

MASURAREA OBSESIILOR

Desi la prima vedere decelarea si masurarea obsesiilor ar parea simpla, indivizii de acest fel avand un foarte bun "insight", problema este destul de complicata din mai multe motive:

- i) in ciuda prevalentei destul de ridicate in populatia generale nu toti indivizii cu obsesii se prezinta la psihiatru sau la medicul de medicina generala pentru acest tip de probleme,
- ii) este destul de dificil de a deosebi obsesiile "normale" de cele "patologice";
- iii) obsesiile prezinta un spectru larg de comorbiditate, putandu-se asocia aproape cu toate tipurile de tulburarii psihice,
- iv) dificultatea evaluarii distorsiunilor cognitive care sustin tabloul clinic, lucru important pentru abordarea psihoterapeutica ulterioara a cazului.

Pana in 1984 tulburarea obsesiv compulsiva (TOC), pe atunci nevroza obsesiva, era considerata o boala rara si prevalenta ei in populatie era estimata in jurul valorii de 0,05% (Sason si colab. 1997). Dupa acel an, studiile populationale din SUA releva o prevalenta de 1.9-2.5% in populatia generala. Aceeasi valoare a prevalentei a fost gasita si intr-un studiu cross-national pe patru continente (Weissman si colab, 1994).

Daca in prima jumatate a secolului XX boala era considerata ca netratabila, a doua parte a secolului a relevat existanta unor tratamente eficiente, atat medicamentoase cat si nemedicamentoase. Problema care apare a fi foarte interesanta este ca indivizii cu tulburari obsesionale cauta foarte tarziu ajutorul medical. Astfel, desi debutul tulburarii este in general la varsta tanara, cautarea ajutorului medical se face dupa multi ani de la debut, in medie dupa aproximativ 10 ani, ca apoi sa mai fie un rastimp de 6 ani intre prezentarea la medic si diagnosticul corect (Hollander si colab. 1996). Cu toate acestea, din totalul obsesivilor numai 34% din bolnavii se adreseaza la medic (Robins si colab. 1991) si doar unul din cinci a cautat ajutor la un medic specialist (Leon si colab. 1995). Intr-un studiu populational care a cuprins un numar de 2400 bolnavi cu TOC, carora li s-a trimis un chestionar privind evolutia si dizabilitatea bolii lor, s-a relevat ca doar 28% au cautat ajutor

calificat. Din acestia 86% au primit psihoterapie, 81% terapie medicamentoasa cu inhibitori de recaptare a serotoninei, 38% consiliere, 29% tehnici de relaxare, 22% tratament medicamentos cu alti agenti precum antidepressive triciclice, benzodiazepine sau neuroleptice, 13% psihanaliza si 11% hipnoza (Hollander, 1995).

Intr-un recent studiu Canadian facut pe un esantion de 7.214 de indivizi recrutati din populatia generala, doar 22,4% sau in cifre absolute 172 subiecti au prezentat simptome obsesive, iar din acestia 80,2% indeplineau in intregime criteriile de OCD. Din acest procent doar 36,6% (63 subiecti) au meres la doctor sau la alt terapeut pentru tulburarile lor obsesionale (Mayerovitch si colab, 2003). Cei mai multi au avut si alte tulburari psihiatrice asociate (comorbiditate) precum depresie, fobie, tulburare anxioasa generalizata, uz de alcool si/sau droguri, tulburare de panica, schizofrenie, manie, tulburare posttraumatica de stress.

Intr-un recensamant intreprins pe o populatie de 8.580 subiecti din Anglia privitor la morbiditatea psihiatrica, autorii gasesc o prevalenta a TOC pentru o luna interval de 1,1%, comorbiditatea cea mai mare fiind cu depresia, anxietatea generalizata, agorafobia si tulburarea de panica si doar 56% din subiecti au cautat ajutor medical (Torres si colab. 2006).

Tulburarea obsesiv compulsiva se insoteste foarte frecvent de o serie de alte tulburari cu care imparte acelasi raspuns la terapie, varsta de debut, curs clinic si istorie familiala; impreuna ele alcatuind spectrul bolii obsesiv compulsive. Daca se ia in considerare tulburarile din spectrul obsesional, prevalenta lor in populatia generala ajunge la 10% (Hollander, 1993). Aceste tulburari din spectrul TOC ar fi: tulburarea dismorfica, depersonalizarea, tulburarile alimentare, hipocondria, sindromul La Touratte, coreea Sydenham, torticolisul, trichotillomania, kleptomania, si alte tulburari de impuls. Depresia este tulburarea cu care tulburarea obsesionala se asociaza cel mai frfrecvent, in mai mult de 60% din cazuri, apoi urmeaza tulburarile anxioase de diferite tipuri, tulburarile alimentare, alcoolismul, schizofrenia si tulburarile bipolare (Sason si colab. 1997). Pe un esantion populational iranian imens de 25.180 subiecti, Mohammadi si colab. (2007) gasesc un numar de 444 indivizi cu tulburare obsesiva-compulsiva din care 157 (35,4%) avand comorbiditate cu alta tulburare psihiatrica; depresia s-a situat pe primul loc cu 14%, urmata de fobia simpla cu 10,8%, fobia sociala cu 8,1%, atacul de panica cu 6,5%, tulburarea

anxioasa generalizata cu 5,2%, suicidul 5,0%, tulburarea bipolară 3,0%, schizofrenia cu 2,3%.

În situația de astăzi, când se considera că gândurile obsesive sunt o experiență universală, separarea obsesiilor normale de cele patologice este un alt tip de problemă pe care clinicianul trebuie să o rezolve pentru a face un diagnostic de calitate. Atât obsesiile “normale” cât și cele patologice împartășesc majoritatea criteriilor din definiția obsesiilor: “gânduri invazive, parazitare, repetitive, imagini sau impulsuri care sunt inacceptabile și/sau nedorite în fața cărora individul caută să reziste...” (Rachman și Hodgson, 1980). În studiul de referință al lui Rachman și Da Silva (1978), pe baza unui anchete făcute pe 6 profesioniști, se arată că aceștia sunt capabili să deceleze obsesiile în general dar nu tot atât de bine pot deosebi obsesiile patologice de cele ale indivizilor normali. Ulterior s-a considerat că problema este datorită faptului că atât obsesiile normale cât și cele patologice împartășesc același conținut și doar intensitatea, frecvența și interferența cu funcționarea individului le poate diferenția (Muris și colab. 1997) de unde și scorul mai mare a acestora din urmă la instrumentele de măsură. În studii mai noi, care au folosit un eșantion mai mare de specialiști, Rassin și Muris (2007) și Rassin și colab (2007) arată că aceștia pot deosebi cu destul de mare încredință obsesiile normale de cele patologice dar nu au putut identifica exact cum (!): “diferențele dintre obsesiile normale și cele patologice au ceva mister”. Astfel deși majoritatea indivizilor vor descrie gândurile, imaginile sau impulsurile lor ca fiind imorale, dezgustătoare, periculoase, amenințătoare, alarmante, inacceptabile și patologice și principalele teme ale acestora sunt agresiunea, sexul și blasfemia, există o diferență calitativă între obsesiile normale și cele patologice în felul cum acestea sunt reprimite și interpretate. Se pare că adevărul este în ceea ce Rachman (1997) spunea că numai în cazul obsesiilor patologice individul face interpretări eronate și bizare asupra gândurilor invazive cărora le dă o semnificație amenințătoare, uneori catastrofică care face ca un lucru comun să se transforme într-un pericol deosebit. Obsesiile vor trăi atât timp cât individul va da gândurilor lui o interpretare eronată, exagerată și amenințătoare.

O altă caracteristică care deosebește obsesivii “normali” de cei patologici este ceea ce se numește “fuziunea gând-actiune” (Shafran și colab. 1996): credința că gândul poate influența probabilitatea cu care evenimentul negativ apare sau credința că având un gând inacceptabil, repugnant este echivalent moral cu transpunerea lui în practică. Acest proces

de fuziune se bazeaza pe distorsiunile cognitive pe care obsesivul le are, printre care si sentimentul exagerat al responsabilitatii descris de Salkovskis (1985), sau altfel spus, a avea ganduri imorale este egal cu a fi imoral. In general se poate spune ca cu cat gandurile nedorite si intrusive se distanteaza de valorile morale acceptate de subiect, precum ganduri blasfemice sau cu caracter sexual aberant, cu atat mai repede duc la parazitarea masiva a individului cu tulburari secundare de functionare. Intelesul si valoarea pe care o da fiecare individ temelor gandurilor sale obsesionale fac ca ele sa treaca pragul de la normal la patologic (Corcoran si Woody, 2008).

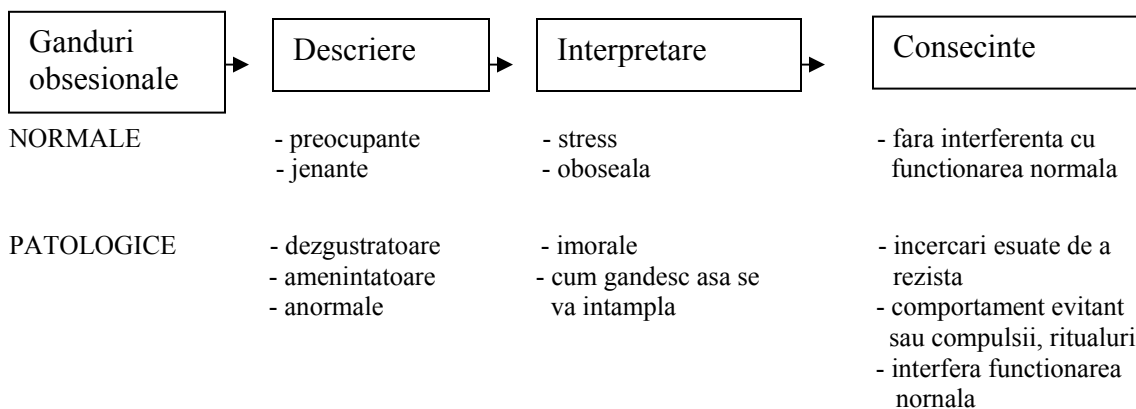


Fig. 1: Caracteristicile gandurilor obsesionale normale si patologice

Ritualurile sunt alta componenta a TOC si implica repetarea actelor obsesive efectuate in aceiasi secventa de fiecare data. Efectuarea acestor ritualuri reduce anxietatea doar pe termen scurt. Ele se datoresc scaderii frenajului actelor normal motivate, precum spalatul pe maini, curatatul sau aranjatul si ordinea, inhibitie care in mod normal se asigura de circuitul cortico-striatal-palido-talamic (Rauch, 2007). Ritualurile ca si gandurile obsesionale pot si ele normale si patologice si sunt sustinute de disfunctionalitatile sistemului de precautie-vigilante care se activeaza cand individul trebuie sa faca fata unor amenintari adevarate sau ipotetice (Bayer si Lienard, 2008). Comportamentul ritualic este opus comportamentului rutinier din viata obismuita care este efectuat fara ca individul sa se gandeasca. Comportamentul ritualic este foarte controlat, rigid si orice incuratete sau incompletitudine duce la anxietate. Copii intre 2 si 7 ani care dezvoltata ritualuri de ordine sau de spalare sau tatii care dupa nasterea copilului dezvoltata ritualuri de evitare a ranirii noului nascut sunt exemple de comportamente ritualice care sunt considerate normale,

nepatologice. Alte comportamente ritualice sunt cele legate de credinte si stereotipuri culturale precum cele religioase sau alte ceremonialuri transmise de-alungul generatiilor. Acest tip de ritualuri normale sunt secvente scurte care au ca scop scaderea anxietatii si descarcarea unei secvente motivationale automate, pe cand ritualurile din patologia obsesiva sunt sustinute si intretinute de necesitatea supresiei circularitatii gandurilor invazive si evitarea a unui scenariu periculos.

Modelul cognitiv al obsesiilor presupune ca important este felul cum sunt interpretate si evaluate de subiect gandurile instursive si nu de caracteristicile descriptive ale lor (Salkovskis, 1989). Acest model propune ca atunci cand apar ganduri intrusive, parazitare sau imagini, impulsuri si/sau dubii, ele sunt interpretate/evaluate ca indicand ca persoana este reponsabila pentru daunele personale sau a altora. Aceasta conduce la cresterea anxietatii si la decizia de a se angaja in neutralizarea acestor pericole, neutralizare care se manifesta prin comportamente compulsive, de ex. cel de verificare sau de spalare ritualizata. Aceasta evaluare si comportamentele de neutralizare fac ca perceperea pericolului si a responsabilitatii sa creasca si sa se autointretina. Dupa Salkovskis si colab (2000) aceste evaluari negative amenintatoare sunt de fapt niste presupuneri invatate, niste presupozitii formate devreme pe parcursul dezvoltarii individuale si care sunt activate de un trigger asemanator celui care a dus la formarea lor. Astfel aparitia unui gand sau impuls intursiv amenintator duce imediat la activarea credintelor referitor la propria responsabilitate fata de credintele, valorile si/sau persoanele de care este atasat ducand la o cascada de evaluari negative si eforturi imperative de prevenire si combatere. Astfel se activeaza un sistem de supraveghere a gandurilor si actiunilor intrusive cu scopul de a le tine deoparte si a nu le lasa sa antreneze constinta si comportamentul motivat, in fond, a le neutraliza. Hiperactivarea sistemului de supraveghere a gandurilor amenintatoare, determinata de credinta in propria responsabilitate, tine treaza atentia individului si asta face ca gandurile intrusive sa nu se stinga si sa ramana active, vivide, devenind recurente si circulare (vezi schema din Fig. 2). Procesul de supraveghere si cel de neutralizare a gandurilor intrusive, nedorite si parazitare sunt cele care face ca aceste ganduri sa ramana vii si sa devina dominante si obsesive; este pretul pe care individul il plateste ca sa fie sigur ca consecintele dezaastroase ale acestor ganduri si presupuse actiuni nu se vor petrece niciodata (Prudon, 1999).

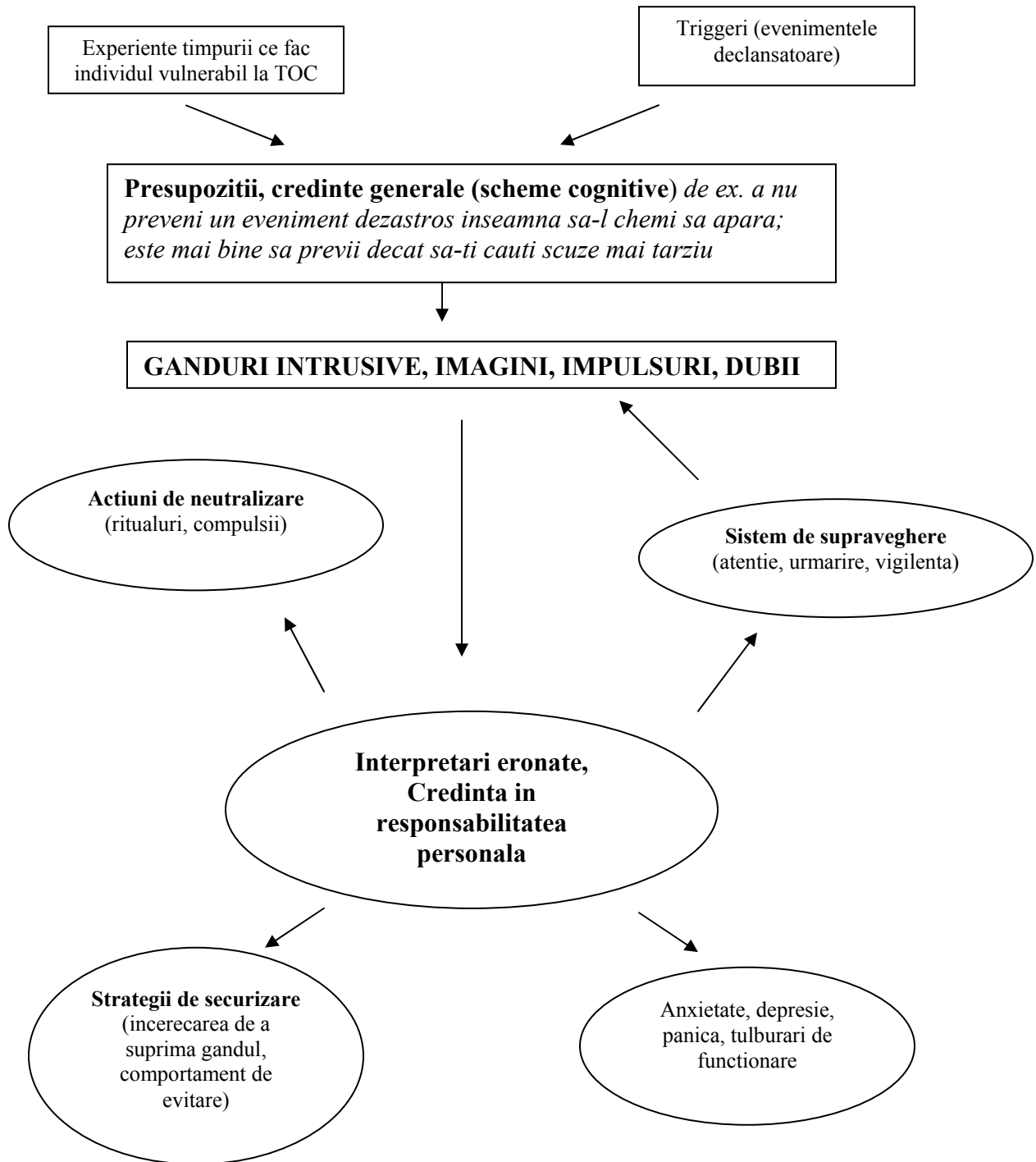


Fig. 2: Modelul cognitive al tulburarii obsesiv-compulsive (modificat dupa Salkovskis si colab. 2000)

Dupa congresul de terapie cognitiv comportamentala de la Copenhaga din 1995 s-a format un grup international de studiu care sa deceleze structura cognitiva care determina aparitia si mentinerea tulburarii obsesionale (Obsessive Compulsive Cognition Working Group, 1997). Grupul a stabilit ca exista 6 distorsii cognitive ce sustin TOC:

i) responsabilitatea individuala crescuta, ii) importanta exagerata acordata gandului intrusiv; iii) importanta excesiva acordata controlarii gandului intrusiv; iv) supraevaluarea amenitarii; v) intoleranta la incertitudine si vi) perfectionismul.

Indivizii cu vulnerabilitate la TOC prezinta o sensibilitate crescuta fata de ganduri intrusive comparativ cu indivizii rezilienti, evaluarea lor este exagerata, negativa, antrenand responsabilitatea subiectului si obligatia de a reactiona in sensul apararii, prevenirii sau evitarii consecintelor pe baza credintelor disfunctionale precum ca: “daca ma gandesc la ceva rau si nu iau masuri de prevenire atunci probabilitatea de a se intampla este mai mare” si “sunt responsabil de a face ca lucrurile rele sa nu se produca” (mecanismul de fuziune “ganduri-realitate”). Decelarea structurii cognitive si a atitudinilor disfunctionale care genereaza si sustin gandurile obsesionale este foarte mare pentru terapeut pentru ca ea va determina modul de abordare a subiectului in terapia psihologica.

O informatie exhaustiva si de calitate cititorul o poate obtine din monografia foarte recenta a Prof. Dr. Mircea Lazarescu despre tulburarea obsesive compulsive (Patologia obsesiv-compulsiva, Bucuresti: Editura Academiei 2008) si din lucrarea in curs de publicare: Mircea Lazarescu si Lucian Ile: Tulburarea obsesiv-compulsiva: Circumscriere, modele si interventii.

1. Scala de obsesie compulsie Yale-Brown (*Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale – Y-BOCS*)

Scala Y-BOCS a fost dezvoltata de Goodman si colab. (1989) pentru a masura severitatea simptomelor la pacientii diagnosticati cu TOC. Ea este un instrument destinat sa fie aplicat de un clinician cu experienta pentru ca desi scala se bazeaza pe raportarea subiectului, evaluarea finala se sprijina pe judecata clinica a intervievatorului. Autorii recomanda ca evaluarea simptomelor sa se faca pentru ultima saptamana dar intervievatorul este liber sa aleaga si alt interval de timp.

Scala Y-BOCS este de fapt un interviu semi-structurat si prevede pentru fiecare item diferite intrebari care sa culeaga simptomul si un mod de scorare in cinci trepte (de la

0 la 4). Intervievatorul trebuie sa evalueze itemii in ordinea propuse de autori dar este liber sa puna si alte intrebrari pe care le crede de cuviinta. Scala este impartita in doua parti: itemii de la 1 la 5 sunt pentru obsesii, cei de la 6 la 10 sunt itemii pentru compulsii, itemul 11 furnizeaza informatii despre “insight” (constiinta suferintei sau a bolii), itemii 12 – 16 evalueaza raspunsul subiectului la obsesii si compulsii iar itemii 17 si 18 sint imprumutati din *Clinical Global Impression Scale* si furnizeaza o nota globala asupra severitatii si a ameliorarii. Ultimul item, 19 vizeaza gradul de confidenta a datelor obtinute prin aplicarea acestui instrument. Scorul se calculeaza separat pentru fiecare subscala, pentru obsesii si pentru compulsii si un scor total care cumuleaza scorul subscalelor. Scorul total se poate intinde de la 0 la 40 iar pentru fiecare subscala de la 0 la 20. Un scor sub 8 este considerat normal, un scor peste 16 este luat ca si criteriu de includere in studiile psihofarmacologice iar un scor peste 25 este considerat a indica o tulburare obsesional-compulsiva serioasa (Goodman si colab.2000).

Inainte de administrarea scalei intervievatorul va prezenta subiectului modul de definire a obsesiilor si compulsiilor, da exemple de obsesii si compulsiii si se va asigura ca subiectul are o viziune clara asupra celor ce va fi intebat. Autorii recomanda ca subiectul sa inteleaga modul de definire a obsesiilor astfel incat sa nu se preteze la confuzii cu simptome asemanatoare din fobia sociala sau din tulburarile de impuls.

In medie, administrarea scalei dureaza intre 15-20 minute.

Autorii recomanda ca inainte de aplicarea scalei Y-BOCS sa se aplice Lista de Simptome Y-BOCs (*Y-BOCS Symptom Checklist*). Aceasta lista identifica obsesiile si compulsiile curente si odata identificate ele se trec pe lista simptomelor tinta (*Y-BOCS Target Symptoms*) si astfel atunci cand se va aplica scala, ea va tinta obsesiile si compulsiile curente. Checklist-ul de simptome, Lista simptomelor tinta si Scala Y-BOCS (versiunea 9-a din 1989) sunt prezentate in Anexale Nr. 1, 2 si 3.

Scala Y-BOCS prezinta o buna validitate atunci cand este comparata cu alte instrumente de evaluare a obsesiilor (Maudsley Obsessional Compulsive Inventory, Leyton Obsessional Inventory, Obsessive Thought Questionnaire, etc.) dar validitatea divergenta cu depresia nu este la fel de buna, deci nu discrimineaza bine indivizii care prezinta depresie; confidenta test-retest si cea intercotatori a fost excelenta (Woody si colab. 1995).

Este mai mult decat necesar sa ne intrebam daca obsesiile si compulsiile contribuie separat sau deopotriva la severitatea TOC. McKay si colab. (1998) au intreprins un studiu pentru a determina structura factoriala a scalei Y-BOCS si au testat varianta cu un singur factor si cel cu doi, obsesiile si compulsiile separat. Ei au constatat ca modelul cu un singur factor, cand obsesiile si compulsiile sunt luate impreuna, evidentiaza bine severitatea tulburarii dar numai modelul cu doi factori separa tulburarea de depresie si/sau anxietate. O analiza mai detaliata intreprind Deacon si Abramowitz (2005) care gasesc ca desi modelul cu doi factori se verifica, structura itemilor scalei ar trebuie revizuita din cauza itemii care evalueaza rezistenta fata de obsesiile si fata de compulsiile nu coreleaza cu scorul total al scalei. Autorii conchid ca structura scalei ar trebuie revizuita desi scala este considerata ca fiind “standardul de aur” in masurarea tulburarii obsesiv-compulsive.

Exista si o forma a Y-BOCS pentru copii si una in care subiectul isi auto-evalueaza severitatea obsesiilor (“self-rating scale”).

2. Inventarul Padua (*Padua Inventory – PI*)

Inventarul Padua a fost dezvoltat de Sanavio (1988) pe un esantion din populatia generala. El este un instrument de autoraportare a severitatii simptomelor obsesive si compulsive. In forma originala, inventarul are 60 intrebari dar pentru a fi utilizat cu succes in clinica el a suferit unele modificari de-a lungul a doua versiuni, versiunea cu 41 intrebari a lui van Oppen si colab. (1995) si cea cu 39 intrebari a lui Burns si colab (1996), numita si Padua Inventory-Washington State University Revision (PI-WSUR). Itemii au fost selectati din 200 de afirmatii care descriu plangerile bolnavilor cu tulburare obsesiv-compulsiva dupa criteriile din DSM-III.

In lucrarea de fata se va prezenta versiunea cu 39 intrebari pentru ca ea are clitati psihometrice bune si este usor de aplicat (Anexa Nr. 4). Prin analiza factoriala s-a evidentiat ca scala deceleaza obsesiile de contaminare, ruminatiile, verificarile si obsesiile de a pierde controlul asupra actiunilor proprii. S-au eliminat intrebarile care evaluau obsesiile si ingrijorarea in acelasi mod.

Subiectul este invitat sa raspunda la intrebari evaluand perturbarea asociata fiecarui simptom obsesiv-compulsiv pe o scala cu 5 ancore, de la 0 la 4. Scorul scalei se calculeaza adunand laolalta valoarea data fiecarei intrebari. Pe un numar de 2970 subiecti Burns si colab (1996) gasesc un scor mediu de 54,93 cu o deviatie standard de 16,72.

Compozitia factoriala a PI-WSUR arata ca intrebarile se grupeaza in cinci factori care au generat tot atatea subscale pe care autorii le-au denumit: subscala obsesiilor de contaminare si compulsiile de spalare, subscala compulsiilor de imbracare si aranjare, subscala compulsiilor de verificare, subscala gandurilor obsesionale de ranire a propriei persoane sau a altora si subscala impulsurilor de ranire a propriei persoane sau a altora.

Analiza de validitate discriminativa facuta concurent cu Penn State Worry Questionnaire arata ca scala reuseste sa discrimineze obsesiile de ingrijorarea patologica. La fel scala prezinta o buna confidenta test-retest ceea ce tradeaza stabilitatea instrumentului de-alungul evaluarilor repetate.

PI-WSUR nu este un instrument diagnostic ci doar un mod de evaluare a prezentei si severitatii simptomelor obsesive-compulsive. Instrumentul are suficienta sensibilitate la schimbare incat sa poata fi folosit cu succes si la evaluarea progresului in terapie. El este mai apreciat in clinica decat Maudsley Obsessional-Compulsive Questionnaire (Hodgson si Rachman, 1977) care nu poate furniza un scor al severitatii, simptomele fiind evaluate doar calitativ cu DA sau NU. Versiunea originala cu 60 itemi se poate obtine de la autorul acestei carti prin solicitare directa.

3. Inventarul de obsesii si compulsi a lui Foa (*Foa Obsessive-Compulsive Inventory*)

Foa si colab. (1998) de la Universitatea din Pennsylvania fac o trecere in revista a instrumentelor deja existente de evaluare a simptomelor obsesive si compulsive si constata ca acestea prezinta unele limitari care impun aparitia unui nou instrument. Ei considera ca scala de obsesii Yale-Brown (Y-BOCS) contine doar un nucleu de 10 simptome pe baza carora se calculeaza timpul consumat cu simptomele, rezistenta fata de ele, interferenta cu viata subiectului, controlul si cat de suparatoare sunt (distresul). In ciuda bunelor proprietati psihometrice pe care le are scala este greu de aplicat si necesita un personal calificat, informatia neputand fi obtinuta decat aplicand ckecklist-ul Y-BOCS.

Inventarul Leyton pentru obsesii (*Leyton Obsessional Inventory*, Cooper, 1970) prezinta o buna validitate discriminativa si confidenta test-retest dar itemii au fost dezvoltati pe baza intervievarii unei populatii non-clinice iar procedura de aplicare este destul de greoaie incumband selectarea de mai multe ori a intrebarilor care sunt plasate pe niste cartonase si punerea lor in diferite teancuri.

Compulsive Activity Interview Checklist a fost dezvoltat de Marks si colab. (1977) si prezinta mai multe variante din care una sub forma de chetionar cu 38 intrebrari dar instrumentul se adreseaza mai mult compulsiilor decat obsesiilor.

Maudsley Obsessive-Compulsive Inventory creat de Hodgson si Rachman (1977) nu furnizeaza decat o apreciere calitativa a prezentei obsesiilor si compulsiilor pe baza evaluarii prezentei acestora dintr-o colectie de 30 simptome. Cu toate acestea simptomele sunt grupate in patru scale si astfel se poate decela obsesiile si compulsiile de spalare, verificare, lentoare si dubiu.

Inventarul Padua (Sanavio, 1988), prezentat mai sus, reuseste sa deceleze obsesiv-compulsivii de indivizii cu alte afectiuni anxioase sau cu depresie dar inventarul nu contine alte obsesii si compulsiii importante precum neutralizarea sau colectionarismul.

Obsessive Thought Checklist (Cottraux, 1989) este doar un inventar cu 28 itemi privind doar obsesiile care sunt grupate in doi factori: perfectionism si responsabilitate exagerata; toate acestea arata limitarile acestui instrument.

Pe baza acestei analize, Foa si colab (1998) incearca sa construiasca un alt instrument care sa raspunde la urmatoarele cerinte: i) sa fie un instrument comprehensiv, general si detaliat, ii) sa cuprinda heterogenitatea obsesiilor si compulsiilor, iii) sa permita cotarea severitatii pe o plaja mai larga decat la alte instrumente, iv) sa poate sa fie aplicat atat pe populatia clinica cat si pe populatia generala.

Instrumentul cuprinde 42 itemi ce reflecta simptomele tulburarii obsesiv compulsive din DSM-IV, itemi grupati in 7 subscale: subscala spalare cu 8 itemi, subscala verificare cu 9 itemi, subscala dubiu cu 3 itemi, subscala ordine cu 5 itemi, subscala obsesii cu 8 itemi, subscala colectare cu 3 itemi si subscala neutralizare mentala cu 6 itemi. Fiecare item este evaluat pe o scara Likert cu 5 ancore (de la 0 la 4) referitor la frecventa aparitiei obsesiilor si compulsiilor si la necazul provocat de acestea.; evaluarea lor separata se bazeaza pe presupunerea ca aceste dimensiuni sunt complimentare si nu coreleaza una cu alta.

Autorii au prezentat rezultate care atesta o buna validitate discriminativa intre grupe de pacienti cu diagnostice diferite sau intre diferite instrumente de evaluare si o buna stabilitate test-retest la 4 saptamani interval. Mai recent Simonds si colab (2002) verifica proprietatile scalei pe un grup de studenti si constata din nou excelentele calitati

psihometrice ale ei. După Foa și colab. (2002) scala este reprezentată un progres substanțial față de alte scale de auto-evaluare pentru că cuprinde un larg evantai de simptome, permite evaluarea nuanțată a severității și poate fi administrată oricărui grup populațional. Cu toate acestea autori au încercat să o rafineze, au eliminat unele întrebări redundante și au făcut o versiune scurtă, cu 18 itemi, iar după o analiză factorială repetată autorii au ales doar trei itemi pentru fiecare subscala. Apoi ei au făcut o analiză ROC (*receiving operating characteristics*) care a generat un scor prag care reprezintă punctul în care sensibilitatea cea mai mare se întâlnește cu sensibilitatea cea mai ridicată. Severitatea rămâne să fie evaluată pe aceeași scală Likert ca la versiunea lungă. Versiune scurtă este cea care va fi prezentată în această lucrare (vezi Anexa Nr. 5).

Pentru scala cu 18 itemi studiul de validitate și confidență realizat pe un eșantion de 215 pacienți cu TOC, 243 pacienți cu alte tulburări anxioase și 677 indivizi indemni arată caracteristici psihometrice excelente care o impun pentru uzul curent (Foa și colab. 2002). Scorul prag pentru întreaga scală este de 18 (pentru o sensibilitate de 74% care se întâlnește cu o specificitate de 75,2%), iar pentru subscala de obsesie scorul prag este de 5.

Inventarul Penn de Scrupulozitate (*Penn Inventory of Scrupulosity-PIOS*)

În cercetarea de teren (*field trial*) care a stat la baza versiunii DSM-IV obsesiile cu tema religioasă, precum dubiul persistent asupra păcatului, sacrilegiului și devotunii și dorința irezistibilă de a face o activitate religioasă de izbăvire (rugăciune, facerea de semne și ritualuri religioase, etc.) au reprezentat cea de a cincea temă de obsesii în ordinea frecvenței după obsesiile de contaminare, agresiune, simetrie și preocupări somatice (Foa și colab. 1995). Summerfeldt și colab. (1998) găsesc o prevalență de 24,2% a obsesiilor cu caracter religios.

Conform teoriei cognitive a obsesiilor, persoanele cu scrupulozitate religioasă/morală sunt inclinate de a avea gânduri intrusive cu tematică religioasă/morală, gânduri care sunt interpretate inadecvat ca având consecințe catastrofice pentru subiect sau pentru persoanele dragi lui ducând astfel la anxietate și stres. Subiectul caută să reducă stresul și se angajează în diferite acțiuni care să neutralizeze gândul intrusiv religios despre păcat și acțiuni lipsite de moralitate. Efortul de a neutraliza gândurile intrusive are un efect paradoxal pentru că în loc să ușureze subiectul nu face altceva decât să crească

frecventa gandului obsedant intensificand gradul de anxietate. Astfel de persoane “scrupuloase” traiesc un sentiment de vinovatie si ingrijorare morala care se elibereaza temporar facand diferite acte sau ritualuri cu caracter religios.

Abramowitz si colab. (2002) construiesc o scala de evaluare a obsesiilor persoanelor scrupuloase numita Inventarul Penn al scrupulozitatii. Ei au general un “pool” de 77 idei obsesionale cu caracter religios pe baza intervievarii mai multor pacienti. Pe baza lor au facut o prima versiune a unui chestionar si l-au aplicat la un lot de 215 subiecti. Dupa o prima analiza a distributiei raspunsurilor au ramas doar 43 intrebari iar dupa calcularea consistentei interne a scalei au ramas 19 itemi. Analiza factoriala a dat o solutie cu doi factori usor interpretabili si care justifica varianta raspunsurilor: frica de pacat (12 itemi) si frica de Dumnezeu si de pedeapsa (7 itemi). Aceste doua subscale prezinta o buna consistenta interna si corelatie intre itemi. Prin evaluarea a 197 subiecti cu instrumente concurente, scala PIOS a aratat o validitate convergenta si discriminanta foarte buna ceea ce arata ca ea masoara intradevar obsesiile religioase si discrimineaza subiectii anxiosi sau depresivi de cei obsesivi.. Foarte recent, Olatunji si colab. (2007) confirma solutia cu doi factori ai scalei PIOS si gasesc patru item redundanti care ar putea fi eliminati si ar rezulta o scala cu 15 itemi. Ei gasesc si o corelatie puternica intre obsesiile religioase si obsesiile in general, precum obsesiile de spalare si ordine sau colectionarism. In anexa Nr. 6 este prezentata versiunea PIOS cu 19 itemi. Scala furnizeaza un scor total format din suma scorului itemilor pe o scala Likert cu 5 trepte si un scor pentru fiecare subscala. In studiul initial al autorilor scorul mediu total pentru scala PIOS a fost de 18.98 ± 11.66 iar la scala frica de pacat 12.85 ± 7.62 si la scala frica de Dumnezeu 6.12 ± 4.89 .

Chestionarul interpretarii responsabilitatii (*Responsibility Interpretations Questionnaire -RIQ*) si Scala atitudinii de responsabilitate (*Responsibility Attitude Scale -RAS*)

Conform teoriei cognitive a depresiilor, gandurile intrusive sunt nocive in masura in care acestea sunt interpretate ca inacceptabile antrenand negarea valorilor morale sau religioase sau protectia personala sau a celor dragi. Important nu este cum aceste ganduri sunt conceptualizate ci felul in care acestea sunt interpretate si evaluate, respectiv valoarea pe care individual o da acestor ganduri. In functie de aceasta interpretare/evaluare individul va cauta sau nu sa le supravegheze si neutralizeze si astfel va declansa sistemul de

permanentizare a lui, gândurile devenind obsesionale în măsura în care ele sunt din ce în ce mai “monitorizate” (Freeston și colab. 1996). În acest context devine evident că credințele subiectului, deja setate cu mulți ani înainte, reprezintă vulnerabilitatea pe care se așază tulburarea obsesiv-compulsivă, credințele subiectului fiind filtrul după care gândurile intrusivă sunt interpretate și evaluate. Individul cu această vulnerabilitate cognitivă se va face responsabil de apariția acestor gânduri care reprezintă tot atâtea pericole fizice sau morale și din cauza procesului de fuziune gând-realitate crede că gândul este tot una cu a se întâmpla.

Originea acestor evaluări negative se află în procesul de învățare a unor presupozitii în condițiile efortului de adaptare la unele evenimente de viață din anii formării schemelor cognitive. Pe baza acestor presupozitii individul caută să interpreteze atât realitatea cât și gândurile proprii. Indivizii vulnerabili la obsesii prezintă o “hiperinflație a propriei responsabilități” ca presupozitie cognitivă de bază, comparativ cu oamenii obișnuiți (Freeston și colab. 1993).

Asumarea responsabilității gândurilor proprii nedorite și a riscului încumbat de aceasta se etalează pe două nivele: presupozitiile responsabilității, respectiv atitudinea responsabilă a subiectului față de actele sale și interpretarea responsabilității, respectiv cât de sever și daunătoare ar fi actele și păcatele sale și asumarea responsabilității proprii față de probabilitatea, influența și severitatea consecințelor și daunelor.

Salkovskis și colab. (2000) dezvoltă această teorie și încearcă să identifice cele două paliere prin construirea a două instrumente separate: unul pentru evaluarea responsabilității, respectiv a identificării interpretărilor pe care un individ le dă gândurilor lui intrusivă și altul pentru evaluarea atitudinilor, presupozitiile individuale care duc la tendința de asumare a responsabilității într-o situație dată, de ex. într-o situație ce implică dubiul. Aceste două instrumente au fost construite pe baza testării a 83 indivizi cu TOC, 48 cu alte tulburări anxioase și 218 subiecți indemni.

Scala atitudinii de responsabilitate (RAS) este un chestionar cu 26 întrebări care evaluează credințele generale relativ la responsabilitate și care reflectă atitudinile și credințele generale caracteristice indivizilor predispuși în a-și asuma responsabilitatea pentru daunele provocate altora. Prin construcție ea se aseamănă cu *Dysfunctional Attitude Scale* construită de Weissman și Beck pentru evaluarea schemelor cognitive în depresie

(Beck si colab. 1991) si subiectul este rugat sa decida cat de caracteristic este o atitudine oarecare pentru felul in care el vede lucrurile in majoritatea timpului. Evaluarea fiecărei atitudini este facuta pe o scala Likert cu 7 ancore de la “acord total” la “dezacord total” (vezi anexa Nr. 7)

Chestionarul interpretarii responsabilitatii (RIQ) este un instrument cu 22 intrebari care evalueaza frecventa credintelor in cazul unei interpretari specifice gandurilor intrusive despre o posibila dauna. Constructia scalei este imprumutata din chestionarul *Chambless Agoraphobic Cognitions Scale* (Chambless si colab. 1984) evaluand felul cum individul reactioneaza la gandurile intrusive avute in ultimele doua saptamani. Este evaluata mai intai frecventa gandurilor intrusive si felul cum interpreteaza gandurile avute cel mai frecvent iar in partea doua sunt evaluate credintele despre responsabilitatea individuala fata de continutul acestor ganduri intrusive (vezi Anexa Nr. 8).

Analiza de validitate concurentiala si de confidenta test-retest arata ca ambele instrumente au calitati psihometrice care sa le faca valabile pentru practica clinica; instrumentele prezinta si o buna specificitate pentru decelarea subiectilor cu tulburare obsesiv-compulsiva.

Bibliografie:

- Abramowitz JS, Huppert JD, Cohen AB et al (2002): Religious obsessions and compulsions in a non-clinical sample: the Penn Inventory of Scrupulosity (PIOS). *Behaviour Research and Therapy*, 40: 825–838.
- Bayer P, Lienard P (2008): Ritual Behavior in obsessive and normal individuals, *Current Directions in Psychological Science*, 17:291-294.
- Beck AT, Brown G, Steer RA, Weissman AN (1991): Factor analysis of the Dysfunctional Attitude Scale in a clinical population. *Psychological Assessment*, 3: 478-483.
- Burns GL, Keortge SG, Formea GM, Sternberger L (1996): Revision of the Padua inventory of obsessive compulsive disorder symptoms: distinctions between worry, obsession and compulsions, *Behaviour Research and Therapy*, 34:163-173.
- Chambless DL, Caputo GC, Bright P, Gallagher R (1984): Assessment of fear in agoraphobics: the body sensations questionnaire and the agoraphobic cognitions questionnaire. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52: 1090-1097.
- Cooper J (1970): The Leyton Obsessional Inventory, *Psychological Medicine*, 1:48-64.
- Corcoran KM, Woody SR (2008): Appraisals of obsessional thoughts in normal samples, *Behaviour Research and Therapy*, 46:71-83.
- Cottraux J (1989): Behavioural psychotherapy for obsessive-compulsive disorder, *International Review of Psychiatry*, 1:227-234.
- Deacon BJ, Abramowitz JS (2005): The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: factor analysis, construct validity, and suggestions for refinement, *Journal of Anxiety Disorders*, 19: 573-585.
- Foa EB, Kozak MJ, Goodman WK et al (1995): DSM-IV field trial: obsessive–compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 152: 90–96.
- Foa EB, Kozak MJ, Salkovskis P, Coles M E, Amir N (1998): The validation of a new obsessive– compulsive disorder scale: The Obsessive–Compulsive Inventory. *Psychological Assessment*, 10: 206–214.
- Foa EB, Huppert JD, Leiberg S et al (2002): The Obsessive-Compulsive Inventory: Development and validation of a short version, *Psychological Assessment*, 14: 485-496.
- Freeston MH, Ladouceur R, Gagnon F, Thibodeau N (1993): Beliefs about obsessional thoughts. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 15: 1-21.

Freeston MH, Rheaume J, Ladouceur R (1996): Correcting faulty appraisals of obsessional thoughts, *Behaviour Research and Therapy*, 34: 433-446.

Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA et al (1989a): The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: I. Development, use and reliability, *Archives of General Psychiatry*, 46:1006-1011.

Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA et al (1989a): The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: I. Validity, *Archives of General Psychiatry*, 46:1012-1016.

Goodman WK, Rasmussen SA, Price LH et al (2000): Yale-Brown Obsession Compulsive Scale (Y-BOCS), in AL Rush (Ed.): *Handbook of Psychiatric Measures*, American Psychiatric Association Press.

Hodgson RJ, Rachman S (1977): Obsessional-compulsive complaints. *Behaviour Research and Therapy*, 15:389-395.

Hollander, E (1993): *Obsessive Compulsive Related Disorder*, Washington DC: American Psychiatric Press

Hollander E, Known JH, Stein DJ et al (1996): Obsessive compulsive disorder and spectrum disorders: overview and quality of life issue, *Journal of Clinical Psychiatry*, 57 (Suppl.8); 3-6.

Hollander E, Stein D, Broatch J et al (1995): A pharmacoeconomic and quality of life study of OCD, *Scientific Abstract of the 34th Annual Meeting of American College of Neuropsychopharmacology*, December 11-15, San Juan, Porto Rico.

Lazarescu M (2008): *Patologia obsesiv-compulsiva*, Bucuresti: Editura Academiei.

Leon CL, Portera L, Weissman MM (1995): The social costs of anxiety disorders. *British Journal of Psychiatry*, 166:19-22.

Marks IM, Hallam RS, Connolly J, Philpott R (1977): *Nursing in behavioural psychotherapy*, London, United Kingdom: Royal College of Nursing.

Mayerovitch JL, Galbaud du Fort G, Kakuma R et al (2003): Treatment seeking for obsessive-compulsive disorder: Role of obsessive-compulsive disorder symptoms and comorbid psychiatric diagnoses, *Comprehensive Psychiatry*, 44: 162-168.

McKay D, Neziroglu F, Stevens K, Yaryura-Tobias JA (1998): The Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale: Confirmatory Factor Analytic Findings, *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 20: 265-274.

Mohammadi, MR, Ghanizadeh A, Moini R (2007): Lifetime comorbidity of obsessive-compulsive disorder with psychiatric disorders in a community sample, *Depression and Anxiety*, 24:602-607.

Muris P, Merckelbach H, Clavan M (1997): Abnormal and normal compulsions, *Behavioural Research and Therapy*, 35:249-252.

Obsessive Compulsive Cognition Working Group (1997): Cognitive assessment of obsessive-compulsive disorder, *Behavioural Research and Therapy*, 35:667-681.

Purdon C. (1999): Thought suppression and psychopathology. *Behaviour Research and Therapy*, 37: 1029–1054.

Rachman S (1997): A cognitive theory of obsession, *Behavioural Research and Therapy*, 35: 793-802.

Rachman S and De Silva P. (1978): Abnormal and normal obsessions. *Behaviour Research and Therapy*, 16: 233–248.

Rachman S and Hodgson R (1980): *Obsession and Compulsion*, Hillsdale, NJ: Prentice-Hall.

Rassin E, Cogle JR, Muris P (2007): Content difference between normal and abnormal obsession, *Behavioural Research and Therapy*, 45:2800-2803.

Rassin E and Muris P (2007): Abnormal and normal obsessions: A reconsideration. *Behaviour Research and Therapy*, 45: 1065–1070.

Rauch SL, Wedig MM, Wright CI et al. (2007): Functional magnetic resonance imaging study of regional brain activation during implicit sequence learning in obsessive-compulsive disorder. *Biological Psychiatry*, 61:330–336.

Robins LN, Locke BZ, Regier DA (1991): An overview of psychiatric disorders in America. In: Robins LN, Regier DA (Eds). *Psychiatric Disorders in America: The Epidemiologic Catchment Area Study*. New York, NY: The Free Press.

Salkovskis PM (1985): Obsessional-compulsive problems: A cognitive-behavioural analysis, *Behavioural Research and Therapy*, 23: 571-583.

Salkovskis PM (1989): Cognitive-behavioural factors and the persistence of intrusive thoughts in obsessional problems. *Behaviour Research and Therapy*, 27: 677-682.

Salkovskis PM, Wroe AL, Gledhill A et al (2000): Responsibility attitudes and interpretations are characteristic of obsessive compulsive disorder, *Behaviour Research and Therapy*, 38: 347-372.

Sanavio E (1988): Obsessions and compulsions: the Padua Inventory, *Behaviour Research and Therapy*, 26:169-177.

Sasson Y, Zohar J, Chopra M et al (1997): Epidemiology of obsessive compulsive disorder: A world view, *Journal of Clinical Psychiatry*, 58(Suppl.12):7-10.

Shafran R, Thordarson DS, Rachman S (1996): Thought-action fusion in obsessive-compulsive disorder, *Journal of Anxiety Disorders*, 10:379-391.

Simonds LM, Thorpe SJ, Elliott SA (2000): The Obsessive-Compulsive Inventory: Psychometric properties in a nonclinical student sample. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 28:153-159.

Summerfeldt L, Antony M, Downie F et al (1998): Prevalence of particular obsessions and compulsions in a clinic sample. Unpublished manuscript.

Torres AR, Prince MJ, Bebbington PE et al (2006): Obsessive-compulsive disorder: prevalence, comorbidity, impact, and help-seeking in the British National Psychiatric Morbidity Survey of 2000, *American Journal of Psychiatry*, 163:1978-1985.

Van Oppen P, Hoekstra RJ, Emmelkamp PMG (1995): The structure of obsessive compulsive symptoms, *Behaviour Research and Therapy*, 33:15-23.

Weissman MM, Bland RC, Canino GJ et al (1994): The cross national epidemiology of obsessive compulsive disorder, *Journal of Clinical Psychiatry*, 55 (Suppl. 3):5-10.

Woody SR, Stekette G, Chambless DL (1995): Reliability and validity of the Yale-Brown Obsessive Compulsion Scale, *Behaviour Research and Therapy*, 33:597-605.