

Sindromul obsesiv compulsiv – sd.O.C. – se manifestă prin trăiri subiective și manifestări comportamentale recurente, involuntare, neplăcute, împotriva cărora pacientul luptă, egodiston, fără succes. Exemple :

- Sentimentul că mâinile sunt contaminate cu microbi – spălat repetat, deși conștient critică absurditatea ideii și actului;
- Sentimentul că lucrurile din preajmă nu sunt “la locul lor” – hiperordonare repetată, nevoie de simetrie;

Ideea (intenția) absurdă și nedorită de a lovi un copil neajutorat – verificări repetate dacă nu cumva l-a agresat.

În normalitate se întâlnesc trăiri și comportamente obsesiv comprehensive, de exemplu:

- după un eveniment deosebit – spaimă, rușine, greșeală – acesta re apare involuntar și neplăcut în vis sau în conștiință, ca rememorare, reprezentare, ca sentiment de culpă etc.
- când o persoană de care subiectul e atașat – copil, iubită, părinte – trece prin încercări dificile, se menține o tensiune de așteptare cu preocupare repetitivă asupra eventualităților nefavorabile ce i s-ar putea întâmpla;
- când subiectul desfășoară o acțiune periculoasă sau importantă, el e deosebit de atent, hipervigilent la modul de desfășurare, cu precauții deosebite și verificări repetate a tuturor detaliilor, pentru a fi sigur de o bună desfășurare.
- În psihopatologie trăirile și manifestările OC apar de obicei în afara unor situații care să le facă comprehensive. Totuși, se poate menționa, ca aspect intermediar : reacția de stres posttraumatic. Aceasta apare după

psihotraume extrem de intense, persistente și care de obicei cuprind mai multe persoane (catastrofe naturale, stări de teroare, acte teroriste etc.).

Ele constau în manifestări ce durează săptămâni sau luni, caracterizate prin :

- alertă de tipul anxietății generalizate, cu hipervigilitate, insomnie de adormire și fenomene neurovegetative (inclusiv patologie psihosomatică);
- atacuri de panică și conduite de evitare fobică față de tot ceea ce amintește de evenimentul hiperstresant ;
- reamintiri obsesive ale situației stresante, în starea de veghe sau în vis.

Această condiție patologică, declanșată reactiv, realizează o articulație între patologia anxioasă și cea obsesiv-fobică propriu zisă.

Sd.OC se diferențiază de alte sindroame psihopatologice prin unele caracteristici:

- se plasează la nivelul motivațional al psihismului, între ideea argumentativă și deliberarea ce conduce la act; din această perspectivă, el se află într-un posibil continuum cu patologia impulsivă și cu cea a dependenței;
- se exprimă prin hiperreflexie (luciditate conștientă analitică) egodistonă;
- exprimă un interes deosebit față de limitele și proximitatea sinelui corporal ;
- exprimă o preocupare excesivă și perfecționistă față de acțiune, activitate, ordonare, ordine ;
- manifestă incertitudine și ancorare în posibile nestructurate;
- exprimă o preocupare crescută față de detalii, cu dificultăți de configurare a ansamblului, o tendință la împrăștiere, compensată prin hipersistematizare.

Sd.OC se manifestă prin obsesii și compulsii, care în mod frecvent sunt corelate.

Obsesiile sunt trăiri subiective (amintiri, gânduri, ruminații, reprezentări, frici, disconfort, intenții de act) care apar spontan; și care, deși deranjante și criticate, nu pot fi îndepărtate voluntar. Așa sunt :

- sentimentul de contaminare prin microbi și murdărie;
- disconfortul creat prin dezordine;
- ideea subiectului de a cauza cuiva un rău; reprezentări indecente sau inacceptabile, mai ales sexuale, în raport cu persoane cunoscute sau percepute, (inclusiv față de imaginile sfinte din biserică); intenția de a distruge, de a da foc;
- ruminațiile reprezintă preocuparea obsesivă față de întrebări sau idei care nu au răspuns : există viață după moarte? Există Dumnezeu?
- Ideea obsesivă se declanșează din fluxul ideatic continuu care subține gândirea obișnuită ce stă la baza intențiilor, problemelor ce se impun, soluțiilor ce se configurează, a ideilor originale și creatoare. Din acest fond se pot “dez-implică” idei intruzive, grupate în jurul unor teme ca cele de mai sus, conducând la ideea obsesivă.

Compulsiile se referă la acte simple care se repetă fără voia subiectului și parțial sunt corelate cu trăirile obsesive. E.g. :

- spălatul compulsiv pe mâini (ablutomania) pentru a înlătura microbii sau murdăria cu care subiectul are sentimentul că s-a contaminat;
- ordonarea compulsivă/ pentru a contracara dezordinea sau faptul că “lucrurile nu sunt la locul lor”;
- verificarea obsesivă/pentru a controla faptul dacă nu a comis o agresiune, injurie, viol.
- Colecționarismul absurd, a unor obiecte inutile;

Se menționează și “compulsii psihice”, “ascunse” care se desfășoară mental și nu comportamental; e.g. faptul de a spune în gând o rugăciune pentru a contracara ideea obsesivă de injurie a divinității; sau, numărutul compulsiv. Corelarea obsesiei/compulsiei compensatorii, nu rezolvă egodistonia pe care ideea

obsesivă o induce; aceasta persistă cu toată “anularea” ei prin comportamentul compulsiv.

Compulsiile se referă la acte simple care se repetă fără voia subiectului și parțial sunt corelate cu trăirile obsesive. E.g. :

- spălatul compulsiv pe mâini (ablutomania) pentru a înlătura microbii sau murdăria cu care subiectul are sentimentul că s-a contaminat;
- ordonarea compulsivă/ pentru a contracara dezordinea sau faptul că “lucrurile nu sunt la locul lor”;
- verificarea obsesivă/pentru a controla faptul dacă nu a comis o agresiune, injurie, viol.
- Colecționarismul absurd, a unor obiecte inutile;

Se menționează și “compulsii psihice”, “ascunse” care se desfășoară mental și nu comportamental; e.g. faptul de a spune în gând o rugăciune pentru a contracara ideea obsesivă de injurie a divinității; sau, număratul compulsiv.

Corelarea obsesiei/compulsiei compensatorii, nu rezolvă egodistonia pe care ideea obsesivă o induce; aceasta persistă cu toată “anularea” ei prin comportamentul compulsiv.

În afara actelor compulsive care se află în relație directă cu conținutul trăirilor – ideilor – obsesive pe care ar intenționa să le anuleze, există și acte/comportamente involuntare, compulsive, care se află într-o relație laxă sau fără relație clar decelabilă cu astfel de obsesii. Ele pot fi precedate de o stare de încordare sau tensiune psihică, de senzații corporale greu de precizat : furnicături, arsuri etc. Execuția actului compulsiv conduce la o “relaxare” momentană a subiectului. În această categorie intră :

- acte sau “ritualuri” – eventual “ceremonialuri” – compulsive care sunt efectuate cu valență “magică” : subiectul resimte nevoia imperativă de a le executa, simțind că altfel se va produce ceva rău, o nenorocire; E.g. : înainte de a deschide o ușă trebuie să efectueze doi pași înainte și doi înapoi, de două ori;

- ritualuri comportamentale prin care actele banale ale vieții de zi cu zi sunt desfășurate lent, cu o atenție excesivă acordată fiecărui detaliu, repetându-se uneori; e.g. – spălatul de dimineață, inclusiv pe dinți, luarea mesei, plecarea de acasă, culcatul etc. Uneori, aceste ritualuri sunt însoțite de repetiții interminabile, blocaje, acte inutile relativ complexe și manieriste(ceremonialuri) etc.

Aritmomania sau numărătoarea compulsivă se referă uneori la numere faste și nefaste, la combinații ci calcule numerice; acestea sunt resimțite de subiect ca imperativ necesare pentru desfășurarea unor acțiuni simple;

Verificări obsesive banale dar infinit repetate; întrebări obsesive inutile etc.

Obsesiile și compulsiile condiționează – sau se corelează cu – o stare de egodistonie hiperreflexivă.

Aceasta înseamnă :

- Egodistonia se referă la un conflict cu sine recunoscut și acceptat lucid; la o dedublare interioară, la un deficit de unitate sintetică a sinelui. În mod natural sunt corelativ prezente : - nehotărârea; - ambivalența și ambitendența; - nesiguranța și incertitudinea; - deficiența de ierarhizare a semnificației și importanței informațiilor, având drept consecință echivalența derutantă a datelor informative; - ca o consecință, sentimentul lipsei de repere și orientare.

Corelativ cu aceste trăiri se poate instala abulia, chinul și frământarea interioară a îndoielii de sine, nesiguranța și neîncrederea în sine.

Hiperreflexivitatea se corelează cu : - atenția exagerată acordată propriei persoane, mai ales în plan corporal și abstract; - acordată propriilor acțiuni, în modul lor de desfășurare efectivă, fapt ce conduce la verificări repetate și un autocontrol ce perturbă spontaneitatea; - autoanaliza exagerată, lucidă, a propriului proces de gândire și deliberare (faptul de a desface firul în patru).

Aceste două tendințe articulează formele grave de obsesionalitate cu formele simple de schizofrenie comentate de Bleuler (și reluate de fenomenologi, după Blankenburg).

Simptomele ce pot fi reunite în sd.O.C. sunt multiple. Un ghid util care este foarte mult utilizat în cercetările din ultimele decenii este cel în instrumentul Y-BOCS. Acesta prezintă liste distincte pentru identificarea obsesiilor și a compulsiilor precum și pentru evaluarea interferențelor acestora cu viața de zi cu zi.

Lista Y-BOCS pentru simptomele obsesive :

Obsesii agresive : - teama de automutilare; - de a vătăma pe alții; - imagini violente sau înspăimântătoare; - teama de a spune cuvinte obscene sau insulte; - că ar putea face ceva jenant sau penibil; - că va da curs impulsurilor nedorite (criminale); - de a fura; - că va fi răspunzător pentru faptele rele făcute de alții. Obsesii de contaminare : - dezgust față de secreții corporale; - preocupare față de murdărie sau microbi; - față de contaminări cu radiații, deșeuri; - cu substanțe din gospodărie (detergenți): - de insecte; - reziduuri lipicioase; - că se va îmbolnăvi din cauza contaminării; - că se vor îmbolnăvi ceilalți prin răspândirea contaminării. Obsesii sexuale : - gânduri și impulsuri perverse; - privitoare la incest și pedofilie; - la homosexualitate; - sexualitate agresivă. Obsesii de colecționare/teaurizare; Obsesii religioase (scrupulozitate) : - obsesii de sacrilegiu sau blasfemie; - preocupare cu moralitatea (corect/fals, cinstit/necinstit); Obsesii legate de simetrie și exactitate : - acompaniate de gândire magică sau nu. Obsesii variate : - nevoia de a ști sau a-și aminti; - teama de a spune unele lucruri: - imagini intruzive (nonviolente); - sunete, cuvinte, muzică intruzivă; - deranjat de anumite zgomote; - numere norocoase/ghinioniste; - culori cu semnificație specială; - temeri superstițioase. Obsesii somatice : - preocupare în legătură cu boala; - preocupare cu aspectul unor părți corporale.

Lista Y-BOCS pentru simptomele compulsive:

Compulsii de curățenie/spălare – spălarea excesivă a mâinilor : băi, spălat pe dinți, toaleta excesivă, curățarea articolelor de gospodărie; - măsuri de prevenire a riscurilor de contaminare. Compulsii de verificare : - verificarea închiderii ușii, a aragazului, instalațiilor; - că ceilalți să nu fi fost vătămați; -să nu fi fost vătămat; - să nu fi provocat o nenorocire; - să nu fi comis o greșeală; - verificări legate de obsesii somatice. Ritualuri de repetare : - recitare sau rescriere; - repetarea unor activități de rutină; Compulsii de numărare; Compulsii de ordonare/aranjare, Compulsii de colecționare/tezaurizare, Compulsii variate: - ritualuri mentale; - excesivă efectuare de liste; - nevoie de a întreba, a se confesa; - nevoia de a atinge, a freca, a bate (în lemn); - ritualuri implicând clipitul; - verificări pentru a preveni vătămarea proprie; - comportamente alimentare ritualizate; - comportamente superstițioase; - tricotilomania; - alte comportamente automutilante/autoagresive.

Evaluarea Y-BOCS a intensității tulburării prin interferența cu viața de zi cu zi. Astfel, pentru obsesii se are în vedere : 1. Timpul ocupat cu gândurile obsesive; perioada de timp fără obsesii; 2. Interferența cu activitatea zilnică cauzată de gândurile obsesive; 3. Distresul cauzat de gândurile obsesive; 4. Rezistența la obsesii; 5. gradul de control al obsesiilor. Aceleași domenii sunt inventariate și pentru compulsii.

Marea varietate a simptomatologiei OC a condus la încercări de sistematizare și grupare. În prezent este acceptată gruparea în 4 (sau 5) mari clase, pe baza metaanalizelor care cuprind inventarul a zeci de mii de cazuri. Aceste clase sunt astfel centrate tematic:

- Contaminare/spălare, curățenie;
- Intenții agresive, sexuale/verificare;
- Ordine/ordonare;
- Colecționarism.
- Aceste clase par a fi relativ distincte; deși clasa colecționarismului (care e predominant impulsivă) apare ca mai apropiată de cea a

ordinii și ordonării, ambele interferând cu manifestările repetitive din spectrul autist.

O altă direcție a unei posibile sistematizări a simptomatologiei TOC se corelează cu ideile ce au condus în anii 90 la ideea unei special spectru obiectiv compulsiv (STOC) de către echipa lui Hollander. Această abordare are în vedere 3 direcții:

Între polul compulsiv și cel impulsiv; pe această axă se plasează : sindromul Tourette, tricotilomanie, bulimie, oniomanie, cleptomanie, jocul patologic de noroc, comportamentul sexual și agresiv impulsiv etc.

Între polul cognitiv și cel motor; se trece de la TOC la sindromul Tourette, ticuri și alte mișcări involuntare.

Între polul incertitudinii și cel al certitudinii; se trece de la TOC la tulburare dismorfic corporală, anorexică și hipocondriacă prevalentă și delirantă.

Particularitățile spectrului obsesiv compulsiv – STOC – constă în faptul că e conceput ca evoluând în direcții divergente. Spre comportament impulsiv și personalitate borderline; Spre tulburări neurologice (ticuri, coree); Spre tulburări prevalent delirante.

În toate cazurile se păstrează ca particularități:

- Centrarea pe propria corporalitate (dismorfic, hipocondriac, tricotilomanie);
- Atenția acordată detaliilor.

Sindromul OC, care se referă la o tulburare circumscrisă în timp în cadrul TOC, se cere raportată la tulburarea de personalitate OC – TPOC – care se referă la trăsături constante, ce se manifestă de-a lungul întregii vieți.

Spre deosebire de majoritatea celorlalte tulburări de personalitate – TP – în care itemii caracterizanți se referă la relaționarea interpersonală și socială, în cazul TPOC aceștia sunt reduși la unul singur (=dificultatea de a colabora cu

alții în activitate), ei fiind centrați pe raportarea la acțiune, pe felul în care sunt organizate și funcționează “funcțiile executive”).

Criteriile DSM-IV-TR pentru diagnosticarea TPOC cuprind (într-o ordine rearanjată):

- Este excesiv dedicat muncii și productivității mergând până la excluderea activităților recreative și a relațiilor de prietenie;
- Preocuparea excesivă cu organizarea, ordinea, programe și orare (reguli, liste detalii), astfel încât se pierde din vedere scopul principal al activității.
- Perfecționism exagerat în executarea sarcinilor (e.g. subiectul nu poate termina un proiect deoarece aceste nu se ridică la standardele proprii).
- Rigid, încăpățânat, conștiincios și scrupulos; nu renunță la lucruri inutile și uzate; zgârcenie, nu delegă sarcinile altuia.

Criteriile din ICD-10 adaugă : - sentimente de îndoială și prudență excesive; - aderența la convențiile sociale; intruziunea unor gânduri sau impulsuri supărătoare (ultimul aspect se referă evident la simptome OC).

Diverse scale de evaluare ale TPOC detaliază trăsăturile menționate, toate insistând asupra preocupării excesive față de activitate, organizare, detalii, perfecționism, scrupulozitate, rigiditate. Se mai precizează :

- Plănuiește dinainte în cele mai mici detalii, planifică excesiv (PAS-Tyrer);
- Indecizie, luarea deciziilor este amânată din cauza temerii neobișnuite de a nu greși.

Se mai cere reținută diferențierea (Petrilowitsch) între două forme extreme de TPOC.

Anankastul = rigid, formalist, distant, conștiincios, perfecționist, neinfluențabil, necolaborant cu nimeni;

Psihastenie = nehotărât, împrăștiat, abulic, ambivalent (acceptă sugestiile și dominarea dar nu execută cele promise), apragmatic, rumații.

Între sd.OC și TPOC există diferențe evidente care țin de perspectiva din care sunt abordările fenomenale; - ca simptome secvențial repetitive egosintone și situaționale în cazul TOC; - ca trăsături constante, în principiu egosintone în TPOC. Dar, există și o serie de elemente comune, precum:

- Preocuparea pentru deliberare, act, acțiune, activitate;
- Redusul interes pentru relaționarea interpersonală, cu dificilă colaborare, ambivalență, relații oficiale;
- Tendința exagerată la control al situațiilor și autocontrol hiperreflexiv;
- Preocuparea excesivă față de detalii și față de asamblare (cu dificultatea configurării acestora din urmă); deficiențe în spontaneitatea relaționărilor situaționale imediate;

Revenind la simptomatologia sd. OC, ea se cere diferențiată de principalele sindroame față de care e relativ apropiată; și cu care pot exista realmente zone de continuum. Acestea sunt:

- Patologia – simptomatologia – anxios-fobică;
- Patologia – sindromatologia – depresivă;
- Patologia – sindromatologia – delirantă;

Diferențe și zone de continuum între sd. OC și sd. anxios fobic

Principalele diferențe constă în faptul că psihopatologia fobică se referă la obiecte și situații localizabile spațio-temporal și temelie în exterioritatea publică; - e.g. agorafobie, fobie socială, astfel încât permit conduite de evitare și asigurare;

Trăirile, simptomele OC sunt resimțite ca derivând din – și desfășurându-se în – interioritatea propriului spațiu subiectiv (eu/corp); ele izvorăsc din sine și se referă la sine; în forma lor tipică simptomele OC nu se plasează în spațiu exterior public; ele sunt expresia unei ego-distonii, a unui conflict cu sine, intim.

Zona de interferență și continuum se realizează predominant (mai evident) la nivelul simptomatologiei de contaminare; aceasta, deși resimțită tot timpul în spațiul intim al corporalității, se poate corela cu unele situații exterioare ale spațiului public, mai expus contaminare; în același sens pot fi comentate ritualurile a căror neexecutare amenință cu un pericol magic, neprecizabil.

Depresia prezintă unele asemănări cu sd. OC prin retragere socială și repliere pe sine, pe trecut. Dar în cazul depresiei reducerea activității se datorează inhibiției și nu indeciziei și autoanalizei detaliate a deliberării și acțiunii. Trăirea exagerată a culpei pe care o manifestă unii obsesivi nu e nemotivată; ci derivată din exagerarea scrupuloasă a unor detalii existențiale și a realelor obsesii agresive și amorale; sentimentul de vinovăție poate fi amplificat de fenomenul “fuziunii act/gândire”. O altă inferență cognitivă anormală poate conduce de la o eventuală neglijență – e.g. neînchiderea gazului sau a ușii – la consecințe posibile catastrofale pentru alții; în toate aceste cazuri, mecanismul de instalare și menținere a vinovăției obsesive e diferit de cel din sd. depresiv; centrarea pe detalii și în acest caz joacă un rol important.

Delirul monotematic poate fi corelat, prin intermediul ideației prevalente de preocupările obsesive, fapt evidențiat de schema STOC a lui Hollander. Situația paradigmatică o constituie obsesia – convingere privitor la contaminarea prin agenți invizibili. Ceea ce e de subliniat în această direcția continuumului (posibil) psihopatologic, este centrarea pe tematica corporală; din STOC fac parte în acest sens : tulburarea dismorfic corporală, anorexia nervoasă, sd. Adonis și hipocondria; alte teme în care corporalitatea și limitele ei e centrul implicației, ar putea fi adus în discuție (delirul dermatozic, osmotic); problema e corelată atât cu schema corporală cât și cu imaginea corporală.

Diferența între simptomatologia OC și cea a schizofreniei este la o primă abordare o problemă simplă. Ea are însă o deosebită importanță psihopatologică problema putând juca un rol în clarificări etiopatogenetice.

Distincția față de forma paranoidă a schizofreniei se impune prin următoarele :

- În TOC subiectul nu se simte amenințat de alte persoane ci de agenți invizibili (microbi, murdărie, substanțe) care străbat limitele corporalității (schema corporală);
- În TOC, la un pol opus față de paranoidie resimte că el intenționează să facă rău altora și nu alții să-i facă rău;
- Trăirile de tip OC sunt resimțite de subiect ca izvorând din el însuși, ca aparținându-i; și nu ca impuse din afară ca în xenopatia fenomenelor de influență și dirijare schizofrenă.

Distincția față de forma catatonă, simplă și dezorganizantă ridică mai multe probleme. Dacă se ia în considerare autismul, simptomatologia OC – cea a TOC și TPOC – apare sin unele puncte de vedere ca intermediare.

Principalele simptome comune cu autismul și schizo cataton-dezorganizant ar fi :

- Intoleranța la schimbare, nevoia de ordine fixă, compulsia de ordonare, la simetrie;
- Mișcările repetitive stereotipe;
- Atenția crescută acordată detaliilor și deficiența de configurare a ansamblului (care se exprimă cel mai pregnant în dezorganizarea schizofrenă)
- Hiperreflexia autoanalitică.

Hiperreflexia, în sens de luciditate crescută cu atenție exagerată acordată propriului comportament și propriilor activități psihice, a fost studiată de mai mult timp de fenomenologi (Minkowski, Blankenburg) și cognitiști (Frith) în schizofrenia simplă (cu puține simptome schizo+). Ea a fost consdierată

responsabilă de ambivalența și abulia din schizo și obsesionalitatea gravă. În ultimul deceniu a revenit în atenția psihopatologilor prin doctrina lui Sass și Parnas : hiperreflexia împiedecă decizia, percepția eficientă, acțiune și chiar actul de gândire.

Hiperreflexia studiată în schizo- (forma simplă/dezorganizantă) se corelează cu procesul normal de autocontrol a proceselor psihice și acțiunea în situație. Și cu accentuarea acestei tendințe la control exagerat în obsesionalitate.

Obsesivul tinde să țină totul sub control : relațiile cu alții, situațiile; acțiunea proprie, motiv pentru care face multiple verificări.

Ruminațiile obsesive sterile pot fi corelate cu hiperreflexia autoaaltică centrată pe analiza ideilor abstracte, fenomen ce se întâlnește și în schizofrenie.

Fixarea pe detalii și hiperreflexia pot explica și lentoarea excesivă a acțiunii ce se întâlnește la unii obsesivi.

Obsesivul hiperreflexiv se diferențiază însă de schizofren și autist prin faptul că e preocupat de acțiunea eficace, pe care vrea să o ducă la sfârșit în mod perfect.

Simptomatologie comună între obsesionalitate și autism :

- Intoleranță la schimbare;
- Nevoie de ordine, simetrie, fixitate;
- Stereotipii, mișcări repetitive;
- Atenție acordată detaliilor, deficiență de configurare a ansamblurilor;
- Colecționarism;
- Interes redus pentru comunicare nonverbală;
- Preocupare pentru numere;

Cu toată plasarea la intersecția mai multor domenii de psihopatologie TOC și TPOC își păstrează individualitatea și specificitatea sindromatologiei.

Spectrul TOC rămâne și el destul de bine circumscris, caracterizat printr-o serie de particularități cum ar fi :

- centrarea pe zona psihologică a deliberării și trecerii

la act;

- preocuparea cu propria corporalitate;
- preocuparea față de detalii, ordine și simetrie, neschimbare, acțiune, repetiție, problematizarea întregului, nevoia de control, hiperreflexie.

Cinci întrebări pentru depistarea obsesionalității în populația generală

Vă spălați sau faceți curățenie exagerată?

Verificați exagerat?

Aveți uneori gânduri care nu vă lasă în pace și de care nu puteți scăpa?

Activitățile zilnice vă iau exagerat de mult timp?

Vă preocupă exagerat ordinea și simetria?