

Cuprins

<i>Cuvânt înainte</i>	7
Capitolul I. Tulburarea obsesiv-compulsivă	9
1. Circumscriere	9
2. Epidemiologia TOC	12
3. Evoluția TOC	14
4. Tabloul clinic al TOC	15
4.1. <i>Subtipuri ale TOC</i>	25
4.2. <i>Diferențierea simptomatologiei TOC de alte simptome și tulburări psihopatologice</i>	26
5. Identificare, diagnostic și evaluare în TOC	28
6. Comorbiditate și interferențe patologice psihiatrice în TOC	32
7. Spectrul TOC	38
Capitolul II. Tulburarea de personalitate obsesiv-compulsivă	45
1. Descriere generală	45
2. Similitudini și corelații între TOC și TPOC	71
3. Raportarea persoanei anankaste (TPOC) față de alte tulburări de personalitate (TP)	72
Capitolul III. Modele ale tulburării obsesiv-compulsive	77
1. Concepții privind tulburarea obsesiv-compulsivă în secolul al XIX-lea	77
2. Modelul psihasteniei al lui Janet	78
3. Modelul psihanalitic al lui Freud	82
4. Modele comportamentale specifice ale TOC	88

5. Modele cognitiv-comportamentale	92
5.1. <i>Generalități</i>	92
5.2. <i>Specificitate cognitivă în TOC</i>	96
5.3. <i>Procesualitate cognitiv-comportamentală</i>	107
5.4. <i>Noutăți în abordare</i>	110
5.4.1. Abordarea bazată pe inferențe (IBA)	110
5.5. <i>Câteva comentarii la modelul cognitivist standard</i>	111
6. Modele biologice în TOC	117
Capitolul IV. Tratamentul biologic în tulburarea obsesiv-compulsivă	125
1. Prezentare generală	125
2. Strategii farmacologice alternative	129
3. Tratamente biologice non-farmacologice	131
Capitolul V. Intervențiile psihologice în tulburarea obsesiv-compulsivă	133
1. Introducere	133
2. Istoric	133
3. Intervenții cognitiv-comportamentale	137
3.1. <i>Introducere</i>	137
3.2. <i>Abordare terapeutică specifică</i>	140
3.2.1. Evaluare	140
3.2.2. Intervenția propriu-zisă	146
3.2.3. Monitorizare (<i>follow-up</i>)	162
3.2.4. Intervenții cognitiv-comportamentale specifice în tulburarea obsesiv-compulsivă	163
3.3. <i>Succese, limitări și bune practici ale terapiei cognitiv-comportamentale</i>	198
3.4. <i>TOC și familia</i>	199
<i>Încheiere</i>	205
<i>Bibliografie</i>	207

5. Modele cognitiv-comportamentale

5.1. 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 evidențiat rolul expectanțelor legate de pericol, semnificând faptul că Meyer a intuit rolul medierii cognitive în TOC.

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

- gândurile automate ce apar în cadrul unei experiențe și convingerile 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 influența vulnerabilității de tip biologic. De exemplu, în privința categoriei nosologice a tulburărilor de Axă II, terapeuții cognitiști consideră că dezvoltarea acestora este rezultatul interacțiunii dintre predispozițiile genetice ale individului către

anumite trăsături de personalitate și experiențele timpurii (Beck, 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 într-o secvențialitate de tip funcțional, care permite o relativă unificare a acestora în modele multicomponente, cu funcționalitate de tip circular sau sistemic. Astfel, 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 (figura 1).

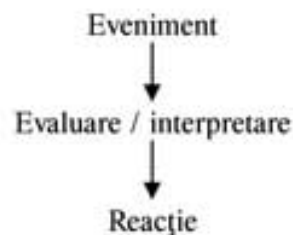


Figura 1. Model cognitiv simplificat

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 și contexte specifice. Gândurile automate reprezintă modalitatea cea mai superficială de manifestare cognitivă.

Gândurile automate sunt declanșate în urma activării unor *convingeri* formate de-a lungul vieții, cu precădere în perioada timpurie, prin experiență. Aceste convingeri se referă la propria persoană, la ceilalți, la lume, practic la aspectele importante, semnificative, relevante pentru persoană. De exemplu, în cazul anxietății, sunt relevante convingerile legate de pericol.

Există două mari categorii de convingeri (Beck, 1995):

1. *Convingerile nucleare (core beliefs)* sunt globale, rigide și suprageneralizatoare, vizând domenii importante ale experienței individului. Sunt convingerile centrale ale persoanei, care îi ghidează, de obicei, inconștient, comportamentul.
2. *Convingerile intermediare (intermediate beliefs)* sunt cele care mijlocesc legătura dintre credințele nucleare și gândurile automate, structurate și activate din nevoia de a da coerență experienței imediate. Ele pot fi de trei feluri:
 - *reguli/expectanțe (rules/expectations)* – prescripții de acțiune; atunci când sunt maladaptative devin inflexibile, abrupte, radicale. De obicei conțin, la nivel de discurs, verbul *a trebui* („Trebuie să muncesc din greu tot timpul.”);
 - *presupuneri/asumpții subiacente (underlying assumptions)* – convingeri cu structură ipotetică, de tip „dacă X, atunci Y” („Dacă nu muncesc din greu tot timpul, nu voi reuși.”);
 - *atitudini* – convingeri 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 figura 2).

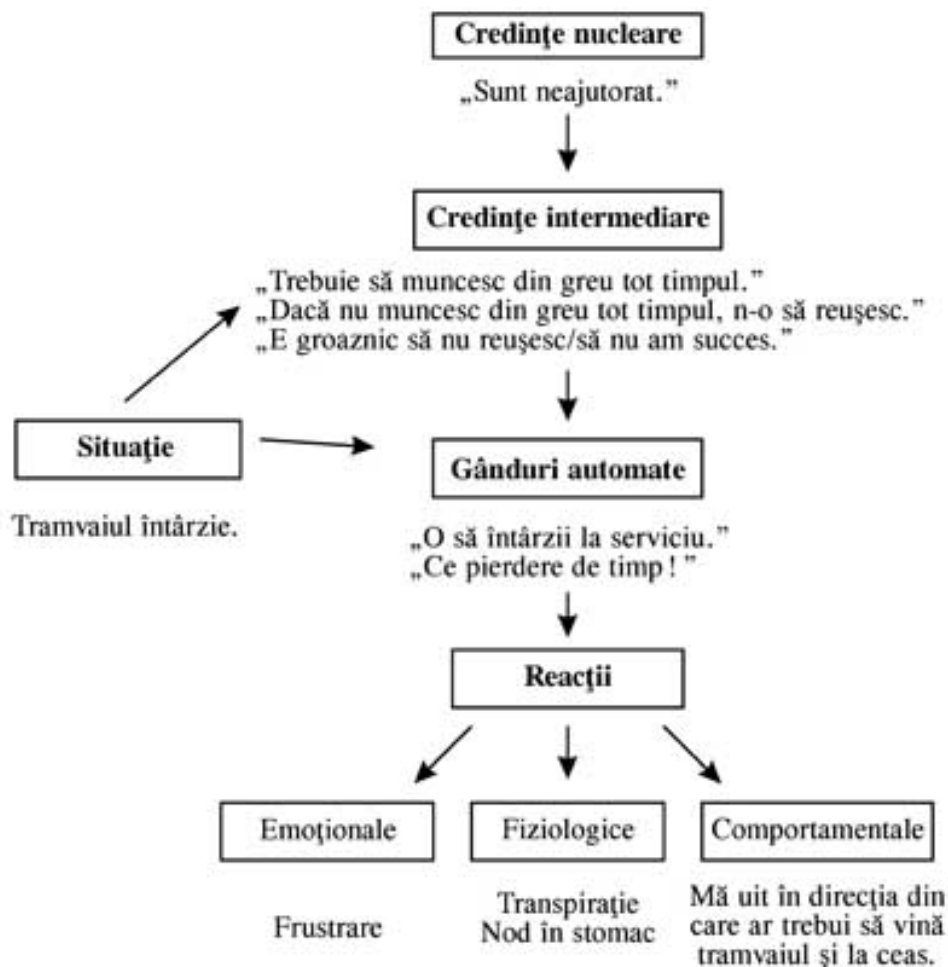


Figura 2. Funcționarea arhitecturii cognitive

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

5.2. Specificitate cognitivă în TOC

Gândurile intruzive sunt un fenomen normal (Salkovskis, 1991, 2005), ele putând avea un rol important în diverse domenii, cum sunt, de exemplu, cele care solicită creativitatea sau capacitatea de a rezolva probleme.

Astfel de gânduri intruzive sunt, după Rachman și De Silva (2004) – aflați printre 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 propriei sinucideri ;
- imagini cu părinții stând întinși, morți ;
- gânduri despre relații sexuale „nenaturale” ;
- impulsul de a se arunca în fața trenului ;
- impulsul de a ataca violent și a omorî 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 frecvență și intensitate, precum și prin faptul că obsesivul le interpretează ca o indicație că el e responsabil de intenția de a face rău altora și sieși și de prevenirea acestui fapt.

Modul în care sunt evaluate gândurile intruzive poate conduce la reacții maladaptative. Gândurile obsesive sunt, practic, exagerări ale unor aspecte importante ale funcționării cognitive normale (Salkovskis, Kirk, 1998).

Gândurile obsesive implică aproape întotdeauna frica asociată responsabilității de a face rău prin a determina sau omite lucruri (Salkovskis, Kirk, 1998).

Persoanele vulnerabile tind să interpreteze în mod 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 prevină pericolul/riscul, iar soluția devine, în timp, o problemă (Salkovskis, 2005).

Convingerile legate de responsabilitatea personală se referă la faptul că o persoană are puterea semnificativă de a cauza sau de a preveni rezultate negative cruciale. În percepția subiectului, aceste rezultate trebuie neapărat prevenite. Ele pot avea consecințe importante în lumea reală și sunt filtrate la nivel moral. Evaluările distorsionate, exagerate, după criteriul responsabilității *motivează* comportamentele compulsive, persoana încercând prin neutralizări să prevină pericolul și să reducă povara responsabilității personale.

Nu au fost descoperite modificări (exagerări) ale trăsăturii responsabilității la toți pacienții cu TOC. Dar ea este într-adevăr augmentată, constituind o subclasă specială, în cazul celor cu verificări patologice asociate cu obsesii legate de frica de a face rău altora (Rachman, 1976 și Rasmussen, Eisen, 1989, 1992, *apud* Summerfeldt *et al.*, 1998). S-a constatat de asemenea o frecvență ridicată a verificărilor în populația neclinică, aspect care poate explica analiza acestei subclase drept un analog neclinic al TOC. Raportul dintre diverse subclase nu mai este același la populația clinică. Tot ca o diferență între diverse subclase de TOC, Rachman și Hadson (1980) raportează scăderea