor, dar TAF e trăit mai intens și mai neplăcut în cazul impulsurilor obsesive. Factorul TAF corelează consistent și strâns cu subscala de “verificare” din Maudsley Obsessional Compulsional Inventory, în particular cu  $r=41$  și  $r=38$ . TAF și este unul din elementele importante prin care asumpțiile responsabilității mențin obsesiile și compulsiile.

*Metacogniția* reprezintă modalitatea de procesare a informației prin care se monitorizează, se interpretează și se evaluează conținuturile și procesele proprii organizării (Purdon și Clark, 1999). Ea poate fi orice

cunoștință sau orice proces cognitiv implicat în evaluarea, monitorizarea sau controlul cogniției (Wells, 2000).

În TOC, „produsele metacognitive” sunt interpretările / evaluările gândurilor intruzive. Există, potrivit lui Wells (2000), o distincție pe care o fac cei mai mulți teoreticieni, și anume aceea dintre *cunoștința metacognitivă* (informația și credințele pe care persoana le are despre propriile cogniții) și *reglarea / regularizarea metacognitivă* (un șir de funcțiuni executive: alocarea de atenție, monitorizarea, verificarea, planificarea și detectarea erorilor în execuție).

Wells și Mathews (1994, 1996, în Purdon și Clark, 1999), Wells (1997, în Purdon și Clark, 1999), Wells (2000), prezintă primul model metacognitiv în TOC, denumit modelul Funcției Executive Auto-Reglatorii - *Self-Regulatory Executive Function (S-REF) model*. Sistemul S-REF constă într-o „arhitectură” dinamică în care apare interacțiunea dintre trei nivele (Wells, 2000):

1. O rețea de unități de procesare, orientată / condusă de stimuli (stimulus-driven), care funcționează predominant automatic, în afara câmpului de conștiință, ale cărei produse pot pătrunde intruziv în conștiință.
2. Un nivel al procesării controlate curente (on-line controlled processing), implicate în evaluarea conștientă a evenimentelor, în controlul acțiunii și al gândului și care necesită resurse atenționale mai consistente.
3. Un nivel al înmagazinării credințelor, auto-cunoașterii, în memoria de lungă durată.

Sistemul S-REF este inițiat atunci când individul percepe că scopuri importante n-au fost atinse sau ar putea să nu fie atinse, iar rolul lui este să reducă discrepanța dintre scopuri și realitatea situației. De asemenea, el servește la evaluarea semnificației personale a propriilor gânduri, la fel ca și

în cazul unor stimuli externi. În tendința de a reduce discrepanța dintre scopuri și realitatea situației, în TOC sunt inițiate strategii diverse, cum ar fi suprimarea gândurilor (persoana încearcă să nu se mai gândească la ceea ce îl sperie, încearcă să-și alunge gândurile etc.), asimilarea informațiilor noi, ruminarea îndreptată către prevenirea intrării în câmpul conștiinței a unor stimuli și mai supărători, monitorizarea stimulilor etc. Selecția strategiilor este făcută în funcție de credințele metacognitive ale persoanei despre necesitatea sau succesul strategiilor. Din păcate tot acest demers are un efect paradoxal și maladadaptativ de a crește capacitatea de a repera informație relevantă ce semnifică amenințare pentru individ, utilizându-se resurse atenționale mai multe.

Din punctul nostru de vedere, un concept care ar putea simplifica înțelegerea proceselor metacognitive este cel de *hipervigilență*. Hipervigilența a fost interpretată ca tendință la procesare informațională prioritară în direcția informațiilor relevante ca pericol despre stimuli generatori de frică din mediu (McNally, 1996, în Olatunji et al., 2008). În cazul TOC, rezultatele în ce privește o astfel de procesare biasată a informației legate de pericol nu sunt suficient de convingătoare (Olatunji et al., 2008), dar se pare că există posibilitatea ca propensiunea către a asigna prioritate în procesare informațiilor legate de pericol să fie fundamentată pe expectațiile ca respectivele consecințe aversive vor urma expunerii la stimulii relevanți pentru pericol (Taylor și Rachman, 1994, în Olatunji et al., 2008).

Hipervigilența poate fi considerată o condiție ce presupune angrenarea, voluntară sau involuntară, de resurse atenționale sporite datorită activării unor credințe legate de pericol, responsabilitate personală, auto-control și (cu necesitate) de relația dintre aceste teme.

Hipervigilența poate lua 2 „direcții”:

- una voluntară, în care persoana, în mod deliberat, monitorizează, evaluează și anticipează stimulii ce generează direct sau indirect disconfort (de ex.: gândurile intruzive, murdăria etc.); respectiva conduită hipervigilentă facilitează strategiile de neutralizare și, în mod particular, pe cele de evitare;
- una automată, în care persoanei îi este atrasă atenția involuntar de către stimulii ce generează direct sau indirect disconfort; astfel că, persoana selectează (mal)adaptativ stimulii relevanți și „prioritari” în fiecare situație, mult mai rapid.

Faptul că gândurile intruzive sunt evaluate / interpretate într-o poziție externalizată nu reprezintă neapărat o activare secundară a altor tipuri de credințe decât cele din categoria cărora derivă gândurile automate intruzive. Evaluările sunt rezultatul unei duble interacțiuni (evaluare circulară) între două nivele cognitive diferite, cel al gândurilor intruzive și cel al credințelor legate de pericol, responsabilitate personală, auto-control și de relația dintre aceste teme. Scopul acestei interacțiuni circulare este de a asigura coerența între sistemul de credințe, stimulii interni (gânduri intruzive, disconfort) și cei externi (stimulii situaționali prezenți sau anticipați). O interpretare care poate părea absurdă pentru majoritatea oamenilor („Dacă mă gândesc cum ar fi să-i fac rău mamei, fără să vreau, înseamnă că nu sunt un om bun”) poate să fie mai plauzibilă și, ca atare, mai eligibilă (pentru a fi activată) pentru cineva care are convingerea că e un păcat grav să te gândești la a face rău părinților. Astfel că interpretările / evaluările gândurilor intruzive sunt reacții (mal)adaptative care, la rândul lor mediază apariția disconfortului dispozițional și alegerea strategiilor de neutralizare a gândurilor intruzive și



a posibilelor consecințe ale acestora. Hipervigilența poate facilita generalizarea învățării și, implicit, extinderea și nuanțarea fenomenelor obsesiv-compulsive, precum și creșterea vulnerabilității la recădere.

Astfel poate fi explicat și conceptul de *vulnerabilitate întrevăzută / anticipată* (looming vulnerability – Riskind și Rector, 2007). Nevoia de coerență și, în mod specific, de control a persoanei poate să ducă la crearea unor scenarii mentale dinamice ce surprind anticipatoriu posibile consecințe legate de conținutul gândurilor intruzive. O trăsătură centrală a simțului uman al Sinelui este o „abilitate auto-noetică” unică de a fi conștient de sine într-un context spațio-temporal și de a se proiecta mental în viitor (Wheeler, Stuss, & Tulving, 1997, în Riskind și Rector, 2007). Deși într-o primă etapă, aceste scenarii sunt destinate să asigure coerență și acopere posibilitățile de derulare a evenimentelor, fapt menit să reducă disconfortul și nesiguranța, ele ajung să aibă impact paradoxal asupra persoanei datorită influenței credințelor distorsionate legate de pericol, responsabilitate personală și control.

### *Procesualitate cognitiv-comportamentală*

Pacientul obsesiv interpretează distorsionat aspecte ale propriei funcționări mentale (incluzând memoria acțiunilor și abilitatea sa de a inhiba gândurile și îndoielile) iar ca urmare crește efortul deliberat de a exercita controlul asupra gândurilor și comportamentului. Procedând așa el ajunge să monitorizeze și să țină sub control procese care în mod firesc decurg automat. Prin aceasta scad performanțele și crește preocuparea, autoobservarea, atenția față de propriile gânduri și pentru monitorizarea lor.

Credințele ce vizează responsabilitatea personală, pericolul și auto-controlul sunt structurate în timp, iar în condițiile unor incidente critice cu rol precipitator, ele pot fi activate, generând gânduri automate intruzive. Acestea sunt interpretate distorsionat în sensul responsabilității personale pentru a cauza sau preveni un pericol asociat. Mai mult, în anumite cazuri pot apărea consecutiv interpretări secundare ce reflectă credințe intermediare de tipul atitudinilor. De exemplu, dacă gândul intruziv este „O să-mi rănesc fiica” interpretarea poate să fie „Dacă am gândul acesta, cine știe ce îmi doresc? Poate că, la un moment dat, o să îmi pierd controlul și chiar o să o rănesc” și, consecutiv, să gândească „E groaznic ce pot gândi despre fiica mea. Un părinte bun n-ar gândi așa ceva despre propria fiică. Nu trebuie să mai gândesc așa ceva”. Pe lângă anxietate se pot instala, așadar, și sentimentele de vinovăție. Interpretările generează, ca atare, disconfort și persoana încearcă, de obicei strategii de contracarare a gândurilor printr-un demers de neutralizare. Strategiile de neutralizare, ascunse (de ex.: înlocuirea gândurilor intruzive cu gânduri pozitive sau acceptabile moral) sau deschise / manifeste (de ex.: ritualuri compulsive) pot reduce, temporar, disconfortul, persoana având impresia că evită pericolul perceput, confirmându-și interpretările distorsionate. Strategiile de neutralizare funcționează temporar și din ce în ce mai ineficient. Mai mult, gândurile intruzive apar din ce în ce mai frecvent, acest fenomen fiind susținut și întărit de *hipervigilența* tipică în disconfortul generat.

Hipervigilența poate facilita generalizarea învățării și, în felul acesta, pot apărea noi gânduri intruzive și noi strategii de neutralizare. Odată ce strategiile de neutralizare devin din ce în ce mai ineficiente, sentimentul lipsei de control întărește interpretările în sensul responsabilității personale, crescând disconfortul cu anxietate, vinovăție, neputință, făcând posibilă



*Noutăți în abordare*

*Abordarea bazată pe inferențe (IBA)*

Un model teoretic și de intervenție ce pare promițător este cel *bazat pe inferențe* (*inference – based approach* - O'Connor, Aardema și Pélissier, 2005, O'Connor et al., 2005, Aardema, Emmelkamp și O'Connor, 2005, Aardema, O'Connor, și Emmelkamp, 2006 ). Acest model integrează într-o perspectivă fenomenologică interesantă elementele cognitive și cele narative.

Abordarea bazată pe inferențe trece peste problema conținutului idiosincratic al fenomenelor obsesiv-compulsive și nu se focalizează pe identificarea și abordarea unor credințe specifice în TOC (de ex., cele de responsabilitate personală), cât mai degrabă pe procesul de raționare / judecare (reasoning), asociat cu producerea obsesiilor. Diverse tipuri de raționament (deductiv, inductiv, probabilistic etc.) sunt utilizate de orice om, atunci când își reprezintă un eveniment, sub forma unor construcții narative ce pot fi identificate ușor în discurs.

În TOC, gândurile intruzive nu apar din nimic, ci sunt precedate de anumiți stimuli. Diverse elemente externe (de ex., situații) sau interne (de ex., cuvinte, imagini, senzații etc.) pot contribui la crearea unui context intern favorabil declanșării gândurilor intruzive, printr-un proces inferențial primar. Obsesionalul comută trăirea de pe o lume a simțurilor și a centrării pe prezent (aici și acum) pe o lume a imaginarului, printr-un proces de absorbție a realului în imaginar, în diverse grade, cu centrarea pe posibil.

Obsesionalul trăiește, așadar sub semnul posibilului și al îndoielii, incertitudinii, creând scenarii narative printr-o procesualitate inferențială primară.

### *Câteva comentarii la modelul cognitivist standard*

Modelul cognitivist standard a TOC, cel a lui Salkovskis – ignoră și interpretează parțial sau într-un sens specific o serie de aspecte clinice ale tulburării și o serie de date culese prin observație și cercetare.

Astfel, modelul cognitiv standard nu ține seama de modelul biologic. Si o dată cu aceasta de idea unui deficit general care să susțină o eventuală tulburare de memorie, de “priming” (i.e. tendința de a continua să se inhibe un răspuns inițial inhibat) și de alte deficite de acest fel, care să fie implicate în vulnerabilitatea pentru obsesii (Salkovskis, 1998). Un astfel de deficit în procesul de procesare a informației e considerat a nu fi nici necesar nici suficient pentru dezvoltarea și menținerea TOC.

Modelul cognitivist nu acceptă existența în TOC a unor compulsiilor care să nu fie declanșate de obsesii. E drept că el nu insistă asupra compulsiilor externe ci mai mult asupra a celor acoperite. Împreună cu modelul comportamental este ignorată linia de tranziție, continuumul, care în spectrul TOC conduce spre mișcările involuntare condiționate neurologic așa cum ar fi cele din coreea Sydenham și coreea Huntington, din ritualurile din autismul infantil, din boala Gilles de la Tourette și chiar ticurile în general. Clinica TOC a constatat că mai ales la persoanele în vârstă, tulburarea poate fi declanșată de noxe somatice care ating nucleii bazali, astfel încât se consideră că o vulnerabilitate a acestora reprezintă și o

vulnerabilitate pentru mișcări involuntare, compulsii și TOC. În plus, au fost studiate cazuri de TOC la care în spatele compulsiilor nu stau obsesii ci “fenomene senzoriale”. Clinica TOC a constatat în tot cursul sec. al XX-lea o diateză agresivă primară crescută la acești bolnavi. Aceasta a fost încorporată în concepția psihanalitică privitoare la instinctul morții, caracterul anal și formarea obsesiilor. Agresivitatea crescută e reconfirmată în ultimele decenii de studiile epidemiologice pe TOC la copii și adolescenți și inclusă recent ca o caracteristică generală de fond a tulburării. Modelul cognitivist nu face loc acestei tendințe în verigile intermediare care conduc la instalarea tabloului clinic.

Psihopatologia incompletitudinii, a incertitudinii, îndoielii și perfecționismului nu sunt organic incluse în modelul cognitivist clasic. De asemenea, simptomatologia OC la care se referă modelul cognitivist plasează la periferie și uneori chiar ignoră, preocuparea față de ordine (ca obsesie și compulsie), în măsura în care aceasta e diferită de preocuparea față de curățenie și nu se corelează cu tema responsabilității față de o acțiune rea pentru alții și pentru sine. Această preocupare față de ordine poate fi însă corelată cu tematica incompletitudinii. Dificultatea deciziei și obsedarea cu variante multiple a planurilor de acțiune nu e comentată de cognitivism în măsura în care nu e corelată cu responsabilitatea. În schimb verificările legate de acțiuni care nu implică responsabilitatea sunt corelate nevoii de certitudine, perfecționism și sentiment de incompletitudine. Toate aceste aspecte, sesizate de OCCWG, dar mai ales îndoiala și indecizia patologică, fac obiectul noilor tendințe în cognitivism care încearcă să depășească modelul clasic prin abordarea inferențială a TOC (Inference Based Approach – IBA, O’Connor, Aardema).

Ideația intruzivă, care este punctual de plecare a modelului cognitivist – și inclusiv a celui comportamental – necesită un comentariu separat. Ideația intruzivă este desigur o realitate, ea fiind documentată de cercetări solide. Există liste de gânduri intruzive, care sunt prezentate și pacienților cuprinși în TOC. De exemplu : în manualul său Abramovitz prezintă 39 astfel de gânduri, lista începând cu :

- Gândul de a te arunca de pe pod;
- Gândul de a ieși cu mașina afară din șosea;
- Gândul că ceva mă lovește între...
- Impulsul de a te arunca în fața trenului ce tocmai sosește în stație;
- Ideea de a face ceva rău împotriva unui bătrân sau a unui copil;
- Gândul de a dori ca o persoană să moară;
- Impulsul de a împinge un prieten ce merge prea încet;
- Impulsul de a brusca pe cineva care vorbește prea mult;
- Gândul că se va întâmpla ceva teribil din eroarea mea;
- Gândul de a avea un accident când în mașină e un copil;
- Gândul de a lovi pe cineva accidental cu mașina pe care o conduci;
- Imagini cu cineva drag care e atacat sau omorât;
- Gândul de a primi vești despre cineva apropiat că a murit etc.

E firesc ca gândurile intruzive să fie incluse în ansamblul trăirilor psihice spontane, care parțial sunt conștiente, parțial nu. Din această categorie fac parte și reamintirile și reprezentările spontane, plăcute, neutre sau neplăcute, ultimele putând fi obsesive. De asemenea proiectele de acțiune, fie că sunt egosintone și firești fie că sunt multiple, variate și hiperanalizate într-o manieră egodistonă, obsesivă. Îndoiala poate să apară și ea spontan și conștient, justificată sau exagerată în mod obsesiv. Desigur, de

spontaneitatea psihismului ține și intuiția și apariția ideilor noi, găsirea bruscă a unei soluții pentru problemele ce-l preocupă pe subiect, fapt ce e creator. Ideea intruzivă care se referă la acțiuni și evenimente negative privitoare la subiect, apare astfel ca o figură pe un fond al trăirilor spontane, resimțite conștient, lucid, egosintone și egodistone.

În lista ideăției intruzive pe care o comentează adepții teoriei cognitive în TOC nu apar însă ideile de vinovăție, care și ele, justificate mai mult sau mai puțin, sunt o realitate pentru toți oamenii. De asemenea, lipsesc multe dintre trăirile catastrofice de pericol și derulare negativă a evenimentelor specifice anxietății și care și ele pot fi trăite egosinton. E de remarcat deci că listele de idei intruzive care sunt evidențiate sunt selective. Ele au în vedere doar acte ale subiectului cu consecințe negative și gânduri că s-ar putea întâmpla ceva rău celor apropiați. Ele lasă de o parte ideea intruzivă propriu zis anxioasă și depresivă dar și o parte din cea propriu zis obsesivă cum ar fi reamintirea și reprezentările, proiectele de acțiune hiperanalizate, îndoiala majoră etc. În plus, e destul de mult neglijată ideea care ar sta în spatele colecționarismului obsesiv și a preocupării pentru simetrie și ordine. Psihopatologia verificării e și ea doar parțial reprezentată, la fel ca cea a contaminării. Centrul tematic al listelor de ideeație intruzivă e reprezentată de intențiile de act agresive față de sine și de alții și de răul pe care subiectul și-l poate face sie-și. Tema contaminării a fost dezvoltată de cognitivism în sensul responsabilității, adică a faptului că fiind contaminat pot contamina pe alții. Dar, în trăirea contaminării central e sentimentul propriului pericol, ca în hipocondrie. Această direcție e puțin dezvoltată în listele de ideeație intruzivă, deși ar fi fost interesant să se știe câți oameni normali au gânduri de contaminare posibilă.



Există suficiente studii care indică o subpopulație ce prezintă obsesii subclinice, mai ales la adolescenți. Proporția acestora variază între 10-20%. Nu este clar dacă cei ce au frecvente obsesii subclinice evoluează mai frecvent spre TOC clinic. Dar, se știe că pacienții cu TOC relatează frecvent trăiri obsesive subclinice înaintea celor de formă și intensitate clinică. S-ar putea astfel ca ideea intruzivă, deși în principiu e prezentă la mai toată lumea, să fie totuși inegal distribuită, cel puțin ca frecvență și intensitate existând persoane la care se selectează din anumite motive acest tip de trăiri. Iar cei cu TOC ar fi în cele din urmă o subclasă a acestora.

Ideea intruzivă e trăită nu sub forma impulsului ci a eventualității: “ce ar fi dacă...”, “s-ar putea să...”, Deci a probabilității. Acest fapt e reluat în recente studii cognitive în TOC de către promotorii IBA.

Modelul cognitiv este destul de coerent și eficient terapeutic în TOC pentru partea pe care și-o asumă, la fel cum este și pentru anxietate și depresie. Din punct de vedere clinic rămâne, însă, deschisă problema manifestării periodice sau fluctuante a patologiei precum și cea a comorbidității. Pentru cazurile ce prezintă și TOC și depresie (pe care unii autori le evaluează la 80%) e nevoie oare de a postula existența ambelor distorsiuni la nivelul schemelor cognitive? Si la fel pentru cazurile de comorbiditate anxios-fobică eventual însoțite de atacuri de panică.

Atenția exagerată, patologică, acordată detaliilor în TOC – nu doar în TPOC – ridică și ea probleme de rezolvat pentru modelul cognitiv. Pentru interpretarea acesteia ar fi poate adecvat modelul deficienței modulului “coerenței centrale” care e aplicabil în autismul infantil, schizoidie și schizofrenia deorganizantă. În acest caz se poate sugera o nouă direcție de continuum psihopatologic pe lângă cele 3 comentate de Hollander.

Deficiența de coerență centrală ar face mai comprehensibilă lipsa orientării spre simptomatologia paranoidă la pacientul TOC. Subiectul nu poate percepe coerent ansamblurile (configurațiile, gestalt-urile) în ceea ce privește obiectele, situațiile, pe alte persoane și pe sine. Astfel, în relație directă nu-l percepe pe celălalt ca entitate bine individualizată, ca dușman sau răuvoitor, sau ca o persoană care intenționează să-l supravegheze. Spre deosebire de paranozie unde pacientul se resimte pasiv, la dispoziția agresorului, în TOC subiectul se resimte el ca agresor potențial, posibil a unei alte persoane imaginate. “Celălalt”, pe care-l agresează simbolic, ideatic-imaginar, pacientul cu TOC e însă un subiect-temă și nu o realitate configurantă. E drept că și în delirul paranoid dușmanii pot apărea subiectului de la un moment dat ca entități abstracte, dar aceasta în cadrul unui continuum ce pleacă de la supravegherea sa directă de către alții, trăită ca sentiment senzitiv-relațional; și de la persecuția sa de către oameni reali, identificabilă.

Actualul model cognitivist ca de altfel și celelalte modele, nu încearcă să clarifice ciudata simptomatologie numeric aritmetică din TOC, care nu se mai întâlnește în nici o altă tulburare mentală. Ea poate fi articulată cu o tulburare generică, privitoare la manipularea ordinii în spațiu și timp, (ordonarea, cel puțin cea spațială e corelată geometriei) conducând astfel la originala patologie matematică a TOC.

Specificitățile tematice ale preocupărilor din TOC nu au până în prezent explicație suficientă prin nici un model al bolii. De aceea sunt necesare și alte abordări, între care, cea care invocă deficitul de coerență centrală ar fi unul posibil.

## 6. Modele biologice în TOC

Cu toată eleganța, comprehensibilitatea modelelor psihice și uneori eficacitatea terapeutică a modelelor psihopatologice ale TOC, s-au impus și modele biologice.

Modelele și interpretările biologice au fost necesare în primul rând datorită realității clinice și apoi deoarece s-au dovedit eficiente tratamentele biologice, mai ales medicamentoase.

TOC are o mare specificitate clinică, dar simptomatologia obsesiv-compulsivă (OC) este răspândită sau comorbidă în multe tulburări, dintre care unele neurologice. În prezent majoritatea acestora sunt reunite în conceptul de spectru al TOC (STOC).

Observații mai vechi au arătat marea frecvență a simptomelor OC după encefalita Von Economo. De asemenea ele se întâlnesc frecvent aproape la jumătate din pacienții cu coree Huntington. E frecventă și în boala Parkinson, boala Creuzfeld-Jacob și după unele traumatisme craniene la bătrâni. Toate acestea indică implicarea ganglionilor bazali și a lobilor frontali. Cea mai evidentă comorbiditate se întâlnește însă în copilărie, cu ticurile și boala Gilles de la Tourette, care este dominată de ticurile motorii și verbale, uneori complexe. Comorbiditatea cu TOC e evidentă la peste 50%, în unele studii la 80%. Boala are o condiționare genetică, fiind implicați nucleii bazali, putamenul, nucleul caudat ventro-median, dar și cortexul orbitar frontal anterior.

Și în autismul infantil Kanner apar frecvent simptome OC, mai ales ritualuri, nevoie majoră de ordine fixă a obiectelor din jur, aritmomanie și comportament involuntar de a atinge alte persoane și obiecte.

În unele cazuri, mai ales la copii, a fost recunoscută o origine infecțioasă a simptomelor OC, mai ales infecție faringiană cu streptococ  $\beta$ -hemolitic de grup A. S-a constatat că în coreea Sydenham, care are la bază o astfel de infecție și un proces patogen autoimun, apar foarte des simptome OC. În acest caz apar anticorpi autoimuni împotriva citoplasmei neuronilor ganglionilor bazali, fapt identificat prin studii neuroimagistice. E posibil ca fenomenul să se producă mai ușor la copii cu o fragilitate înăscută a cortexului orbitofrontal, ganglionilor bazali și talamusului.

Pentru modelele biologice pledează și rolul cert pe care-l joacă genetica în apariția TOC și a tulburărilor de spectru. Uneori, în aceeași familie pot apărea la diverși membrii TOC, ticuri și / sau alte tulburări neurologice din STOC.

La clarificarea bazelor neuroanatomice ale TOC a jucat un rol important și neuroimagistica. Aceasta a relevat modificări structurale și funcționale. Studiile structurale se bazează pe tomografia axială computerizată - CT și pe rezonanța magnetică nucleară - RMN. Studiile funcționale se bazează pe tomografia cu emisie de pozitroni - PET, tomografia computerizată cu emisie de foton unic - SPECT, rezonanța magnetică funcțională fMRI și rezonanța magnetică spectroscopică - RMS.

În prezent, se consideră că, din punct de vedere anatomic, este implicat în această boală un circuit cortico - striatal - talamic - cortical (CSTC). Implicat este cortexul frontal, mai ales cel orbito-frontal și prefrontal.

Studiile structurale au arătat anormalitate, o scădere a volumului unor componente a CSTC mai ales al striatului, în boli cronice (după infecții streptococice volumul acestuia e uneori mărit). De asemenea reducerea în volum a nucleului caudat.

Cortexul orbito-frontal, striatul ventral, globus palidus și talamusul formează o rețea neuronală implicată în controlul motricității și în tulburările motorii.

În TOC s-a constatat în mod repetat o hiperfuncție a zonei orbitofrontale, mai ales stângi.

Uneori aceasta este asociată cu o hiperactivitate în zona prefrontală. Hiperactivitatea orbitofrontală se reduce evident în urma tratamentelor reușite, fie că e vorba de terapie comportamentală sau tratament medicamentos cu IRS. Acest fenomen al modificărilor biologice cerebrale obținute inclusiv prin psihoterapie s-a realizat pentru prima dată în TOC și el reprezintă o contribuție semnificativă în dezbaterile privitoare la relația minte / trup.

S-a sugerat că anormalitățile ce se constată în nucleul caudat s-ar asocia mai ales cu simptome cognitive pe când cele din putamen cu simptome senzorio-motorii.

În TOC s-au mai invocat tulburări la nivelul girusului cingulat, a lobului temporal, al sistemului septocampal, al amigdalei. Oricum, este în prezent clar că o serie de disfuncții cerebrale localizate în jurul CSTC sunt implicate în această boală explicând combinația și formele de trecere spre unele suferințe neurologice.

În ultimul timp, privitor la circuitele corticofrontale-subcorticeale se face diferența între un circuit ventral și unul dorsal. Mai precis, ar exista:

- Circuitul "dorsal" = cortex prefrontal (dorsolateral) - nucleu caudat (dorsolateral) - globus palidus (lateral, dorsomedian) - talamus (ventral anterior și dorsomedian)

- Circuit "ventral" = cortex orbitofrontal - nucleu caudat (ventromedian) - globus palidus (median, dorsomedian) - talamus (ventral anterior și dorsomedian)
- Circuit afectiv = cortex cingular (anterior) - nucleu accumbens - globus palidus (rostrolateral) - talamus (dorsomedian)

Circuitul ventral ar face legătura între celelalte două.

Baxter (Baxter et al., 1992) propune un model explicativ al TOC în care bucele fronto-subcorticale-frontale sunt implicate în controlul și rejectarea stimulilor ambientali interni și externi, relevanți sau distractori. Se perturbă mecanismul normal de control și de îndepărtare a stimulilor neadecvați. Structurile subcorticale, de ex. caudatul, apar ca mediatori între cortexul orbitofrontal și talamus. Se ajunge la o filtrare inadecvată a stimulilor și la eliberarea unor programe motorii înnăscute sau automate gurate de ganglionii de bază. Striatumul (putamen, nucleu caudat, nucleu accumbens) are funcția de a gura și controla gândirea, senzațiile și activitatea, deci în manieră automată, fără a trece prin conștiință.

În cadrul acestei viziuni a modelului biologic al TOC, esențială e problema "tratării informației", mai ales în perspectiva funcțiilor executive, care depind de cortexul frontal. Adică capacitatea de a planifica, a menține și a schimba comportamentul, regulile care-l ordonează, capacitatea de flexibilitate mentală.

În creier informația se transmite interneuronale, prin rețele de neuroni care se diferențiază prin modalitatea neurotransmisiei sinaptice. În prezent se cunoaște destul de bine faptul că în TOC avem o tulburare în neurotransmisia serotonergică (5-HT). Primele date în acest sens au rezultat din eficacitatea tratamentului cu clomipramină, antidepressiv care acționează asupra transmisiei 5-HT (a serotoninei), pe când

antidepresivele ce acționează asupra neurotransmisiei realizate prin alte amine (noradrenalina, dopamina), nu au efect în TOC. S-a constatat că agoniștii 5-HT accentuează simptomatologia TOC, iar antidepresivele din clasa inhibitorilor de recaptură a serotoninei au un bun efect terapeutic.

Serotonina influențează un câmp larg de funcții psihice: apetitul alimentar, conduita sexuală, somnul, activitatea locomotorie, comportamentele impulsive și agresive, reactivitatea senzomotorie, sensibilitatea la durere, comportamentul motor, starea afectivă etc. Serotonina are un rol important în inhibiția comportamentală și în cea a tratării informației. Căile de neurotransmisie serotoninergică se găsesc în cortexul cerebral, în nucleii de la bază și în trunchiul cerebral.

Tulburări ale neurotransmisiei serotoninergice se întâlnesc în patologia care în prezent este inclusă în spectrul TOC: tulburări de alimentație ca bulimia, ticurile, sindromul Tourette, tricotilomania, comportamentul exploziv și suicidar al personalității borderline etc. Transmisia serotoninergică este implicată atât în patologia TOC cât și în cea impulsivă.

În prezent se studiază felul și locul în care este perturbată neurotransmisia serotoninergică în TOC, la nivel presinaptic, postsinaptic și în multe variante de influențare reciprocă între aceste două zone de transmisie.

Studiile genetice susțin și ele importanța neurotransmisiei serotoninergice în TOC.

Pe lângă serotonină, un rol important în patogeneza TOC îi revine neurotransmisiei dopaminergice. Aceasta intervine mai ales în fenomenele compulsive motorii. E bine stabilită exacerbarea neurotransmisiei dopaminergice în patogeneza ticurilor, în boala Tourette, precum și efectul terapeutic al blocării acestei neurotransmisii. Rolul său în TOC e susținut și

de alte studii pe animale, unde se dovedește a sta la baza mișcărilor stereotipe. Agoniștii dopaminergici exacerbează simptomatologia TOC. Medicația care inhibă transmisia dopaminergică și reduce intensitatea ticurilor, e utilă în boala Tourette și în tratarea ritualurilor din TOC.

De fapt este greu să se separe transmisia serotoninergică de cea dopaminergică deoarece ele se condiționează reciproc. Dealtfel, este recunoscut rolul serotoninei în modularea neurotransmisiei dopaminergice, având în vedere rolul dopaminei în comportamentele exploratorii.

Având în vedere datele cunoscute privitor la modificările neurobiologice din TOC și din spectrul TOC, Cottraux a dezvoltat o teorie a "compulsivității compensatorii". Autorul consideră că unul din factorii etiologici din TOC e prezența unei dimensiuni impulsive primare, biologice; iar în raport cu aceasta există un deficit de inhibiție cognitivă și comportamentală. Acest deficit explică aspectul patologic al gândirii intruzive, perturbarea mecanismelor de habituare și dificultatea de a controla activitățile compulsive secundare. Factorii ambientali, familiali și sociali, ca de ex. principiile educative rigide, culpabilizante, contribuie pe acest fond, la dezvoltarea unor scheme cognitive rigide, distorsionate, automate și inconștiente. Acestea funcționează ulterior ca un sistem automat de depistare a pericolului. Și contribuie apoi la interpretarea catastrofică a informațiilor conștientizate. Conform acestei scheme ar exista o strânsă legătură între comportamentul impulsiv și cel compulsiv.

Tot de perspectiva modelului biologic țin și observațiile și analizele ce se referă la neurobiologie și etologie. În perspective evoluționiste, se au în vedere mecanismele de "habituare" pe care le-au dezvoltat animalele și care se susțin prin comportamente stereotipe. Acestea au la bază funcționarea striatumului.



Simptomele comportamentale din TOC sunt particulare și specifice. Între acestea se impune grija față de curățenie și sănătatea tegumentelor, preocupare majoră la mare parte din animale. La fel grija față de cuib, ca echivalent al locuinței. Comportamentele de tezurizare alimentară ce se întâlnesc la unele specii au similitudini cu colecționarismul din TOC.

Toate aceste comportamente animale se bazează pe funcționalitatea striatumului și pe transmisia dopaminergică, aspecte perturbate în TOC.

Modelele biologice ale TOC sunt complementare celor psihopatologice, mai ales celor comportamental-cognitive, susținându-se reciproc. Ele au importanță pentru o gândire echilibrată și sintetică, care nu poate ignora deficitul sau cel puțin vulnerabilitatea biologică ce se întâlnește în TOC și a cărei amploare se cere totdeauna evaluată.

## IV. TRATAMENTUL BIOLOGIC ÎN TOC

### 1. Prezentare generală

În anii 80 ai secolului XX s-a produs o adevărată revoluție în patologia TOC prin demonstrarea frecvenței sale crescute – fapt posibil prin utilizarea unor instrumente de diagnostic riguroase – și prin evidențierea eficienței terapeutice a terapiei comportamental-cognitive și a medicației serotoninergice. Cele două modalități terapeutice și-au dovedit ambele eficiența și eficacitatea prin studii controlate. În prezent atât terapiile psihologice cât și cele medicamentoase și în general biologice, sunt destul de diversificate și se consideră a fi complementare. Combinarea lor, deși susținută de mulți, nu e întru demonstrată în sensul unei eficiențe sau a unui beneficiu sporit, motiv pentru care se cer ambele cunoscute și practicate.

Medicația I.R.S (S.R.I.). Un moment important a fost demonstrarea eficienței inhibitorilor de recaptare a serotoninei prin rezultatele bune obținute în TOC în urma tratamentului cu clomipramină (anafranil). Primul rezultat pozitiv în acest sens a fost raportat de Lopez Ibor la cel de-al patrulea Congres mondial de Psihiatrie de la Madrid (1966), rezultatele fiind publicate un an mai târziu împreună cu Fernandez – Cordoba. Între 1967-1980 au fost publicate peste 15 studii referitoare la utilitatea clomipraminei în TOC. Clomipramina este un antidepresiv etichetat ca triciclic, dar s-a demonstrat că eficacitatea sa în tratamentul TOC e independentă de cea antidepresivă.

Toate cercetările ulterioare au arătat că nu orice antidepresiv este eficient în TOC, ci doar acelea – sau predominant acelea – care intervin în transmisia serotoninergică. Clomipramina intervine asupra transmisiei a 5 neurotransmițători, dar doar prin faptul că intervine mai mult decât alte triciclice în transmisia serotoninergică o face eficientă în TOC (e vorba de blocarea transportului presinaptic al serotoninei). În 1991 s-a publicat un studiu foarte riguros, Clomipramin Collaborative Study Group, care a demonstrat eficacitatea acestui tratament în TOC la dozele de 200-300 mg/zi: peste 50% dintre pacienți au prezentat o ameliorare de cel puțin 35% la YBOCS față de circa 8% dintre pacienții tratați cu placebo. Clomipramina este utilizată și în prezent, mai ales la vârsta infanto-juvenilă, deși dozele mari, de peste 250 mg prezintă un risc crescut pentru crizele epileptice și aritmiile cardiace. Există și alte efecte secundare între care: uscăciune gurii, retenție urinară, constipație, tulburări de acomodare vizuală, glaucom, sedare, vertij etc.

Un progres important s-a făcut prin izolarea medicației care inhibă selectiv recaptarea serotoninei: ISRS (SSRI în precizarea expresiei din limba engleză). Acest grup de medicamente care cuprinde: fluoxetina, fluvoxamina, paroxetina, sertralina, citalopramul și escitalopramul, s-a dovedit deosebit de eficient în tratamentul TOC, dar doar prin utilizarea unor doze mari, un timp îndelungat.

Medicația ISRS a fost gândită și lansată pentru tratarea depresiei. Ea s-a dovedit apoi deosebit de eficientă în tratamentul TOC și a tulburărilor din spectrul TOC, mai ales prin comparație cu alte tipuri de medicamente antidepresive. Aceste rezultate s-au articulat cu datele privitoare la eficiența clomipraminei subliniind că efectul pozitiv se datorește acțiunii pe

neurotransmisia serotonergică. Acest fapt este un element important în deducțiile privitoare la etiopatogenia TOC.

Fluoxetina a fost între primele ISRS-uri ce s-au dovedit utile în TOC. Deja în studiu în 1989 (Fontaine și Chouinard) a demonstrat că 80% din cei 50 de pacienți tratați cu 60-100 mg/zi au răspuns favorabil. Sunt necesare doze mai mari decât cele recomandate curent pentru depresie. Deși nu mai apar mare parte din efectele secundare prezente la clomipramină (similare cu ale altor antidepressive triciclice) la dozele crescute pot apărea alte efecte secundare: anxioase, neurovegetative, de agitație și insomnie, scădere a libidoului etc. Unele studii arată că, cu toată ameliorarea, la întreruperea tratamentului apar frecvente recăderi.

Fluvoxamina, alt agent ISRS s-a dovedit deasemenea eficient în TOC, în doze mari, de 100-300 mg/zi. Studii riguroase demonstrează eficacitatea medicamentului în raport cu placebo, dar rezultatele pozitive sunt apropiate de cele obținute cu clomipramina. Diferența este în domeniul efectelor secundare.

Paroxetina, un alt agent ISRS, și-a dovedit și ea clar eficacitatea în studii controlate în raport cu placebo. Rezultatele sunt cu atât mai bune cu cât dozele sunt mai mari și tratamentul mai prelungit. Diferența față de clomipramină este tot în domeniul efectelor secundare. Se ridică problema că doar un număr limitat de persoane pot suporta tratamentul îndelungat cu doze mari.

Sertralina a fost și ea utilizată cu succes în tratamentul TOC în doze de aproximativ 200 mg/zi. Rezultatele cele mai bune sau constatate la cazurile la care tratamentul cu doze mari a putut fi administrat și suportat peste un an, aproximativ doi ani.

Citalopramul și Escitalopramul sunt ultimele medicamente apărute din grupul ISRS. Eficacitatea a fost riguros demonstrată pentru tratamentul cu doze mari, aplicat timp îndelungat. Experiența clinică și cea realizată prin studii clinice riguroase este desigur în perioada de acumulare.

În concluzie, există în prezent o medicație sigur eficientă pentru un important procent a celor ce suferă de TOC. Peste 50% din cazuri pot beneficia de terapia cu medicație ce intervine pe neurotransmisia serotoninergică, adică Clomipramina și SRSI. Dar, pentru a fi eficace, tratamentul trebuie făcut cu doze mari – de obicei mai mari decât cele recomandate în depresie, la limita nivelului de toleranță. Și deasemenea el trebuie făcut mult timp, o perioadă îndelungată de 3-6 luni. Nu se poate discuta despre lipsa răspunsului terapeutic înainte de minim 3 luni de tratament cu doze mari. Aceste fapte fac ca o importantă categorie de pacienți să nu poată beneficia de tratamentul medicamentos.

Pe lângă efectele secundare deja menționate, în urma tratamentului îndelungat cu doze mari de SRSI poate apărea și „Sindromul serotoninergic” care se caracterizează prin: diaree, neliniște, agitație extremă, hiperreflexie, instabilitate a sistemului autonom, mioclonii, convulsii, hipertimie, frisoane, delirium, colaps cardio-vascular, comă, exitus.

La întreruperea bruscă a medicației ISRS poate apărea și un sevraj caracterizat prin: amețeli, slăbiciune, greață, cefalee, anxietate, insomnie, scăderea capacității de concentrare, parestezii.

În administrarea SRSI se cere ținut cont și de acțiunile medicamentoase, care sunt destul de multe.

În cazurile în care se obțin rezultate pozitive, tratamentul cu SRSI se cere menținut timp îndelungat pentru a evita recăderile. După un tratament de unu, doi ani, se recomandă scăderea progresivă a dozelor.

## 2. Strategii farmacologice alternative

S-au încercat, cu rezultate încă neclare: - utilizarea, în cazuri dificile, a unei asocieri a clomipraminei cu ISRS; - administrarea intravenoasă a clomipraminei; - utilizarea altor antidepresive ca venlafaxina, mirtazapina, trazodona. Alți agenți medicamentoși încercați în tratamentul TOC, cu rezultate variabile, au fost: fenfluramina, clonazepamul, buspirona, agenți timostabilizatori, inositolul, l-triptofanul, ondansetrolul, simpaticomimeticele.

O altă direcție de încercări terapeutice are importanță majoră, deoarece se articulează cu date și ipoteze etiopatogenice. Este vorba despre faptul că, pe lângă perturbarea neurotransmisiei serotoninergice, în TOC se evidențiază și o tulburare a neurotransmisiei dopaminergice, mai ales în perspectiva dinamizării spre acțiune și a deficitului de control a actelor voluntare. Se știe că ticurile care fac parte din spectrul TOC, au la bază o tulburare a transmisiei dopaminergice și pot fi ameliorate prin agenți care reduc această neurotransmisie, așa cum este haloperidolul. În TOC s-a încercat adăugarea haloperidolului la tratamentul cu SRSI – de ex. cu fluvoxamina – la pacienții nerespondenți, mai ales la cei care aveau o importantă componentă compulsivă. Combinația ISRS cu haloperidolul poate fi deasemenea utilă în tratamentul pacienților cu TOC care prezintă care prezintă tulburări severe de personalitate (în special tulburarea schizotipală de personalitate). În această direcție s-au dezvoltat studii care au demonstrat eficacitatea, mai ales pentru formele grave de TOC, a

risperidonei, clozapinei, dar mai ales a olanzapinei. A mai fost încercată quetiapina, amisulpiridul și ziprasidona.

Direcția de investigație a utilității neurolepticelor, mai ales în formele grave și a celor ce acționează concomitent și asupra transmisiei dopaminergice, are importanță teoretică privitor la implicarea acestei neurotransmisii în dinamizarea motorie, planificarea și execuția acțiunilor umane. Faptul e important și în cazul asocierii cu psihoterapia. Atunci când în TOC sunt evidente fenomene compulsive și motorii – de tipul ticurilor - tratamentul cu ISRS, deși poate fi util pentru componenta obsesivă, poate să nu fie suficient de util sau benefic pentru cea compulsivă, necesitând o corecție sau o alternativă.

Alți agenți medicamentoși care au fost încercați în TOC, cu diverse reputații, sunt: - agenții adrenergici, precum pindololul și clonidina; - oxitocina; - inhibitorii monoaminoxidazei (IMAO); - bromocriptina; - tramadolul; - morfina administrată oral; - sumatriptalul.

Preocupările pentru căutarea și găsirea unor agenți farmacologici utili în TOC continuă. E nevoie însă de multă rigoare metodologică, atât pentru dovedirea eficacității respectivilor agenți, cât și pentru compararea acestora cu utilitatea terapiei psihologice sau a altor terapii.

### 3. Tratamente biologice non-farmacologice

*Electroconvulsivterapia* (ECT) sunt comentate cazuri izolate la care a existat un răspuns pozitiv.

*Chirurgia psihiatrică.* Aceasta a fost utilizată în mod repetat în formele grave de TOC, reziste la orice terapie. Prin metoda stereotaxică – s-

au realizat în TOC: tractotomia subcaudală; - cingulotomia anterioară; - leucotomia limbică; - capsulotomia anterioară. În general s-a obținut o reducere a rezonanței efective negative care însoțește simptomele obsesiv-compulsive. În prezent tratamentul neurochirurgical se mai are în vedere rar, când toate metodele de tratament medicamentos și psihoterapic au eșuat.

*Stimularea magnetică transcraniană* repetitivă: a fost inițiată pentru depresie și este testată și pentru TOC.

*Electrostimularea* vizează aceleași regiuni ca și neurochirurgia, dar e mai puțin invazivă. Constă din implantarea într-o manieră stereotaxică a unor electrozi stimulați de un generator. Stimularea capsulei interne a avut un efect pozitiv la câțiva pacienți cu TOC.

Modalitățile terapeutice care și-au dovedit eficiența în TOC se cer propuse și administrate în raport cu o serioasă evaluare a cazului, care să țină seama și de posibilitățile reale de acțiune locală, de asentimentul și implicarea pacientului în terapie.

În toate cazurile se cere avut în vedere faptul că tratamentul TOC se cere conceput ca un tratament pe termen lung.



## V. INTERVENȚIILE PSIHOLOGICE ÎN TULBURAREA OBSESIV-COMPULSIVĂ

### 1. Introducere

Intervențiile psihologice în tulburarea obsesiv compulsivă nu sunt de dată recentă. Ele presupun strategii non-medicamentoase, dar care pot ține cont de eventualele intervenții psiho-farmacologice asociate. Valorizează modele psihopatologice specifice formulând ipoteze de lucru concordante. De asemenea, utilizează de metodologie structurată și fundamentată pe respectivele modele.

### 2. Istoric

Desigur, primele încercări moderne de intervenție psihologică au fost cele de factură psihanalitică.

Nu există dovezi ale eficienței sau eficacității psihanalizei în TOC (NICE, 2006).

Absența studiilor controlate și a meta-analizelor sistematice conduse, precum și referințele mai degrabă pesimiste în ce privește tratamentul psihanalitic al TOC, duc la lipsa argumentelor pentru a o considera o intervenție de încredere în această tulburare. Pe de altă parte, este posibil ca metodologia psihanalizei, nefiind atât de bine structurată pentru a putea fi „prinsă” în studiile riguroase actuale, să constituie un impediment pentru certificarea ei (bazată pe dovezi) ca intervenție eficientă.

Shapiro (2002), deși recunoaște limitările abordărilor psihodinamice și, în particular, ale psihanalizei, menționează că demersurile actuale, contemporană de sorginte psihodinamică au evoluat și s-au dezvoltat semnificativ. Ele au depășit etapa tradițională, istorică și au evoluat, luând în considerare și accentuând înțelegerea pacientului „aici și acum”, precum și relația terapeutică.

De asemenea, psihanaliza a trecut de la o abordare a simptomelor, tipică în etapa cathartică, de început, la o abordare ce are ca scop mai larg maturizarea psihică. Demersul psihanalitic, nu vizează, așadar, doar simptomele, ci și structura persoanei, „vindecarea” fiind echivalată cu maturizarea psihică (Zamfirescu, 2003).

Aceleași argumente pot fi aduse cu referire și la alte abordări psihoterapeutice, ale căror metodologii de abordare includ durate, tehnici și strategii variabile, precum și perspective specifice asupra ce înseamnă progres terapeutic, fapte care ar putea face dificilă urmărirea riguroasă și controlată a rezultatelor.

De asemenea, nu pare să existe o deschidere evidentă a respectivelor curente pentru a urmări pragmatic impactul propriilor intervenții sau structurarea unor programe specifice care să vizeze / să facă posibile evaluări în termeni de eficiență sau eficacitate. De exemplu, terapia psihodinamică, una dintre abordările derivate din psihanaliză și psihologia Eu-lui care operează pe un continuum interpretativ – suportiv, deși larg utilizată în practică, nu beneficiază de studii randomizate controlate pentru anumite tulburări psihiatrice, inclusiv pentru TOC (Leichsenring et al., 2006).

Totuși, începuturile intervențiilor moderne au repere mai vechi decât am putea crede. Cottraux (2002) afirmă că primul care a conturat expunerea cu prevenirea răspunsului (ERP), precum și primul care a propus un model psihologic cu intervenții cognitive a fost Pierre Janet, la începutul secolului al XX-lea.

Până la mijlocul anilor '60, însă, nici intervențiile psihodinamice și nici o varietate de tratamente farmacologice nu s-au dovedit a fi de succes în tratamentul simptomelor obsesiv-compulsive (Foa, Franklin, Kozak, 1998). TOC era considerată, până la acea dată, o condiție refractară la tratament (Foa, Franklin, 2000, 2002), timp de aproape 50 ani fiind considerată, în general, intratabilă (NICE, 2006).

Succesele formale ale psihoterapiei în TOC au început, însă, odată cu prezentarea de către *Victor Meyer*, în 1966, a două cazuri tratate prin proceduri ce prefigurau intervențiile moderne de tip cognitiv-comportamental (Salkovskis, 1998, NICE, 2006). Meyer pornea de la ipotezele modelelor animale, afirmând, de exemplu, că ritualurile de tip compulsiv nu sunt altceva decât comportamente de evitare învățate. Spre deosebire de manifestările fobice, însă, unde intervenții comportamentale de tipul desensibilizării sistematice aveau rezultate, în simptomatologia obsesiv-compulsivă, terapia nu avea succes. Meyer a observat că progresul lipsea atâta timp cât existau comportamentele de evitare, așa că a considerat necesar ca respectivele comportamente să fie abordate prin a se asigura că nu se derulează în timpul sau în afara sesiunilor de terapie. Astfel, el a observat și exploatat terapeutic rolul așteptărilor legate de pericol. Astfel a

anticipat tehnica numită, mai târziu, expunere cu prevenirea răspunsului, precum și modelările de tip cognitiv.

Foa și Franklin (2000, 2002) au sumarizat istoricul unor intervenții psihologice în problematica TOC.

Astfel, primele intervenții care păreau a da speranțe au fost cele *comportamentale*. De factură mai degrabă rudimentară la acea vreme, nu doar din punct de vedere tehnic, dar și din punct de vedere metodologic, respectivele abordări erau inspirate din teoriile învățării și erau fie niște forme de expunere cu substrat clasic pavlovian (de ex., intervenții de desensibilizare sistematică), fie intervenții de tip operant, bazate pe întărirea unor comportamente (de ex., tehnici aversive). Vom prezenta, în continuare, câteva exemple.

Autorii citează rezultatele unui studiu realizat de Cooper, Gelder și Marks (1965), din care rezulta că 3 din 10 pacienți la care s-au aplicat proceduri de *desensibilizare sistematică* au cunoscut ameliorări ale simptomatologiei. Dealtfel, Beech și Vaughn (1978), nuanțează rezultatele respective, afirmând că desensibilizarea *in vivo* pare mai eficientă decât cea derulată cu ajutorul imageriei (*in sensu / in vitro*).

*Intervențiile paradoxale* au fost studiate, de asemenea. Gertz (1966), uzând tehnica logoterapeutică a intenției paradoxale pe serii mici de cazuri, afirmă că în 66% pacienții răspund la intervenție. Solyom, Garza-Perez, Ledwidge și Solyom (1972) menționează că 5 din 10 pacienți cuprinși într-un lot cărui i s-au aplicat tehnici paradoxale au cunoscut îmbunătățiri semnificative. Rabavilas et al. (1977) au dat unor pacienți care aveau -au verificări obsesive instrucțiuni de a continua verificările dincolo de nevoia

de a le face. Deși pacienții n-au agreat procedura, la perioada de follow-up au prezentat o descreștere substanțială a simptomelor respective.

Aplicând proceduri de *terapie implozivă* la un singur caz, Noonan (1971) afirmă că, după 7 sesiuni, simptomele pacientului au dispărut.

Alte tehnici comportamentale combinate (*imagerie, tehnici aversive, stoparea gândurilor etc.*) au fost aplicate, iar rezultatele menționate de diverși autori indică o eficiență limitată.

### 3. Intervenții cognitiv-comportamentale

În prezent, două abordări terapeutice validate empiric există pentru TOC: terapia cognitiv-comportamentală (CBT) și farmacoterapia bazată pe medicația ce duce la inhibiția recapturii de serotonină SRI (Abramowitz, 2006). Prima dintre ele face obiectul capitolului de față.

Terapia cognitiv – comportamentală este, de departe, cea mai utilizată modalitate de tratament psihologic în TOC (Roth și Fonagy, 2004, cit. în NICE, 2006).

Modalitatea cea mai frecvent utilizată a terapiei cognitiv – comportamentale în TOC este cea *individuală*, cu durată variabilă, de la mai puțin de 10 ore la 50 ore, de-a lungul a 10-20 sesiuni de terapie (NICE, 2006).

Modalități de *intervenție de grup* sunt menționate, totuși, cu rezultate bune. Astfel, Himle et al. (2001) menționează ca eficient în reducerea obsesiilor, compulsiilor și depresiei un program de 7 săptămâni de ERP desfășurată în grup. Același program de grup derulat pe o perioadă de 12 săptămâni nu a arătat diferențe semnificative față de cel derulat pe o

perioadă de 7 săptămâni. Îmbunătățirile au fost menținute la 3 luni și pe termen lung de follow-up (Himle et al., 2001). De asemenea, Fineberg et al. (2001) citează mai multe studii din care derivă eficacitatea clinică a intervențiilor de grup.

*Implicarea familiilor* poate fi utilă ca adjuvant terapeutic, mai ales în cazul pacienților copii sau adolescenți cu TOC, dar și a adulților cu TOC (Renshaw et al., 2005), desigur cu modalități diferențiate de implicare.

*Direcțiile generale* urmate în intervențiile cognitiv comportamentale vizează următoarele domenii:

- *Ajutor pentru pacient în a înțelege* – pacientul este îndrituit să afle și să înțeleagă cu ce se confruntă. Înțelegerea problemei oferă coerență și motivează persoana pentru a învăța cum să facă față dificultăților. Faptul că înțelege problema poate normaliza psihologic percepția asupra ei și poate reduce disconfortul asociat.
- *Formulare /conceptualizare* – este important, atât pentru pacient, cât și pentru terapeut, să deceleze felul în care „funcționează” simptomele, care sunt mecanismele care susțin apariția și derularea simptomelor. Aceste informații structurate într-o imagine de ansamblu, sumarizată, pot avea efect normalizator, securizant și motivant.
- *Angajare în tratament* – ajutarea pacientului să aleagă schimbarea este crucială pentru terapie. Practic, fără motivația de a schimba ceva la starea în care se află, este greu să se structureze și să se deruleze un demers terapeutic, indiferent de abordare.
- *Testarea activă a explicațiilor și strategiilor alternative de coping cu problema* – din moment ce strategiile utilizate de pacientul cu TOC eșuează, este important să învețe și să testeze strategii mai suple și mai eficiente. Una dintre dificultățile întâlnite, în general, în terapia

pacienților cu TOC o reprezintă acceptarea și inițierea unor demersuri alternative. Odată motivat spre schimbare, după reconsiderarea problemei, este util să exploreze implicațiile noului mod de înțelegere a acesteia (conceptualizarea / formularea de caz), importanța strategiilor alternative și a implicațiilor acestora. Această testare activă poate orienta spre succes și poate încuraja pacientul pentru a se implica și mai mult în schimbare.

- *Generalizarea schimbării* – micile succese obținute de-a lungul demersului psihoterapeutic pot duce, în virtutea capacității de a învăța, la o extindere a achizițiilor. Este important ca lucrurile pe care persoana le învață în terapie, să fie aplicabile la viața de zi cu zi. Persoana trăiește în lume și e important să se readapteze cât mai bine contextului în care trăiește.
- *Prevenirea recăderilor* – pornim de la premisa că la fel de utile ca și remisiunea simptomelor sunt prevenirea reapariției lor și gestiunea cât mai eficientă a situației ce anunță recăderea. Aceasta poate fi realizată prin „echiparea” pacientului cu o „trusă de instrumente” la dispoziția lui .
- *Creșterea calității vieții* – pacienții cu TOC cunosc o scădere substanțială a nivelului calității vieții. Stengler-Wenzke, Kroll, Matschinger și Angermeyer (2006), efectuând un studiu asupra calității subiective a vieții la pacienți cu TOC, comparativ cu un grup de pacienți cu schizofrenie și cu un grup din populația generală, au constatat că pacienții cu TOC au scoruri mai scăzute chiar decât pacienții cu schizofrenie la unele domenii cum ar fi *starea de bine psihologic* sau *relațiile sociale*. Nu este importantă doar ameliorarea simptomatologică, ci și funcționarea în ansamblu a persoanei, progresele din domeniile simptomatologic și al funcționării potențându-se reciproc.

## *Abordare terapeutică specifică*

### ***EVALUARE:***

#### 1. Evaluare clinică inițială

- *Descriere generală a problemei.* Terapeutul preia informațiile legate de problemă așa cum sunt ele prezentate de pacient în ansamblu. Este o descriere primară, fără a interveni analitic.
- *Analiză detaliată la nivel:*
  - Cognitiv și subiectiv - forma și conținutul obsesiilor, declanșatori, neutralizări mentale, conduită evitantă la nivel mental, percepția sensului (rostului) gândurilor și a comportamentelor
  - Emotional – schimbările de dispoziție (anxietate, depresie, disconfort), cum și cu ce se asociază acestea
  - Comportamental – declanșatori, conduită evitantă, compulsii rituale, alte compulsii, întrebări de asigurare etc.
  - Fiziologic – declanșatori, schimbări fiziologice asociate cu manifestările obsesive și compulsive
- *Istoric și evoluție*
- *Afectare a funcționării globale*

#### 2. Utilizarea de instrumente de evaluare



- *Observație sistematică*
- *Evaluare standardizată* – teste, scale clinice, inventare, chestionare etc. (vezi cap. I)
- *Monitorizare și auto-monitorizare* – jurnale, grafice, feedback de la alte persoane

Pacientul este îndrumat ca, permanent, să ia priză de conștiință de trăirile sale și să le evalueze, când e cazul, de obicei prin scalare cu ajutorul unităților subiective de disconfort (subjective units of distress – S.U.D.), de obicei de la 0 la 10 sau de la 0 la 100 (unde 0 reprezintă cota lipsită de orice disconfort, iar 10, respectiv 100, cota cu disconfort maxim. Această conduită de auto-evaluare poate să ajute pacientul în a înțelege mai ușor problema cu care se confruntă, în a diferenția evoluția în terapie, în a distinge mai acurat propriile trăiri, în a testa mai adecvat realitatea.

Este preferabilă confecționarea și utilizarea unor modele de instrumente cât mai simple, pentru facilitarea terapeutică și pentru a surprinde secvențialitatea funcțională a problemei. Iată, mai jos, câteva exemple de fișe de înregistrare:



## Fișă de înregistrare a gândurilor / impulsurilor

Nume:

Data:

Situație: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

Ora	Gând sau impuls	Cât de mare este disconfortul / teama										
		0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100

## Fișă de ierarhizare a obsesiilor

Nume:

Poziție	Gând sau impuls	Disconfort / teamă (0 - 100)	Ce fac?
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			

### 3. Conceptualizare - formulare de caz

Formularea de caz se referă la o ipoteză despre natura dificultății (sau dificultăților) psihologice care se află la baza problemelor de pe lista de probleme a pacientului (Persons, 1989). În sens tehnic, ea mai poate însemna o sumarizare a unui caz în discuție, în vederea prezentării lui, pentru supervizare, intervizare sau training.

Urmând ideea de ipoteză, formularea de caz prezintă, așadar, două componente:

1. Problematika prezentată de client.
2. Mecanismele psihologice care susțin această problematikă.

Mai exact, formularea de caz descrie cum „funcționează” simptomul, secvențele funcționale ce determină și mențin simptomatologia, precum și consecințele acesteia. Conceptualizarea de tip cognitiv-comportamental presupune surprinderea interacțiunii funcționale dintre gânduri, afecte și comportamente.

Formularea de caz realizată împreună cu pacientul / clientul, utilizează materialul și discursul acestuia, definind în mod unic problematica prezentată. Aceasta poate oferi mai multe avantaje, cum ar fi:

- înțelegerea mai bună a problemelor cu care se confruntă și, în acest fel, integrarea coerentă a acestora în propria experiență
- selectarea mai precisă a strategiilor de intervenție propriu – zisă
- facilitarea unor decizii legate de terapie sau din afara ei (la nivel social, profesional etc.)

Împreună cu pacientul, terapeutul utilizează datele obținute în urma evaluării clinice inițiale și a colectării datelor cu ajutorul instrumentelor de

evaluare și trasează cu răbdare o formulare individualizată de caz, urmând câteva reguli și recomandări:

- Predominent prin descoperire ghidată
- Rapel la exemple concrete
- Utilizarea de metafore
- Pas cu pas, fără grabă
- Normalizare
- Accentuarea asupra rolului trăirii responsabilității
- Conceptualizare comprehensivă
- Facilitarea unei perspective alternative de a privi problema

## ***INTERVENȚIE PROPRIU –ZISĂ***

### ***Angajarea clientului în terapie***

Fără o angajare autentică a pacientului în terapie este dificil de lucrat. Este de dorit ca, de la începutul terapiei să se creeze premisele angajării lui pe drumul schimbării.

- *Chestionarea asupra motivației.* Se chestionează pacientul despre motivele pentru care dorește schimbarea, motivele pentru care nu a procedat deja la schimbare sau pentru care nu ar iniția niciodată schimbarea.

- *Avantaje vs. Dezavantaje.* Se analizează, din perspectiva cost / beneficiu, schimbarea sau absența ei. Cât de avantajos sau cât de dezavantajos este să ai obsesii (sau să nu ai obsesii).
- *Schimbarea perspectivei.* De cele mai multe ori, perspectiva asupra problemei este una sub semnul catastrofei și a ireparabilului. În urma formulării de caz, pacientul poate înțelege nu doar cum „funcționează” problemele sale, natura lor, dar poate să înțeleagă că cel puțin o parte dintre ele pot fi rezolvate. De asemenea, are la dispoziție alternativa de a distinge între problema în sine (simptomul) și conotațiile morale asociate de cele mai multe ori în sens maladadaptativ.
- *Teoria A și teoria B.* Pacientul poate fi chestionat despre ce ar prefera în viitor: să nu facă nici un efort de schimbare și să se simtă la fel de rău sau chiar mai rău sau să depună efort pentru următoarele luni, pentru ca situația să înceapă să se schimbe astfel încât să se simtă din ce în ce mai bine.
- *Ce e mai ușor și ce e mai dificil de schimbat.* Terapeutul are în vedere prioritizarea intervenției în așa fel încât să sconteze succese mici care pot motiva clientul pentru terapie și efort de schimbare. Un exemplu foarte clar este legat de teme de casă: la începutul terapiei se prescriu sarcini mai ușor de îndeplinit, pentru a crește motivația și a evita demoralizarea și dezangajarea pacientului.
- *Scenarii pe termen scurt și pe termen lung.* Se poate utiliza tendința către scenarizare a posibilului la pacienții cu TOC și se pot explora imaginativ scenarii posibile a evoluției în condiția prezenței sau absenței schimbării.
- *Întrebări miracol.* Tehnica întrebării miracol provine din terapia scurtă centrată pe soluții a lui Steve de Shazer și a soției acestuia, Kim Insoo

Berg. Ea presupune solicitarea terapeutului ca pacientul să își imagineze că la un moment dat s-ar putea ca schimbarea în bine, rezolvarea problemei să aibă loc într-un mod miraculos. Se poate oferi, cu precauție, un termen relativ, care are și efect de „însămânțare” (seeding) a schimbării. Pacientul este solicitat, apoi să își imagineze ce anume ar fi schimbat, cum s-ar simți, cum ar privi situația, ce ar face, ce ar observa ceilalți la el etc. în urma schimbării miraculoase. Tehnica întrebării miracol este utilizată, de obicei, pentru a facilita stabilirea obiectivelor, dar se pare că are și valențe puternic motivaționale.

- *Contract și ... clauze contractuale.* Terapeutul stabilește împreună cu clientul un contract cu reguli clare și simple, la care să poată face apel în anumite situații în care pacientul este demotivat sau în care evită (de ex., din cauza anxietății) să depună efort. Pe parcursul terapiei, contractul poate fi modificat, adăugându-i-se clauze contractuale care să aducă o adecvare la intervenție. Totul se face în manieră negociată, condițiile contractuale nefiind foarte constrângătoare, dar cu o doză de fermitate. Se impune ca terapeutul să facă o distincție între două *tipuri de contract* ce intervin în procesul terapeutic: *contractul terapeutic*, ce reglează schimburile ce au loc pentru facilitarea ajutorului terapeutic (condiții legate de locație, confidențialitate, frecvență și durată, plată, teme de casă, obiective, mandat etc.) și *contractul psihologic* ce intervine, inevitabil, în procesul terapeutic și poate să influențeze decisiv progresul. Contractul psihologic se referă, mai exact, la expectațiile pacientului și ale terapeutului, apropo de procesul terapeutic, și la posibila lor interferență, la presiunile de rol care intervin (terapeutul oferă ajutor, pacientul primește ajutor), valorile celor doi „protagoniști” și interferența lor.



## ***Socializarea cu tratamentul***

De multe ori pacienții apelează la psihoterapie fără să înțeleagă clar ce se întâmplă. Familiarizarea cu procesul terapeutic e o condiție importantă pentru a crește aderența pacientului. Ea este realizată prin:

- *Psiho-educatie.* Pacientului i se oferă o serie de informații despre problematica TOC și a modalităților de intervenție (inclusiv despre terapia medicamentoasă și efectele ei), despre condițiile de derulare a intervențiilor (estimare aproximativă a duratei, numărului de ședințe, frecvența, setting, evoluție generală etc.), despre procesul terapeutic, despre metode, tehnici, instrumente etc. Preferabil este ca intervenția psiho-educativă să fie realizată predominant prin descoperire ghidată, în care pacientul este îndrumat și „condus” treptat spre a-și forma o imagine cât mai clară asupra celor de mai sus.
- *Conceptualizarea împreună cu clientul.*
- *Multe exemple!*

## ***Normalizare***

E important ca pacienții să diferențieze ce este firesc și ce e clar nefiresc în experiențele lor legate de problemă, în ce privește gândurile, afectele și

comportamentele lor, precum și a legăturii dintre ele. Pentru aceasta pot fi utile:

- *Abordare comprehensivă* –cu rapel la conceptualizare / formulare de caz.
- *Focalizarea pe ideea că gândurile intruzive sunt absolut normale* pentru orice persoană.
- *Decatastrofizarea* – identificarea, testarea și demontarea credințelor distorsionate ce apar în experiențele problematice însoțite de anxietate.

### ***Formularea unui plan de tratament***

Formularea unui plan de tratament presupune trasarea unor direcții concrete de acțiune. Implică formularea unor obiective, sprijinite pe activități terapeutice specifice, cu utilizarea unor strategii și tehnici adecvate.

Recomandări:

- *Elaborarea strategiei de lucru împreună cu clientul.* Planul este construit și negociat cu clientul.
- *Obiective pe termene diferențiate.*
- *Negocierea atentă a temelor de casă și a exercițiilor.*
- *„Fără surprize”.*
- *Reframing în incidente critice.*

### ***Tehnici propriu-zise***

### **Tehnici comportamentale**

Iată câteva tehnici des utilizate în abordarea pacienților cu TOC:

- *Expunere cu prevenirea răspunsului (exposure and response prevention – ERP)*. Este cea mai cunoscută și mai utilizată tehnică specifică în TOC, mai ales când există comportamente compulsive deschise, manifeste (*overt compulsive behaviour*). ERP presupune confruntarea pacientului cu stimulul anxiogen extern (de ex., murdăria, imagini religioase etc.) sau intern (de ex., gândurile intruzive, scenarii anxiogene etc.), cu prevenirea demersurilor de neutralizare. Exemplul cel mai comun este cel al pacienților cu ablutomanie, cărora li se solicită să atingă diverse lucruri, după care sunt instruiți să amâne sau să suprimă ritualul de spălare. Prevenind răspunsul, pacientul are posibilitatea de a se expune temerilor sale și de a evita un demers care întreține problema. Ca tehnică ajutătoare, se poate utiliza *modelarea*. Terapeutul poate efectua prin demonstrație anumite comportamente alternative sau aplicarea tehnicilor de expunere. De exemplu, la pacienții cu verificări obsesive poate să arate felul în care să închidă robinetul de apă, sau de la aragaz, ușa etc. urmat de alte comportamente care să urmeze un curs firesc, fără verificări excesive. Modelarea poate crește aderența la tehnicile de expunere, mai ales la cele de expunere in vivo / in situ, cum este ERP. Ea poate facilita învățarea tehnicilor și a unor strategii alternative adaptative de coping cu anxietatea. O dificultate care poartă să apară este solicitarea pacientului de asigurări din partea terapeutului. Este important, în ERP, să se evite asigurarea pacientului, pentru că oferirea lor poate deveni un demers ce întreține problema și menține eficiența tehnicii doar în sesiunea de psihoterapie și nu în afara ei. ERP este considerată cea mai eficientă tehnică specifică în TOC. Foa și Kozak (1996, în Foa și Kozak, 2002)

menționează o rată medie de răspuns imediat de 83 % la aplicarea ERP în 12 studii, iar aceeași autori menționează un procent de răspuns de 73% în cazul a 16 studii pe termen lung, cu un interval mediu de follow-up de 29 luni (Foa și Kozak, 2002). Deși cunoscută ca fiind tehnica cea mai eficientă în TOC, ERP are, totuși limitările ei (Abramowitz, Taylor și McKay, 2005), în unele cazuri fiind necesară completarea cu tehnici cognitive (de ex., identificarea și testarea gândurilor automate cu ajutorul unei fișe de înregistrare a gândurilor automate) sau cognitiv-comportamentale (de ex., experimente comportamentale) specifice.

- *Antrenamentul de habituale*. Este o tehnică de expunere utilă mai ales în cazul pacienților cu demersuri ascunse de neutralizare (ritualizări mentale, demersuri de substituie a gândurilor, de „balansare” a lor cu alte gânduri etc.) sau în cazul celor la care predomină obsesiile în tabloul clinic. Antrenamentul de habituale presupune, așadar expunerea la propriile gânduri intruzive și „obișnuirea” cu ele până când disconfortul asociat lor scade. Se poate utiliza, pentru aceasta:
  - imageria ghidată cu scenarii anxiogene
  - evocarea repetată a gândurilor intruzive
  - scrierea repetată a gândurilor intruzive
  - o înregistrare recurentă a acestor gânduri pe un suport tehnic (“loop tape” ), cum ar fi casetă, cd etc.

Se crește gradual durata expunerii până se ajunge la habituale și, consecutiv, la reducerea disconfortului.

- *Stoparea gândurilor*. Este o procedură care vizează fragmentarea fluxului de gânduri intruzive și reducerea duratei lor, fiind utilă acolo unde predomină demersurile ascunse de neutralizare. Presupune mai multe etape:

- Terapeutul discută cu pacientul despre faptul că este important să nu efectueze demersuri de neutralizare a gândurilor intruzive și să crească durata în care nu sunt inițiate aceste demersuri în prezența gândurilor intruzive. De asemenea, că este important să reducă durata prezenței și intensitatea gândurilor intruzive. Pentru acestea poate fi util rapelul la conceptualizare / formularea de caz.
- Împreună alcătuiesc două liste: 1) o listă cu câteva dintre gândurile intruzive (maxim 3 – 4) și situațiile, contextele (cât mai variate) în care ele sunt declanșate; 2) o listă cu gânduri sau scene alternative plăcute, relaxante, având grijă ca ele să nu constituie demersuri de neutralizare.
- Pacientul este instruit să se relaxeze și, atunci când apar gândurile intruzive, să semnaleze acest lucru, ridicând o mână sus.
- Terapeutul evocă o scenă în care i se declanșează gândurile intruzive.
- În momentul în care pacientul începe să ridice mâna, terapeutul strigă tare „STOP”, apoi îi sugerează comutarea atenției pe o scenă, imagine alternativă relaxantă. După maxim un minut de la comutare, exercițiul se reia, de mai multe ori, timp de aproximativ 10 minute.
- Se solicită pacientului, în timpul exercițiului, să își evalueze gradul de disconfort în diferitele momente ale exercițiului. De asemenea, i se reamintește permanent să fie atent să nu neutralizeze gândurile intruzive.
- Apoi, exercițiul poate fi variat, solicitând pacientului ca să nu mai ridice mâna, ci să spună el ferm „STOP”, după ce terapeutul evocă o scenă declanșatoare și îi apar gândurile intruzive. Apoi este

solicitat să spună „STOP” în gând, apoi să evoce singur în gând scenele declanșatoare și să le stopeze tot în gând etc., alocând aproximativ 5 minute pentru fiecare variantă.

- În final, i se solicită pacientului să deruleze exercițiile de stopare a gândurilor în afara sesiunilor, ca temă de casă, timp de aproximativ 20 de minute, evaluând sistematic disconfortul prezent.

Stoparea gândurilor e un procedeu care are rezultate bune imediat.

Este, însă, de preferat să se utilizeze și trainingul de habitulare, în paralel, pentru o stabilitate a achizițiilor terapeutice.

### **Tehnici cognitive și cognitiv-comportamentale**

Nu se poate eluda medierea cognitivă a disconfortului pacientului.

Iată câteva exemple de cogniții în TOC:

„Să gândești ceva e la fel de rău ca și cum ai face ceva”

**influență = responsabilitate**

„Să mă gândesc la ceva rău și imoral este anormal”

**normal = moral**

„Mă gândesc la aceasta, deci probabil că vreau să fac (să se întâmple) aceasta”

**Evaluare negativă a ocurenței și conținutului gândurilor intruzive**

**Fuziunea gând – acțiune** – a gândi ceva și a face ceva

- „A gândi aceasta va face sa se întâmple”
- „A gândi aceasta înseamnă că eu trebuie să previn acum să se întâmple”
- „A gândi aceasta este la fel de rău ca și cum ai face aceasta”
- „A avea acest gând arată ce rea persoană sunt”
- „A avea acest gând înseamnă că sunt în pericol de a pierde controlul și de a o face”

În tehnicile cognitive se remarcă un demers mai general, numit *descoperirea ghidată*. Descoperirea ghidată nu este neapărat o tehnică, ea este mai degrabă o strategie prin care se facilitează insight-ul pacientului în propriul cadru de referință. Prin diferite tehnici (tehnici de intervievare, experimente comportamentale, joc de rol etc.), pacientul explorează și descoperă înțelesuri și strategii noi, învață mai ușor și mai trainic alternative de comportament. Foarte importantă este focalizarea pe schimbarea perspectivei asupra problemei, demers în care pacientul este ajutat să înțeleagă alternativ experiențele trăite.

Iată și câteva tehnici cognitive și cognitiv-comportamentale propriu-zise:

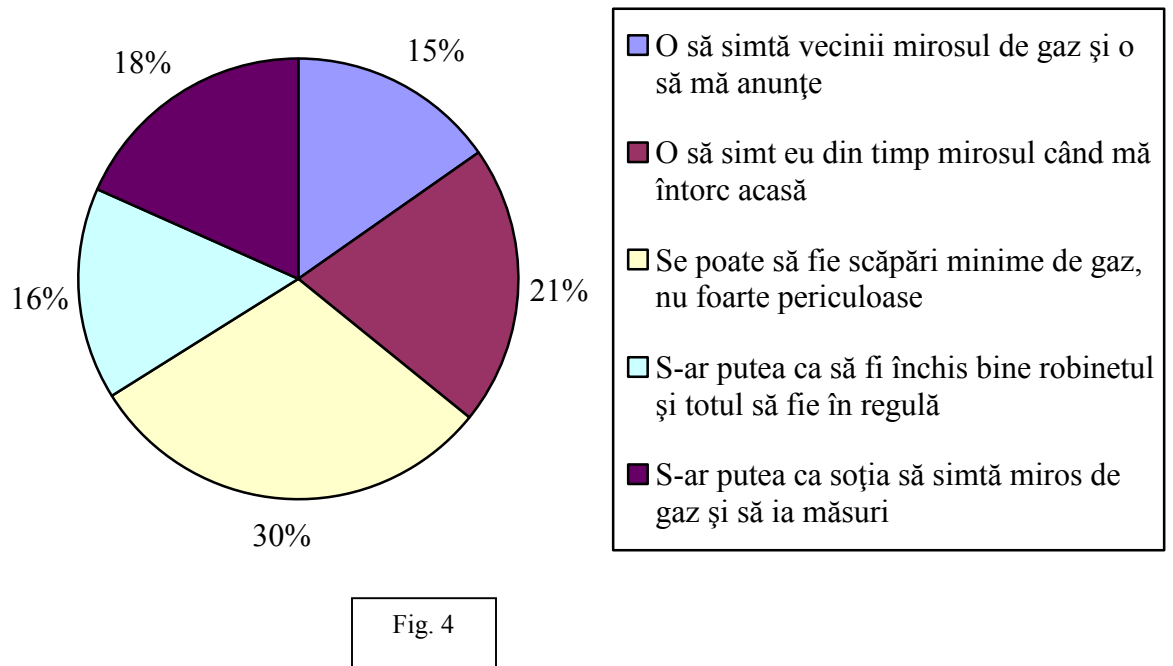
- *Dialogul socratic*. Este cea mai reprezentativă tehnică de intervievare pentru ceea ce înseamnă descoperirea ghidată, fiind, de multe ori, suprapusă acesteia. Este inspirată din maieutica socratică, metodă prezentă în dialogurile platoniciene, prin care Socrate ajută interlocutorul să ajungă la adevăr. Presupune ghidarea prin întrebări a pacientului, pentru ca acesta să își înțeleagă experiențele, strategiile utilizate și să găsească alternative.
- *Identificarea și dezbaterea principalelor gânduri și credințe și a felului în care acestea mediază trăirile și comportamentele pacientului* – focalizare pe cele legate de responsabilitate personală. *Fișele de înregistrare a gândurilor* sunt instrumente utile pentru acest demers. Cu ajutorul lor se identifică situațiile problematice, emoțiile asociate și gradul de disconfort, gândurile automate și credințele ce stau la baza lor, argumente care susțin și argumente care nu susțin gândurile automate și credințele, alternative de a privi sau de a aborda situațiile sau, pur și

simplu, gânduri sau credințe cu mai mare suplețe sau flexibilitate ce pot da într-o manieră mai adecvată un înțeles situațiilor.

- *Săgeata descendentă*. Este o tehnică prin care se dezbate semnificația gândurilor automate pentru a putea identifica eventualele erori de gândire ce pot media disconfortul pacientului. Odată identificate erorile de gândire, ele pot fi dezbătute, pentru a se găsi formulări alternative mai suple. Uneori săgeata descendentă este utilizată pentru a aduce în plan cât mai concret temerile pacientului, atunci când ele sunt formulate într-o manieră generală, cu ghidare către scenarii cât mai plauzibile, fapt ce facilitează reducerea anxietății. Un astfel de demers este numit *de-catastrofizare*.
- *Grafice de tip plăcintă (Pie-charts)*. Este o tehnică prin care pacientului cu TOC i se solicită să găsească explicații (de ex., estimarea responsabilității pentru consecințe negative) sau scenarii plauzibile alternative interpretărilor sau scenariilor anxiogene. Odată listate, li se alocă grade sau cote de plauzibilitate, de obicei începându-se de la baza listei. De ex., pacientul poate fi întrebat: „Cât de plauzibil(ă) / posibil(ă) este această explicație / acest scenariu, pe o scală de la 0 la 100. Cotele pot fi, apoi, transpuse pe un grafic de tip plăcintă, proporțional cu valoarea acordată. Tendința pacientului este, în general, de a aloca în mod exagerat cote de plauzibilitate explicațiilor sau scenariilor catastrofice. Delimitând la început sectoare din grafic alternativelor, poate constata că mai rămâne spațiu puțin de alocat pentru explicațiile sau scenariile catastrofice. Acest fapt poate să îl ajute să înțeleagă modul distorsionat în care se focalizează pe interpretările catastrofice. De asemenea, poate fi un exercițiu util de a se orienta și pe găsirea alternativelor de interpretare. Pentru a avea impact grafic, se pot colora



sectoarele alocate. De exemplu, în cazul unui pacient care are teama că va uita un robinet de la aragaz deschis (drept pentru care verifică de nenumărate ori robineții aragazului înainte de a pleca acasă) și, în acest fel, când se întoarce acasă, ar putea să se declanșeze o explozie, graficul plăcintă, înainte de a alocă o cotă scenariului catastrofic care îl sperie, poate arăta în felul următor (fig. 4):



- *Metafora*. Metafora se bazează analogie și presupune ca terapeutul să ofere pacientului construcții verbale sugestive care să semnifice natura problemei sau a strategiilor utilizate. Aceste construcții au un oarecare grad de ambiguitate, fapt care oferă avantajul ca pacientul să aibă

libertatea de a-și structura analogia cu datele realului potrivit cu cadrul lui de referință și să poată găsi mai ușor strategii alternative. Un exemplu de metaforă pentru strategiile compulsive ineficiente de a reduce disconfortul asociat obsesiilor ar putea fi exprimat prin expresia: “a săpa pentru a ieși din groapă”.

- *Experimente comportamentale.* Sunt prescripții prin care se testează de către pacient diverse comportamente alternative, pentru a le explora (și exploata) ulterior consecințele din punct de vedere cognitiv. Ele pot lua și o formă paradoxală, cum ar fi testarea strategiilor contra-productive (“o mai bună cazma pentru a ieși din groapă”, “expunerea la responsabilitate” etc. – Salkovskis, 2005)
- *Analiza cost / beneficiu.* Este o modalitate de a evalua strategiile utilizate sau alternative, fiecare strategie fiind analizată în ce privește avantajele și dezavantajele ei.
- *Reducerea la absurd.* Se propune, de exemplu, pacientului scenariul în care toate temerile lui sunt presupuse a fi plauzibile și toate strategiile de neutralizare eficiente, se explorează implicațiile care decurg de aici, implicații care duc, de obicei la contradicții evidente.
- *Hip-pocket technique.* Este o tehnică utilă mai ales în cazurile în care pacienții au dificultăți de a exprima verbal trăirile, experiențele, în facilitarea comprehensiunii, precum și în a găsi strategii și resurse de coping. Ea presupune ca terapeutul să ofere pacientului exemple de experiențe, situații, reacții, strategii etc. pe care le-a mai întâlnit în practică sau despre care a auzit, după care pacientul este chestionat dacă vreunul din exemplele prezentate seamănă cu cele întâlnite sau gândite de el. Aceasta permite pacientului o mai bună orientare și o identificare mai adecvată a experiențelor sale, a strategiilor și resurselor proprii. Tehnica

poate fi nuanțată, terapeutul poate relata situații similare cu cele relatate de pacient, situații în care continuarea presupune alternative mai adaptative de rezolvare sau continuarea este solicitată pacientului. De asemenea, ea poate fi combinată cu metafora.

- *Repetiție cognitivă* (cognitive rehearsal). Pacientului i se propune să își imagineze situații care ar putea să apară în viitor și modul de abordare a lor, dificultățile care pot apărea, modalitățile de a gestiona aceste dificultăți etc. Repetiția cognitivă poate fi dublată de *repetiția comportamentală*, prin care pacientului i se solicită să exerseze, de obicei în joc de rol, abordarea respectivelor situații.

### ***Tehnici adiționale***

- *Tehnici de respirație și relaxare*. Tehnicile de relaxare pot fi utile pentru reducerea anxietății. Pacientul este învățat din prima etapă a procesului terapeutic exerciții de respirație sau relaxare pe care să le exerseze sistematic și în afara sesiunilor de terapie.
- *Imagerie ghidată*. Este o tehnică integrată, de obicei, în alte tehnici (de ex., în expunere – expunere imaginativă sau in vitro / in sensu, în stoparea gândurilor, în repetiția cognitivă, în tehnicile de relaxare etc.).
- *Jocul de rol*. Transpunerea dramatică a situațiilor parcurse sau ipotetice poate facilita progresul terapeutic.
- *Rezolvarea de probleme*. Competența de a rezolva probleme este una cu caracter general și poate ajuta pacientul să gestioneze situații variate, inclusiv cele direct legate de problematica TOC. De aceea, e important ca pacienții să își crească nivelul de competență în a gestiona problemele.

Antrenarea pe modelul rezolutiv de probleme poate schimba perspectiva clientului de pe o abordare generală în care anxietatea antrenează conduite evitante tot mai nuanțate, pe o abordare orientată pe rezolvarea situațiilor.

### ***Teme de casă***

Între sesiuni, temele de casă pot asigura continuitatea procesului terapeutic, pot extinde și generaliza achizițiile în viața de zi cu zi a persoanei. Iată câteva recomandări:

- Analizate și prelucrate cu clientul la fiecare ședință.
- Se începe cu teme ușoare, susceptibile de a fi îndeplinite cu succes, pentru a crește angajamentul.
- Negociate atent – recadrare (reframing) în incidente critice.
- Centrate pe:
  - Socializare cu tratamentul (de ex., recomandări bibliografice, materiale pentru citit acasă etc.)
  - Autoevaluare / auto-monitorizare
  - Tehnici specifice și adiționale
  - Generalizare a achizițiilor

### ***Prevenirea recăderilor***

Printre obiectivele pe termen lung în abordarea cognitiv – comportamentală, prevenirea recăderilor este prioritară. Nu este suficientă ameliorarea simptomatologiei TOC sau comorbide, este important ca pacientul să aibă, la finalul terapiei, competențe suficiente pentru a gestiona situațiile stresante ce pot favoriza recăderea, precum și competențe de a

identifica și gestiona semnele ce pot indica o recădere: reapariția unor simptome, depresie, semne anxioase etc. Desigur că în timpul terapiei, pacientul este „echipat” pentru astfel de situații. Iată câteva direcții:

- „*Cutie de instrumente*” („*tool box*”). Spre finalul terapiei, terapeutul sumarizează împreună cu pacientul principalele tehnici și strategii achiziționate, precum și situațiile în care pot fi utilizate.
- *Tehnici cognitive*. Pacienții la care persistă credințele maladaptative sunt mai expuși la recădere, fiind mai vulnerabili cognitiv. De ex., cei cu tulburare de personalitate, care prezintă o rată redusă de răspuns la tratamentul standard pentru anxietate sau depresie (Freeman și Jackson, 2003). Cu aceștia se lucrează mai mult pe identificarea și restructurarea credințelor maladaptative, pe identificarea și modificarea schemelor maladaptative precoce (vezi *Schema – therapy*, Young et. al, 2003). Semnificative sunt elementele de vulnerabilitate cognitivă la pacienții cu tulburare sau trăsături de personalitate obsesiv-compulsivă. Beck, J.S. (2005) menționează ca și credințe maladaptative despre sine ale acestora următoarele: „Sunt vulnerabil la lucruri rele care s-ar întâmpla”, „Sunt responsabil pentru a preveni să se întâmple ceva rău”. Una dintre credințele despre alții ar putea fi: „Ceilalți sunt slabi, iresponsabili și neglijenți”. Presupunerea condițională la aceștia ar putea fi: „Dacă îmi iau responsabilitatea pentru tot, o să fiu în regulă (dar dacă depind de alții, ei mă vor lăsa baltă)” și „Dacă eu creez și mențin ordine pentru mine și pentru ceilalți și fac totul perfect, lumea mea va fi în regulă (dar dacă nu fac aceasta, totul se va prăbuși)” (Beck, J.S., 2005).
- *Repetiția cognitivă și repetiția comportamentală* (vezi mai sus).
- *Sesiuni de urmărire / monitorizare (follow-up)* (vezi mai jos). atunci când

## ***MONITORIZARE (FOLLOW-UP)***

După încheierea intervenției, terapeutul planifică la intervale mai mari de timp sesiuni de terapie în care evaluează pacientul și se focalizează pe gestiunea schimbării.

### ***Evaluare***

Pacientul este evaluat în ce privește starea lui generală, nivelul simptomatologiei specifice sau nespecifice, evoluție de la sesiunea precedentă.

### ***Gestiunea schimbării***

- *Menținerea schimbării.* Terapeutul verifică dacă pacientul utilizează adecvat „cutia de instrumente”, iar acolo unde e nevoie se evocă și se exersează respectivele tehnici sau strategii.
- *Reconsiderarea schimbării.* În cazul în care apar probleme noi, fluctuații ale condiției recăderi frecvente sau dificil gestionate, terapeutul poate propune o reconsiderare a schimbării și un nou plan de tratament.

## **Intervenții CBT specifice în TOC**

### Ruminatorii

Pacienții „ruminatori”, aproximativ 20 % dintre pacienții cu TOC (Freeston și Ladouceur, 1997, în Bouvard, 2003), prezintă simptomatologie de tip obsesiv pur (gânduri obsesive fără sau cu puține manifestări compulsive), frământări tematizate persistente, analize recurente ale unei

teme care apare cu necesitatea imperativă de a o aborda și a o duce la un nivel de claritate și structurare cât mai aproape de perfecțiune. Întrebările cele mai frecvente în ruminății încep cu „De ce” și „Cum”. Desigur, ruminățiile devin împovărătoare prin semnificația conținutului lor, dar și prin dificultatea de clarifica și a structura perfect acest conținut, lucru pe care ruminatorul îl vizează sub semnul constrângerii. Mai mult, consecințele persistenței ruminățiilor sunt diverse: dificultate de concentrare și scăderea randamentului, cheltuirea excesivă a resurselor de timp în efectuarea unor activități, scăderea stimei de sine, tristețe dacă tematica este de vinovăție, anxietate persistentă, dacă sunt însoțite de îngrijorare etc.

Ruminății apar nu doar în TOC, ci și în tulburările depresive sau în tulburarea de anxietate generalizată, alături de îngrijorare. În sens restrâns, cu referire la TOC, ruminatorii sunt pacienții care prezintă exclusiv sau aproape exclusiv simptomatologie obsesivă.

Iată câteva dintre tehnicile utilizate în cazul acestor pacienți:

- *stoparea gândurilor*
- *tehnici de rezolvare de probleme și antrenamentul deciziilor*
- *tehnici de planificare a activităților*. Pacientul este învățat să planifice activitățile astfel încât să aibă resurse suficiente pentru a le finaliza cu succes, cât mai rapid și cât mai multe. Pentru aceasta, el va învăța să își prioritizeze sarcinile, să evite amânările, să își monitorizeze sistematic activitatea și reușitele. Planificarea activității poate fi însoțită de tehnici de rezolvare de probleme și tehnici cognitive prin care să fie reconsiderate strategiile de abordare și gestionare a ruminățiilor.

Exemplu:

*Cazul nr. 1*

Pacientul D.B. nu putea scăpa de frământările nesfârșite legate de câteva teme mai mult sau mai puțin obișnuite: extraterestri, tehnologia viitorului și cum va schimba aceasta lumea și viața lui, cum ar fi fost dacă lucrurile ar fi progresat mai rapid în medicină și de ce nu s-a întâmplat acest lucru, cum ar fi fost dacă și-ar fi cumpărat sau și-ar cumpăra o altă mașină etc.

Problematic a început să fie atunci când aceste frământări i-au acaparat din ce în ce mai mult atenția și a observat că nu se mai poate „scutura” de ele. Când avea, de exemplu, o sarcină de îndeplinit și era prins de frământări, amâna sarcina „până când ideea era clară”. Evident că, din ce în ce mai mult, claritatea și certitudinea au devenit deziderate din ce în ce mai greu de atins. A început să aibă dificultăți de concentrare și, cu cât încerca să revină la sarcinile obișnuite, cu atât gândurile deveneau mai „insistente” și mai supărătoare. A ajuns să nu se mai poată concentra nici la discuțiile cu persoanele cu care intra în contact în cadrul relațiilor și activităților profesionale.

Pacientul a apelat la tratament psihologic și a început terapia, în cadrul căreia au fost aplicate mai multe tehnici: stoparea gândurilor, tehnici paradoxale (vezi mai jos), tehnici cognitive, tehnici de rezolvare de probleme. Strâns legate de rezolvarea de probleme, pacientul a fost instruit să își planifice activitățile cât mai riguros și cât mai...degajat. Adică să aplice ideea: mai puțin, dar mai bine. Astfel că a învățat să își prioritizeze activitățile, să evite amânările orientându-se pe problemă. O nouă idee utilizată terapeutic a devenit: mai bine termin repede ce am de făcut (o sarcină întreagă, dacă necesita timp puțin sau o componentă atent planificată, dacă sarcina era mai complexă și necesita resurse mai consistente de timp), pentru ca, după aceea să lămuresc ceea ce mă frământă.



La început s-au combinat planificarea activităților cu planificarea ruminațiilor (vezi mai jos), apoi a fost scoasă gradual planificarea ruminațiilor.

- *tehnici paradoxale - planificarea ruminațiilor.* Se poate recomanda pacientului planificarea unor sesiuni, reprize, în care, în intervalul de timp prevăzut, să rumineze deliberat pe teme predominente, fără să aloce preocupare pentru alte activități în acest timp. Durata poate să crească de la câteva minute, la 30 – 40 minute, în 2 – 3 reprize pe zi. Complementar, activitățile obișnuite sunt planificate detaliat, cu ajutorul tehnicilor de planificare, vizând focalizarea pe activități alese gradual în funcție de dificultate.

Exemplu:

*Cazul nr. 1 (continuare)*

Pacientul D.B., prezentat mai sus, a fost instruit să aloce 3 reprize pe zi, cu durată gradual crescută săptămânal, pentru a se „dedica” exclusiv ruminațiilor. A început cu câte 5 minute și a ajuns la o durată maximă alocată de 20 minute. Terapeutul l-a îndrumat să construiască, în fiecare zi, o listă cu 2 – 3 dintre teme predominente de frământare, pe care să o aibă la îndemână și să o folosească în respectivele reprize, abordând în ordine fiecare temă. Pacientul menționa că atunci când se invoca deliberat gândurile, ele îl frământau mai puțin și chiar începea să piardă din preocuparea pentru una sau alta dintre teme, ajungând să îi fie dificil să tot invoce tema abordată.

Apoi, planificarea rumațiilor a fost combinată cu planificarea activităților: pentru că pacientul simțea nevoia puternică de a lămuri una sau alta dintre temele care îl frământau, terapeutul i-a prescris ca să dedice câte o repriză scurtă (5 sau 10 minute) acestei „activități de lămurire” doar după ce a terminat o sarcină simplă sau o „porție” planificată dintr-o sarcină mai complexă. Încet-încet, pacientul a început să devină din ce în ce mai eficient, crescând capacitatea de a se focaliza pe activitate și, consecutiv, randamentul.

- *tehnici cognitive*, centrate pe semnificația conținutului ruminativ, în scopul normalizării și decatastrofizării, acolo unde este cazul. De obicei, ruminatorii resimt constrângerea dezbaterii temelor ruminative, pentru ei este important să lămurească, în cel mai mic detaliu, tema în cauză, altfel nu e ceva în regulă, lipsește ceva sau se poate întâmpla ceva, fără neapărat să fie ceva clar precizat.

Exemplu:

*Cazul nr. 1 (continuare)*

Pacientul D.B., prezentat mai sus, a fost chestionat de terapeut asupra conținutului rumațiilor și asupra semnificației acestuia. Pacientul a relatat că cel puțin o unele dintre temele acestea (extraterestrii, tehnologia viitorului, progresele științei etc.) sunt teme care l-au pasionat într-o vreme, urmărind documentare științifice despre aceste domenii.

Tot timpul a fost mai perfecționist și a realizat că atunci când urmărea un documentar, simțea nevoia să îl vadă până la final, în ideea de a avea toată informația, cât mai clar. Iar dacă informația nu era mulțumitoare, mai căuta informații suplimentare pe Internet.

Nevoia de a lămuri îi era relativ bine satisfăcută și, astfel, era mulțumit de strategia respectivă. Însă, pe măsură ce o utiliza, tindea să o extindă în mai multe situații, practic oriunde avea de rezolvat o problemă. Devenise o strategie generalizată. „Era important să știi că am toate informațiile clare pentru că numai atunci puteam rezolva orice problemă.” Finalizarea sarcinilor a început să întârzie din ce în ce mai mult, datorită minuțiozității din ce în ce mai elaborate. Terapeutul a abordat credința că pentru a putea aborda orice problemă trebuie să ai toate informațiile clare. A fost dezbătută această credință, identificându-se argumente pro și contra, realizând o analiză cost / beneficiu discutându-se alternative mai suple și mai avantajoase. Au fost prescrise experimente comportamentale pentru a testa alternativele. De exemplu, pacientul a fost solicitat să rezolve mici probleme fără a căuta toate informațiile și să analizeze rezultatele. Sau a fost solicitat să vizioneze episoade dintr-un serial de comedie preferat și să schimbe canalul când mai erau câteva minute, după care trebuia să facă predicții asupra finalului. A doua zi putea urmări în reluare episodul pentru a vedea finalul și pentru a vedea dacă predicțiile lui erau bune. Puțin câte puțin a început să reconsidere și să re-evalueze credința legată de importanța și necesitatea de a avea toate informațiile cât mai clare. În plus, a crescut angajamentul în terapie.

În cazul în care nu este vorba de ruminății în sens clasic, ci de gânduri intruzive recurente în sens restrâns pot fi utilizate, de asemenea, tehnicile următoare:

- *Antrenamentul de habituale*
- *imagerie ghidată / expunere imaginativă*

## Pacienți cu TOC, cu predominanță a simptomelor compulsive

Compulsiile pot fi comportamente repetitive sau acte mentale destinate neutralizării gândurilor intruzive.

Tehnica de bază este *expunerea cu prevenirea răspunsului* (ERP). Alături de această tehnică se mai utilizează:

- *tehnici cognitive*
- *tehnici de rezolvare de probleme*
- *tehnici paradoxale*

Uneori, când ponderea gândurilor intruzive este semnificativă, mai pot fi adăugate tehnici cum sunt:

- *stoparea gândurilor*
- *antrenamentul de habituare*

## Pacienții cu gânduri obsesive cu conținut blasfemiator

Pacienții cu astfel de manifestări sunt speriați de imagini sau de idei care le apar involuntar în minte și care, prin conținutul lor, aduc atingere valorilor și credințelor religioase. Astfel de imagini sau idei pot include într-o manieră vulgară, hilară sau obscenă simboluri, personaje religioase, divinități, obiecte religioase etc. Pacienții, speriați de conținutul lor, se simt și foarte vinovați, chiar dacă nu sunt persoane foarte religioase. Ele încearcă, pe de o

parte să găsească o explicație pentru ce li se întâmplă, accentuând vigilența, iar pe de altă parte caută să neutralizeze gândurile, semnificația sau posibilele lor consecințe (de exemplu, posibila pedeapsă divină pentru păcat). Ori de câte ori au contact cu elemente religioase (de exemplu, când trec pe lângă un lăcaș de cult sau când apar expresii legate de personaje divine într-o carte pe care o citesc), devin hipervigilenți, fapt care antrenează ușor evocarea experiențelor anterioare cu gândurile blasfemiatoare, precum și activarea credințelor legate de sfera religioasă. Rezultatul: noi gânduri automate cu conținut blasfemiator apar foarte repede crescând și mai mult anxietatea, dar și fluxul metacognitiv cu referire la responsabilitatea persoanei („Cum pot gândi lucrurile astea, deși nu vreau? Înseamnă că sunt un păcătos, pentru că numai un păcătos poate gândi așa”), pericol („O să fiu pedepsit.”, „Dar dacă mi se întâmplă ceva pentru că am gânduri de astea? Dar dacă se întâmplă ceva cuiva drag mie?”), auto-control („De ce nu mă pot opri să gândesc așa?”) și a relației dintre respectivele tipuri de credințe („Ce gânduri! Cine știe ce zace în mine, din moment ce gândesc în felul acesta... Nu e bine, oricum, și nu știu ce să fac, pentru că trebuie să fac ceva să opresc gândurile astea. Cine gândește în felul acesta și nu se poate stăpâni face păcat și poate păți ceva, am mai auzit de cazuri de genul ăsta...Dar oare o să pot face ceva?”). Tendința cea mai frecventă este de a neutraliza prin ritualuri de rugăciune pentru iertarea păcatelor, dar nu numai. Pot fi utilizate alte strategii, cum ar fi cele de reasigurare (de exemplu, pacientul vorbește despre gândurile respective cu preotul întrebându-l dacă o să poată fi iertat de instanța divină) sau strategii de compensare (de exemplu, pacientul face donații de o suma minimă în mod regulat sau demarează acte de penitență sau acte auto-punitive) etc.

Exemplu:

*Cazul nr. 2*

George (G.L.), 21 ani, este student în anul 2 și este o persoană sociabilă, căreia îi place să stea cu prietenii, să meargă în excursii, să glumească, să se amuze...

În urmă cu 2 ani, a fost la o slujbă de Înviere de Paști, cu prietenii din orașul natal și, în timp ce mulțimea înconjură biserica (potrivit ritualului), George și prietenii lui glumeau pe seama vocii preotului, atunci când acesta cânta. După o vreme, de undeva, din spatele lui, George și prietenii lui au auzit o atenționare din partea unei persoane mai în vârstă. Persoana respectivă le-a spus să nu mai facă gălăgie și să nu își bată joc de cele sfinte, pentru că e păcat mare într-un astfel de moment și o să pățească ceva. Unul dintre prietenii lui George a răspuns obraznic și a spus ceva obscen despre preot, apoi cu adresare directă persoanei care i-a atenționat. Obscenitățile adresate preotului și persoanei aveau o componentă sexuală violentă, iar pe George, într-un fel, situația l-a făcut să se înfioare pentru un moment, apoi a luat totul ca pe o situație jenantă și a încercat să îl potolească pe prietenul arțăgos.

A doua zi, George urma să se întâlnească cu prietenii în oraș și, în drum către locul de întâlnire, a trecut pe lângă biserica unde fusese la slujba de Înviere noaptea trecută. Imediat și-a amintit de incidentul care a avut loc. În acel moment l-a văzut pe preotul care oficiase slujba cum intra în biserică și și-a adus aminte de înjurătura prietenului. Mai mult, în minte i-a apărut, spontan, o scenă în care prietenul și preotul erau angajați într-un act erotic oral exact ca și în înjurătura prietenului. George a găsit foarte straniu gândul acesta, s-a speriat un pic, apoi a plecat mai departe. Când s-a întâlnit cu

amicul, i-a revenit în minte scena erotică pe care a imaginat-o când l-a văzut pe preot.

Peste mai multe zile a trecut pe lângă biserică și, din nou, când se apropia de ea, și-a adus aminte de scena erotică. A încercat să și-o scoată din minte, mirându-se că a revenit și aducându-și aminte de spusele persoanei din noaptea de Înviere referitoare la păcat și la pedeapsă. A spus în gând un „Doamne iartă-mă”, apoi a încercat să își alunge din minte scena, speriat și vinovat. Însă, curios și neplăcut, gândul nu-i dădea pace. Era foarte confuz de faptul că nu mai scăpa de astfel de imagini. „Cine știe ce îmi mai vine în minte, cine știe ce o fi în mintea mea!”. Mai mult, în momentul în care s-a apropiat de biserică, a văzut picturile de pe pereți înfățișând personaje și scene biblice, iar în mintea lui au apărut alte scene erotice cu respectivele personaje. Speriat, a început să se roage pentru iertare și a fugit, bulversat. Era speriat și surprins, și nu înțelegea de ce îi vin în minte toate lucrurile astea și de ce îi era așa de frică, pentru că nu știa despre el că ar fi foarte religios.

A devenit din ce în ce mai atent la tot ce avea legătură cu religia sau cu biserica și încerca să evite cât mai mult astfel de lucruri, însă cu cât se străduia mai mult, cu atât îi săreau mai ușor și mai repede gânduri legate de simbolurile, obiectele și personajele religioase. Au început să-i apară în minte înjurături la adresa personajelor religioase, apoi expresii de descalificare a acestora. A observat că dacă spune rugăciunea „Tatăl nostru” în gând, se simte mai bine o perioadă, perioadă care a devenit din ce în ce mai scurtă. A început să spună rugăciunea de trei ori, apoi de cinci ori, apoi de șapte ori, cu „eficiență” din ce în ce mai redusă.

A discutat cu părinții, care s-au speriat un pic și i-au recomandat să stea de vorbă cu un preot pe care familia îl cunoștea. Preotul l-a ascultat, i-a spus

că, din punct de vedere spiritual, e vorba de o ispită a diavolului, la care trebuia să răspundă cu post și rugăciune. Așa că i-a dat niște prescripții corespunzătoare, pe care George a început să le aplice sistematic. O perioadă s-a mai liniștit, gândurile l-au mai lăsat în pace, dar după o vreme s-au intensificat din nou.

Datorită conținutului lor, gândurile obsesive de acest tip sunt foarte împovărătoare, iar abordarea lor presupune un efort terapeutic deosebit în ce privește intervenția, mai cu seamă în direcția *normalizării* și a *angajamentului* în terapie. Frecvent se instalează depresia, măbind povara pacientului și a aparținătorilor, făcând și mai dificilă abordarea.

Tehnicile care pot fi utilizate în astfel de cazuri sunt diverse:

- *tehnici cognitive*
- *stoparea gândurilor*
- *tehnici paradoxale*
- *antrenamentul de habituale*
- *expunerea cu prevenirea răspunsului*
- *expunere imaginativă (expunere in sensu)*

### Pacienții cu gânduri obsesive cu conținut obscen / pornografic

Unii pacienți cu TOC trăiesc obsesii cu conținut imagistic pornografic, în care tematica erotică este evaluată metacognitiv cu un filtru moral puternic, prin care pacientul dezavuează gândurile intruzive. Gândurile obsesive sunt, de obicei, scenarii erotice derulate spontan, în situații diverse, în care pacienții sunt, uzual, protagoniști, iar alături de ei sunt persoane



necunoscute, persoane cunoscute cu care au sau nu au o relație amoroasă, persoane din familie (de exemplu, unul dintre părinți), personaje religioase sau artistice, animale etc. Scenariile pot conține manevre erotice care sunt mai mult decât admite sau ar admite pacientul în viața amoroasă proprie.

Evaluările metacognitive ating tema responsabilității personale („Cum de mă pot gândi la asemenea lucruri? Cine știe ce îmi doresc...”), tema pericolului care, de data aceasta, este unul moral și social („Dacă o să îmi vină să fac ceva tâmpenii? Ce spun astfel de gânduri sau dorințe despre mine ca om?”, „Dacă o să mă fac de râs? Ce o să spună lumea dacă va afla ce îmi vine în minte?”), tema auto-controlului („Dacă n-o să mă pot abține și o să fac ceva prostii...?”) și a relației dintre aceste teme („Sunt o desfrânată, dacă am astfel de gânduri. Cine știe ce o să fac, la un moment dat s-ar putea să îmi scape situația de sub control și să mă fac de râs, o să îmi distrug relația, o să-i șochez pe toți...”).

Uneori, conținutului pornografic al obsesiilor îi este alăturat și un conținut blasfemiator. De exemplu, o pacientă, atunci când se afla în preajma unei biserici, avea gânduri intruzive pornografice în care își imagina că era implicată în manevre erotice cu două dintre personajele religioase centrale și, concomitent apăreau în gând înjurături obscene adresate acestora.

De multe ori, declanșarea unor astfel de obsesii crește automat, involuntar nivelul activării sexuale, acest fapt aducând după sine, consecutiv procesării metacognitive, intensificarea anxietății și a sentimentelor de vinovăție. Astfel că, atunci când este cazul, se impune discutarea, din punct de vedere cognitiv, a activării fiziologice sexuale în contextul apariției gândurilor intruzive.

Exemplu:

### *Cazul nr. 3*

Simona (S.P.), 25 ani, masterandă în marketing, este o persoană prietenoasă și harnică. În timp ce urmează studiile masterale, lucrează și la o firmă, la departamentul de marketing, unde este apreciată pentru seriozitatea, colegialitatea și veselia ei. Are o relație stabilă de mai multă vreme, cu un bărbat mai în vârstă decât ea cu 6 ani, care lucrează ca programator și cu care se înțelege foarte bine, din toate punctele de vedere.

Într-o dimineață, când mergea la serviciu, ajungând în stația de troleibuz, a observat un cuplu tânăr, foarte tandru, care se săruta. „Am zâmbit, mi se părea o chestie faină, eu sunt o fire romantică și mi s-a părut nemaipomenit că doi oameni sunt atât de tandri dis-de-dimineață.”, relatează Simona, zâmbind. Însă în timp ce se uita cu coada ochiului la cuplul de îndrăgostiți, Simonei i-a atras atenția un gest: băiatul a atins sâniile fetei, după care s-a uitat în jur, a văzut-o pe Simona, a roșit și a zâmbit. Simona s-a trezit că se aprinde la față și a privit în altă parte, puțin jenată, dar și simțind „o căldură în tot corpul”. Noroc cu troleibuzul care se vedea venind. Simona a urcat, tulburată, întrebându-se de ce e așa de bulversată. A ajuns la serviciu, iar implicarea în activitate a făcut să se deconecteze de la gândurile despre situația care a tulburat-o. La finalul zilei, a mers acasă pe jos, iar când a ajuns acasă, prietenul ei ajunsese deja. El era bine dispus, vesel și, când Simona a intrat în casă, a luat-o în brațe, a sărutat-o și a început să o mângâie. Simonei i-a venit brusc, în minte, scena de dimineață din stația de troleibuz. La fel de brusc s-a trezit cuprinsă de dorință și au făcut dragoste mai pasional ca niciodată. „Totul ar fi fost în regulă, cred, dacă prietenul meu, după ce ne-am iubit, nu m-ar fi întrebat, foarte mirat, cum de am fost atât de pasională, pentru că niciodată nu își aduce aminte să fi fost așa. Am fost foarte încurcată și am roșit toată, amintindu-mi, din nou de scena de

dimineață și de tulburarea mea. I-am spus prietenului meu că nu știu și că doar mi-e drag de el. Apoi m-am simțit foarte vinovată, de parcă l-am înșelat și l-am mințit”.

La sfârșitul săptămânii, Simona a plecat cu prietenul ei la petrecerea aniversară a unei prietene. La petrecere, după un pahar de vin, a văzut, pe o canapea un cuplu care se ținea de mână. Din când, bărbatul strângea ușor mâna femeii. Simona a observat detaliul respectiv și i s-a părut „un gest discret, dar foarte tandru”. Din nou s-a simțit tulburată și și-a adus aminte de evenimentele de la începutul săptămânii. Apoi, când a mers la masa din sufragerie să își ia ceva de mâncare, în timp ce se apropia, prin aglomerație, a atins cu pieptul pe cineva. „Am crezut că iau foc. Am început să mă gândesc că nu-i normal ce se întâmplă cu mine, că poate intenționat am făcut asta, să ating acea persoană, că o să îmi pierd controlul și cine știe ce fac. Îmi și imaginam cum fac tot felul de prostii, mă dezbrac, mă duc la prietenul meu sau, mai rău, la altcineva și încep să mă arunc pe el...”.

Zilele următoare au fost groaznice pentru Simona. S-a simțit speriată, deprimată, vinovată de gândurile care îi treceau prin minte. Iar acestea nu îi dădeau pace: „Când mergeam pe stradă, încercam să nu mă gândesc, dar privirea mea parcă se ducea la orice persoană necunoscută de pe stradă și în minte îmi apăreau scene în care făceam sex în diverse ipostaze. Cel mai rău a fost când, trecând pe la părinții mei, într-o seară, mi i-am imaginat cum făceau dragoste, destul de obscen, apoi...pe mine făcând sex cu ei, destul de obscen. Și nu mă puteam abține să nu mă gândesc. M-am speriat rău, nu știam ce să mai cred despre mine. Am crezut că am luat-o razna”.

La fel ca și în cazul pacienților cu gânduri obsesive cu conținut blasfemiator, povara fiind mare, se impune un efort deosebit în direcția *normalizării* și a *angajării* în terapie.

Tehnici care pot fi utile:

- *tehnici cognitive*
- *stoparea gândurilor*
- *tehnici paradoxale*
- *antrenamentul de habituare*
- *expunerea cu prevenirea răspunsului*
- *expunere imaginativă (expunere in sensu)*

#### Pacienții cu gânduri cu conținut auto- și / sau hetero-agresiv

Agresivitatea pacienților cu simptomatologie obsesiv – compulsivă poate fi reflectată foarte clar și în conținutul unor gânduri intruzive. Astfel de simptome presupun imagini sau scenarii care vin spontan în mintea persoanei și care conțin referiri la rănirea, de obicei în manieră brutală, a unor persoane apropiate, mai rar a propriei persoane.

Exemplu:

##### *Cazul nr. 4*

Marina (M.S.), 29 ani, economistă, este căsătorită și are o fetiță de 3 ani. Fire perfecționistă, pacienta a căutat ca toată viața ei „să pună lucrurile în ordine, să fie la locul lor, să fie așa cum e bine să fie”.

De când a venit fetița pe lume, lucrurile s-au schimbat un pic, în sensul că a început să se obișnuiască din ce în ce mai mult cu dezordinea, datorită faptului că a preferat ca un an de zile să se ocupe exclusiv de copil,

fără ajutorul nimănui. Situație în care i-a fost foarte dificil să păstreze ordinea, mai ales ordinea din casă. Abia după un an a chemat-o pe mama sa pentru a o ajuta, la început doar în ce privește curățenia, apoi a început să îi „permită” să stea și cu fetița, mai întâi „supravegheată”, apoi singură, perioade din ce în ce mai lungi.

Cât timp mama stătea cu fetița, M.S. se ocupa de restaurat ordinea din casă. Aceasta și pentru că fetița începuse să umble și să exploreze tot ce putea explora prin casă, iar lucrurile așezate cu atenție prin casă erau manevrate și împrăștiate de fetița care descoperea lumea. Practic, dacă pacienta ar fi făcut ordine perfectă, în aproximativ jumătate de oră, fetița, curioasă și energică, „transforma totul într-un haos”.

Cât timp stătea bunica în preajma copilului, pe măsură ce căpăta încredere că totul e în regulă, pe lângă făcut ordine în casă, Marina a început să aibă timp „să mai și respire”. Putea să mai dea un telefon unei prietene sau unui coleg de la serviciu, pentru a fi la curent cu noutățile. Putea să stea pe fotoliul din balcon și să bea o cafea, la început „cu urechile ciulite la ce se întâmpla în camera fetiței sau în casă”, apoi din ce în ce mai detașată.

„Abia când am început să mă detașez și să mă relaxez, am simțit toată oboseala acumulată”, își amintea Marina. Într-un astfel de moment de relaxare, când stătea pe balcon și savura o cafea atent pregătită, a observat în sufragerie cum fetița alerga râzând. Pe la mijlocul sufrageriei, fetița s-a împiedicat și a căzut („nu foarte tare”) și a început să plângă. Marina s-a speriat și s-a repezit să vadă unde s-a lovit și a început să o cerceteze foarte atent să vadă dacă e rănită. Din fericire, fetița nu s-a lovit tare și, destul de repede, s-a apucat iar de joacă. Marina s-a așezat pe fotoliul de pe balcon să își termine cafeaua. S-a mai întors odată, totuși, să vadă locul unde a căzut fetița și atunci i-a sărit în ochi faptul că fetița a căzut aproape de colțul

canapelei. „M-am gândit că dacă ar fi căzut cu două palme mai aproape de canapea, și-ar fi spart capul și îmi imaginam cum ar fi trebuit să fug cu ea repede la urgență și cum ar fi fost preluată de medici și ar fi dus-o în sala de operație unde ar fi fost operată de urgență, pentru că ar fi sângerat masiv și ar fi avut o leziune periculoasă a creierului. Îmi venea în minte până și procedura de operație pe creier așa cum văzusem, odată, pe Discovery: cum îi era ras părul din zona rănită, cum era anesteziată, cum era tăiată o porțiune de craniu cu un soi de fierăstrău și cum chirurgii tamponau zona de pe creier care sângera continuu”. Tot acest scenariu a apărut spontan, s-a derulat câteva secunde și a speriat-o foarte tare. I se părea ciudat că a mers așa departe cu gândurile. A revenit la cafea. Însă, a doua zi, văzând-o pe fetița jucându-se în sufragerie, și-a adus aminte automat de scenariul din ziua anterioară, sperându-se din nou.

Peste câteva zile era la bucătărie și micuța a intrat și ea, curioasă, iar Marinei i-a sărit în atenție un cuțit de pe masa de bucătărie și, spontan, în minte i-a apărut un nou scenariu în care ea, din greșeală, ar fi împins cuțitul de pe masă, care ar fi căzut în capul sau ar fi atins fața fetiței și ar fi înțepat-o sau ar fi tăiat-o. Scenariul a speriat-o cu atât mai mult cu cât și-a adus aminte că s-a mai întâmplat să dea jos, din greșeală, de pe masă, cuțitul de pâine. Un astfel de scenariu căpăta deja, în mintea ei, plauzibilitate. Imediat s-a gândit că e o mamă iresponsabilă și că e ciudat că îi vin gânduri în care fetița pățește ceva rău sau ea îi face (din greșeală, e adevărat) ceva rău. Dar dacă n-o să se poată controla și o să fie neatentă? În mintea Marinei au izbucnit, unul după altul, scenarii în care ar fi putut fi neatentă și ar fi putut-o răni pe fetiță. „Scanam orice situație și toate posibilitățile de a-i face rău micuței din greșeală. Iar apoi, tot gândindu-mă la a face rău din greșeală, un gând mi-a dat târcoale și m-a speriat mai tare decât toate cele de până acum: dacă o să

fac rău fetiței nu neapărat din greșeală, ci pentru că mi-aș pierde controlul. În fond, dacă am început să mă gândesc la astfel de lucruri și nu mă mai puteam opri, problema controlului era una serioasă. M-am speriat foarte tare și mi-am zis că asta e imposibil și că nu am nici un motiv să îmi rănesc copilul, e absurd și complet nebunește că mă gândesc la asta...”.

Însă gândurile au devenit din ce în ce mai parazitante, cu cât încerca mai mult să scape de ele. Îi veneau în minte scenariii în care își pierdea controlul și lua un cuțit cu care o înjunghia pe fetiță, apoi pe mamă, le împingea de pe balcon, se arunca ea însăși de pe balcon etc. A schimbat cuțitele de masă, cu unele cât mai puțin tăioase și mai puțin ascuțite, pentru că atunci când era la masă gândurile îi apăreau din nou. Apoi a început să folosească doar în bucătărie cuțitele, cu ușa închisă, pentru a îmbucătăți, mărunți mâncarea, înainte de masă. Apoi, a început să gătească în așa fel încât să nu aibă nevoie la masă de cuțite. Apoi, a început să fie atentă la alte obiecte ascuțite sau tăioase. Și să ia măsuri...

Pentru astfel de cazuri poate fi utilă, în primul rândul, elaborarea unui plan de *expunere* propriu-zisă, în care terapeutul să construiască împreună cu pacientul un inventar de situații anxiogene, pentru fiecare situație de pe inventar să elaboreze scenariii de expunere care să fie implementate sistematic.

Mai pot fi utile:

- *tehnici cognitive*
- *tehnici paradoxale*
- *expunere imaginativă (expunere in sensu)*
- *expunerea cu prevenirea răspunsului, dacă pacientul are și demersuri de neutralizare*

## Pacienții cu predominanță a verificărilor obsesive (“verificatorii”)

Verificatorii trăiesc sub semnul pericolului datorat erorii, mai cu seamă erorii prin omisiune involuntară. Ei au, de obicei, în minte teama că au uitat să ia toate măsurile pentru ca lucrurile să rămână în perfectă ordine și în siguranță. Astfel că, în minte, pacientului îi apar idei cum ar fi că a uitat deschis robinetul de la apă (și de aici pericolul de inundație) sau pe cel de la aragaz (de unde pericolul exploziei instalației de gaz, incendiul sau moartea prin intoxicație a cuiva), că a uitat ușile deschise la casă (cu pericolul de a pătrunde un hoț în casă), că a uitat mașina deschisă sau cu alarma dezactivată (cu pericolul de a fi furată) etc.

Uneori, verificatorii au temeri care vizează siguranța altor persoane, siguranță pe care erorile lor o pot pune în pericol, erori pe care să le fi săvârșit fără control conștient. Astfel că pacientul poate, de exemplu, să se teamă că, fiind în vizită la cineva, a sustras ceva din casă fără să își dea seama, sau că a deschis un robinet, a stricat televizorul (sau pur și simplu a mutat pe un canal care nu este agreat de gazda) fără să știe etc.

Astfel de gânduri și scenarii duc la creșterea anxietății și a sentimentelor de culpabilitate, iar pacientul tinde să lămurească și să rezolve problema verificând dacă erorile sunt reale, dacă situația este sigură, reluând măsurile de siguranță: verifică și închide din nou robinetul, verifică și închide din nou ușa, chestionează vecinul sau prietenul la care a fost în vizită etc. Iar acest lucru se poate întâmpla de mai multe ori, pentru că, extrem de rar,



verificările sunt singulare. Și se întâmplă de mai multe ori, ca și cum, aproape imediat după o verificare, pacientul parcă ar fi uitat sau ar fi apărut elemente noi care pot reda incertitudinea.

Exemplu:

*Cazul nr. 5*

Amalia (A.C.), 46 ani, este o persoană pedantă, căreia îi place curățenia și ordinea lucrurilor. Locuiește singură, este necăsătorită, lucrează ca și laborantă. Îi place să își gătească mancarea, nu să o cumpere sau să meargă să mănânce în oraș. La un moment dat a gătit o supă cu carne din care a mâncat de mai multe ori. Când mai era puțină supă în oală și s-a pus, seara, la masă, în timp ce mânca, a simțit în gură, prezența unei bucățele de os și, până să se poată opri, l-a înghițit, parcă simțindu-l de-a lungul gâtului cum alunecă și o jenează. S-a speriat puțin, apoi s-a uitat în oala de mâncare și a văzut că a rămas puțină supă a luat și a folosit o lingură ca să vadă dacă mai sunt resturi de os. A văzut că mai erau și s-a speriat când a observat că bucățelele de os, deși mici, erau ascuțite. Din acel moment s-a gândit că s-ar putea să i se fi lezat tractul digestiv și să se infecteze. A început să fie atentă la senzațiile din gât, când mânca sau când bea ceva, a început să înghită în sec, ca să se convingă cât mai clar dacă e sau nu vreo senzație „periculoasă”. Apoi, a început să fie atentă la gătit: spăla și verifica detaliat carnea pentru gătit, apoi legumele („ca nu cumva să fie ceva impurități, pietricele sau așchii”), a început să supravegheze mai atent oalele care erau pe foc. Când desfăcea un borcan cu legume, murături etc. Era atentă să nu se desprindă cioburi, iar dacă auzea doar un pic un scrâșnet când desfăcea capacul, verifica minuțios, la început odată, după care, crescând și reapărând îndoiala, de mai multe ori.

La un moment dat, când supraveghea oala de mâncare de pe aragaz, a simțit miros de gaz și a observat că mâncare nu mai fierbea. A verificat ochiul de la aragaz și a observat că se stinsese. S-a felicitat că a stat și a supravegheat oala și s-a speriat, gândindu-se că putea să se întâmple ceva groaznic cu gazul. Nu ceva anume, ci doar atât: ceva groaznic. Așa că a început să verifice dacă robinetele de la aragaz sunt închise, de fiecare dată când ieșea din bucătărie sau când pleca de acasă, la început o singură dată, apoi, ca și cum ar fi uitat dacă a verificat sau ca și cum n-ar fi fost sigură că a verificat bine, complet etc., a început să repete verificările. Apoi, verificările s-au extins. Mergând în vizită la fratele ei, Amalia a început să fie preocupată de siguranța casei acestuia. A verificat, discret la început, robinetele și conductele de gaz și pe cele de apă. Apoi, când a plecat, s-a întrebat dacă nu a lăsat ea, din greșeală, robinetele deschise, atunci când a verificat. Altă dată, după ce a fost în vizită la un vecin, s-a întrebat dacă nu a „umblat” la robinetele acestuia și nu își mai aduce aminte.

A început să realizeze că verificările și precauțiile devin o problemă din ce în ce mai mare, poate mai mare decât teama de faptul că s-ar putea întâmpla ceva rău, ceva accident, ceva catastrofic. Oricum cele două aspecte erau așa de împletite, încât simțea că nu le mai putea controla.

În cazul „verificatorilor”, tehnica de bază este *expunerea cu prevenirea răspunsului (ERP)*. Alte tehnici utile:

- *expunere imaginativă (expunere in sensu)*
- *tehnici cognitive*
- *tehnici paradoxale*

## Pacienții „colecționari” (pacienții cu *hoarding*)

„Colecționarii” în sens patologic diferă de adevărații colecționari prin trivialitatea, caracterul repugnant al obiectelor acumulate (Bouvard, 2003). Astfel de pacienți adună obiecte de cele mai multe ori inutile (resturi, pachete goale, bucăți de ziare etc.), nu pot să se decidă să renunțe la ele și să le arunce, de teama că s-ar întâmpla ceva, sau că ar putea să aibă nevoie de ele într-un fel și nu le-ar mai avea. Pe lângă ideea de utilitate, de valoare instrumentală, colecționarii văd și o valoare sentimentală a obiectelor. Valoarea sentimentală se referă la atașamentul emoțional asociat cu posesiunea (Bouvard și Dupont, în Bouvard, 2003).

Oricum, colecționarii supra-investesc cu valoare obiectele acumulate, având dificultăți mari de ierarhizare valorică. Practic, le este greu să renunțe la lucrurile mai puțin importante, pentru că atunci când se pune problema renunțării la un obiect, respectivul obiect devine indispensabil. În principiu, comportamentul de a păstra lucrurile colectate pare să fie unul de evitare.

De obicei, lucrurile acumulate pot ajunge să pună probleme de depozitare. Aceasta pentru că, în ezitarea lor de a renunța la ele, pacienții colecționari pot stoca imense cantități de lucruri inutile. Acestea se pot degrada sau pot să se afle într-o stare de degradare care poate să deranjeze co-locatarii sau vecinii.

Povara la nivel familial este mare, iar contactul social este afectat.

Prezența unor astfel de simptome pare să fie mai frecventă la bărbați decât la femei.

Exemplu:

### *Cazul nr. 6*

Corina (C.M.), 38 ani, căsătorită, cu un copil de 8 ani, lucrează în contabilitate primară la o firmă. Când era mai mică, obișnuia să colecționeze șervețele de diverse feluri.

Mai târziu, odată cu vârsta, această pasiune a trecut, dar tendința la a colecționa a reapărut într-un mod cu totul nou. A început să fie receptivă la reclamele comerciale în care apăreau concursuri și tombole promoționale. La astfel de promoții se solicita colectarea unor ambalaje sau a unor elemente din ambalaje (capace, decupaje etc.), până persoanele ajungeau la un număr de astfel de piese, după care trebuiau trimise la o adresă pentru a putea participa la concursul sau la tombola din cadrul acelei promoții. Sistematic, firmele organizatoare ale unor astfel de campanii prezentau, tot în scop publicitar, câștigătorii care încasau niște premii de multe ori atractive pentru persoane cum era și Corina.

Corina a devenit interesată, mai ales după ce o cunoștință i-a relatat că a câștigat un robot de bucătărie la o promoție. A început să urmărească promoțiile la răcoritoare, condimente, detergenți, dulciuri etc. și a început să colecționeze ambalaje, capace, când aduna un număr de elemente promoționale suficiente, le trimitea, așteptând „extragerea câștigătorilor”.

Numărul promoțiilor la care participa Corina a crescut, în timp. Mai mult, încet – încet, a început să își organizeze un loc într-un corp de dulap în care punea ambalajele, capacele etc., sortate pe categorii, apoi în funcție de termenele promoțiilor. După o vreme corpul de dulap nu mai ajungea, a mai alocat un alt corp de dulap, apoi un raft dintr-o etajeră din debara, apoi două, apoi toată etajera, apoi spațiul din fața etajerei. Apoi a trecut la o nouă etapă: anticipa la ce produse vor fi noi promoții și a început să colecteze anticipat elemente promoționale, la început doar cumpărând, apoi cerând de la

prietenii, colegii sau cunoștințele la care observa produse sau ambalaje, iar apoi, culegându-le de pe jos, de pe stradă.

După doi ani, debaraua era plină, cteva corpuri de dulap erau pline și a început să umple și boxa apartamentului. Soțul deja s-a panicat și a început să îi ceară să înceteze, considerând că deja a întrecut orice măsură, însă Corina nu putea să renunțe de teama că o să vină exact promoția potrivită, iar dacă ea va arunca lucrurile respective, n-o să fie pregătită și n-o să câștige. Apoi, când soțul a dus-o și i-a arătat debaraua, boxa și dulapurile pline de astfel de lucruri (la multe nu mai existau promoții de multă vreme sau, oricum, erau pentru elemente promoționale mai noi), Corina s-a speriat, realizând că, într-adevăr era prea mult. I-a promis soțului că o să se abțină, dar, chiar de a doua zi, nu s-a putut opri să culeagă un ambalaj de chips de lângă o pubelă, apoi încă unul de pe stradă.

A început să se sperie când a realizat că îi este greu să se abțină. Deja nu mai contau câștigurile, premiile promoționale, pur și simplu nu se mai putea abține să nu adune și nu mai putea să renunțe la lucrurile acumulate.

În cazul colecționarilor, din punct de vedere cognitiv-comportamental, desigur că dezideratul general al terapiei vizează reducerea comportamentului de acumulare și păstrare excesivă (cantitativ, dar și calitativ) a obiectelor. Din punct de vedere operațional, pot fi utile următoarele tehnici:

- *tehnici de rezolvare de probleme și antrenamentul deciziilor* - destinat pentru a facilita învățarea categorizării, a ierarhizării valorice și pentru atenuarea incertitudinii și a îndoielii
- *tehnici cognitive* – orientate pe identificarea și restructurarea credințelor maladaptative. Bouvard și Dupont (în Bouvard, 2003) menționează

câteva categorii de credințe disfuncționale care apar la pacienții colecționari:

- *credințe legate de perfecțiune* – care antrenează gândul că a comite o eroare este asociat cu un sentiment de incompetență
  - *credințe legate de nevoia de control a posesiunilor* – „obligă” pacientul de a refuza apropierea altor persoane sau atingerea de către acestea a obiectelor acumulate
  - *credințe legate de memorare* – pacientul se simte obligat să memoreze și să-și amintească totul, fapt pentru care pentru a evita uitarea sau pierderea unor informații „importante” trebuie să păstreze materialele care se referă la informație sau prin care o poate repera sau evoca mai ușor (de exemplu, ziare, broșuri, cărți etc.)
  - *credințe privind responsabilitatea legată de posesiuni* – care îl fac să simtă nevoia de a proteja lucrurile acumulate
  - *credințele legate de siguranță* – pacientul vede în obiectele acumulate un semn de siguranță, de reducere a vulnerabilității
- *expunerea cu prevenirea răspunsului (ERP)*
  - *expunere imaginativă (expunere in sensu)*

Pacienții cu manifestări obsesiv – fobice: teama obsesivă de contaminare și de murdărie („spălătorii”)

Reprezintă una dintre categoriile cele mai răspândite de pacienți cu TOC. Teama lor este una obsesivă de contaminare cu germeni sau una de murdărie, însoțită de repulsie. Astfel de pacienții evită pe cât posibil

contactul cu alte persoane sau alte obiecte, iar atunci când teama de contaminare sau de murdărie crește, se simt nevoiți să înlăture „pericolul” prin igienizare: spală și / sau dezinfectează obiectele sau părți ale propriului corp.

Cel mai frecvent sunt întâlnite cazuri de abluțiune (spălare rituală în scop de purificare – lat.: *ablutio*) compulsivă a mâinilor (ablutomanie), în care pacienții simt nevoia imperativă să se spele de mai multe ori pe mâini după ce au atins sau au avut impresia că au atins ceva, fapt ce semnifică pericolul de contaminare sau de murdărire.

Uneori această spălare compulsivă este însoțită de o componentă rituală mai clară, în care persoana simte că trebuie să deruleze de un număr anume de ori spălarea mâinilor și / sau într-o anumită ordine și / sau după o anumită procedură, pentru a fi curată.

Se pare că ablutomania este mai frecventă la femei.

Deseori intervin probleme dermatologice, datorită faptului că, în cele mai multe cazuri, apare un exces al abluțiunilor și pentru că, de obicei, se utilizează săpun sau detergenți în exces.

Exemplu:

Cazul nr. 7

Daniel (D.S.), 24 ani, student, este o persoană căreia îi place ordinea și curățenia. „Am învățat asta de la mama, care era «maniacă» în ce privește igiena și ordinea acasă”. Stă într-o garsonieră închiriată în timpul școlii, în care totul strălucește de curățenie.

A fost o persoană ordonată de când se știe, mama lui știind cum să îl atragă în activitățile „administrative” din casă, mai întâi prin joacă, apoi prin

reguli simple cu ajutorul cărora, multe activități de acest gen au devenit obișnuințe la care îi era din ce în ce mai greu să renunțe.

Tableturile care țineau de toaleta zilnică erau sfinte. O dată, când a plecat la munte cu cortul și, din greșeală, și-a uitat periuța și pasta de dinți, a făcut un drum de trei ore dus-întors până la o localitate mai la vale de unde și-a cumpărat respectivele articole, deși a doua zi, după ce ar fi înnoptat, urma să ajungă într-un popas unde exista posibilitatea să le achiziționeze fără probleme.

Când era mai mic și se murdărea, mama îl puneă să se spele atent, iar dacă îi scăpa ceva, mama îl atenționa și se spăla din nou, până când totul era în perfectă regulă.

La un moment dat, în urmă cu aproape un an, a fost într-o toaletă publică, la mall, unde, după ce a folosit toaleta, s-a dus la chiuvetă să se spele pe mâini. La una dintre chiuvete, în dozatorul pentru săpun nu mai era săpun. Puțin speriat s-a dus la următoarea chiuvetă, unde a găsit săpun în dozator și a respirat ușurat. Apoi, cât timp s-a spălat și s-a uscat, a văzut cum vreo două persoane, după ce au folosit toaleta, „au uitat” să treacă pe la chiuvetă să se spele pe mâini, fapt ce a i-a activat o ușoară stare de repulsie. Când a ieșit din toaleta publică și s-a dus la restaurantul unde îl așteptau prietenii, a observat că una dintre persoanele pe care le văzuse în toaletă și care „sărise peste partea de igienizare”, era la o masă cu cineva și mânca. Starea de repulsie a revenit. „Fără să vreau, parcă, am început să mă uit la mâinile prietenilor, ca să văd dacă erau curate sau, mai degrabă, dacă detectez ceva semne de murdărie sau unghii murdare. Desigur că am găsit eu ceva ce mi s-a părut în neregulă și nu m-am simțit bine. Apoi, ca într-o doară, am început să îmi inspectez mâinile, deși cu câteva minute fusesem în baie și mă spălasem atent, ca întotdeauna. Am fost surprins să constat că la



două dintre unghiile parcă mai rămăsese ceva de culoare închisă sau, oricum, nu erau perfect clare, perfect curate. Am plecat imediat la toaletă și m-am spălat din nou atent, de două ori. Apoi am verificat iar: părea totul în regulă. Dar când am ieșit, am atins clanța de la ușă și mi-am amintit de persoanele care nu se spălaseră pe mâini și care, cu siguranță au atins acea clanță, la rândul lor, pentru a ieși din toaletă. Am sunat pe unul dintre prieteni ca să le spună celorlalți că a intervenit ceva și trebuie să plec, apoi am plecat acasă, unde m-am spălat de mai multe ori pe mâini, am căutat spirt și m-am dezinfectat.”

Din acel moment, Daniel a devenit foarte vigilent, mult mai mult ca înainte, la tot ce ținea de curățenie, mai bine zis de evitarea murdăriei și a contaminării, iar măsurile erau din ce în ce mai drastice. Tabieturile zilnice nu mai erau mulțumitoare, măsurile de igienizare au devenit, în decursul a câteva luni, tot mai multe, mai atente și mai incisive. De exemplu, evita musafirii, dar dacă veneau, trebuia să dezinfecteze toate obiectele cu care aceștia intrau în contact, dacă atingeau lenjeria de pe pat, o schimba imediat după ce plecau, iar el se spăla pe mâini (la început cu apă și săpun antibacterian, apoi cu detergent de vase) de cel puțin trei ori, apoi se dezinfecta cu spirt.

După alte câteva luni, trebuia să se spele de cel puțin cinci ori și să se dezinfecteze ori de câte ori venea în casă, ori de câte ori atingeau cu voie sau fără voie, diverse obiecte sau persoane, ori de câte ori avea incertitudinea dacă a atins sau nu obiecte sau persoane. Cel mai rău era în situațiile în care folosea toaleta, când făcea curățenie generală și ducea gunoiul sau când se întâlnea cu alte persoane cu care dădea mâna.

A început să i se irite pielea mâinilor, mâinile i-au devenit roșii și ai început să îl usture. La un moment dat, cand n-a mai rezistat, s-a dus la

dermatolog, iar acesta i-a dat ceva unguent, cu care să se dea pe mâini, fapt care l-a îngrozit. „Unguentul respectiv pe mâini îmi dădea senzația că AM CEVA PE MÂINI și că se lipesc de mâini foarte ușor mizerii sau germeni”.

Astfel de cazuri sunt semnificativ mai ușor de abordat terapeutic, iar tehnica de bază, cu eficiență considerabilă, este *expunerea cu prevenirea răspunsului* (ERP). Pe lângă aceasta, par să fie de ajutor:

- *expunere imaginativă (expunere in sensu)*
- *tehnici cognitive*
- *tehnici paradoxale*

### Pacienții cu comorbiditate: TOC și depresie

Nu e un fenomen neobișnuit ca TOC să se asocieze comorbid cu depresia.

Abramowitz (2004) menționează un studiu trans-național care relevă o prevalență pe viață a depresiei majore printre pacienții cu TOC repartizată procentual între 12.4 % și 60.3% (media de 29%). Același autor face referire la un indicator al impactului condiției comorbide depresive: răspunsul la tratament. Abordând răspunsul la cea mai uzitată modalitate de intervenție în TOC, expunerea cu prevenirea răspunsului (ERP),

Abramowitz remarcă faptul că depresia severă și nu cea de intensitate moderată sau medie poate afecta eficiența intervențiilor. El menționează un studiu propriu (Abramowitz et al., 2000), în care pacienții au fost evaluați din punct de vedere al intensității depresiei (inclusiv cu Beck Depression

Inventory – BDI) și au fost monitorizați în ce privește răspunsul la ERP. Pacienții cu un grad mai mare de severitate a depresiei ( $BDI \geq 30$ ) au arătat un grad mai redus de îmbunătățire a condiției decât cei cu depresie moderată, medie sau fără depresie ( $BDI < 30$ ), în urma intervenției de tip ERP.

Aceste date sugerează că pacienții cu TOC care au și depresie severă ar fi bine să beneficieze de o particularizare a tratamentului.

Ceea ce pare să ajute în astfel de cazuri este utilizarea mai intensivă a *tehnicilor cognitive* specifice pentru depresie.

### Pacienții cu comorbiditate: TOC și tulburări psihotice

Pacienții psihotici pot prezenta simptomatologie obsesiv-compulsivă (OCS) sau chiar o tulburare obsesiv-compulsivă veritabilă. Din păcate, având în vedere că simptomatologia psihotică, în general, este considerată mai severă, simptomatologiei obsesiv – compulsive nu i se acordă atenția potrivită, de cele mai multe ori, în tratament.

Tratamentul care prevalează este cel farmacologic antipsihotic, iar tratamentul pentru simptomatologia obsesiv – compulsivă (dacă se instituie!) este cel medicamentos și, foarte rar, cel psihoterapeutic.

Schizofrenia, cea mai severă tulburare psihotică pare să coexiste de multe ori cu tulburarea sau simptomatologia obsesiv – compulsivă. Bottas et al. (2004) diferențiază, din punct de vedere neurobiologic, între mai multe modalități comorbide:

1. simptome obsesiv – compulsive aparente care apar numai în contextul psihozei și care pot să se suprapună cu fenomenologia psihotică, reprezentând o formă frustă de psihoză.
2. simptomatologie obsesiv – compulsivă care apare doar în faza prodromală a schizofreniei
3. simptomatologie sau tulburare obsesiv – compulsivă indusă neuroleptic
4. simptomatologie obsesiv – compulsivă sau tulburare obsesiv – compulsivă veritabilă cu apariție concurentă schizofreniei.

Poyurovski et al. (2004) amintesc spectrul co-ocurenței schizofrenie / tulburare obsesiv – compulsivă , dinspre polul obsesiv – compulsiv, non-psihotic către polul psihotic schizofren diferentiindu-se:

- Tulburare obsesiv – compulsivă cu insight slab / trăsături psihotice
- Tulburare obsesiv – compulsivă cu tulburare de personalitate schizotipală
- Schizofrenie cu simptome obsesiv – compulsive
- Schizofrenie cu tulburare obsesiv – compulsivă

Intervenția psihoterapeutică în cazul acestor modalități comorbide este posibilă. Câteva mențiuni se impun, totuși, în acest context.

Astfel, atunci când se elaborează planul de tratament, este important să se țină cont de de diagnostic, tablou clinic și de tratamentul medicamentos aferent. De exemplu, dacă avem în vedere prezența simptomatologiei sau tulburării obsesiv – compulsive induse, desigur că e important să se monitorizeze gestiunea tratamentului medicamentos și, abia după ce se intervine astfel, se poate iniția un demers psihoterapeutic. Sau dacă avem de-a face cu o tulburare obsesiv – compulsivă cu insight slab / trăsături psihotice, abordarea simptomatologiei necesită atenție mărită, cu accent pe tehnici cognitive sau cognitiv-comportamentale - de exemplu, experimente

comportamentale pentru testarea realității și centrarea pe creșterea insight-ului.

Cazurile de tulburare obsesiv – compulsivă cu tulburare de personalitate schizotipală reclamă a se ține cont de trăsăturile de personalitate specifice, introducându-se elemente de intervenție tipice în tulburările de personalitate (de exemplu, schema-therapy), precum și accentuarea intervențiilor pe prevenirea recăderilor.

În general, în tulburările psihotice cu simptomatologie sau cu tulburare obsesiv – compulsivă, este de preferat să se lucreze în perioadele de remisiune a simptomatologiei psihotice.

### Pacienții cu comorbiditate: TOC și tulburare de personalitate

Foarte frecvent, TOC este însoțită de o tulburare de personalitate pre-existentă. Tulburarea de personalitate este considerată, în general, un factor de complicație pentru tratament, ea crescând gradul de vulnerabilitate a persoanei.

Studiile pe eficiența terapeutică a intervențiilor în astfel de contexte comorbide arată, însă, rezultate contradictorii. Astfel, Emmelkamp (2002, în Maj et al., 2002) menționează două studii în care rezultatele sunt contradictorii. Unul dintre ele (efectuat de De Haan et al., 1997) relevă faptul că doar tulburările de personalitate din clusterul A pot oferi predicția succesului terapeutic. Un alt studiu menționat de Emmelkamp (efectuat de Dreesen et al., 1997) arată, însă, eficiență similară a intervenției cognitiv –

comportamentale în cazul pacienților cu tulburare de personalitate subiacentă, la fel ca și în cazul celor fără o tulburare de personalitate.

Tulburarea de personalitate obsesiv – compulsivă este cea mai frecvent întâlnită la persoanele cu TOC. Rasmussen și Tsuang (1986, în Salkovskis et al., 2003) propun un procent în jur de 55% printre pacienții cu TOC care au o tulburare obsesiv – compulsivă pre-existentă, deși estimările sunt variabile. Desigur că o astfel de tulburare poate favoriza un oarecare grad de ego-sintonie cu simptomele obsesiv – compulsive, dar, în general, trăsăturile ei, cum ar fi rigiditatea, tendința la autocontrol, perfecționismul, scrupulozitatea, meticulozitatea, atenția la detalii, indecizia etc. sunt contra-productive. J. Beck (Beck, J., 2005) menționează un set de credințe prezente la persoanele cu trăsături sau tulburare de personalitate obsesiv – compulsivă . Astfel de persoane au următoarele *credințe despre sine*:

- „Sunt vulnerabil în ce privește posibilitatea de a se întâmpla lucruri rele.”
- „Sunt responsabil pentru a preveni să se întâmple ceva rău.”

*Credințe despre alții:*

- „Alte persoane sunt slabe, iresponsabile, neglijente.”

*Presupuneri condiționale:*

- „Dacă îmi asum responsabilitatea pentru tot, o să fiu în regulă (dar dacă depind de alții, ei mă vor lăsa baltă).”
- „Dacă o să creez și o să mențin ordinea pentru mine și pentru ceilalți și o să fac totul perfect, lumea mea va fi în regulă (dar dacă nu voi face asta, totul se va prăbuși).”

Pentru a se ajusta la situațiile privitye aferent acestor credințe, persoanele cu tulburare de personalitate de tip obsesiv – compulsiv supra-investesc în *strategii de coping* cum sunt:

- tind să se controleze în manieră rigidă și fac același lucru cu alte persoane
- își construiesc expectații nerezonabile
- își asumă prea mult responsabilitatea
- se străduiesc să atingă perfecțiunea

Strategiile de coping sub-utilizate sunt:

- delegarea autorității
- dezvoltarea unor expectații flexibile
- exercitarea potrivită a controlului
- tolerarea incertitudinii
- inițierea de acțiune în manieră spontană și impulsivă
- căutarea de activități plăcute și amuzante

Intervenția, în astfel de cazuri, se cere a fi dezvoltată, ținându-se cont de faptul că în funcție de severitatea tulburării de personalitate, șansele de schimbare descresc, iar vulnerabilitatea persoanei de a dezvolta simptomatologie și, implicit, de a recădea, este mai crescută. Efortul terapeutic în cazul simptomatologiei necesită, așadar, dublarea intervenției la nivel structural, al personalității.

O regulă pe care o introduc Freeman și Jackson (2003), privind ponderea tehnicilor de intervenție de tip cognitiv și comportamental în cazul tulburărilor de personalitate, este următoarea: cu cât este mai severă tulburarea sau nivelul disfuncției aferente, cu atât crește nevoia de a se utiliza tehnici comportamentale, iar cu cât nivelul disfuncției este mai puțin

sever, cu atât mai ușor pot fi alese tehnici din meniul cognitiv. Este o ipoteză care e valabilă și pentru această modalitate comorbidă.

### **Succese, limitări și bune practici ale terapiei cognitiv – comportamentale**

În ce privește raportul cost / eficiență, terapia cognitiv-comportamentală singură sau în combinație cu farmacoterapia (un antidepresiv SRI) par a fi tratamente de elecție (Storch și Merlo, 2006).

Rata de succes a TCC în studiile controlate ajunge până la 83% (Foa și Franklin, 2002, cit. în Geffken et al., 2004)

Geffken et al. (2004) menționează câteva motive ale insuccesului TCC în TOC:

- Selecția pacienților
- Non-aderența la teme de casă
- Mai puțin de 10 – 20 ore de expunere
- Comorbiditatea TOC cu alte condiții psihiatrice
- Diagnosticul anumitor subtipuri clinice de TOC (de exemplu TOC cu predominanța simptomelor obsesive)
- Utilizarea unor tehnici cognitive (de exemplu, restructurarea cognitivă) poate menține simptomatologia obsesională
- Insight-ul limitat al unor pacienți (caz în care se impune diferențierea diagnostică față de simptomele delirante).
- Folosirea benzodiazepinelor, care pot bloca răspunsurile la anxietate, făcând ineficiente tehnici cum sunt habituarea sau expunerea.



Salkovskis (2005) menționează câteva bune practici în CBT pentru probleme obsesionale:

- Bună relaționare (rapport) și empatie.
- Evaluare și formulare.
- Abordare colaborativă, nu în contradictoriu.
- Descoperire ghidată, nu stil didactic.
- Vizite la domiciliu și evaluări de teren.
- Supervizare video/audio.

Desigur că, pe lângă aceste sugestii de bune practici pentru TOC, este necesară o abordare cognitiv – comportamentală competentă și responsabilă în general, rod al unei formări sistematice a terapeuților, nu doar la nivel teoretic, ci și la nivel practic și atitudinal.

Trinidad (2007) accentuează necesitatea ca teoria să fie însoțită de un efort practic și activități de supervizare. Același autor atenționează asupra unor capcane cum sunt: izolarea și inconsecvența practicii, fanatismul terapeutic, tendința debutanților spre eclecticism (nu și a terapeuților experimentați), percepția că terapia cognitiv-comportamentală este antipsihodinamică sau antipsihanalică, credința că este strict o abordare pe termen scurt.

Terapia cognitiv – comportamentală și-a dovedit și își dovedește sistematic eficacitatea și flexibilitatea nu doar în abordarea TOC, ci, în general, în abordarea celor mai diverse patologii sau problematici în sens larg.

## **TOC și familia**

Familia poate fi o resursă importantă pentru pacienții cu TOC care beneficiază de terapie cognitiv - comportamentală, dar, de multe ori poate fi și un factor de menținere sau de precipitare a recăderilor. Emmelkamp (2002) aduce în vedere impactul calității interacțiunii familiale asupra evoluției tulburării. Autorul aduce în discuție rezultatele unor studii care arată că un nivel de ridicat de emoționalitate exprimată, mai ales de ostilitate, prezent la rudele pacienților, poate favoriza retragerea din tratament și rezultate slabe și ar fi înțelept ca rudele ostile să fie implicate în tratament și să beneficieze de un antrenament în abilități de comunicare care să reducă posibilitatea retragerii din tratament, să faciliteze progresul terapeutic și să reducă rata recăderii.

Familia poate fi implicată în dezvoltarea tulburării, facilitând evitarea, participând la ritualuri, oferind reasigurare etc. De aceea, de multe ori intervenția se extinde și la nivelul familiei. Persoanele apropiate interacționează constant cu pacientul cu TOC și, de obicei sunt „prinse” în funcționarea maladadaptativă.

Exemplu:

### *Cazul nr. 8*

Pacientul A.M. 20 ani, avea simptomatologie obsesivă cu gânduri blasfemiatoare. Copleșit de gândurile respective și de semnificația atribuită lor, pacientul încerca să obțină reasigurare de la profesioniști și de la persoanele de încredere, inclusiv de la părinți. La început regulat și mai rar

(o dată la câteva zile), apoi aproape tot timpul, A.M. își suna părinții pentru a-i întreba dacă a păcătuit și dacă va fi pedepsit pentru gândurile lui blasfemiatoare, chiar dacă știa că ele îi vin în minte involuntar. Pur și simplu nu se putea abține să întrebe. Părinții infirmau sistematic „consecințele” anxiogene, reamintindu-i de fiecare dată că e o problemă de sănătate, fapt ce îl liniștea temporar pe pacient. La un moment dat, părinții au observat că solicitările de „liniștire” deveneau din ce în ce mai frecvente, iar asigurările lor parcă nu mai aveau efectul de dinainte. Ceea ce părea un lucru bun, care alunga teama și vinovăția fiului lor, devenise, în timp o nouă problemă. Ce nu știau ei era că, încercând să ajute la rezolvarea problemei, întreținuseră și întăriseră problema gândurilor blasfemiatoare. Familia a fost chemată împreună cu pacientul la câteva ședințe de terapie. Terapeutul a procedat la o intervenție psiho-educativă, în care a furnizat informații despre tulburarea obsesiv-compulsivă și a conceptualizat felul în care funcționa și se menținea problema fiului lor. Ei au încetat să mai ofere reasigurări fiului, iar progresele pacientului au fost resimțite în scurtă vreme.

Familia poate fi, de asemenea, un loc unde pacientul poate găsi resurse. De multe ori ea poate fi implicată de către terapeut în intervenția propriei zise, nu doar prin evitarea reasigurărilor, dar și pentru a ajuta la utilizarea tehnicilor proprii – zise, cum ar fi, de exemplu, expunerea cu prevenirea răspunsului sau tehnicile paradoxale.

Exemplu:

*Cazul nr. 9*

Pacienta M. S., 17 ani, avea frică obsesivă de germenii și murdărie, iar pentru a evita aceste două lucruri, se spăla compulsiv pe mâini, sistematic,

ritualic, dimineța după trezire, după ce intra într-o altă încăpere decât dormitorul ei (de exemplu, bucătărie sau sufragerie), înainte de a pleca de acasă, după ce venea acasă, înainte și după masă etc. Desigur că și după ce atingea diverse lucruri, mai ales din greșală, era important să se spele pe mâini, săpunindu-se, la început de două ori, apoi, în timp ajungând până la a se săpuni de cincisprezece ori. A început să aibă probleme dermatologice, iar când dermatologul i-a prescris un unguent pentru tratarea leziunilor și reducerea abluțiunilor, totul a devenit coșmar. Pacienta a apelat la terapie și, în mod firesc, la un moment dat a început pregătirea pentru expunerea cu prevenirea răspunsului (ERP). Pacienta a avut primele sesiuni de ERP nu foarte încurajatoare, nici pentru ea, nici pentru terapie. Ea a admis că, oricât de ușor a început procedura de ERP în sesiune, când ajunge acasă, lucrurile se schimbă. Anxietatea devine mai mare, iar prescripțiile procedurale care țin de ERP sunt neglijate. Terapeutul a sugerat utilizarea unor persoane resursă care să o ajute să ducă la îndeplinire prescripțiile din afara sesiunilor de terapie. Pacienta a fost de acord, astfel că familia a fost invitată la câteva sesiuni și, după conceptualizare și socializare cu problema și tratamentul, li s-a solicitat ajutorul pentru aplicarea tehnicii de ERP. Membrii familiei au acceptat, iar terapeutul, după ce i-a familiarizat cu procedura ERP, a recomandat ca să se înceapă cu abordarea abluțiunilor rituale care țin de niște momente clar definite. Pacienta și familia au convenit să înceapă efectiv cu spălatul de după servirea mesei. Sarcina de a participa la expunere revenea, pe rând, câte unuia dintre cei trei membri (mama, tatăl sau sora). După fiecare masă, pacienta trebuia să amâne spălatul pe mâini pe o durată din ce în ce mai mare, iar persoana resursă care participa la procedură lua toate măsurile ca prevenirea răspunsului (în cazul de față, amânarea abluțiunii) să aibă loc pe durata prestabilită, durată care a început de la șapte

secunde (!) și a crescut în timp. Spre finalul terapiei, pacienta își amintea, zâmbind, cum membrii familiei au fost nevoiți, la primele runde de expunere, chiar să blocheze ușile de la baie și de la bucătărie pe durata prescrisă...

Într-un astfel de caz, implicarea familiei (în general, a persoanelor resursă) a fost un lucru care a facilitat decisiv succesul terapeutic.

## Încheiere

Tulburarea obsesiv – compulsivă rămâne în continuare una dintre tulburările problematice ca abordare și tratament în general, deși fascinantă din punct de vedere al psihopatologiei. Eforturile și rezultatele ultimilor ani, la nivel internațional, arată, însă, că sunt posibile și există progrese autentice în acest sens.

Sperăm ca datele prezentate în cartea de față să trezească interesul pentru acest domeniu în rândul profesioniștilor din sănătate mintală și în sănătate în general, a celor care se formează pentru a activa în domeniul sănătății, a tuturor celor preocupați de psihopatologie, psihoterapie, psihiatrie.

### **Bibliografie selectivă:**

Aardema, F., Emmelkamp, P.M.G., O'Connor, K (2005). *Inferential Confusion, cognitive Change and Treatment Outcome in Obsessive-Compulsive Disorder*. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 12, 337 – 345.

Aardema, F., O'Connor, K., Emmelkamp, P.M.G.(2006). *Inferential Confusion and Obsessive Beliefs in Obsessive-Compulsive Disorder*. *Cognitive Behaviour Therapy* Vol. 35, No. 3, 138 – 147

Abramowitz, J.S., Taylor, S., McKay, D. (2005). *Potentials and Limitations of Cognitive Treatments for Obsessive-Compulsive Disorder*. *Cognitive Behaviour Therapy* Vol. 34, No. 3, 140 – 147.

Abramowitz J. S. (2004). *Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder in Patients Who Have Comorbid Major Depression*. *Journal of Clinical Psychology / In Session*, Vol. 60(11), 1133 – 1141.

Abramowitz, J.S. (2006). *The Psychological Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder*. *The Canadian Journal of Psychiatry*, Vol 51, No 7.

Abramowitz, J.S. (2006). *Obsessive-compulsive disorder*. Mayo Foundation for Medical Education and Research, Hogrefe & Huber Publishers.

Ackerman, D.L., Greenland, S. (2002). *Multivariate meta-analysis of controlled drug studies for obsessive-compulsive disorder*. *J. Clin. Psychopharmacol.*, 22, 309 – 317.

American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3<sup>rd</sup> Edition Revised (DSM-III-R)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4<sup>th</sup> Edition (DSM-IV)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4<sup>th</sup> Edition Text Revision (DSM-IV-TR)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.

Anthony, D.T. & Hollander, E. (1993). *Sexual compulsions*, in *Obsessive-Compulsive Related Disorders*. Hollander, E. (ed.). Washington, DC: American Psychiatric Press, 139 – 150.

Association pour la Méthodologie et la Documentation en Psychiatrie (AMDP, 2000). *Le Système AMDP. Manuel de documentation de la Psychopathologie*. Troisième édition remaniée.

Baer, L. & Jenike M. (1990). *Personality disorders in obsessive compulsive disorder*, in *Obsessive-Compulsive Disorders: Theory and Management*.



Jenike M., Baer, L. (eds.), second ed., Chicago: Year Book Medical Publishers.

Baer, L. & Jenike M.A. (1998). *Personality disorders in obsessive compulsive disorder*, in *Obsessive-Compulsive Disorders: Practical management*. Jenike, M.A., Baer, L. & Minkhiello, W.E. (eds), St. & Minkhiello, W.E. (eds), St. Louis, MO: Mosby.

Baer, L., Jenike, M., Ricciardi, J., et al. (1990). *Standardized assessment of personality disorders in obsessive-compulsive disorder*. *Archives of General Psychiatry*, 47: 826 – 830.

Baldwin, D.S. et al. (2005). *Evidence-based guidelines for the pharmacological treatment of anxiety disorders: recommendations from the British Association for Psychopharmacology*. *J. Psychopharmacol.*, 19, 567 – 596.

Baxter, L. et al. (1992). *Candidate glucose metabolic rate changes with both drug and behaviour therapy for obsessive-compulsive disorder*. *Archives of General Psychiatry*, 49, 681 – 689.

Beck, J.S. (1995). *Cognitive Therapy: Basics and Beyond*. The Guilford Press, New York.

Beck, J.S. (2005). *Cognitive Therapy for Challenging Problems*. The Guilford Press, New York.

Beck, N. (2004). *Familliare und psychosoziale Aspekte der Zwangsstörung in Kinder und Jungendalter*, in Werwetter, Ch. – *Zwänge bei Kinder und Jugendlichen*. Ed. Hogrefe, Gottingen, 84 – 96.

Bellodi, L. (2002). *The heterogeneity of obsessive-compulsive disorder and its implications for treatment*, in *Obsessive-Compulsive Disorder*. Maj, M., Sartorius, N., Okasha, A. & Zohar, J. (eds.), 2<sup>nd</sup> ed. Chichester: John Wiley & Sons Ltd.

Bermanzohn, P.C. , Porto, L., Arlow, P.B., et al. (1997). *Obsessions and delusions: separate and distinct, or overlaping?* CNS Spectrums, 2 (3): 58 – 61.

Berridge, K.C. et al. (2005). *Sequential superstereotypy of an instinctive fixed action pattern in hyper-dopaminergic mutant mince: a model of obsessive compulsive disorder and Tourette's*. BMC Biol. 3:4.

Berrios, G. (1996). *The history of mental symptoms*. Ed. Cambridge Univ. Press.

Billet, E., Richter, M. & Kennedy, J. (1998a). *Genetics of obsessive compulsive disorder*, in *Obsessive-Compulsive Disorder: theory, research and treatment* . Swinson , R., Anthony, M., Rachman S. & Richter M. (eds.). Guilford Press, New York.

Bouvard, M. (2003). *Les troubles obsessionnels compulsives*. Masson, Paris.

Clark, D.A. (2002). *Commentary on cognitive domains section*, în *Cognitive approaches to obsessions and compulsions: Theory, assessment and treatment*. Frost, R.O. & Steketee, G. (eds.). Oxford: Elsevier.

Clark, D.A. (2005). *Focus on “Cognition” in Cognitive Behavior Therapy for OCD: Is it Really Necessary?*. *Cognitive Behaviour Therapy*, Vol. 34, No. 3, 131 – 139.

Cottraux, J. (2001). *Les thérapies comportementales et cognitives*. Masson, Paris.

Cottraux, J.(2002). *Cognitive Therapy and Behavioural Therapy in Obsessive-Compulsive Disorder: in Search of the Process*. În *Obsessive-Compulsive Disorder*, ed. by Maj, M., Sartorius, N., Okasha, A., Zohar, J., John Wiley& Sons, 2002.

Cottraux, J. (2005). *Les ennemis interieurs. Obsessions et compulsions*. Odile Jacob, Paris.

De Silva, P., Rachman, S. (2004). *Obsessive-compulsive disorder*. Oxford University Press, New York.

De Veangh-Geiss et al (1989). *Treatment of obsessive-compulsive disorder with clomipramine*. *Psych. Ann.*, 19, 97–101.

Dolon-Sewel, R.T. et al (2001). *Co-occurrence with syndrome disorders*, in *Handbook of Personality Disorders: Theory, research and Treatment*. Livesly W.J. (Eds.). Guilford Press, New York, 84 – 104.

Ellenberger, H.F (1994). *Histoire de la decouverte de l'inconscient*. Ed. Fayard.

Emmelkamp, P.M.G.(2002). *Can We Enhance the Effects of Cognitive-Behavioural Therapy in Obsessive-Compulsive Disorder?*, in *Obsessive-Compulsive Disorder*, ed. by Maj, M., Sartorius, N., Okasha, A., Zohar, J., John Wiley& Sons, 2002.

Emmelkamp, P.M.G., Aardema, F. (1999). *Metacognition, Specific Obsessive-Compulsive Beliefs and Obsessive-Compulsive Behaviour*. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 6, 139 – 145

Emmelkamp, P.M.G., Bouman, T.K., Scholing, A. (1992). *Anxiety Disorders. A Practitioner's Guide*. John Wiley& Sons.

Fallon, B.A., Rasmussen, S.A. and Liebowitz, M.R. (1993). *Hypochondriasis*, in *Obsessive-Compulsive Related Disorders*. Hollander, E. (ed.), American Psychiatric Press, Washington DC, 71 – 92.

Faloon, I., Boyd, J. & McGill, C. (1984). *Family Care of Schizophrenia: A Problem-Solving Approach to the Treatment of Mental Illness*. Guilford Press, New York.

Fenichel, O. (1953). *La theorie psychanalytique des nevroses*. Ed. PUF, Paris.

Fineberg, N., Marazziti, D., Stein, D.J. (2001). *Obsessive Compulsive Disorder. A Practical Guide*. Martin Dunitz.

Fineberg, N.A., et al (2006). *A Review of antipsychotics in treatment of resistant obsessive compulsive disorder (OCD)* . *Psychopharmacol.*, 20, 97–103.

First , M., Spitzer, R., Gibbon, M. & Williams, J.B.W. (1994). *Structured clinical interview for DSM-IV axis I disorders – administration booklet*. Washington, DC: American Psychiatric Press, 70 – 73.

Foa, E.B., Steketee, G.S. & Ozarow, B.J. (1985). *Behavior therapy with obsessive-compulsives: From theory to treatment*, in *Obsessive-Compulsive Disorder: Psychological and Pharmacological Treatment*. Mavissakalian, M., Turner, S.M. & Michelson, L., (eds), New York: Plenum Press, 59 – 129.

Foa, E.B., Franklin, M.E., Kozak, M.J. (1998). *Psychosocial treatments for obsessive-compulsive disorder*. In *Obsessive-Compulsive Disorder. Theory, research and treatment*, ed. by Swinson, R.P., Antony, M.M., Rachman, S., Richter, M.A. The Guilford Press, New York, 1998.

Foa, E.B., Franklin, M.E.(2000, 2002). *Psychotherapies for Obsessive-Compulsive Disorder: A Review*. In *Obsessive-Compulsive Disorder*, ed. by

Maj, M., Sartorius, N., Okasha, A., Zohar, J., John Wiley & Sons, 2000, 2002.

Freeman, A., Jackson, J.T., (2003). *Cognitive Behavioural Treatment of Personality Disorders*. In *Treating Complex Cases. The Cognitive Behavioural Therapy Approach*, ed. by Tarrier, N., Wells, A., Haddock, G., John Wiley & Sons, 2003.

Garner, J. P. et al., (2003). *Stereotypics in caged parrots, schizophrenia and autism: evidence for a common mechanism*. *Behav. Brain Res.*, 145, 125 – 134.

Gebattel, V.E. (1954). *Die psychasthenische Phobie*, in *Prolegomena einer medizinischer Anthropologie*. Berlin, Göttingen, Heidelberg: Springer.

Geffken, G.R., Storch, E.A., Gelfand, K.M., Adkins, J.W., Goodman, W.K. (2004). *Cognitive-Behavioral Therapy for Obsessive-Compulsive Disorder: Review of Treatment Techniques*. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*, 42, 12.

Giedd, J.N., Rapoport, J.L., Garvey, M.A., et al. (2000). *MRI assesement of children with obsessive-compulsive disorder or tics associated with streptococcal infection*. *American Journal of Psychiatry*, 157: 281 – 283.

Girard, R. (1981). *Les obsessions avant Freud*, in *Les Obsessions*. *Confrontations Psychiatriques*, NR. 20, Ed. Speciale, Paris, 35 – 56.

Goodman, W.K., Price, L.H., Rasmussen, S.A., et al. (1989a). *The Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS), I: development, use and reliability*. Archives of General Psychiatry, 46: 1006 – 1011.

Goodman, W.K., Ward, H., Kablinger, A. & Murphy, T. (1997). *Fluvoxamine in treatment of obsessive-compulsive disorder and related conditions*. Journal of Clinical Psychiatry, 58 (Suppl. 5), 32 – 49.

Green, A. (1965). *Obsessions et Psychonevrose obsessionnelle*. Enciclopedie medico-chirurgicale, Psychiatrie, 37370 A10, 1 – 6.

Hawton, K., Salkovskis, P.M., Kirk, J., Clark, D.M. (1991, 1998). *Cognitive Behaviour Therapy for Psychiatric Problems – A Practical Guide*. Oxford University Press.

Himle, J.A., Rassi, S., Haghightgou, H., Krone, K.P., Nesse, R.M. M.D., Abelson, J. (2001). *Group behavioral therapy of obsessive compulsive disorder: seven vs. twelve-week outcomes*. Depression and Anxiety 13:161 – 165.

Hodgson and Rachman (1977). *Obsessional-Compulsive Complaints*. Behaviour research and Therapy, 15, 389 – 395.

Hollander, E. (1993). *Obsessive-Compulsive Related Disorders*. American Psychiatric Press, Washington DC.

Hollander, E., Benzaquen, S. (1996). *Is there a distinct OCD spectrum?*  
CNS Spectrums, 1: 17 – 26.

Hollander, E. & Wong, C. (1995). *Body dysmorphic disorder, pathological gambling and sexual compulsions (review)*. American Journal of Psychiatric Press, Washington DC.

ICD-10 – *Clasificarea tulburărilor mentale și de comportament* (1998). Ed. All, București.

Ile, L.I. (2007). Materiale de curs *Terapie cognitiv – comportamentală în tulburarea obsesiv – compulsivă*. Asociația Română de Terapie Comportamentală și Cognitivă din Romania (ARTCC).

Insel T. and Akiskal, H. (1986). *Obsessive-compulsive disorder with psychotic features: a phenomenological analysis*. Am. J. Psychiatry, 143: 1527 – 1533.

Janet, P. (1903). *Les Obsessions et la Psychasténie*. Alcan, Paris.

Jans, Th., Werwetter, Ch. (2004). *Verlauf vom Zwangsstörungen mit Beginn in Kindes und Jugendalter*, in Werwetter, Ch. – *Zwänge bei Kinder und Jugendliche*, Ed. Hogrefe, Göttingen, pg. 118 – 139.

Jaspers, K. (1959). *Algemeine Psychopathologie*. Ed. Springer, Berlin.



Jenike, A.M., Asberg, M. (1991). *Understanding obsessive-compulsive disorder (OCD)*. Ed. Hogrefe & Huber, Toronto.

Jenike, M. (1989). *Obsessive-compulsive and related disorders – a hidden epidemic*. The New England Journal of Medicine, 321: 539 – 541.

John, O.P., Srivestana (1999). *The big five traits taxonomy: history, measurement and theoretical perspective*, in Pervin A.L. si John Oliver P. (eds), *Handbook of Personality*, Guilford Press, New York, 102 – 138.

Jenike, M.A. (2001). *An update on obsessive-compulsive disorder*. Bulletin of Meninger Clinic, Vol. 65, No.1.

Kim, M.S., Ha, T.H. & Known, J.S. (2004). *Neurological abnormalities in schizophrenia and obsessive-compulsive disorder*. Current Opinion in Psychiatry, 17 (3): 215 – 220.

King, R.A. (2000). *Theoretical and Clinical Implications of the Spectrum of Childhood Obsessionality*, in May, M., Sartorius, N., Okasha, A., Zohar, J. (eds), *Obsessive-Compulsive Disorder*. Ed. John Wiley & Sons, New York, 154 – 188.

Kobak, K.A, et al. (1998). *Behavioral versus pharmacological treatments of obsessive compulsive disorder: a meta-analysis*. Psychopharmacol., 136, 200 – 216.

Kolada, J.L., Bland, R.C. & Newman, S.C. (1994). *Obsessive-compulsive disorder*. Acta Psychiatrica Scandinavica, (Suppl. 376): 24 – 35.

Koran L.M. (1999). *Obsessive-Compulsive and related disorders in adults: a comprehensive clinical guide*. Cambridge University Press, Cambridge.

Kozak, M.J. & Foa, E.B. (1994). *Obsessions, overvalued ideas, and delusions in obsessive-compulsive disorder*. Behaviour Research and Therapy, 32: 343 – 353.

Kretschmer, E., (1930). *La structure du corps et la caractere*. Ed. Payot, Paris.

Kretschmer, E. (1961). *Medizinische Psychologie*. Ed. Springer, Berlin.

Kruger, S., Braunig, P. & Hoffler, J. (2000). *Prevalence of obsessive-compulsive disorder in schizophrenia and significance of motor symptoms*. Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences, 12 (1): 16 – 24.

Kruger, S., Cooke, R.G., Hasey, G.M., et al. (1995). *Comorbidity of obsessive-compulsive disorder in bipolar disorder: a critical review*. Biological Psychiatry, 65: 185 – 236.

Lăzărescu, M., Nirestean A. (2007). *Tulburările de personalitate*. Ed. Polirom, Iași.

Leahy, R.L., Holland, S.J. (2000). *Treatment Plans and Interventions for Depression and Anxiety Disorders*. The Guilford Press, New York.

Le Senne, R., (1946). *Traite de caracteriologie*. Ed. P.U.F., Paris.

Leckman et al (2003). *Obsessive-Compulsive Symptom Dimensions in affected sibling pairs diagnosed with Gilles de la Tourette Syndrom*. Am J Medical Genetics, 116, 60 – 68.

Leckman, J.F., et al (2005). *Symptoms of obsessive-compulsive disorder*. Am J Psychiatry, 154, 911 – 917.

Leckman, J.F., et al (2001). *Symptoms dimensions in obsessive-compulsive disorder: toward quantitative phenotypes*. Am J Medical Genetics, 195 (1), 28 – 30.

Leichsenring, F., Hiller, W., Weissberg, M., Leibing, E. (2006). *Cognitive-Behavioral Therapy and Psychodynamic Psychotherapy: Techniques, Efficacy, and Indications*. American Journal of Psychotherapy, Vol. 60, No. 3.

Leonhard, K. (1972). *Personalități accentuate*. Ed. Enciclopedică, București.

Livesley, W.J., Iang, K.L. (2001). *Toward an empirically based classification of personality disorders*. Journal of Personality Disorders.

Maj, M., Sartorius, N., Okasha, A., Zohar, J., (2000, 2002). *Obsessive-Compulsive Disorder*. John Wiley & Sons.

Lucey, J.V. (2001). *The neuroanatomy of OCD*, in Naomi Fineberg et al. (Eds), *Obsessive Compulsive Disorder*, Ed. Martin Dunitz, 77 – 88.

Maina, G., Albert, U., & Bogetto, F. (2001). *Relapses after discontinuation of drug associated with increased resistance to treatment in obsessive-compulsive disorder*. *International Clinical Psychopharmacology*, 16: 33 – 38.

Maina, G., Albert, U., & Bogetto, F. (2001). *Relapses after discontinuation of drug associated with increased resistance to treatment in obsessive-compulsive disorder*. *International Clinical Psychopharmacology*, 16: 33 – 38.

Maj, M., Sartorius, N., Okasha, A., Zohar, J. (2000). *Obsessive-Compulsive Disorder*. Ed. Wiley & Sons, New York.

Mataix-Cols, D., do Rosario-Campos, M.C. & Leckman, J.F. (2005). *A multidimensional model of obsessive-compulsive disorder*. *American Journal of Psychiatry*, 162: 228 – 238.

Mataix-Cols, D., et al. (2000). *Relation of factor analysed symptom dimensions of obsessive-compulsive disorder in personality disorders*. *Acta Psychiatrica Scandinava*, 102, 199 – 202.

May, M., Sartorius, N., Okasha, A., Zohar, J. (2000). *Obsessive-Compulsive Disorder*. Ed. Wiley & Sons, New York.

McElroy, S.L., Phillips, K.A. & Keck, P.E. (1994b). *Obsessive compulsive spectrum disorder*. *Journal of Clinical Psychiatry*, 55 (Suppl. 10): 33 – 51.

Montgomery, St., Zohar, J. (1999). *Obsessive-Compulsive Disorder*. Ed. Martin Dunitz.

Mounier, E., (1947). *Traite de Caractere*. Ed. Seuille, Paris.

Millon, Th. et al., (2004). *Personality Disorders in Modern Life*. John Wiley & Sons.

National Collaborating Centre for Mental Health commissioned by the National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), (2006). *Obsessive-compulsive disorder: Core interventions in the treatment of obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder*. National Clinical Practice Guideline No. 31.

Nelson , E. & Rice, J. (1997). *Stability of diagnosis of obsessive-compulsive disorder in the Epidemiological Catchment Area Study*. *American Journal of Psychiatry*, 154: 826 – 831.

Nestad, G. (2000). *Obsessive-Compulsive Disorder: Toward a Diagnosis by Etiology*, in May, M., et al. (eds), *Obsessive-Compulsive Disorder*. John Wiley & Sons, New York, pg. 20 – 22.

Neziroglu, F. & Stevens, K.P. (2002). *Insight: Its conceptualization and assessment*, in R.O. Frost & G. Steketee (eds.), *Cognitive approaches to obsessions and compulsions: Theory, assessment, and treatment*. Oxford: Elsevier.

Nutt, D. & Ballenger, J. (2005). *Obsessive-Compulsive Disorder*, in *Anxiety Disorders: Generalized Anxiety Disorder, Obsessive-Compulsive Disorder and Post-Traumatic Stress Disorder*. Nutt, D. & Ballenger, J. (eds.), Oxford: Blackwell Publishing Ltd., 65 – 142.

O'Connor, K., Aardema, F., Pélissier, M.-C. (2005). *Beyond Reasonable Doubt. Reasoning Processes in Obsessive-Compulsive Disorder and Related Disorders*. John Wiley & Sons.

O'Connor, K., Aardema, F., Bouthillier, D., Fournier, S., Guay, S., Robillard, S., Pelissier, M.C., Landry, P., Todorov, C., Tremblay, M., Pitre, D. (2005). *Evaluation of an Inference-Based Approach to Treating Obsessive-Compulsive Disorder*. *Cognitive Behaviour Therapy* Vol. 34, No. 3, 148–163.

O'Connor, K.P., Aardema, F., Bouthillier, D., et al. (2003). *Evaluation of an inference based approach to treating obsessive-compulsive disorder*. Paper presented at the 27<sup>th</sup> Annual Convention of the Association of Behavior Therapy, Boston, November.

O'Dwyer, A.M. & Marks, I. (2000). *Obsessive-compulsive disorders and delusions revisited*. *British Journal of Psychiatry*, 176: 281 – 284.

Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (1997). *Cognitive assessment of obsessive-compulsive disorder*. *Behaviour Research and Therapy*, 35: 667 – 681.

Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (2003). *Psychometric validation of the Obsessive Beliefs Questionnaire and the Interpretation of Intrusions Inventory: Part 1*. *Behaviour Research and Therapy*, 41 (11): 863 – 878.

Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (2003). *Psychometric validation of the Obsessive Beliefs Questionnaire and the Interpretation of Intrusions Inventory: Part 2. factor analyses and testing of a brief version*. *Behaviour Research and Therapy*, 43 (11): 157 – 1542.

Okasha, A. (2002). *Diagnosis of obsessive-compulsive disorder: a review*, in *Obsessive-compulsive disorder*. Maj, M., Sartorius, N., Okasha, A. & Zohar, J. (eds.), 2<sup>nd</sup> ed. Chichester: John Wiley & Sons Ltd., 1 – 15.

Okasha, A., (2000). *Diagnosis of Obsessive-Compulsive Disorder: A Review*, in May et al (Eds), *Obsessive-Compulsive Disorder*, John Wiley & Sons, New York, 1-19

Olatunji, B. O., Connolly, K., Lohr, J. M., Elwood, L. S. (2008). *Access to Information About Harm and Safety in Contamination-Related Obsessive-*

*Compulsive Disorder*. Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly, Vol. 22, No. 1, 57–67

Pamfil, E., Ogorescu, D. (1974). *Nevrozele*. Ed. Facla, Timișoara.

Persons, J.B. (1989). *Cognitive Therapy in Practice. A case formulation approach*. W.W. Norton & Company.

Perugi, G., Toni, C., Frare, F., et al. (2002). *Obsessive-compulsive-bipolar comorbidity: a systematic exploration of clinical features and treatment outcome*. Journal of Clinical Psychiatry, 63 (12): 1129 – 1134.

Petrowitsch, N., (1960). *Abnorme Personallichkeiten*. Ed. Karger, Basel.

Piccinelli, M. et al. (1995). *Efficacy of drug treatment in obsessive-compulsive disorder*. British Journal of Psychiatry 164, 42 – 443.

Pigott, T.A., Seay (1999). *A review of the efficacy of selective serotonin reuptake inhibitors in obsessive compulsive disorder*. J. Clin. Psychiatry, 60, 101 – 105.

Poyurovski, M., Weizman, R., Weizman, A. & Koran, L. (2005). *Memantine for treatment-Resistant OCD*. American Journal of Psychiatry, 162: 2191 – 2192.



- Poyurovsky, M., Weizman, A., Weizman, R. (2004). *Obsessive-Compulsive Disorder in Schizophrenia. Clinical Characteristics and Treatment*. CNS Drugs; 18 (14): 989 – 1010.
- Purcell , R. et al. (1998). *Neuropsychological deficits in obsessive-compulsive disorder: a comparison with unipolar depression, panic disorder and normal controls*. Archives of General Psychiatry, 55: 415 – 423.
- Purdon, C., Clark, D.A., (1999). *Metacognition and Obsessions*. Clinical Psychology and Psychotherapy 6, 102 – 110.
- Rachman, S., Shafran, R., (1999). *Cognitive Distortions: Thought-Action Fusion*. Clinical Psychology and Psychotherapy 6, 80 – 85.
- Rachman, S. (2003). *The Treatment of Obsessions*. Oxford University Press, New York.
- Rapoport , J.L. (1989). *The boy who Couldn't washing*. Ed. New American Library, Penguin Books, Markham – Ontario.
- Rapoport, J.L. (1989). *The boy who couldn't stop washing*. Ed. New American Library, Penguin Books, Markham – Ontario.
- Ravizza, L., et al (2000). *Obsessive-Compulsive Symptoms. Implications for Treatment*, in May et al., *Obsessive-Compulsive Disorder*, John Wiley & Sons, New York, 32 – 34.

Renshaw, K.D., Steketee, G., Chambless, D.L. (2005). *Involving Family Members in the Treatment of OCD*. *Cognitive Behaviour Therapy* Vol. 34, No. 3, 164 – 175.

Riskind, J.H., Rector, N.A. (2007). *Beyond Belief: Incremental Prediction of Obsessive. Compulsive Disorder by Looming Vulnerability Illusions*. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, Vol. 21, No. 3.

Salkovskis, P.M. (2005). *Why do well validated theories result in better psychological treatments?* Prezentare atelier CBT, București.

Salkovskis, P.M., Forrester, E., Richards, H.C., Morrison, N. (2003). *The devil is in the detail: conceptualising and treating obsessional problems*. În *Treating Complex Cases. The Cognitive Behavioural Therapy Approach*, ed. by TARRIER, N., WELLS, A., HADDOCK, G., John Wiley & Sons, 2003.

Schneider, K., (1950). *Die psychopatische Persönlichkeiten*. Ed. Dutke, Wien.

Scott, J., Williams, J.M.G., Beck, A.T., ed. by (1991). *Cognitive therapy in clinical practice: an illustrative casebook*. Routledge, London – New-York.

Sjoberg, H. (1962). *La personnalité. Structure et développement*. Ed. Doin, Paris.

- Shapiro, D.(2002). *Psychodynamic Treatment of Obsessive-Compulsive Conditions*. În *Obsessive-Compulsive Disorder*, ed. by Maj, M., Sartorius, N., Okasha, A., Zohar, J., John Wiley& Sons.
- Starcevic, V. (2005). *Obsessive-Compulsive Disorder*, în *Anxiety disorders in adults: a clinical guide*. Oxford University Press, New York, 216 – 275.
- Stein, D.J., Finesberg N., Harvey B. (2001). *Unusual Symptoms of OCD* , în Finesberg, N., et al (eds), *Obsessive-Compulsive Disorder: A Practical Guide*. Martin Dunitz, London.
- Stein, D.J., Fineberg, N. (2007). *Obsessive-Compulsive Disorder*. Oxford University Press.
- Stein, D. J. et al. (1995). *Meta-analysis of pharmacotherapy trials of obsessive-compulsive disorder*. *International Clinical Psychopharmacology*, 10, 11 – 18.
- Steketee, G.S. (1993). *Treatment of Obsessive Compulsive Disorder*. The Guilford Press, New York.
- Stengler-Wenzke, K., Kroll M., Matschinger H., Angermeyer, M.C. (2006). *Subjective quality of life of patients with obsessive–compulsive Disorder*. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology* 41:662–668.
- Storch, E.A., Bagner, D.M., Merlo, L.J., et al. (2005). *Florida Obsessive-Compulsive Inventory: Development, Reliability, and Validity*.

Storch E.A., Merlo L.J., (2006). *Obsessive-compulsive disorder: Strategies for using*

*CBT and pharmacotherapy*. Journal of Family Practice Vol. 55, No. 4.

Summerfeldt, L.J. et al. (1999). *Symptoms structure in obsessive-compulsive disorder. A confirmatory factor analytic study*. Behav. Res. Ther., 37, 297–311.

Swedo, SE., Leonard, H.L., Garvey, M. et al. (1998). *Paediatric Autoimmune Neuropsychiatric Disorders associated with Streptococcal Infections (PANDAS); a clinical description of the first fifty cases*. Am. J. Psychiatry, 55, 264 – 71.

Swims, M.P. (1993). *Potential terfenadine-fluoxetine interaction* [letter]. The Annals of Pharmacotherapy, 27: 1404 – 1405.

Swinson, R.P., Antony, M.M., Rachman, S., Richter, M.A. (ed.) (1998). *Obsessive-Compulsive Disorder. Theory, research and treatment*. The Guilford Press, New York.

Tracy, J.A., Ghose, S.S., Stecher, T., McFall, R.M., Steinmetz, J.E.(1999). *Classical conditioning in a nonclinical obsessive compulsive population*. Psychological Science Vol. 10. No. 1.

Trinidad, A.C. (2007). *How Not To Learn Cognitive-Behavioral Therapy (CBT)*. American Journal of Psychotherapy, Vol. 61, No. 4.

Tyrer, P. (2000). *Personality Assessment Schedule*, in Tyrer, P., *Personality Disorders*. Wright, Butterworth and Co, Londra, 51 – 70.

Valleni – Basile, L.A., et al (1996). *Incidence of obsessive-compulsive disorder in a community sample of young adolescents*. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 30, 889 – 906.

Wells, A. (2000). *Emotional Disorders and Metacognition. Innovative Cognitive Therapy*. John Wiley & Sons.

WHO ICD-10 (1992). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines*. World Health Organization, Geneva.

Young, J.E., Klosko, J.S., Weishaar, M.E. (2003). *Schema Therapy. A Practitioner's Guide*. The Guilford Press, New York.

Zamfirescu, V.D. (2003). *Introducere în psihanaliza freudiană și postfreudiană*. Editura TREI, București.

Zohar, J. & Insel, T.R. (1987). *Obsessive-compulsive disorder: psychobiological approaches to diagnosis, treatment and pathophysiology*. Biological Psychiatry, 22: 667 – 687.

Zohar, J., Hollander, E., Stein, D.J. & Westenberg, H.G.M. (2007). *The Cape Town Consensus Statement*. CNS Spectrums, 12:2 (Suppl. 3): 59 – 63.

