UNIVERSITATEA “ALEXANDRU IOAN CUZA” DIN IAȘI
FACULTATEA DE PSIHOLOGIE ȘI ȘTIINȚE ALE EDUCAȚIEI
ȘCOALA DOCTORLĂ DE PSIHOLOGIE ȘI ȘTIINȚELE EDUCAȚIEI
SPECIALIZAREA PSIHOLOGIE

TEZĂ DE DOCTORAT

REZUMAT

Funcționarea psihică obsesivă, de la funcțional la disfuncțional

Coordonator științific:

Conf. univ. dr. Camelia Soponaru

Doctorand:

Semeniuc Suzana Elena

IAȘI

2024

I. Motivația cercetării

Tulburarea obsesiv-compulsivă (OCD) este una dintre problemele de sănătate mintală frecvente, a patra tulburare psihiatrică menționată în Epidemiological Catchment Area (ECA, cel mai amplu studiu privind prevalența și incidența tulburărilor psihiatrice în SUA) după fobii, adicții și depresie majoră (Prelipceanu Dan, 2018) și una dintre cele mai debilitante și, în același timp, costisitoare pentru sistemele medicale. Suferință cronică, ce poate debuta din adolescență, afectează între 1,2% și 3% din populație (Abramowitz et al., 2017). Recenta perioadă pandemică a contribuit semnificativ la agravrarea simptomatologiei pre-existente (Cunning & Hodes, 2022; Guzick et al., 2021; Zaccari et al., 2021) și, posibil și la creșterea incidenței în rândul populației (Alkhamees, 2021; Nezgovorova et al., 2022).

Cu toate că atât obsesiile cât și compulsiile, din punct de vedere calitativ sunt comune pentru majoritatea oamenilor (Mancini, 2018), doar o parte ajung să sufere de tulburări din spectrul obsesiv-compulsiv, principala diferență fiind frecvența cu care apar obsesiile și compulsiile în viața de zi cu zi, care ajung să ocupe o parte semnificativă din rutina zilnică a indivizilor suferinzi. Întrebarea de bază la al cărui răspuns a contribuit o largă literatură științifică și la care ne propunem să contribuim și cu cercetarea de față este ce anume face ca unii oameni să ducă tendințele obsesionale și compulsive dincolo de limita patologică.

Scopul nostru principal a fost acela de a dobândi o înțelelegere mai profundă a organizării psihice de tip obsesiv: care sunt factorii care predispun individul la o vulnerabilitate ridicată de a dezvolta boala, ce face diferența între tendințe accentuate și patologie, care sunt factorii care mențin simptomatologia sau cresc riscul de recăderi, în ciuda unui bun răspuns terapeutic inițial și, nu în ultimul rând, care sunt obstacolele din relația terapeutică ce pot bloca procesul de intervenție. Studiile cantitative s-au axat în principal pe a verifica empric și a contribui la integrarea modelului explicativ cognitiv propus de Mancinii și colaboratorii (2018) cu cel al Schema Therapy (ST) (Young et al., 2003) pentru funcționarea psihică de tip obsesiv (Tenore et al., 2018). Datele calitative au fost culese de la terapeuți de diverse orientări psihoterapeutice care au lucrat de-a lungul anilor cu persoane care suferă de OCD și care, în vederea cercetării noastre, au participat la un exercițiu de imagerie în care au prelucrat situații dificile din lucrul cu această populație clinică.

Considerăm că rezultatele noastre au un impact semnificativ, atât la nivel teoretic, prin propunerea unui model explicativ complex al OCD care vine să extindă cunoașterea privind această tulburare, cât și la nivel clinic prin oferirea unor direcții pentru îmbunătățirea protocoalele terapeutice actuale și a unor potențiale obstacole care pot interveni în procesul terapeutic prin intermediul relației terapeutice.

De asemenea, la nivel de comunitate, rezultatele noastre pot servi la o mai bună conștientizare și implementare a factorilor protectivi de care părinții și școala pot ține cont în efortul de a crește reziliența psihică a copiilor lor și a reduce astfel vulnerabilitatea acestora de a dezvolta această tulburare debilitantă în adolescență sau perioada adultă.

II. Tulburarea obsesiv-compulsivă

O discriminare clară între populația clinică și cea non-clinică în privința OCD nu poate fi însă realizată prin evaluarea temelor conținutului ideilor obsesive, aceastea regăsindu-se în egală măsură în ambele populații (Mancini, 2018; Rassin et al., 2007). Ce diferă însă este mai curând frecvența cu care aceste idei apar și evaluarea semnificativ mai negativă pe care persoanele care suferă de OCD o asociază acestora. La fel ca și în cazul obsesiilor, și în cazul compulsiilor - modalități de rezolvare ale problemelor ridicate de obsesii - diferența între patologie și normalitate nu e dată se pare de tipurile de rezolvare la care recurg persoanele ci mai curând de acuratețea, repetitivitatea și perseverența tentativelor de rezolvare obsesivă, care depind, la pacienții obsesivi, de căutarea siguranței că evenimentul temut nu este posibil (Mancini, 2018).

Cercetările care vizează contribuția factorilor de mediu în dezvoltarea OCD sunt, în majoritatea lor corelaționale și nu cauzale ceea ce presupune că rezultatele trebuie interpretate cu precauție. Potrivit acestora, persoanele care au suferit traume în copilărie, cum ar fi abuzul fizic sau sexual, neglijarea emoțională sau evenimente de viață adverse, prezintă un risc crescut de a dezvolta OCD mai târziu în viață. Există de asemenea argumente care susțin că diferite tipuri de traume din copilărie pot avea efecte diferite asupra dezvoltării tulburării. De exemplu, abuzul sexual și neglijarea emoțională au fost asociate cu un risc mai mare de a dezvolta OCD în comparație cu abuzul fizic (Mathews et al., 2008; Ou et al., 2021). Anumite stiluri parentale au fost menționate de literatura de specialitate ca fiind posibili factori ce influențează dezvoltarea la vârsta adultă a unei organizării psihice de tip obsesiv. Astfel, indivizii cu niveluri ridicate de

convingeri obsesive au fost mai predispuși să raporteze cazuri de disciplină centrată pe relație, în care părinții folosesc deteriorarea relației părinte-copil ca mijloc de pedeapsă, în comparație cu cei cu niveluri scăzute de convingeri obsesive (Mariaskin, Amy et al., 2009). De asemenea, pacienții cu OCD care i-au perceput pe membrii familiei ca fiind critici sau ostili au o severitate mai mare a simptomelor, iar perfecționismul, preocuparea excesivă asupra detaliilor au fost întâlnite semnificativ în rândul părinților invivizilor obsesivi (Van Noppen & Steketee, 2009; Waters & Barrett, 2000).

III. Modelul cognitiv Mancini al minții obsesive

Modelul cognitiv al tulburărilor obsesive propus de Mancini (2018) are ca ipoteză centrală că ”determinismul psihologic al simptomelor obsesive este scopul de a preveni o vină și anume o vină deontologică, adică legată de încălcarea unor norme morale. Eventualul faliment al acestui scop este perceput ca o catastrofă inacceptabilă și insuportabilă” (Mancini, 2017, p. 51). Conceptul de vină altruistă include o victimă și convingerea că propriul comportament, manifestat prin acțiune sau omisiune, nu a fost în sprijinul celorlalți. Consecința experienței acestui tip de vină implică dorința de reparație, tendința de a face eforturi pentru a micșora suferința victimei, dar nu implică preocupaea pentru încălcarea unei norme morale (Mancini, 2017). Pe de altă parte, vina deontologică apare și în absența unei victime, însă este legată de încălcarea unei norme morale, presupunând așteptarea unei pedepse. De aceea scuzele sau mărturisirile reușesc să reducă suferința (Mancini, 2017). O serie de studii au pus în evidență diferențe atât la nivel comportamental cât și la nivel neural între cele două tipuri de vinovăție. În conformitate cu teoriile evaluative, modelul include alte două scopuri importante ale pacienților cu OCD, în afară de evitarea vinei deontologice: prevenirea sau neutralizarea contaminării cu factori percepuți ca dezgustători (Rachman, 2006) și evitarea disconfortului produs de senzația de ”not just right experience” (Coles et al., 2003).

Mancini (2018) propune un model al funcționării obsesive bazat pe ipoteza că simptomle obsesiv-compulsive sunt un rezultat al evaluărilor specifice pe care persoana le face despre ea însăși și despre realitate, plecând de la paradigma de analiză ABC a lui Ellis. Evenimentul este interpretat de subiect ca o amenințare, în funcție de prima evaluare care are drept consecință tentativele de soluționare de ordin 1, o reacție complexă (compusă din disconfort emoțional - resimțit sub formă de anxietate, dezgust, teamă de vinovăție – procese cognitive – atenție și

memorie selective – și consecințe – compulsii comportamentale sau mentale). Ca în modelul ABC, consecințele, respectiv compulsiile, au de regulă un efect paradoxal(creșterea frecvenței evenimentelor considerate amenințătoare, întărirea credinței privind pericolul, creșterea valorii scopului amenințat). În a doua parte a modelului intervine meta-evaluarea, sau evaluarea de ordin 2, ce constă în principal într-o evaluare critică și disprețuitoare a pacientuluifață de modul în care a evaluat și soluționat situația în primă fază (Mancini, 2017).

IV. Modelul Schema Therapy (ST) în OCD

Potrivit teoriei ce stă la baza Terapiei Schemelor (ST), frustrarea nevoilor emoționale de bază în copilărie și adolescență, alături de moștenirea genetică, duce la formarea schemelor disfuncționale, care creează la rândul lor vulnerabilitatea pe care persoana o are în a dezvolta un anume tip de patologie în perioada adultă. În modelul revizuit al terapiei schemelor Young și colegii disting 18 scheme cognitive dezadaptative timpurii, 13 dintre ele considerate necondiționate și 5 condiționate, grupate în cinci domenii, în funcție de nevoile emoționale de bază care nu au fost îndeplinite: separare și respingere, autonomie și performanță deficitare, limite deficitare, orientarea către celălalt, hipervigilență și inhibiție (Young et al., 2003).

Dacă o schemă disfuncțională reprezintă o caracteristică stabilă a personalității, similară din acest punct de vedere conceptului de trăsătură, conceptul de mod se referă la o stare specifică, apărută în urma activării schemei. Există mai multe tipuri de moduri care descriu dinamica intrapsihică a persoanei: modurile de copil (părți care exprimă nevoi și emoții-copilul vulnerabil, singur, abuzat, neglijat, trist, furios, impulsiv etc), modurile de părinte disfuncțional (părți care reprezintă vocile parentale introiectate-părintele critic, punitiv, exigent, părinte care induce vinovăția), modurile de coping specifice (modul compliant-neasertiv, submisiv în relații, modul evitant – caracterizat de izolare, disociere, comportamente evitante, modul supracompensator/de atac – violent, critică, judecă) (Tenore et al., 2018). Studiile care vizează însă particularitile funcționaării obsesive din perspectiva schemelor cognitive disfuncționale și a modurilor, sunt deocamdată puține și vizează în general comparații cu patologii comorbide. În privința schemelor disfuncționale timpurii, pacienții cu OCD raportează scoruri mai ridicate la cele de Dependență/Incompetență, Vulnerabilitate la pericole, Abandon și Autocontrol redus comparativ cu pacienții cu tulburări alimentare și cei care suferă de durere cronică (Voderholzer et al., 2014). Alte scheme asociate cu OCD au fost Izolarea socială, Deprivarea emoțională, Nedezvoltarea

sinelui, Îndreptățire, Subjugare, Nevoie de validare, Negativism/pasivitate și Standarde nerealiste (Atalay et al., 2008). În privința modurilor specifice funcționării obsesive, numărul studiilor este și mai redus. Astfel, modurile de copil vulnerabil, copil furios, părinte punitiv, părinte exigent, precum și cele de supracompensare de tip perfecționist/supracontrol, goflare a eu-lui și cel de evitare sub forma protectorului detașat și a celui de autoliniștire au fost asociate cu TOC și personalitatea de tip obsesiv (Arntz, 2012; Basile et al., 2017; Gross et al., 2012).

V. Intervenții psihoterapeutice cognitive în OCD

Psihoterapia cognitiv-comportametală (CBT) este în continuare recomandată la scară largă ca fiind principala linie de intervenție în tratarea OCD. Toate protocoalele CBT folosite în abordarea tulburării, indiferent de structura lor, includ aceleași tehnici psihoterapeutice majore: tehnici de restucturare cognitivă și/sau Expunerea cu prevenirea răspunsului (E/RP).

Având în centrul său nevoile de bază neîndeplinite în copilărie, pincipalul obiectiv al intervențiilor în ST este sprijinirea clientului în a dezvolta modalități funcționale și adaptative de împlinire a acestor nevoi (dezvoltarea modului de Adult Sănătos) și renunțarea la comportamentele dezadaptative (reducerea modurilor de coping disfuncționale) și la dialogul intern distructiv (reducerea/înlăturarea modurilor de părinte exigent/punitiv). Principalele intervenții ST în OCD prespun psihoeduație privind modelul modurilor de schemă și conceptualizarea tulburării în acest model, reparentarea limitată prin intremediul relației terapeutice, tehnici de restructurre cognitivă, exercițiile de imagerie, între care Imageria rescriptivă (ImR) și dialogul între modurile de schemă. În cazul particular la OCD, toate aceste tehnici au ca scop validarea experiențelor și împlinirea nevoile exprimate de modul de Copil Vulnerabil, setarea de limite pentru modul de Copil furios al pacientului, confruntarea modului de Părinte exigent/punitiv și negocierea cu modul de Supracontrol perfecționist și cu modul de Detașare (Basile, Luppino, et al., 2018; Gross et al., 2012). În general, intervențiile ST au fost integrate în protocolul CBT, mai ales în faza de reducerere a vulnerabilității la tulburare sau pentru a crește complianța la E/RP. În utltimii ani au fost câteva studii clinice care au aplicat exclusiv tehnica ImR la pacienți obsesivi rezistenți la tratamentul CBT, cu rezultate clinice semnificative în scăderea simptomatologiei obsesive. Protocoalele au inclus una sau mai multe sesiuni ImR care au vizat fie amintiri intruzive, fie legate de experențierea vinovăției (Maloney et al., 2019; Tenore et al., 2020; Veale et al., 2015).

VI. Partea practică a cercetării

Obiectivele principale ale cercetării

Principalul scop al prezentei lucrări este acela de a oferi un model explicativ integrat al funcționării obsesiv-compulsive, plecând de la asumpțiile celor două teorii. În acord cu acest scop, cercetarea noastră a avut patru obiective principale.

Un prim obiectiv a fost să realizăm un review sistematic în care să analizăm datele empirice existente privind principalele ipoteze susținute de modelul Mancini: dacă inducerea vinei deontologice, comparativ cu inducerea altor tipuri de emoții sau cu inducerea neutră, determină apariția tendințelor OCD-like în populatia non-clinică, dacă există o asociere între vina deontologică și dezgust, în cazul populației non-clinice și dacă există o asociere între vina deontologică și NJRE, în cazul populației non-clinice.

Un al doilea obiectiv al cercetării noastre a fost acela de a testa modelul modurilor pentru funcționarea psihică de tip obsesiv la nivelul populației non-clinice românești, pe un eșantion mai larg de subiecți, modelul fiind până în prezent studiat prin cercetări comparative între populații non-clince și pacienți cu OCD sau studii comparative între subiecți cu OCD și diverse alte patologii, includerea populațiilor clinice având ca rezultat limitarea eșantioanelor la un număr relativ scăzut de subiecți. În plus, pe lângă cerectările existente care au avut ca scop doar identificarea unor moduri de schemă specifice OCD, noi ne-am propus să testăm un model de mediere pentru a verifica relația dintre aceste moduri și simptomatologia obsesivă.

Al treilea obiectiv principal al lucrării de față a fost acela de a contribui la integrarea celor două modele cognitive ale OCD, inițiativă preluată din câteva studii anterioare (Tenore, Basile, Mancini, Luppino, 2018) care au prezentat o conceptualizare integrativă a tulburării, din perspectiva ambelor teorii. Am încercat să atingem acest obiectiv prin analizarea, pentru prima dată din câte cunoaștem, a legăturilor dintre conceptele de vină deontologică, dezgust, ”not just right experience” și modurile din ST, testând pe populație non-clică un model de mediere moderată.

Ultimul obiectiv al cecetării a fost să explorăm într-o cercetare calitativă provocările terapeuților, indiferent de forma de psihoterapie pe care o practică, atunci când lucrează cu pacienții cu OCD. Explorarea s-a făcut atât dintr-o perspectivă rațională și cât și dintr-una

emoțională, și a inclus identificarea unor triggeri pentru terapeuți atunci când lucrează cu această patologie, respectiv modurile de schemă ale terapeuților pe care le declanșează acești triggeri, precum și tipurile de strategii pe care le folosesc terapeuții pentru a reveni la modul Adult Sănătos.

Studiul 1. Review sistematic al principalelor ipoteze ale modelului Mancini. Efectul vinei deontologice asupra tendințelor OCD-like, comparativ cu vina altruistă – o meta-analiză

Cercetarea de față a vizat analizarea datelor empirice existente privind principalele ipoteze susținute de modelul Mancini: (1) inducerea vinei deontologice, comparativ cu inducerea altor tipuri de emoții sau cu inducerea neutră, determină apariția tendințelor OCD-like în populatia non-clinică, (2) există o asociere între vina deontologică și dezgust, în cazul populației non-clinice și (3) există o asociere între vina deontologică și NJRE, în cazul populației non-clinice.

Potențialele cercetări au fost identificate prin căutarea după cuvinte cheie, folosind vocabularul controlat, în următoarele baze de date: PubMed, LILAC (https://lilacs.bvsalud.org/en/) LILACS (health information from Latin America and the Caribbean countries), Sience Direct, WEB of Science, Scopus, Springer, Nature Jurnals, Pentru a limita bias-ul de publicare am efectuat căutari și în baza de date ProQuest. De asemenea, a fost realizată și o căutare manuală, pornind de la bibliografiile cercetărilor.

Au fost selectate studiile care au îndeplinit următoarele criterii de includere: (1) populație non-clinică, adultă (ipotezele 1,2 si 3); (2) design de tip experimental cu sau fără grup de control (ipoteza 1), studii corelationale si design-uri experimentale sau quasiexperimentale cu sau fără grup de control (ipotezele 2 si 3) ; (3) intervenție: inducerea vinei deontologice folosind metode diverse (ipoteza 1); (4) tendințe obsesive măsurate: comportamente de spălare, verificare, ordonare, ezitare în acțiune, preferința pentru structură, preferința pentru inacțiune în dileme morale, preocuparea pentru evitarea pericolului (ipoteza 1); (5) limba de publicare: engleză, franceză, italiană (ipotezele 1,2 si 3).

Datele extrase pentru analiza celor trei ipoteze au fost anul publicării, caracteristicile eșantionului (număr de subiecți, sex, vârstă), design-ul cercetării, modalitatea de inducție a vinei deontologice, modalitatea de măsurare a dezgustului, tendințele OCD-like măsurate și instrumentele de măsurare, variabilele controlate, datele statistice (medii, abateri standard, F, t, p).

Rezultate

Review-ul sistematic, organizat pe cele trei ipoteze principale ale modelului Mancini, primul din câte cunoaștem, a cuprins trei analize calitative și o meta-analiză ce a inclus șase studii. Rezultatele au evidențiat un efect semnificativ, de mărime medie al vinei deontologice asupra apariției tendințelor obsesive, comparativ cu vina altruistă (g=0.78, 95% CI [.546-1.022], p<.0001). Acesta trebuie însă interpretat cu rezerve. Numărul mic de studii și implicit al eșantionul total redus, precum și faptul că acesta a cuprins cu preponderență subiecți de naționalitate italiană, cu o posibilă influență a religiei catolice asupra valorilor deontologice, trebuie luate în considerare în interpretarea acestui rezultat. Rezultatul este în accord cu cercetările anterioare asupra rolului pe care vina deontologică îl joacă în tulburarea obsesiv-compulsivă, realizate pe populație clinică. O limită principală a prezentei cercetări este aceea că rezultatul reflectă un efect doar în comparație cu vina altruistă, pentru comaparații cu gruprui de control sau alte stări afective fiind necesare mai multe studii viitoare. În privința asocierii vinei deontologice cu dezgustul, rezultatele sugerează existența unei astfel de legături pusă în evidență inclusiv de cercetări neuroimagistice, însă hetrogenitatea studiilor identificate, derivată din design-urile diferite, conceptualizările diferite ale dezgustului și moralității, este foarte ridicată, astfel că e dificil de estimat natura și puterea acestei legături. Și referitor la acest aspect, studii viitoare care să pună mai clar în lumină legătura dintre acest tip de vină și dezgust, sunt necesare. Legătura dintre vina deontologică și NJRE a fost, se pare, cel mai puțin studiată - am identificat un singur studiu pe populație non-clinică ce vizează relația dintre vinovăție și NJRE și care raportează un efect al inducerii vinovăției asupra NJRE - astfel că e dificil de estimat natura și puterea asocierii dintre cele două concepte în cazul funcționării obsesive.

Studiul 2. Un model explicativ ST pentru mintea obsesivă

Ipotezele studiului nostru au fost: (H1) modul de părinte punitiv/exigent are un efect pozitiv asupra nivelului simptomatologiei de tip TOC; (H1) Modul de copil vulnerabil mediază relația dintre modul de părinte punitiv/exigent și simptomatologia de tip TOC; (H2) Modul de copil furios mediază relația dintre modul de părinte punitiv/exigent și simptomatologia de tip TOC (H3) modul de coping de tip Supracontrol perfecționist mediază relația dintre modul de părinte punitiv/exigent și simptomatologia de tip OCD; (H4) modul de coping de tip Autoliniștire mediază relația dintre mdul de părinte punitiv/exigent și simptomatologia de tip OCD; (H5) modul de părinte

punitiv/exigent afectează nivelul simptomatologiei de tip OCD printr-o mediere serială a modurilor de copil vulnerabil, copil furios, supracontrol perfecționist și autoliniștire.

Rezultate

Pentru testarea ipotezelor am realizat două modele de mediere secvențială în care modul de părinte punitiv/exigent reprezintă variabilele independente (x1/x2), simptomatologia de tip TOC reprezintă variabila dependentă (y), iar mediatorii sunt modul de copil vulnerabil (M1), modul de copil furios (M2) modul de supracontrol perfecționist (M3) și modul de autoliniștire (M4).

În cazul primei variabile independente, respectiv modul de părinte punitiv, aceasta are un efect pozitiv asupra simptomatologiei de tip OCD-like. Astfel, pe calea ”punitive parent→ vulnerable child → Self-soothing – OCD-like”, modul de părinte punitiv are un efect pozitiv semnificativ asupra modului de copil vulnerabil ($\beta = .76$, $p < 0.001$), în timp ce modul de copil vulnerabil are un efect pozitiv semnificativ asupra modului de self-soothing ($\beta = .30$, $p < 0.001$), care la rândul său are un efect pozitiv statistic asupra tendințelor OCD-like ($\beta = .24$, $p < 0.001$). Pe calea ”punitive parent → perfectionistic overcontroller → OCD - like”, modul de părinte punitiv are un efect pozitiv semnificativ și asupra modului de supracontrol perfecționist ($\beta = .33$, $p < 0.001$), iar acesta are un efect pozitiv semnificativ asupra tendințelor OCD-like ($\beta = .37$, $p < 0.001$). De asemenea, modul de copil vulnerabil are un efect pozitiv statistic asupra modului de copil furios ($\beta = .20$, $p < 0.05$), iar modul de copil furios are un efect pozitiv semnificativ asupra modului de supracontrol perfecționist ($\beta = .13$, $p < 0.05$), iar modul de supracontrol perfecționist are un efect pozitiv semnificativ asupra modului de self-soothing ($\beta = .29$, $p < 0.001$). Aceste rezulate susțin ipotezele 1-4.

Modul de Părinte punitiv nu are un efect direct semnificativ statistic asupra tendințelor OCD-like. Așadar modurile de copil vulnerabil, copil furios, cel de self-soothing și supracontrol perfecționist mediază total influența modului de părinte punitv asupra simptomatologiei de tip OCD . Efectul mediat este compus mai precis din efectele indirete produse prin trei cări de mediere, respectiv “punitive parent → perfectionistic overcontroller → OCD - like”, “punitive parent→ vulnerable child → Self-soothing – OCD-like” și “punitive parent → perfectionistic overcontroller → self-soothing → OCD-like”.

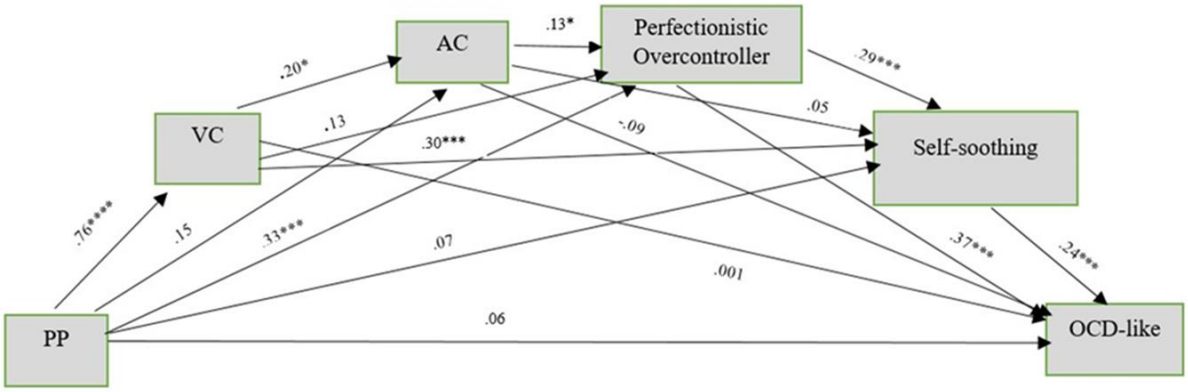


Diagrama de cale pentru modul de Părinte punitiv

În cazul celei de a doua variabile independente, respectiv modul de Părinte exigent, aceasta are un efect pozitiv semnficativ asupra tendințelor OCD-like, chiar mai mare decât modul de Părinte punitiv. Astfel, modul de Părinte exigent are un efect semnificativ asupra modului de copil vulnerabil ($\beta = .18$, $p < 0.01$), iar modul de copil vulnerabil are un efect pozitiv semnificativ atât asupra modului de copil furios ($\beta = .30$, $p < 0.001$) și a celui de self-soothing ($\beta = .37$, $p < 0.001$), cât și asupra modului de supracontrol perfecționist ($\beta = .26$, $p < 0.001$), iar modul de supracontrol perfecționist are un efect pozitiv semnificativ asupra tendințelor OCD-like ($\beta = .35$, $p < 0.001$), alături de modul de self-soothing care și el are un efect pozitiv asupra aceloraşi tendințe ($\beta = .23$, $p < 0.01$). De asemenea, modul de Părinte exigent are un efect pozitiv statistic asupra modului de supracontrol perfecționist. Și în cazul modului de părinte exigent, efectul asupra tendințelor OCD-like este mediat total. În acest caz efectul mediat este compus din efectele indirecte produse pe cinci căi de mediere, respectiv ”demanding parent → perfectionistic overcontroller → OCD - like”, “demanding parent→ Self-soothing – OCD-like”, “demanding parent→ vulnerable child → perfectionistic overcontroller → OCD-like”, “demanding parent→ vulnerable child → Self-soothing – OCD-like” și “demanding parent → vulnerable child → angry child → perfectionistic overcontroller → OCD-like”.

.

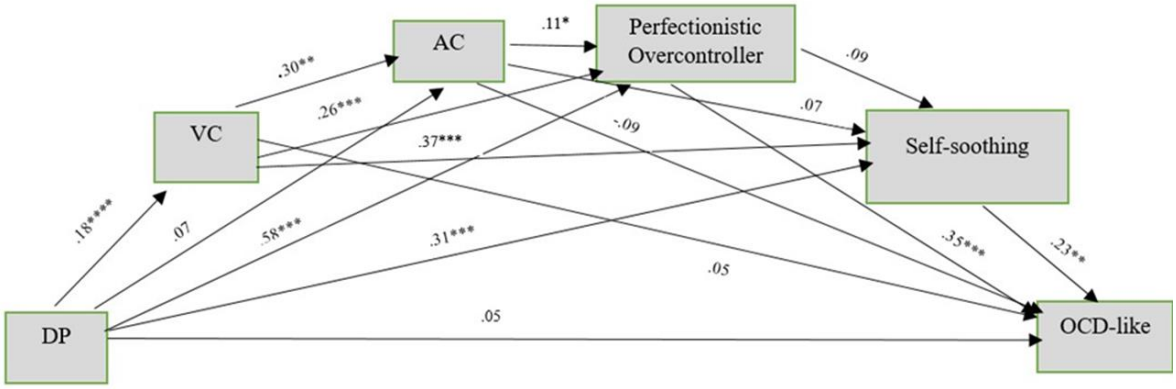


Diagrama de cale pentru modul de Părinte exigent

În concluzie putem afirma că există dovezi care să susțină modelul explicativ al modurilor și schemelor dezadaptative în funcționarea psihică de tip obsesiv, dialogul intern manifestat prin prisma modului de părinte disfuncțional introiectat având un efect indirect semnificativ asupra simptomatologiei OCD-like, efect mediat de modurile de copil vulnerabil, copil furios și de adaptările de tip evitare prin autoliniștire și supracompensare prin supracontrol perfecționist.

Studiul 3. Vinovăția, dezgustul și NJRE mediază efectul modului de părinte exigent asupra tendințelor OCD-like, iar modul de părinte punitiv moderează această mediere

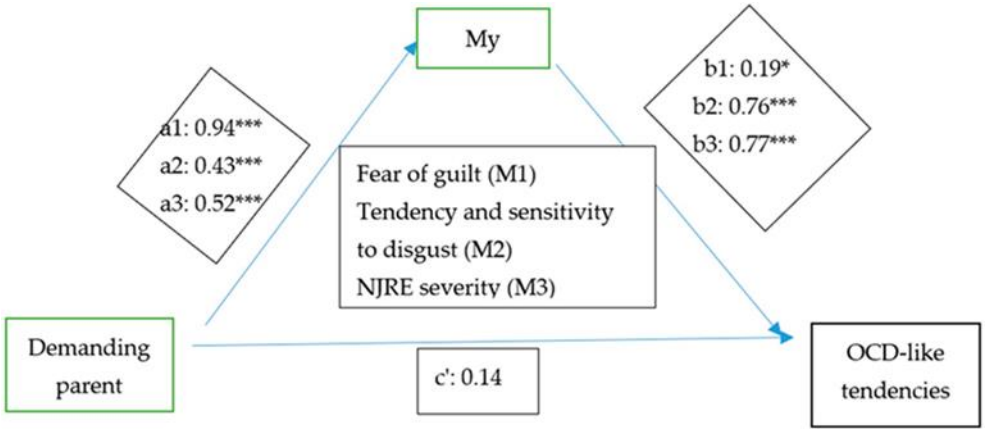
În concordanță cu revizuirea celor două modele cognitive, precum și cu concepția comună a OCD-ului propusă de Tenore et al. (2018), obiectivul principal al prezentului studiu este de a examina, într-o populație non-clinică, validitatea unui model explicativ integrat, cu mediere moderată, pentru funcționarea psihologică de tip obsesiv. Astfel, propunem ca primă Ipoteză (1) faptul că frica de vinovăție, tendința și sensibilitatea la dezgust, precum și severitatea NJRE mediază efectul modului Părinte Exigent asupra nivelului tendințelor de tip TOC, iar cea de-a doua Ipoteză (2) este că această mediere este moderată de modul Părinte Punitiv.

Rezultate

Pentru a testa prima Ipoteză (1) a studiului nostru, conform căreia frica de vinovăție, tendința și sensibilitatea la dezgust, împreună cu severitatea NJRE mediază efectul modului de părinte exigent asupra nivelului tendințelor OCD, am folosit PROCESS (modelul 4) propus de

Hayes (2017). Rezultatele arată că modul Părinte exigent prezice frica de vinovăție (b = 0,94, t(203) = 8,13, p < 0,001). De asemenea, modul Părinte Exigent este un predictor semnificativ al tendinței și sensibilității la dezgust (b = 0,43, t(203) = 4,63, p < 0,001) și al severității NJRE (b = 0,52, t(203) = 6,47, p < 0,001). La rândul lor, cei trei mediatori sunt predictori semnificativi ai tendințelor de tip OCD. Astfel, teama de vinovăție prezice tendințele obsesive (b = 0,19, t(200) = 2,40, p = 0,01); tendința și sensibilitatea la dezgust este, de asemenea, un predictor semnificativ al tendințelor de tip OCD (b = 0,76, t(200) = 7,44, p < 0,001), la fel ca și severitatea NJRE (b = 0,77, t(200) = 6,41, p < 0,001). Efectul general al modului Părinte exigent asupra tendințelor de tip OCD este pozitiv și semnificativ (b = 1,06, t(203) = 6,13, p < 0,001) (Tabelul 12). Nu există un efect direct și semnificativ al modului Părinte exigent asupra tendințelor obsesive (b = 0.14, t(200) = 1.00, p = 0.31), ceea ce implică faptul că medierea este totală.

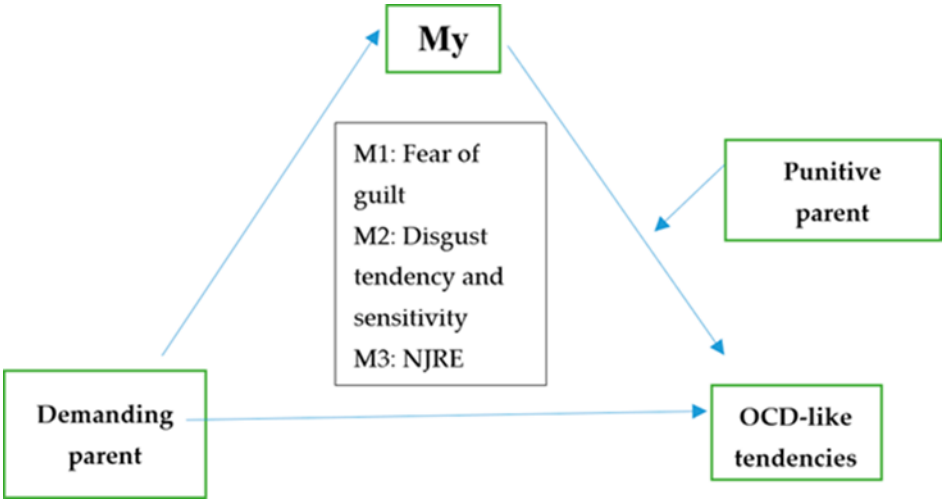
Prin urmare, putem concluziona din rezultate că există un efect indirect semnificativ din punct de vedere statistic al modalității de părinte exigent asupra tendințelor de tip TOC și că acesta este mediat în întregime de frica de vinovăție, tendința și sensibilitatea la dezgust și severitatea NJRE.



*Efectul modului Părinte exigent asupra tendințelor OCD mediate de frica de vinovăție, tendința și sensibilitatea la dezgust și NJRE. *: p = 0,01; ***: p < 0,001.*

Pentru a testa Ipoteza (2) din prezentul studiu, conform căreia medierea efectului modului de părinte exigent asupra tendințelor OCD prin teamă de vinovăție, sensibilitatea la dezgust și severitatea NJRE este moderată de modul de părinte punitiv, am folosit PROCESS (modelul 14) propus de Hayes (2017). Rezultatele arată că modul de Părinte punitiv moderează în mod

semnificativ doar efectul fricii de vinovăție asupra tendințelor de tip OCD (βsimple = 0,04, SE = 0,01, p = 0,01, 95% CI (0,0086; 0,0724)-CI nu include 0), nu și efectul tendinței și al sensibilității la dezgust sau al severității NJRE asupra tendințelor obsesive.



Un model explicativ de mediere moderată pentru funcționarea mentală obsesivă

La scoruri scăzute ale modului de Părinte punitiv (o abatere standard sub medie), efectul fricii de vinovăție asupra tendințelor de tip OCD este pozitiv, dar nesemnificativ din punct de vedere statistic (b = 0,005, SE = 0,10, p = 0,96, 95% CI (-0,2023; 0,2124)-CI include 0). În schimb, în cazul în care scorurile modului de Părinte punitiv cresc, efectul fricii de vinovăție asupra tendințelor obsesive crește și el devine semnificativ. Astfel, la scoruri ridicate ale modului de Părinte punitiv (o abatere standard peste medie), efectul fricii de vinovăție asupra tendințelor de tip OCD este pozitiv și semnificativ din punct de vedere statistic (b = 0,40, SE = 0,12, p = 0,001, 95% CI (0,1575; 0,6473)-CI nu include 0). Modul de Părinte punitiv nu moderează în mod semnificativ efectul tendinței și senzitivității la dezgust asupra tendințelor obsesive. De asemenea, modul de Părinte punitiv nu moderează semnificativ efectul severității NJRE asupra tendințelor de tip OCD.

Rezultatele bootstrap arată, de asemenea, un efect semnificativ de mediere moderată în care modul de părinte punitiv modează efectul indirect al modului de părinte exigent asupra tendințelor obsesive, mediat de frica de vinovăție. Astfel, la valori scăzute ale modului Părinte

Punitiv (o abatere standard sub medie), efectul indirect al modului Părinte Exigent asupra tendințelor de tip OCD mediate de teama de vinovăție este pozitiv, dar nesemnificativ din punct de vedere statistic (efect ind = -0,004, SE = 0,10, 95% CI (-0,2077; 0,2156)-CI include 0). La valori ridicate ale moderatorului (o abatere standard peste medie), efectul indirect al modului de Părinte exigent asupra tendințelor obsesive, mediat de teama de vinovăție, crește și devine semnificativ din punct de vedere statistic (efect ind = 0,37, SE = 0,12, 95% CI (0,1162; 0,6169)-CI nu include 0). Modul de părinte punitiv nu moderează efectul indirect al modului de părinte exigent asupra tendințelor de tip OCD mediate de tendința și sensibilitatea la dezgust. Efectul tinde să scadă odată cu creșterea modului Părinte Punitiv, dar nu semnificativ. De asemenea, nu există o moderare semnificativă a efectului indirect al modului Părinte exigent asupra tendințelor obsesive mediat de severitatea NJRE. În acest caz, observăm o tendință de creștere a efectului indirect pe măsură ce cresc valorile modului Părinte punitiv, dar aceasta nu este semnificativă din punct de vedere statistic. Prin urmare, putem concluziona că cea de-a doua ipoteză a studiului nostru este doar parțial confirmată, în sensul că modul de Părinte punitiv moderează doar efectul indirect al modului de Părinte exigent mediat de teama de vinovăție, nu și efectul indirect mediat de tendința și sensibilitatea la dezgust și de severitatea NJRE. Mai mult, rezultatele analizei arată că efectul indirect al modului de Părinte exigent asupra tendințelor obsesive mediat de teama de vinovăție este semnificativ doar la valori medii și mari ale modului de Părinte punitiv, nu și la valori mici ale moderatorului.

Studiul 4. Experiențele problematice ale terapeuților în lucrul cu tulburarea obsesiv-compulsivă: o investigare calitativă a modurilor de schemă, dinamicilor de moduri și strategii de revenire la modul Adult Sănătos

Obiectivul principal al prezentului studiu a fost de a explora perspectiva, atât rațională cât și emoțională, a terapeuților asupra dinamicii client-terapeut, dificil de gestionat în relația terapeutică, atunci când se lucrează cu patologia OCD. Astfel, ne-am propus să identificăm factorii declanșatori atunci când lucrăm cu clienții obsesivi, modurile de schemă ale terapeuților activate de acești clienți și ce strategii, dacă există, aplică terapeuții pentru a activa modul lor de Adult sănătos.

Rezultate

Cercetarea calitativă de față și-a propus să exploreze perspectiva psihoterapeuților de diferite orientări terapeutice, atât din punct de vedere rațional, cât și emoțional, asupra dinamicii client-terapeut, dificil de gestionat în relația terapeutică, atunci când lucrează cu persoane care suferă de OCD. Analiza exercițiilor de imagerie a evidențiat două categorii largi de triggeri pentru terapeuți, și anume percepția rezistenței la schimbare și percepția clienților ca având o atitudine exigentă și superioară (percepția superiorității), împreună cu alte două categorii particulare, percepția clientului ca fiind imobilizat de conflict și percepția abuzului din partea clientului. Pentru a obține o imagine mai clară a secvenței de moduri afișate de terapeuți ca răspuns la triggeri, am împărțit reacțiile terapeuților în reacții (1) care nu au fost afișate în relația cu clientul, reprezentând dinamica interioară exprimată în fantezie și (2) reacții afișate în relația cu clientul. În cazul (1) se poate observa un model de reacție specific pentru cele două categorii principale de declanșatori. Astfel, în cazul clienților percepuți ca fiind rezistenți la schimbare, care nu progresează în terapie și al căror coping este perceput ca fiind rigid (Percepția rezistenței la schimbare), reacția internă a terapeuților conține o dinamică de tip Copil vulnerabil - Părinte exigent și este una de exasperare, impulsul de a renunța, manifestat în general de un Helpless Surrenderer, alături de furie, manifestată de cele mai multe ori în fantezie, de un mod de tip Overcontroller, scopul fiind acela de a controla, de a convinge clientul să facă progrese. În cazul clienților percepuți ca fiind pretențioși, ca având standarde înalte, ca fiind greu de mulțumit și cu o atitudine de superioritate (Percepția superiorității), terapeuții reacționează cu un impuls de a mulțumi, manifestat în moduri precum Rescuer sau Compliant Surrenderer sau de a demonstra, manifestând în fantezie impulsul de a supracompensa. În cazul Clientului imobilizat de conflict, dinamica Copil vulnerabil-Părinte exigent a activat în culise un mod de Helpless Surrenderer, iar în cazul Percepției de abuz din partea clientului, un mod de Abused Child-Avoidant protector. Majoritatea terapeuților au putut fi conștienți de reacțiile interne la momentul respectiv, astfel încât, în cazul reacțiilor (2), comportamentele adoptate cu clienții au fost, în cea mai mare parte, în modul Healthy Ault în 13 din cele 15 situații. În situațiile din imagerie în care terapeuții au conștientizat în timpul procesului că a fost activat un mod de schemă disfuncțional, aceștia au aplicat diverse strategii pentru a reveni la modul Healthy Adult, pe care le-am grupat în patru categorii. Cel mai frecvent, terapeuții au optat pentru ceea ce am numit Centrarea pe proces - observarea procesului dintr-o perspectivă Meta. O altă categorie de strategii utilizate au fost acceptarea și compasiunea pentur sine, manifestate printr-un dialog intern de părinte bun, parte a modului Healthy Adult (Edwards, 2022).

Unii terapeuți au aplicat strategii Body Focused, care au avut ca scop reducerea sentimentelor de disconfort și au inclus schimbarea poziției corpului sau exerciții de respirație. Ultima categorie de strategii pe care terapeuții le-au folosit pentru a ieși din modurile de schemă activate s-a axat, de asemenea, pe resursele pacientului.

Concluzii generale

Scopul general al cercetării noastre a fost acela de a aprofunda funcționarea psihică de tip obsesiv în ceea ce privește identificarea posibililor factori care determină trecerea spre patologia de tip OCD precum și menținerea acesteia, uneori în ciuda unui răspuns terapeutic inițial încurajator. Pentru a atinge acest scop am plecat de la fundamentarea teoretică oferită de două dintre modele cognitive explicative pentru tulburarea obsesivă, respectiv modelul cognitiv Mancini (2018) și modelul Schema Therapy (Young et al., 2003). De asemenea, un rol esențial în fundamentarea teoretică a studiilor din prezenta cercetare l-au avut și încercările anterioare din literatura de specialitate de a realiza o conceptualizare comună care să integreze cele două modele (Basile, Luppino, et al., 2018; Luppino et al., 2018; Tenore et al., 2018).

Partea de cercetare a lucrării de față conține patru studii dintre care un review sistematic, care cuprinde o meta-analiză, pentru fiecare dintre cele trei asumpții de bază propuse de modelul cognitiv Mancini, două studii cantitative care propun și testează două modele explicative pentru OCD, unul bazat pe modelul ST și unul, de mediere moderată care integrează ambele modele cognitive și un studiu calitativ care explorează dificultățile relației terapeutice în lucrul cu această patologie.

Primul studiu este un review-ul sistematic al modelului Mancini (2018) și a cuprins trei analize calitative și o meta-analiză ce a inclus șase studii. În cazul primei ipoteze studiile identificate au permis și realizarea unei meta-analize care a evidențiat un efect semnificativ, de mărime medie, al vinei deontologice asupra apariției tendințelor obsesive, comparativ cu vina altruistă. În cazul celei de-a doua ipoteze, rezultatele analizei calitative sugerează existența unei asocieri între dezgust și vină deontologică, cele mai convingătoare date fiind oferite de câteva cercetări de neuroimagistică. Studiile analizate de noi au avut însă design-urile diferite, conceptualizări diferite ale dezgustului și moralității și, astfel, un nivel mare de heterogenitate care nu a permis și realizarea unei meta-analize. Prin urmare, deși sugerată de rezultate, e dificil de

estimat natura și puterea legăturii dintre dezgust și vină deontologică. În cazul celei de-a treia ipoteze am identificat un singur studiu pe populație non-clinică ce raportează un efect al inducerii vinovăției asupra NJRE. În privința calității studiilor analizate s-au remarcat câteva limite importante: măsurători subiective ale tendințelor OCD-like (o parte dintre studii s-au bazat pe liste comportamentale observaționale cu un nivel ridicat de subiectivitate); lipsa controlului variabilelor confundate (ex. depresie, anxietate ca trăsătură, vina ca trăsătură, senzitivitatea la dezgust) dovedite ca având corelații puternice cu simptomatologia OCD; majoritatea studiilor măsoară tedințele OCD-like doar în ceea ce privește subtipurile comune (verificare, spălare, inacțiune în dileme morale), însă lipsesc investigații privind compulsiile de tip cognitiv sau gândurile obsesive de tip agresiv sau sexual.

Cel de-al doilea studiu a avut ca principal obiectiv să exploreze legăturile modurilor de schemă cu simptomatologia OCD-like, sugerate de literatura de specialitate (Arntz & Jacob, 2013; Gross et al., 2012; Tenore et al., 2018). Din cele două modele de mediere reiese că, deși mediatorii sunt aceeași și în cazul modului de părinte exigent și în cazul modului de părinte punitiv, dinamicile intrapsihice care se pun în mișcare sau ciclarea între moduri se face ușor diferit în funcție de ce tip de dialog intern se declanșează. Astfel, în cazul unui dialog intern de tip autopunitiv, fie persoana se simte copleșită de vinovăție, anxietate (se activează modul de copil vulnerabil) și apoi, pentru a scăpa de aceste emoții intolerabile, apelează la diverse comportamente de autoliniștire (activează un coping de evitare prin autoliniștire) și la un coping de supracompensare prin control perfecționist pentru a se asigura că înlătură orice risc de greșeală, fie dialogul intern autopunitiv declanșează modul de copil furios, care la rândul său, determină activarea modului de supracontrol perfecționist. De asemenea, din modelul de mediere secvențială putem observa că declanșarea unui coping de tip supracontrol perfecționist poate duce în cele din urmă la o modalitate de adaptare de tip evitare prin autoliniștire. Toate aceste dinamici duc în final la menținerea simptomatologiei OCD-like. În cazul dialogului intern exigent efectul indirect asupra simptomatologiei de tip OCD-like se manifestă relativ similar, cu mențiunea că activarea modului de părinte exigent poate duce direct la activarea ambelor modalități de coping, nu doar cel de supracompensare ca în cazul dialogului autopunitiv. Rezultatele noastre vin să susțină empiric modelul teoretic oferit de ST pentru OCD, care plasează dialogul intern exigent sau autopunitiv la sursa simptomatologiei și modurile de schemă menționate ca facilitatori ai acestui efect (Arntz & Jacob, 2013; Gross et al., 2012; Tenore et al., 2018).

Al treilea studiu al cercetării noastre a plecat de la obiectivul de a propune și testa validitatea unui model integrat de mediere moderată pentru funcționarea psihică obsesivă, bazat pe cele două modele cogntive și pe cercetări anterioare care au propus un model de conceptualizare comun (Basile, Luppino, et al., 2018; Mancini, 2018; Tenore et al., 2018). Modelul nostru de mediere moderată sugerează că internalizarea unui dialog intern exigent, axat pe moralitate, reguli excesive și standarde nerealiste, explică doar parțial dezvoltarea unei funcționări mentale obsesive. Ceea ce poate face diferența în trecerea spre patologie este consecința abaterii de la aceste reguli și standarde. În cazul în care consecința apare sub forma unui dialog intren autopunitiv care vine din introiectarea mesajelor unui mediu sever care aplică pedepse dure și disporporționate și amenință relația de atașament, riscul de a dezvolta o patologie obsesiv-compulsivă crește semnificativ. Rezultatele noastre au unele implicații clinice, deoarece oferă o fundamentare unor cercetări experimentale (Maloney et al., 2023; Tenore et al., 2020; Veale et al., 2015), conform cărora o intervenție terapeutică directă asupra celor două moduri de părinte disfuncțional duce la o scădere semnificativă, sub pragul clinic, al simptomatologiei obsesive și ajută la prevenirea recădrilor în cazul urmării protocoalelor CBT clasice.

Cum în psihoterapie în general și în psihoterapia ST în special (Young et al., 2003) relația terapeutică este un factor important al procesului, ultima studiu a fost o cercetare calitativă care a avut ca obiectiv principal explorarea perspectivei psihoterapeuților de diferite orientări terapeutice asupra dificultăților care apar când lucrează cu patologia obsesivă. Analiza noastră a evidențiat două categorii principale de triggeri pentru terapeuți, și anume percepția rezistenței la schimbare și percepția superiorității și alte două categorii secundare, respectiv percepția clientului ca fiind copleșit și percepția abuzului din partea clientului. În cazul clienților percepuți ca fiind rezistenți la schimbare, reacția internă a terapeuților conține o dinamică de tip Copil vulnerabil - Părinte exigent urmată de obicei fie de impulsul de a renunța manifestat printr-un mod de coping de tip Helpless Surrenderer, fie de furie, manifestată printr-un mod supracompensator de tip Overcontroller, cu scopul de a convinge clientul să facă progrese. În cazul categoriei Percepția superiorității aceasta declanșează în terapeuți un impuls de a mulțumi, manifestat în moduri precum Rescuer sau Compliant Surrenderer, sau de a demonstra, manifestat prin moduri de supracompensare. În cazul Percepției clientului de a fi copleșit, dinamica Copil vulnerabil-Părinte exigent a fost urmată de un mod de coping de tip Helpless Surrenderer, iar în cazul Percepției de abuz din partea clientului, dinamica internă a fost de tipul Abused Child-Avoidant protector.

Strategiile identificate care i-au ajutat pe terapeuți să revină în modul de Healthy Adult au fost: centrarea pe proces (cel mai frecvent) - observarea procesului dintr-o perspectivă meta; acceptarea și compasiunea pentru sine, manifestate printr-un dialog intern de părinte bun; strategii Body Focused, care au avut ca scop reducerea sentimentelor de disconfort și au inclus schimbarea poziției corpului sau exerciții de respirație; focusarea pe resursele pacientului.

Limite

În privința studiilor cantitative principalele limite derivă din specificul loturilor de cercetare care nu sunt eșantioane reprezentative și prin urmare reduc posibilitatea generalizării rezultatelor. Deși acestea au inclus persoane de vârste și statut diferite, majoritatea subiecților au fost studenți, iar din perspectiva variabilei gen biologic, majoritatea au fost femei. O altă limită importantă în cazul studiilor cantitative a fost aceea că nu au fost controlate variabile confundate ce țin de eventuale tulburări de personalitate sau trăsături de personalitate accentuate care sunt deseori comorbide cu OCD și care ar fi putut influența rezultatele. Limitări importante legate de reprezentativitatea eșantionului trebuie luate în considerare și în cazul cercetării calitative deoarece terapeuții care au participat la cercetare, precum și clienții lor, fac parte din aceeași zonă cu specificități culturale care pot influența rezultatele. Mai exact, istoria marcată de autocrație lasă amprente privind reacția față de autoritate în general, astfel că adaptări de genul neputinței, victimizării, transferării responsabilității sau importanței exagerate acordate imaginii și statutului sunt des întâlnite la nivel de zonă culturală și toate acestea reduc din potențialul de generalizare al concluziilor noastre. În plus, subiecții reprezintă doar o mică parte din orientările terapeutice din practica clinică. În cazul studiului calitativ, o altă limitare importantă este legată de tehnica folosită pentru surpinderea aspectelor raționale și emoționale ale situațiilor dificile descrise de terapeuți. Folosind exercițiul de imagerie, pe de o parte, am avut acces doar la perspectiva terapeuților asupra situațiilor descrise și, pe de altă parte, amintirea despre acea situație ar fi putut fi influențată de eventuale analize anterioare având în vedere că a fost vorba de situații terapeutice dificile care fac de obicei obiectul intânirilor de supervizare sau intervizare.

Implicații teoretice și clinice

Rezultatele cercetării noastre au o serie de implicații teoretice și clinice. Datele emirice obținute din cele două studii cantitative oferă suport atât conceptualizării OCD din perspectiva

modelului ST cât și conceptualizării comune celor două modele cognitive. În plus, propunem și un model explicativ cognitiv complex privind tulburarea obsesivă care, pe de o parte oferă fundamnet teoretic pentru o serie de cercetări experimentale anterioare (Tenore et al., 2020; Veale et al., 2015) și, pe de altă parte poate contrbui la dezvoltarea unor protocoale de intervenție mai eficiente pentru pacienții care suferă de OCD care să ia în considerare nu doar mediatorii - frica de vinovăție, NJRE și sensibilitatea la dezgust - ci și variabila independentă, respectiv modul de părinte exigent și moderatorul, respectiv modul de părinte punitiv.

Studiul calitativ oferă și el o perspectivă complexă asupra tulburării obsesive, deseori comorbidă cu alte suferințe sau cu patternuri rigide de personalitate, reliefată de activarea în relația terapeutică și a altor moduri de schemă disfuncționale, pe lângă cele specifice tulburării. Rezultatele noastre pot astfel deschide direcții utile superviziorior și formatorilor care pot sprijini terapeuții prin îndrumarea către cunoașterea propriilor scheme și moduri de shemă disfuncționale, prin sublinierea utilității conceptualizării de caz care să surpindă întreaga organizare psihică a individului și nu doar simptomatologia obsesivă și prin exersarea ablităților meta-cognitive.

În urma rezultatelor cercetării noastre putem face o serie de recomandări atât practicienilor care se ocupă de programele de educație parentală, sistem educațional cât și celor care activează în domeniul sănătății mentale, privind prevenirea cât și abordarea OCD:

Recomandări pentru practicienii în educație parentală și sisteme educaționale pentru prevenția dezvoltării OCD:

a) Educarea părinților/educatorilor privind nevoile emoționale de bază ale ființei umane;

b) Educarea părinților/educatorilor privind modalitățile sănătoase de stabilire și comunicare a limitelor pentru copii, toleranța la greșeală și consecințele firești ale acesteia;

c) Educarea părinților/educatorilor privind necesitatea copiilor de a deprinde rolul greșelii în învățare, disponibilitatea de a greși, indispensabilă în evoluție precum și toleranța la incertitudine;

d) Educarea părinților/educatorilor privind modul în care copiii își formează dialogul intern care îi va însoți apoi întreaga viață prin interiorizarea propriei percepții a mesajelor directe și indirecte pe care le primesc de la figuri de autoritate din copilărie (procesul prin care ajunge să se formeze ceea ce ST definește ca moduri de Părinte exigent/Părinte punitiv & critic);

e) Introducerea în programa școlară a unor module de educație emoțională și flexibilizare cognitivă pentru ciclul primar și gimnazial.

Recomandări pentru practicienii în sănătate mentală în lucrul cu OCD:

a) Includerea în conceptualizarea cazului a rolului dialogului intern în menținerea simptomatologiei;
b) Identificarea surselor mesajelor care formează dialogul intern exigent/critic & punitiv;
c) Folosirea ImR pentru identificarea/rescrierea amintirilor privind experențierea vinovăției în copilărie;
d) Resemnificarea/recadrarea mesajelor exigente/auto-critice/punitive din dialogul intern cu scopul de a obține un dialog intern mai funcțional pentru individ, centrat pe compasiune de sine, toleranță la greșeală/incertitudine (specific modului de Adult Sănătos);
e) Includerea ca obiectiv terapeutic a creșterii toleranței la experențierea vinovăției.

Bibliografie (selectivă)

Abramowitz, J. S. (1998). Does cognitive-behavioral therapy cure obsessive-compulsive disorder? A meta-analytic evaluation of clinical significance. Behavior Therapy, 29(2), 339–355. https://doi.org/10.1016/S0005-7894(98)80012-9

Abramowitz, J. S., McKay, D., & Storch, E. A. (Eds.). (2017). The Wiley handbook of obsessive compulsive disorders. John Wiley & Sons.

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Fifth Edition). American Psychiatric Association. https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596

Arntz, A. (2012). Imagery Rescripting as a Therapeutic Technique: Review of Clinical Trials, Basic Studies, and Research Agenda. Journal of Experimental Psychopathology, 3(2), 189–208. https://doi.org/10.5127/jep.024211

Arntz, A., & Jacob, G. (2013). Schema therapy in practice: An introductory guide to the schema mode approach (pp. ix, 265). Wiley Blackwell.

Arntz, A., & Weertman, A. (1999). Treatment of childhood memories: Theory and practice. Behaviour Research and Therapy, 37(8), 715–740. https://doi.org/10.1016/S0005-7967(98)00173-9

Atalay, H., Atalay, F., Karahan, D., & Çaliskan, M. (2008). Early maladaptive schemas activated in patients with obsessive compulsive disorder: A cross-sectional study. International Journal of Psychiatry in Clinical Practice, 12(4), 268–279. https://doi.org/10.1080/13651500802095004

Barcaccia, B., Tenore, K., & Mancini, F. (2015). Early childhood experiences shaping vulnerability to Obsessive-Compulsive Disorder. Clinical Neuropsychiatry: Journal of Treatment Evaluation, 12(6), 141–147.

Basile, B., Luppino, O. I., Mancini, F., & Tenore, K. (2018). A Theoretical Integration of Schema Therapy and Cognitive Therapy in OCD Treatment: Experiential Techniques and Cognitive-Based Interventions in Action (Part III). Psychology, 09(09), 2296–2311. https://doi.org/10.4236/psych.2018.99131

Basile, B., & Mancini, F. (2011). Eliciting Guilty Feelings: A Preliminary Study Differentiating Deontological and Altruistic Guilt. Psychology, 02(02), 98–102. https://doi.org/10.4236/psych.2011.22016

Basile, B., Mancini, F., Macaluso, E., Caltagirone, C., Frackowiak, R. S. J., & Bozzali, M. (2011). Deontological and altruistic guilt: Evidence for distinct neurobiological substrates. Human Brain Mapping, 32(2), 229–239. https://doi.org/10.1002/hbm.21009

Basile, Barbara, Tenore, Katia, Luppino, Olga, & Mancini, Francesco. (2017). Schema Therapy mode model applied to OCD. Clinical Neuropsychiatry: Journal of Treatment Evaluation, 14(6).

d'Olimpio, F., Cosentino, T., Basile, B., Tenore, K., Gragnani, A., & Mancini, F. (2013). Obsessive-compulsive disorder and propensity to guilt feelings and to disgust. Clinical Neuropsychiatry: Journal of Treatment Evaluation, 10(3, Suppl 1), 20–29.

D'Olimpio, F., & Mancini, F. (2014). Role of Deontological Guilt in Obsessive-Compulsive Disorder–Like Checking and Washing Behaviors. Clinical Psychological Science, 2(6), 727–739. https://doi.org/10.1177/2167702614529549

Dostal, A. L., & Pilkington, P. D. (2023). Early maladaptive schemas and obsessive-compulsive disorder: A systematic review and meta-analysis. Journal of Affective Disorders, 336, 42–51. https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.05.053

Edwards, D. J. A. (2022). Using Schema Modes for Case Conceptualization in Schema Therapy: An Applied Clinical Approach. Frontiers in Psychology, 12, 763670. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.763670

Gangemi, A., & Mancini, F. (2017). Obsessive Patients and Deontological Guilt: A Review. Psychopathology Review, a4(2), 155–168. https://doi.org/10.5127/pr.045916

Gilbert, P., & Leahy, R. L. (2007). The therapeutic relationship in the cognitive behavioral psychotherapies (pp. xvi, 292). Routledge/Taylor & Francis Group.

Gross, E., Stelzer, N., & Jacob, G. (2012). Treating OCD with the Schema Mode Model. In M. Van Vreeswijk, J. Broersen, & M. Nadort (Eds.), The Wiley-Blackwell Handbook of Schema Therapy (1st ed., pp. 173–184). Wiley. https://doi.org/10.1002/9781119962830.ch11

Haaland, A. T., Vogel, P. A., Launes, G., Haaland, V. Ø., Hansen, B., Solem, S., & Himle, J. A. (2011). The role of early maladaptive schemas in predicting exposure and response prevention outcome for obsessive-compulsive disorder. Behaviour Research and Therapy, 49(11), 781–788. https://doi.org/10.1016/j.brat.2011.08.007

Ionescu S & Blanchet A. (2013). Tratat de psihologie clinică şi psihopatologie. Editura Trei.

Keeley, M. L., Geffken, G. R., Ricketts, E., McNamara, J. P. H., & Storch, E. A. (2011). The therapeutic alliance in the cognitive behavioral treatment of pediatric obsessive–compulsive disorder. Journal of Anxiety Disorders, 25(7), 855–863. https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2011.03.017

Khosravani, V., Sharifi Bastan, F., Mohammadzadeh, A., Amirinezhad, A., & Samimi Ardestani, S. M. (2021). Early maladaptive schemas in patients with obsessive-compulsive disorder, bipolar disorder, and schizophrenia: A comparative study. Current Psychology, 40(5), 2442–2452. https://doi.org/10.1007/s12144-019-00195-z

Kim, J. E., Lee, S. W., & Lee, S. J. (2014). Relationship between early maladaptive schemas and symptom dimensions in patients with obsessive-compulsive disorder. Psychiatry Research, 215(1), 134–140. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2013.07.036

Kwak, K.-H., & Lee, S. J. (2015). A comparative study of early maladaptive schemas in obsessive–compulsive disorder and panic disorder. Psychiatry Research, 230(3), 757–762. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.11.015

Luppino, O. I., & Pontillo, M. (2018). Exposure with Response Prevention as a Practice of Acceptance. In F. Mancini (Ed.), The Obsessive Mind (1st ed., pp. 250–274). Routledge. https://doi.org/10.4324/9780429452956-13

Luppino, O. I., Tenore, K., Mancini, F., & Basile, B. (2018). A Theoretical Integration of Schema Therapy and Cognitive Therapy in OCD Treatment: Goals and Beliefs of the Obsessive Mind (Part I). Psychology, 09(09), 2261–2277. https://doi.org/10.4236/psych.2018.99129

Luppino, Olga & Tenore, Katia. (2021, April). Schema Therapy in tulburarea obsesiv-compulsiva.

Maloney, G., Kelmendi, B., & Pittenger, C. (2023). Imagery Rescripting (ImRs) as an Adjunctive Treatment to Exposure and Response Prevention (ERP)-Resistant Obsessive-Compulsive Disorder: A Case Study. Clinical Case Studies, 22(2), 174–191. https://doi.org/10.1177/15346501221123797

Maloney, G., Koh, G., Roberts, S., & Pittenger, C. (2019). Imagery rescripting as an adjunct clinical intervention for obsessive compulsive disorder. Journal of Anxiety Disorders, 66, 102110. https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2019.102110

Mancini, F. (2017). Mintea obsesivă. Tratamentul tulburării obsesiv-compulsive. Editura Academiei Române.

Mancini, F. (Ed.). (2018). The Obsessive Mind: Understanding and Treating Obsessive-Compulsive Disorder (1st ed.). Routledge. https://doi.org/10.4324/9780429452956

Mancini, F., & Gangemi, A. (2015). Deontological guilt and obsessive compulsive disorder. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 49(Pt B), 157–163. https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2015.05.003

Mathews, C. A., Kaur, N., & Stein, M. B. (2008). Childhood trauma and obsessive-compulsive symptoms. Depression and Anxiety, 25(9), 742–751. https://doi.org/10.1002/da.20316

McKay, D., Sookman, D., Neziroglu, F., Wilhelm, S., Stein, D. J., Kyrios, M., Matthews, K., & Veale, D. (2015). Efficacy of cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder. Psychiatry Research, 225(3), 236–246. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.11.058

Öst, L.-G., Havnen, A., Hansen, B., & Kvale, G. (2015). Cognitive behavioral treatments of obsessive-compulsive disorder. A systematic review and meta-analysis of studies published 1993-2014. Clinical Psychology Review, 40, 156–169. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.06.003

Ou, W., Li, Z., Zheng, Q., Chen, W., Liu, J., Liu, B., & Zhang, Y. (2021). Association Between Childhood Maltreatment and Symptoms of Obsessive-Compulsive Disorder: A Meta-Analysis. Frontiers in Psychiatry, 11, 612586. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.612586

Peeters, N., Van Passel, B., & Krans, J. (2022). The effectiveness of schema therapy for patients with anxiety disorders, OCD, or PTSD: A systematic review and research agenda. British Journal of Clinical Psychology, 61(3), 579–597. https://doi.org/10.1111/bjc.12324

Pilkington, P. D., Spicer, L., & Wilson, M. (2022). Schema therapists' perceptions of the influence of their early maladaptive schemas on therapy. Psychotherapy Research, 32(7), 833–846. https://doi.org/10.1080/10503307.2022.2038804

Prelipceanu Dan. (2018). Psihiatrie clinica. Editura Medicala.

Remmerswaal, K. C. P., Cnossen, T. E. A., Van Balkom, A. J. L. M., & Batelaan, N. M. (2023). Schema therapy with cognitive behaviour day-treatment in patients with treatment-resistant anxiety disorders and obsessive-compulsive disorder: An uncontrolled pilot study. Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 51(2), 174–179. https://doi.org/10.1017/S1352465822000625

Samuels, J. F. (2009). Recent advances in the genetics of obsessive-compulsive disorder. Current Psychiatry Reports, 11(4), 277–282. https://doi.org/10.1007/s11920-009-0040-y

Semeniuc, S., Păduraru, A. E., & Soponaru, C. (2023). Guilt, Disgust, and Not Just Right Experience Mediate the Effect of Demanding Parent Mode on Obsessive-Compulsive-Disorder-

like Tendencies, and Punitive Parent Mode Moderates This Mediation. Behavioral Sciences (Basel, Switzerland), 13(9), 700. https://doi.org/10.3390/bs13090700

Semeniuc, S. & Soponaru, C. (2020). Modele explicative în funcționarea psihică obsesivă. In Iorga, M. (Ed.), Boala cronică O perspectivă interdisciplinară (pp. 425–434). Polirom.

Semeniuc, S., & Soponaru, C. (2022). Explanatory Psychological Models of Obsessive Functioning: Systematic Review of Mancini's Cognitive Model and Theoretical Review of Young's Maladaptive Cognitive Schemas Model. BRAIN. Broad Research in Artificial Intelligence and Neuroscience, 13(1Sup1), 309–338. https://doi.org/10.18662/brain/13.1Sup1/321

Semeniuc, S., Sterie, C, Soponaru, C., Butnaru, S, & Gavrilovici, O. (2023). Therapists' problematic experiences when working with obsessive compulsive disorder: A qualitative investigation of schema modes, mode cycles and strategies to return to Healthy Adult mode. Front. Psychiatry Sec. Psychological Therapy and Psychosomatics, Volume 14. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2023.1157553

Shariatzadeh, M., Vaziri, S., & Mirhashemi, M. (2015). Comparison of Early Maladaptive Schemas in Patients with Obsessive-Compulsive Disorder, Patients with Obsessive-Compulsive Personality Disorder with Healthy Individuals. Mediterranean Journal of Social Sciences. https://doi.org/10.5901/mjss.2015.v6n4s2p171

Suzana Semeniuc, Camelia Soponaru. (2023). An explanatory schema therapy model for obsessive mind. Bulletin of Integrative Psychiatry, 97(2), 93–101.

Tenore, K & Basile, B. (2018). Vulnerability in Obsessive-Compulsive Disorder. In The Obsessive Mind. Routledge.

Tenore, K., Basile, B., Cosentino, T., De Sanctis, B., Fadda, S., Femia, G., Gragnani, A., Luppino, O. I., Pellegrini, V., Perdighe, C., Romano, G., Saliani, A. M., & Mancini, F. (2020). Imagery Rescripting on Guilt-Inducing Memories in OCD: A Single Case Series Study. Frontiers in Psychiatry, 11, 543806. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.543806

Tenore, K., Basile, B., Mancini, F., & Luppino, O. I. (2018). A Theoretical Integration of Schema Therapy and Cognitive Therapy in OCD Treatment: Conceptualization and Rationale (Part II). Psychology, 09(09), 2278–2295. https://doi.org/10.4236/psych.2018.99130

Thiel, N., Jacob, G. A., Tuschen-Caffier, B., Herbst, N., Külz, A. K., Hertenstein, E., Nissen, C., & Voderholzer, U. (2016). Schema therapy augmented exposure and response prevention in patients with obsessive–compulsive disorder: Feasibility and efficacy of a pilot study. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 52, 59–67. https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2016.03.006

Timpano, K. R., Keough, M. E., Mahaffey, B., Schmidt, N. B., & Abramowitz, J. (2010). Parenting and Obsessive Compulsive Symptoms: Implications of Authoritarian Parenting. Journal of Cognitive Psychotherapy, 24(3), 151–164. https://doi.org/10.1891/0889-8391.24.3.151

Veale, D., Page, N., Woodward, E., & Salkovskis, P. (2015). Imagery Rescripting for Obsessive Compulsive Disorder: A single case experimental design in 12 cases. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 49, 230–236. https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2015.03.003

Waters, T. L., & Barrett, P. M. (2000). The role of the family in childhood obsessive-compulsive disorder. Clinical Child and Family Psychology Review, 3(3), 173–184. https://doi.org/10.1023/a:1009551325629

Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). Schema therapy: A practitioner's guide (pp. xii, 436). Guilford Press.