

# Tulburarea obsesiv-compulsivă: simptomatologie și psihoterapie

## OBSESSIVE-COMPULSIVE DISORDER: SYMPTOMATOLOGY AND PSYCHOTHERAPY

**Aida Popovici**

*Psiholog, specialitatea Psihoterapie*

Uneori, oamenii se confruntă cu prezența unor gânduri, idei ciudate, absurde, nedorite, neplăcute sau inacceptabile. În anumite cazuri, acestea devin dificil sau chiar imposibil de înlăturat, căpătând un caracter recurent, obsesiv. De multe ori, ele intră în conflict cu normele religioase, sociale, morale sau etice și au drept consecință disconfortul psihologic. Persoana ajunge în situația de a consuma din ce în ce mai mult timp (cel puțin o oră pe zi) și resurse psihologice în efortul de a face față acestor gânduri obsesive. Încercările de a elimina detresa sporesc gradul de anxietate și, de cele mai multe ori, au drept rezultat accentuarea simptomelor.

În prezent, tulburarea este descrisă în Manualul de diagnostic și statistică a tulburărilor mentale, ediția a V-a din 2013 sub denumirea de Tulburare obsesiv-compulsivă. În aceeași arie patologică sunt incluse și anumite obiceiuri disfuncționale ca: smulgerea firelor

de păr (tricotilomania), colecționarea de obiecte inutile (tulburarea de tezurizare), zgârierea compulsivă a pielii (tulburarea de excoția) sau gânduri obsesive legate de un defect corporal imaginat (tulburarea dismorfică a corpului).

**Obsesiile** au fost menționate explicit pentru prima dată în tratatele de psihiatrie de la sfârșitul secolului al XIX-lea (Freud numindu-le nevroze obsesionale), însă prezența lor a fost semnalată cu mult timp înainte.

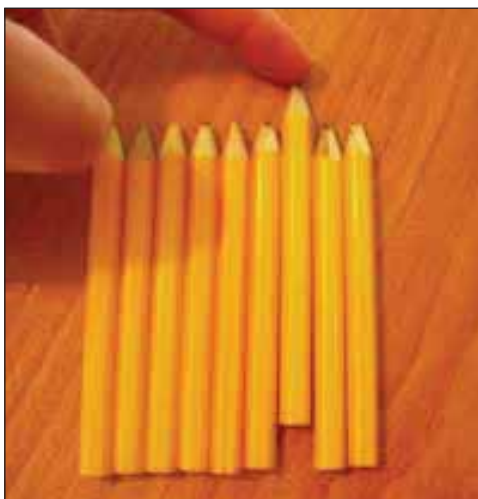
Iată câteva exemple: *obsesii de contaminare* (contaminarea prin strângerea mâinii unei persoane ori prin atingerea unor obiecte); *obsesia ordinii* (așezarea obiectelor simetric, după dimensiune, formă, culoare etc.); *obsesia violenței* (lovirea propriului copil); *obsesia morții* (personale sau a ființelor dragi); *obsesia accidentelor sau catastrofelor*; *imagini și cuvinte obscene sau cuvinte și fraze inacceptabile sau lipsite de sens*; *obsesii religioase* (îndoilei sau blasfemii); *obsesii sexuale*. Tot în categoria obsesiilor sunt incluse și situațiile în care persoana reia, „macină” în manieră obsesivă gânduri legate de eșecul său prezent sau viitor, sau posibile nenorociri care vor cădea asupra sa ori a familiei.

Pentru neutralizarea disconfortului produs de obsesii, persoana pune în scenă strategii comportamentale diverse (verificări, contabilizări, acțiuni de curățenie, gesturi cu valoare simbolică, cum ar fi bătutul în lemn sau rostirea unor fraze). Acțiunile au caracter repetitiv sau de ritual, purtând numele de



Adresa de corespondență:

Aida Popovici, psiholog, specialitatea Psihoterapie  
E-mail: popovici\_aida@yahoo.com; Tel. 0724-486 996



**compulsii.** În cazurile grave, ritualizările acaparează întreaga viață a persoanei și, prin consecințele lor, afectează și anturajul acesteia. Prin compulsie, persoana obține o scădere a nivelului de anxietate produs de obsesie. *Spălatul mâinilor, număratul, verificatul, rugatul, rostirea în gând a unor formule verbale* etc. au drept scop detensionarea și reducerea disconfortului psihologic generat de gândurile obsesive. Eliberarea de tensiune este de scurtă durată, până la următoarea apariție a gândului obsesiv.

Astfel, o persoană cu o obsesie legată de producerea unor accidente va dezvolta un comportament compulsiv de verificare, întorcându-se din drum de mai multe ori pentru a minimiza angoasa legată de gândul că a uitat să închidă ușa, robinetul de gaz sau pe cel de apă, iar teama care îi alimentează angoasa e hrănită cu scenarii catastrofice (hoți care intră și vandalizează locuința, incendii, inundații etc.); cineva cu obsesia contaminării se va spăla pe mâini de zeci de ori pentru a se asigura că este complet curat și dezinfectat, chiar dacă mâinile sale ating carne vie; gândurile blasfemice pot declanșa compulsiuni de numărare a rugăciunilor sau de repetare a unor fraze de iertare sau chiar acțiuni de autopedepsire.

Studiile statistice estimează că în prezent 1,1-1,8% din populația generală este afectată de obsesii compulsive, iar un procent semnificativ dintre acestea se asociază cu stări depresive (50%). Populația feminină înregistrează o rată ușor crescută a acestei tulburări, în timp ce bărbații sunt mai afectați în copilărie (la aproximativ 25% dintre bărbați tulburarea a debutat înaintea vârstei de 10 ani)<sup>1</sup>.

Comportamentul sau ideea obsesiv-compulsivă pot apărea și în prezența altor tulburări de anxietate.

Cauzele tulburărilor obsesiv-compulsive nu sunt încă pe deplin elucidate. Sunt consemnate în cercetare anumite corelații între deficitul de serotonină (neurotransmițător implicat în depresie și a anxietate) și apariția tulburării obsesiv-compulsive.

Unii experți consideră că tulburarea obsesiv-compulsivă apărută în copilărie implică mecanisme declanșatoare preponderent genetice sau infecțioase (infecții streptococice).

Factorii familiali și culturali au, de asemenea, un rol important în declanșarea tulburării obsesiv-compulsive: boala apare mai frecvent la persoanele care au crescut în familii excesiv de severe.

Trebuie luate în considerare și evenimentele cu potențial traumatizant din istoria de viață a persoanei afectate (pierderi bruște, accidente, divorț), existența altor probleme de sănătate (tulburări psihice, boli cronice), precum și condițiile de viață ale acesteia (deprivări de libertate, sărăcie, pierderi materiale).

Transmiterea ereditară nu este pe deplin demonstrată, însă existența unor părinți având tulburarea poate crește riscul de apariție a bolii la copii, dacă aceasta implică și mecanisme genetice.

Evoluția tulburării, în lipsa intervenției terapeutice este de tip cronic, persoana devenind incapabilă să funcționeze emoțional. Rata de suicid în acest caz este de aprox. 1%.

Tulburarea obsesiv-compulsivă scade calitatea vieții persoanei și a anturajului său. Capacitatea de muncă este afectată și perturbată atât de comportamentele ritualice, cât și de presiunea psihologică generată de gândurile obsesive, în principal, iar în secundar, de ideea de boală pe care persoana o asociază trăirilor sale. Există situații în care tulburarea este identificată cu ocazia altor intervenții psihoterapeutice, în anxietate, dificultăți de concentrare, dificultatea de a stabili sau întreține relații sociale. În cazul copiilor, tulburarea poate fi mai ușor observată la nivelul comportamentelor compulsive, iar diagnosticul va avea în vedere, ca și în cazul adulților, de altfel, asocierea cu alte tulburări și diagnosticul diferențial (cum ar fi Sindromul Tourette sau boala ticurilor).

O întrebare pe care mulți dintre cititori și-o vor pune: *Care este tratamentul tulburării obsesiv-compulsive?*

Strategia terapeutică se stabilește în funcție de tabloul clinic (intensitatea simptomelor, gradul de disconfort resimțit de persoană, gradul de dezorganizare a vieții persoanei, anumite tratamente medicale pe care le

<sup>1</sup>Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition

urmează etc.), asocierea cu alte tulburări (cum ar fi depresia) și cuprinde **farmacoterapie** (administrarea de antidepresive, anxiolitice etc.) și **psihoterapie**. Cele două abordări se completează reciproc. Rata de succes crește în cazul asocierii celor două forme de terapie.

**Psihoterapia tulburărilor obsesiv-compulsive** își propune drept obiectiv prioritar reducerea detresei. Construind o relație terapeutică bazată pe încredere și suport, psihoterapeutul elaborează procedee și mijloace în vederea controlării sau chiar eliminării comportamentelor disfuncționale. Tot în cadrul terapiei pot fi descoperite, în istoria de viață a pacientului, cauzele care au declanșat sau facilitat apariția tulburării. În practică, abordarea este de tip integrativ-sistemic, incluzând preponderent tehnici

cognitiv-comportamentale. Se vor urmări prevenirea și reducerea compulsiilor, mărirea duratei de remisiune a simptomelor prin tehnici de desensibilizare prin expunere la stimulul anxiogen, combinate cu tehnici de întărire a eului, tehnici de relaxare, hipnoterapie, terapii ericksoniene. Toate acestea se desfășoară în cadrul unui plan de intervenție terapeutică individualizat, elaborat în primele ședințe și actualizat de-a lungul întregului proces terapeutic, în funcție de evoluția clinică. Poate fi luată în calcul și consilierea familiei, cu scopul asigurării unui climat suportiv pentru pacient. Membrii familiei vor putea înțelege tulburarea și vor fi ajutați să descopere mijloace proprii de acțiune, dar și să dezvolte așteptări realiste cu privire la procesul de vindecare.

## BIBLIOGRAFIE

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2013.
2. **Cottraux Jean**. Terapiile cognitive, Iași: Editura Polirom, 2003.
3. **Dafinoiu Ion, Vargha J.L.** Psihoterapii scurte, Iași: Editura Polirom, 2005.
4. **Hawkins J. Peter**. Hipnoza și steresul, Iași: Editura Polirom, 2009.
5. **Holdevici Irina**. Psihoterapia tulburărilor anxioase, București: Editura Ceres, 1998.
6. **Holdevici Irina**. Tratat de psihoterapie cognitiv-comportamentală, București: Editura Trei, 2009.