

TULBURAREA DE PERSONALITATE OBSESIV-COMPULSIVĂ, ABORDATĂ PRIN PSIHOTERAPIE COGNITIV- COMPORTAMENTALĂ

C. O. POPA¹, GABRIELA BUICU², M. ARDELEAN³

^{1,2}Univ. Med. & Pharmn Tîrgu-Mureș, ³Mental Health Center of Tîrgu-Mureș

Cuvinte cheie: psihoterapie cognitiv-comportamentală, tulburare de personalitate obsesiv-compulsivă, comorbiditate, cei cinci mari factori de personalitate

Keywords: cognitive-behavioral psychotherapy, obsessive – compulsive personality disorder, comorbidity, the big five personality factors

Rezumat: Tulburarea de personalitate obsesiv-compulsivă include un model de gândire caracterizat de rigiditate, meticulozitate și perfecționism. Intervenția psihoterapeutică cognitiv-comportamentală urmărește modificarea credințelor centrale și a schemelor cognitive disfuncționale prezente în cadrul acestei tulburări. De asemenea, tratarea unei tulburări de Axa-I, în cazul unei comorbidități de Axa II, produce efecte directe asupra dimensiunilor personalității, în cadrul unor tulburări de personalitate.

Abstract: The obsessive – compulsive personality disorder includes a thinking pattern characterized by rigidity, meticulousity and perfectionism. The cognitive – behavioural psychotherapeutic intervention aims at altering the central beliefs and the dysfunctional cognitive schemas present in this disorder. Also, in case of a comorbidity of Axis II, the treatment of a disorder within Axis I, produces direct effects upon the dimensions of one's personality.

Tulburarea de personalitate obsesiv-compulsivă:

Manualul de diagnostic și statistică a tulburărilor mintale (DSM-IV-TR), definește 10 tulburări de personalitate (T.P.) organizate într-un sens larg în trei grupe (American Psychiatric Association, 2000). Criteriile diagnostice descriu procese cognitive specifice, răspunsuri afective și tendințe comportamentale care pot fi legate de scheme maladaptative de funcționare. Pentru ca un pacient să fie diagnosticat cu T.P., trebuie să întrunească un număr minim specificat de criterii (1) Severitatea unei T.P. ar putea fi identificată prin evaluarea gradului de manifestare la nivelul trăsăturilor, acest lucru făcându-se prin investigarea elementelor stilistice ale T.P. (2) Cele trei grupe sunt ierarhizate în trei clustere, A,B,C. Clusterul C cuprinde tulburarea de personalitate Evitantă, Dependentă și tulburarea de personalitate Obsesiv-compulsivă (T.P.O.C.). (3)

Prin prisma celor cinci mari factori T.P.O.C., este caracterizată de existența unui nivel ridicat al dimensiunii conștiințozitate. (4) În cadrul acestei T.P., apare o nevoie exagerată de autocontrol atât în plan personal, cât și interpersonal, datorită unor strategii cognitive bazate pe o rigoare extremă, meticulozitate și perfecționism.(5) Trebuie făcută, în schimb, o diferență între tulburarea obsesiv-compulsivă (TOC) și T.P.O.C. Studiile empirice efectuate au constatat diferențe între personalitățile obsesionale și TOC, majoritatea pacienților cu TOC nu au prezentat și o personalitate pre-morbidă obsesiv-compulsivă (Pollak 1979;Rachman și Hodgson, 1980). (6)

Intervenția cognitiv-comportamentală în T.P.O.C.:

Terapia cognitiv-comportamentală (TCC) urmărește să pună în aplicare raționamentul experimental al studiului conduitelor umane. (7) Dezvoltarea în ultimii zeci de ani a

medicinii bazate pe dovezi științifice și apariția conceptului de *evidence based*, au contribuit la asimilarea rapidă a acestor modele de către TCC.(8) Modelul cognitiv pleacă de la premisa că există o legătură între emoțiile și comportamentele oamenilor, acestea fiind influențate de modul în care aceștia percep și gândesc/iși reprezintă unele evenimente de viață. În concluzie, nu evenimentele de viață sunt cele care generează un anumit grad de disconfort, ci modul în care sunt interpretate de către individ.(9) Modelul comportamental, denumit și modelul ABC comportamental, are la bază analiza funcțională a comportamentului. Modelul ABC comportamental este o aplicare în terapie a modelului behaviorist (Skinner, 1974), căruia i s-au adăugat elemente de prelucrare informațională, spre exemplu expectanțele. Modelul susține faptul că toate comportamentele sunt generate în urma unei prelucrări informaționale amorțate de stimuli și menținute de consecințele lor. ABC-ul comportamental se interpretează prin: A-antecedente, B-comportament, C-consecințe.(10)

Mai trebuie adăugat faptul că teoria TCC asupra anxietății și depresiei cuprinde și conceptul de vulnerabilitate. Anxietatea apare pe fondul vulnerabilității personale, astfel că la o primă evaluare a anxietății apare o percepție eronată referitoare la posibilitatea producerii unor daune și a unor consecințe nefaste în plan individual, care sunt, bineînțeles, supraestimate de către subiect.(11) T.P. sunt explicate prin intermediul schemelor cognitive de codare și de prelucrare a informațiilor despre sine și despre ceilalți (Beck et al 2003). *Schema de întreținere* se referă la procesele prin care sunt admise *schemele maladaptative* în mod rigid. *Schema de evitare* acționând asupra sferelor afective, cognitive și comportamentale, se activează pentru a evita efectele negative

¹Autor Corespondent: Cosmin Octavian Popa, Centrul de Sănătate Mintală Tîrgu-Mureș, Str. Mihai Viteazul, nr. 31, Tîrgu-Mureș, e-mail: cosmin_popa24@yahoo.com, tel: +40-(745) 09.26.86

Articol intrat în redacție în 26.11. 2011 și acceptat spre publicare în 31.01.2012
ACTA MEDICA TRANSILVANICA Martie 2012; 2(1)112-113

REFERATE

asociate cu schema însăși. *Schema de compensare* este o modalitate de supracompensare a unei scheme maladaptative.(12)

Obiectivul psihoterapeutic principal, în tratamentul T.P., constă în modificarea conținutului acestor scheme. În cazul existenței unei comorbidități, ordinea presupune tratarea mai întâi a tulburării de Axa I, după care se trece la abordarea tulburării de Axa II.(13)

Acest lucru este recomandat și datorită faptului că unele studii relevă că, tratamentul unei tulburări pentru Axa I poate avea efecte benefice asupra comorbidității de pe Axa II. Mavissakalian și Hamman (1987), în studiul lor asupra agorafobiei, au constatat că patru din șapte subiecți, care au îndeplinit înainte de tratament și criteriile de diagnostic pentru o T.P. unică, nu mai îndeplineau criteriile pentru o T.P. după finalizarea terapiei. Acest lucru nu a fost valabil pentru pacienții cu T.P. mixtă.(12)

Alte studii care pleacă de la modelului celor cinci mari factori a lui Costa și McCrae (1992) definesc personalitatea prin prisma unor seturi de comportamente. O intervenție terapeutică la nivel comportamental modifică automat aceste seturi, producându-se un efect clinic semnificativ în sfera dimensională a personalității. Un studiu care a urmărit modificările dimensionale ale personalității, după intervenția TCC, s-a realizat într-un grup terapeutic care prezenta o comorbiditate între anxietatea socială și T.P. evitantă. Diferențele pre-tratament, post-tratament per grup au constat într-o scădere a nevrozei, o creșterea a extraversionii, precum și o modificare uoară a agreabilității. (14)

Beck A.T. Beck (1976) grupează simptomele din tulburările emoționale sub forma unor gânduri automate negative care, la rândul lor, influențează emoțiile, acestea având un efect direct asupra comportamentelor. Gândurile automate reprezintă acele gânduri care apar în mod spontan, fără efort și fără a fi conștientizate de către pacient. Acesta le conștientizează în momentul în care i se cere să se concentreze asupra lor. Gândurile automate pot apărea și sub forma unor imagini (JS Beck, 1995; Hackmann, 1998). Discutarea și modificarea gândurilor automate negative determină o schimbare pozitivă în plan emoțional și, inclusiv, comportamental. (15)

O tehnică cognitivă eficientă de tratament, în cazul pacienților cu TPOC, este analiza cost-beneficiu. Tehnica în sine constă în efectuarea unei liste de comportamente, întocmită de terapeut împreună cu pacientul, și discutarea avantajelor și dezavantajelor rezultate în urma unor comportamente. Toate argumentele și contraargumentele rezultate sunt notate pe două coloane. Scopul este de a determina pacientul să realizeze absurditatea unor acțiuni și comportamente, care au în centru perfecționismul și care îi provoacă pacientului disconfort. O altă tehnică eficientă, de această dată comportamentală, constă în experimentul comportamental. Spre exemplu, terapeutul întocmește un plan împreună cu pacientul, acesta din urmă făcând aprecieri în privința consecințelor care vor rezulta în urma aceluiași experiment. Experimentul comportamental se realizează pe baza gândurilor automate negative, realitatea fiind distorsionată de către pacient. După realizarea experimentului comportamental, sunt comparate expectanțele sale de dinainte de experiment, cu ceea ce s-a întâmplat în fapt. Scopul principal este acela de a-l face pe pacient să se expună la stimuli anxiogeni, realizând astfel o desensibilizare comportamentală. În plan secundar, pacientul va realiza că rezultatul acțiunilor sale nu este „catastrofal”, așa cum s-ar fi așteptat. Alte tehnici utile sunt completarea Formularului de monitorizare a gândurilor automate disfuncționale, tehnicile de relaxare, expunerile gradate la stimuli anxiogeni (ca jurnale de activități). (12) Toate acestea trebuie susținute și cu alte tehnici, precum

restructurarea cognitivă, decatastrofizare, folosirea scelerelor gradate, tehnica reatribuirii, imagerie dirijată, etc.

Concluzii: TCC este o metodă eficientă de tratament în cazul T.P.O.C, sau a comorbidităților anxioase sau depresive, asociate uneori cu aceasta. Modificări pozitive, rezultate în urma terapiei, se regăsesc la nivel unor dimensiuni de personalitate, ca extraversia, agreabilitatea și stabilitatea emoțională. Acestea se modifică în sens pozitiv, rezultând o serie de comportamente adaptative, care-i conferă pacientului strategii mai bune de abordare a unor evenimente de viață.

BIBLIOGRAFIE

1. Balsis S, Lowmaster S, Cooper L, Bengel J. Personality disorder diagnostic thresholds correspond to different levels of latent pathology. *Journal of Personality Disorders*. 2011;25(1):115.
2. Hopwood C, Malone J, Ansell E, Sanislow C, Grilo C, McGlashan T. Personality assessment in Dsm-5: empirical support for rating severity, style, and traits. *Journal of Personality Disorders*. 2011;25(3):308-309.
3. Segal D, Coolidge F, Rosowsky E. *Personality Disorders and Older Adults*. New Jersey: John Wiley & Sons. 2006:13.
4. Costa P jr., Widiger T. *Personality disorders and the five-factors model of personality*. Second edition, Washington, DC: American Psychology Association. 2001:97-98.
5. Lăzărescu M, Nireștean A. *Tulburările de personalitate*. Iași: Editura Polirom. 2007:189.
6. Clark D. *Cognitive-Behavioral Therapy for OCD*. New York: The Guilford Press. 2004:16.
7. Fontaine O, Fontaine P, coord. *Ghid clinic de terapie comportamentală și cognitivă*, Iași: Editura Polirom, p. 75.
8. Dobson D, Dobson K. *Evidence-based practice of cognitive-behavioral therapy*. New York: The Guilford Press. 2009:5-6.
9. Beck JS. *Psihoterapie cognitivă*. Cluj-Napoca:Editura RTS. 2010, p.5,14.
10. David D. *Tratat de psihoterapie cognitivă și comportamentale*. Iași: Editura Polirom. 2006.p.147.
11. Clark DA, Beck AT. *Cognitive therapy of anxiety disorders: science and practice*. New York: The Guilford Press. 2010.p.32-33.
12. Beck A, Freeman A, Davis DD. *Cognitive therapy of personality disorders*. New York:The Guilford Press, 2004. pp.11,335-336.
13. Holdevici I. *Tratat de psihoterapie cognitiv-comportamentală*. București:Editura Trei. 2009.p.595.
14. Glinski K, Page AC. *Modifiability of neuroticism, extraversion, and agreeableness by group cognitive behaviour therapy for social anxiety disorder*. *Behaviour Change*. 2010;27(1).p.50.
15. Persons, JB. *The case formulation approach to cognitive-behavior therapy*. New York: The Guilford Press.p.21.