

A NEW APPROACHE IN COGNITIVE BEHAVIOURAL THERAPIES IN THE TRATAMENT OF OBSESIVE-COMPULSIVE DISORDER

Gabriela Buicu¹, Ph.D., Zsolt Jakab², Psychologist, Livia Țăran¹, Ph.D., Marius Țăran, M.D., Florin Buicu¹, Ph.D.

University of Medicine and Pharmacy of Țirgu Mureș¹, University Dimitrie Cantemir of Țirgu Mureș².

Abstract: It is known that the traditional approach of cognitive behavioral therapy is effective in treating obsessive-compulsive disorders, however, when this disorder is at a high intensity or appears in co-occurrence with a personality disorder it is recommended to use a new cognitive behavior approach.

Keywords: Cognitive-behavioral therapies, obsessive-compulsive disorder, antidepressants, anxiolytics, personality disorders.

Manualul de diagnostic și statistică a tulburărilor mentale DSM-IV-TR, definește tulburarea obsesiv-compulsivă prin intermediul următoarelor criterii de diagnostic: „Obsesii, așa cum sunt definite de (1), (2), (3) și (4):

(1) gânduri, impulsuri sau imagini persistente și recurente care sunt experimentate, la un moment dat în cursul tulburării, ca intrusiv și inadecvate, și care cauzează o anxietate sau detresă considerabilă;

(2) gândurile, impulsurile sau imaginile nu sunt pur și simplu preocupări excesive în legătură cu probleme reale de viață;

(3) persoana încearcă să ignore sau să suprimă astfel de gânduri, impulsuri sau imagini, ori să le neutralizeze cu alte gânduri sau acțiuni;

(4) persoana recunoaște că gândurile, impulsurile sau imaginile obsesive sunt un produs al propriei sale minți (nu impuse din afară, ca în inserția de gânduri).

Compulsii, așa cum sunt definite de (1) și (2):

(1) comportamente repetitive (de ex., spălarea mâinilor, ordonatul, verificatul) sau acte mentale (de ex., rugatul, calculatul, repetarea de cuvinte în gând) pe care persoana se simte constrânsă să le efectueze ca răspuns la o obsesie, ori conform unor reguli care trebuie să fie aplicate în mod rigid;

(2) comportamentele sau actele mentale sunt destinate să prevină sau să reducă detresa, ori să prevină un eveniment sau o situație temută oarecare; însă, aceste comportamente sau acte mentale, sau nu sunt conectate în mod realist cu ceea ce sunt destinate să neutralizeze sau să prevină, ori sunt clar excesive” (APA, 2004).

Astfel, tulburarea obsesiv-compulsivă poate fi considerată o tulburare de anxietate, dar, a cărei evoluție poate deveni la un moment dat cronică (Clark & Beck, 2010). Astfel, se impune în cadrul tratamentului combinarea celor mai moderne tehnici de teraie cognitiv-comportamentală cu medicație anti-depresivă sau anxiolitică. Din punct de vedere terapeutic este cunoscută eficiența terapiei combinatorii, dintre psihoterapie și medicație. Nu trebuie să uităm că asocierea terapeutică dintre terapia cognitiv-comportamentală și antidepressivă reprezintă un model terapeutic actual. Astfel într-un studiu clinic randomizat Thase și colab.

(2007) au constatat că pacienții cu tulburare depresivă majoră, care au primit citalopram augmentat cu terapie cognitiv-comportamentală au avut același răspuns terapeutic ca și în cazul asocierii dintre citalopram cu bupropion/buspironă. Totuși în cazul augmentării citalopramului cu CBT, progresul a fost mai lent, existând o diferență de aproape trei săptămâni comparativ cu augmentarea cu altă medicație. Cu ale cuvinte, efectul terapeutic al TCC atunci când este folosit ca și augmentator în cazul medicației antidepressive în cazul tulburărilor de anxietate/depressive, este similar cu cel al folosirii unei alte medicații în scop de augmentare (Thase, Friedman, Biggs, & colab., 2007; Foa, Franklin, & Moser, 2002; Covin, Ouimet, Seeds, & Dozois, 2008).

Terapia combinată este eficientă și în tratarea patologiei personalității prezente în această comorbiditate, astfel că Matusiewicz și colab. (2010), făcând o trecere în revistă a mai multor studii referitoare la eficacitatea TCC în tratarea tulburărilor de personalitate (TP), citează studiul lui Strauss și colab. (2006) legat de eficiența TCC în tratarea tulburări de personalitate obsesiv-compulsive comorbide cu TOC. Studiul lui Strauss și colab. a fost efectuat pe două loturi de pacienți cu TP, într-un lot fiind incluși un număr de 16 pacienți cu OCPD, iar în celălalt lot 24 de pacienți cu TP evitantă. Ședințele de terapie s-au desfășurat săptămânal, numărul total de ședințe fiind de cincizeci și doi. Rezultatele acestui studiu indică faptul că după finalizarea terapiei 53 % dintre pacienți cu TPOC, au prezentau reduceri semnificative clinic a simptomelor anxioase/depressive, iar 83 % dintre aceștia au prezentat reduceri semnificative clinice a severității simptomelor specifice TPOC. De remarcat, este că intervenția CBT a fost la fel de eficientă atât pentru TPOC cât și pentru TP evitantă (Matusiewicz, Hopwood, Banducci, & Lejuez, 2010). În acest context vom prezenta un studiu de caz în care am folosit tehnici moderne CBT combinate cu medicație, pentru tratarea tulburări obsesiv-compulsive.

STUDIU DE CAZ

Nume, Prenume : D.P.

Vârstă : 30 ani

Sex : F

Date analitice de macro-nivel

Pacienta provine dintr-o familie biparentală, ambii părinți intelectuali, și mai are doi frați mai mari decât ea. O descrie pe mama sa ca fiind o persoană înțelegătoare, amabilă și foarte credincioasă. Tatăl său este caracterizat de pacientă ca fiind o persoană calmă, dar că în copilărie o speria uneori pentru că folosea un ton „extrem de sever”. Cu fratele a avut o relație foarte bună, în prezent înțelegându-se la fel de bine. În copilărie și-a petrecut o mare parte din timp cu familia în activități diverse, care-i făceau plăcere. Apreciază educația primită de la părinți ca fiind participativ-afectivă, bazată totuși pe principii morale ridicate. În timpul școlii și al liceului a avut foarte mulți prieteni, cu uni dintre ei întâlnindu-se și în prezent. Afirmă că a fost apreciată de profesori, chiar dacă nu a excelat la învățătură. Colegii și prietenii o apreciau pentru că era o persoană de încredere, care ajuta „pe toată lumea”. După terminarea liceului promovează examenul la facultate, pe care o termină cu succes. Încă din facultate își dorește să lucreze în mediul bancar, astfel că după finalizarea studiilor se angajează în acest domeniu. Este mulțumită inițial de munca pe care o face, după care începe să caute un al job motivând că „îmi doresc să nu îmi petrec atâtea ore la serviciu”. Acest lucru se întâmplă în

pofta faptului că este mulțumită de remunerație, iar cu ceilalți angajați se înțelege bine, neavând nici un conflict.

La serviciu îl întâlnește pe actualul soț, afirmând că din acel moment s-a schimbat, devenind dintr-o persoană sociabilă și activă, o persoană retrasă, deoarece „soțul era extrem de gelos și nu avea chef să ieșim”. Legat de sexualitate afirmă că face dragoste cu soțul ei, deoarece uneori considera că „sexul este ceva murdar”, și astfel „nu are orgasm”. Și în prezent afirmă că „simulează orgasmul”, atunci când soțul face dragoste cu ea.

Deși sunt căsătoriți doar de doi ani, pe fondul geloziei soțul îi vorbește obscen și se comportă uneori agresiv. Motivul pentru care rămâne împreună cu el este acela că „îi oferă siguranță financiară și se simte protejată lângă el”. Pacienta a avut o relație extraconjugală, spunând „am făcut asta din cauza presiunii”. După încheierea acelei relații, s-a simțit „păcătoasă” pentru că și-a înșelat soțul. Pacienta beneficiază de un puternic suport social, atât din partea soțului, cât și din partea părinților și a fraților.

Istoric al problemei- Pacienta afirmă că în urmă cu un an, aflându-se în incinta unui cinematograf s-a „simțit rău”, prezentând tahicardie, dureri precordiale, tremor, transpirații, gândindu-se ca „i se va întâmpla ceva rău și este pe cale să facă infarct”, astfel că a dezvoltat un atac de panică.

În zilele următoare atacurile de panică s-au accentuat, astfel că pacienta a început să se roage, de fiecare dată când avea un atac de panică. În paralel a început să frecventeze diferite biserici, unde a discutat cu mai mulți preoți. Credința centrală era legată de faptul că ar putea să moară. În acest context pacienta își amintește că și încă din copilărie îi era teamă de întuneric, poduri și spații închise. De asemenea își amintește că efectua diferite acțiuni repetitive, pentru a descărca tensiunea acumulată, aceste comportamente repetându-se într-un mod compulsiv. Acestea constau în aprinderea și stingerea luminii de un anumit număr de ori, aranjarea încălțămintei într-o anumită ordine, aranjarea lucrurilor personale după un anumit algoritm, dușuri repetate și spălat compulsiv pe mâini, toate însoțite de gândul că dacă nu va face aceste comportamente se va întâmpla ceva rău. Pacienta are *insight* și își dă seama de absurditatea acestor gânduri, percepându-le în schimb extrem de disconfortante. Se prezintă după circa două săptămâni la o consultație psihiatrică și îi este instituit tratament cu Cipralax și Rivotril, tratament pe care îl urmează și în prezent.

La terapie, este trimisă de către medicul curant psihiatru. Pacienta descrie faptul că majoritatea atacurilor de panică sunt declanșate de o idee obsesională, în acel moment fiindu-i teamă să nu înnebunească. De asemenea atacurile de panică mai sunt declanșate în momentul în care se află în prezența unui simbol religios, prezentând gânduri intruzive cu caracter blasfemator. În acest context începe să evite locurile publice care-i pot declanșa un atac de panică. Pe acest fond, în momentul în care apar gândurile intruzive, fuge în bucătărie și începe să se roage. În alte situații începe să facă curățenie sau își verifică instalațiile de gaz și curent.

În tabloul clinic al pacientei sunt prezente stări de tristețe, sentimente de inutilitate și de pierdere a speranței, insomnie, culpabilizări, anhedonie, psihosomatizări.

La nivel cognitiv pacienta prezintă gânduri intruzive care au ca și conținut faptul că va înnebuni, sau că o să reapară atacurile de panică „la fel ca la început”, sau gânduri cu caracter blasfemator. Ca neutralizare mentală cere ajutor divin sau se autosugestionează, spunându-și că va merge la medicul psihiatru/psiholog în cel mai scut timp. Încearcă să se

gândească la altceva, pentru a „nu-i veni în minte gândurile negative”. Și asta pentru că dacă se va gândii la ele „aceste gânduri vor exploda”.

Pe acest fond, la nivel emoțional, apare anxietatea și depresia. Anxietatea apare ca urmare a gândurilor intruzive, depresie urmează ca o rezultată a reflectării asupra stării sale generale de genul „sunt nebună, o sa-mi pierd mințile, voi ajunge o ratată”. Simptomele depresive mai apar în momentul în care pacienta asociază eșecurile din viața personală și intimă cu simptomele, făcând o legătură de cauzalitate.

În plan comportamental prezintă procrastinație; de exemplu, în momentul în care are gânduri obsesionale afirmă că „nu se poate ridica din pat”. În același timp, la declanșarea unor gânduri intruzive se prezintă repede la psihiatru/psiholog, ori începe să se roage. Din punct de vedere fiziologic, prezintă fatigabilitate, insomnie, tahicardie, transpirații, bufeuri de căldură, detresă abdominală.

Diagnostic ateoretic (ICD, DSM-IV)

Axa- I: Tulburare obsesiv-compulsivă în comorbiditate cu tulburare de panică.

Axa-II: Tulburare de personalitate obsesiv-compulsivă.

Axa-III: Fără probleme medicale.

Axa IV: Afectare în sfera profesiei, a vieții intime, evitarea unor locuri și situații.

Axa V: Nivel global de funcționare 50%.

Rezultatele evaluării psihologice

SCID-I Tulburare obsesiv-compulsivă în comorbiditate cu tulburare de panică.

SCID-II Tulburare de personalitate obsesiv-compulsivă.

Scala Yale-Brown nivel ridicat al obsesionalității, scăzut al compulsivității.

Chestionarul de depresie Beck – 11 puncte, echivalentul unui episod depresiv subclinic.

Obiectivele operaționale:

- Scăderea nivelului de anxietate prin dispariția gândurilor
- Funcționarea adecvată în rolurile sociale, în familie și la serviciu.
- Reducerea și dispariția simptomului.

Obiectivele operaționale ale terapeutului: scăderea simptomatologiei legate TOC. Începerea procesului de „habituare” a pacientei, cu gândurile intruzive.

Terapia propriu zisă a debutat cu evaluarea clinică a pacientei, care s-a întins pe durata a două ședințe.

a) Evaluarea clinică inițială a fost efectuată la nivel:

- Cognitiv, subiectiv – forma și conținutul obsesilor, declanșatori, neutralizări mentale, conduită evitantă la nivel mental, percepția sensului (rostului) gândurilor și a comportamentelor
- Emoțional – schimbări de dispoziție (anxietate, depresie, discomfort), cum și cu ce se asociază acestea;
- Comportamental – declanșatori, conduită evitantă, compulsii rituale, alte compulsii, întrebări de asigurare;

□ Fiziologic – declanșatori, schimbări fiziologice asociate cu manifestări obsesive și compulsive;

Apoi s-a trecut la investigarea:

c) Afectarea funcționării globale;

d) Psihoeducație legată de normalitatea gândurilor, explicându-i-se pacientei că o mare parte din oameni au aceste gânduri; un studiu efectuat a arătat că 90 % dintre participanți au astfel de gânduri.

Temă de casă – jurnal de monitorizare a gândurilor automate; Feedback.

Ședința nr. 3, a constat în:

b) Expunerea metodei CBT;

c) Discutarea contractului terapeutic;

d) Stabilirea și negocierea obiectivelor pe termen scurt, mediu și lung;

e) Psihoeducație;

f) Temă de casă – monitorizarea intensității gândurilor

g) Feedback

Notă: ședința a doua s-a axat pe evaluarea finală și socializarea cu tratamentul;

Sedința nr. 3 - Conceptualizarea după modelul lui Salcovski P.:

Experiențe timpuri

Reguli familiale stricte, mediu familial hipermoralizator Incidente critice precipitante

În familie sexul considerat „murdar” și „periculos”

Lipsa contactelor intime

Conflicte familiale

Presupuneri despre pericol și responsabilitate

Trebuie să fac lucrurile după un anumit algoritm, pentru a nu se întâmpla ceva rău. Trebuie să dețin controlul întotdeauna și în orice situație.

Intruziuni (gânduri, imagini, impulsuri, îndoieli)

Când văd un simbol religios am gânduri blasfemiatoare. O să-mi pierd mințile. Îmi voi pierde controlul. Sunt blestemată. Mă văd stând pe strada pentru că am ajuns o ratată. Toate rudele din familia mea au avut potențial dar nu l-au folosit la maximum. La fel mi se întâmplă și mie.

Interpretări legate de responsabilitate

Trebuie să mă rog pentru a nu se întâmpla ceva rău. Altfel lucrurile îmi scapă de sub control.

Strategii contra-productive

Mă rog. Merg la diferite biserici. Țin post, discut cu preoții.

Discut cu prietenele sau colegii teme religioase legate de păcat și pedeapsa divină.

Neutralizare mentală

Cer ajutor divin. Mă gândesc la altceva. Îmi spun că voi merge la psihiatru/psiholog.

Schimbări de dispoziție

Neliniște, teamă, iritabilitate, tristețe.

În următoarele ședințe s-au aplicat următorii algoritmi terapeutici:

- explicații privind faptul că terapia este o muncă de echipă în care terapeutul participă cu 50% iar pacientul cu un procent identic;

- prezentarea modelului cognitiv - s-a insistat pe relația dintre gând, emoție și comportament;
- tehnica descoperirii ghidate, dezbateră gândurilor, restructurare cognitivă – cu scopul identificării gândurilor automate negative, disputării lor, dar și a credințelor disfuncționale ale pacientului. Restructurarea cognitivă a avut două părți și a constat în recontextualizare și reformulare;
- expunerea cu prevenirea răspunsului la stimuli care provoacă anxietate;
- tehnici de relaxare – trening-ul autogen Schultz și relaxarea progresivă Jacobson;
- analiză cost-beneficiu- avantajele și dezavantajele de a acorda o importanță prea mare unor evenimente cotidiene de viață;
- folosirea unor analogii, pentru a-i facilita pacientului descoperirea erorilor de gândire și a conținutului absurd a unor gânduri;
- completarea Formularului de Gânduri Automate Disfuncționale;
- ierarhizarea temerilor pacientei;
- experimente comportamentale – câte din îngrijorări s-au adeverit în realitate;
- expunerea prin imagerie dirijată – la scenarii catastrofice cu scopul desensibilizării pacientei;
- Biblioterapie- citirea unor ghiduri pentru pacienții cu TOC.
- Psihoeducație - pentru perfecționismul, dificultățile de relaxare și persistența în sarcină, toate cu scopul de a o face pe pacientă să înțeleagă modul în care aceste comportamente dezadaptative au evoluat și s-au dezvoltat încă din copilărie.
- joc de rol rațional-emoțional – discutarea unor îngrijorări sau situații de viață în joc de rol cu scopul de a-l face pe pacient să înțeleagă non-sensul unor gânduri sau îngrijorări.
- Modificarea schemelor cognitive dezadaptative de tip trebuie – prin înlocuirea lor cu: aș prefera, îmi doresc, voi încerca, etc. Scopul a fost de a transforma o cerință imperativă (trebuie), într-o alegere, cu scopul e a evita constrângerea imperativă.
- Recontextualizarea unor relații cu figuri parentale, din trecut - discutarea unor situații din copilărie care prezintă în prezent un caracter disfuncțional pentru pacient.
- Discutarea și aplicarea unor strategii de schimbare în plan comportamental – spre exemplu, modificarea unor comportamente dezadaptative de genul implicării exagerate în sarcini de serviciu și preferința pentru solitudine, prin înlocuirea acestora cu un comportament adaptativ de genul delegării sarcinilor.
- Experimente comportamentale – de genul, ce se poate întâmpla dacă amână curățenia, sau nu-și aranjează lucrurile perfect, etc., cu scopul de a-l ajuta pe pacient să înțeleagă că aceste comportamente compulsive pot fi controlate.
- Tehnici cognitive de restructurare cognitivă a credințelor centrale.
- Ultimele două ședințe au fost rezervate follow-up-lui pentru prevenirea recăderilor.

Modalitățile de progres.

În ședințele 16 și 17 s-au realizat ședințele de follow-up, axate în special pe prevenirea recăderilor. Pacientei i s-a explicat faptul că poate avea loc o recădere, folosindu-se ca exemplu modelul lui Judith Beck. Acest model descrie fluctuațiile care au loc după finalizarea terapiei între „normalitate și recădere”, sub formă unui grafic care seamănă cu harta graniței de sud a SUA. De fapt este vorba despre sumarizarea unor studii științifice legate de

posibilele recăderi, prezentarea acestora având rolul de a normaliza o eventuală recădere, în cazul pacientei. Obiectivele terapeutice au fost atinse după cum urmează: scăderea nivelului de obsesionalitate în proporție de 95%, funcționarea adecvată în rolurile sociale, în familie și la serviciu, în proporție de 85%. Obiectivul numărul trei s-a dovedit a nu avea legătură cu simptomul, pacienta afirmând că nici după dispariția simptomelor nu are orgasm și este „rigidă” din punct de vedere sexual. Am putea afirma că după ședințele de psihoterapie combinate cu medicație simptomatologia s-a redus în proporție de 90%, medicul curant reducându-i doza de antidepressive și anxiolitice. Implicarea, conștiinciozitatea și complianța la psihoterapie au reprezentat factori facilitatori în procesul de remisiune a tulburării. Problemele familiale cu soțul, uneori ambivalența față de terapie, reprezentată prin dese abandonări ale ședințelor atunci când obținea un progres, au reprezentat factori care au îngreunat și complicat uneori procesul terapeutic. Interviuul motivațional și analiza cost-beneficiu, au fost principalele tehnici de intervenție în cazul comportamentelor oscilante și instabile legate de finalizarea terapiei. La nouă luni de la finalizarea terapiei starea pacientei este stabilă, neexistând recăderi, singura acuză pe care aceasta o mai are este legată de lipsa orgasmului și lipsa satisfacției sexuale. Combinarea medicației antidepressive cu terapie cognitiv-comportamentală, a reprezentat o abordare eficientă în tratarea tulburării obsesiv-compulsive de care suferea pacienta.

BIBLIOGRAFIE:

- APA. (2004). *Manualul de Diagnostic și Statistică al Tulburărilor Mentale - IV-TR*. București: Asociația Psihiatrilor din România.
- Clark, D., & Beck, A. (2010). *Cognitive therapy of anxiety disorders: science and practice*. New York: The Guilford Press.
- Covin, R., Ouimet, A., Seeds, P., & Dozois, D. (2008). A meta-analysis of CBT for pathological worry among clients with GAD. *Journ of Anxiety Disord*, 22, 108–116.
- Foa, E., Franklin, M., & Moser, J. (2002). Context in the Clinic: How Well Do Cognitive-Behavioral Therapies and Medications Work in Combination? *Biological Psychiatry*, 52(10), 987-997.
- Matusiewicz, A., Hopwood, C., Banducci, A., & Lejuez, C. (2010). The Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy for Personality Disorders. *Psychiatr Clin North Am.*, 33(3), 657–685.
- Thase, M., Friedman, E., Biggs, M., & colab. (2007). Cognitive therapy versus medication in augmentation and switch strategies as second-step treatments. *Am J Psychiatry*, 164(5), 739-752.