

DL. MONK ȘI CALITATEA VIETII

Mr. Monk and quality of life

Psiholog, lector dr. Beatrice Adriana Balgiu

Universitatea Politehnică, București

REZUMAT

Articolul analizează relația dintre tulburarea obsesiv-compulsivă (TOC) și calitatea vieții, pornind de la ultimele studii în domeniu. Se arată că în diagnosticarea și tratarea TOC este important să se țină seama de comorbiditate (în special, depresie și anxietate), precum și de simptomele de TOC aflate în remisie.

Cuvinte cheie: tulburare obsesiv-compulsivă, calitatea vieții

ABSTRACT

The article analyze the relation between obsessive-compulsive disorder (OCD) and quality of life having know the last studies of the field. We reveal that in diagnosis and treatment strategies of OCD is important both comorbidity (especially depression and anxiety) and remission of all OCD' s symptoms.

Key words: obsessive-compulsive disorder, quality of life

ESTE TULBURAREA OBSESIV-COMPULSIVĂ MAI FRECVENTĂ DECÂT NE ÎNCHIPUIM?

Cei care au urmărit pe canalul de televiziune PRO TV și mai apoi pe canalul TV „Universal“, serialul american, „Monk“, s-au amuzat cu ciudățeniile unui fost detectiv care suferea de tulburare obsesiv-compulsivă. (TOC). Ritualurile lui zilnice, capacitatea analitică acută, minuțiozitatea observațiilor sale și permanenta repetare a unor ticuri, incapacitatea de a-și purta de grijă pun în pericol relațiile sale cu cei din jur și, în același timp, datorită lor se obține rezolvarea cazurilor cu care se confruntă. Cu atât mai mult există, la cei care suferă de tulburarea obsesiv-compulsivă, incapacitatea de funcționare socială, cu cât tulburarea este însoțită de depresie și anxietate ca fundal, ceea ce este și cazul lui Monk,

aflat după depresia provocată de moartea accidentală a soției. Pacienții respectivi sunt tulburați de repetate obsesii și/sau compulsiuni care par să fie fără sens. Cele mai frecvente compulsiuni implică spălarea mâinilor, așezarea lucrurilor în ordine, mersul în zig-zag pe dalele trotuarului, numărarea obiectelor, verificarea și atingerea.

Se naște întrebarea cât de frecventă este această tulburare? Poate fi întâlnită la „tot pasul“ sau Monk este doar un caz relativ rar? Necunoașterea cu precizie a ratei tulburării¹ se datorează și faptului că pacientul încearcă să ascundă problemele chiar și în fața familiei și prietenilor apropiați. Totuși, studii recente indică faptul că deși tulburarea obsesiv-compulsivă este considerată puțin frecventă în cadrul populației generale, formele ușoare ale acesteia sunt întâlnite adesea.

Adresa de corespondență:

Psiholog, lector dr. Beatrice Adriana Balgiu, Universitatea Politehnică, Splaiul Independenței Nr. 313, București
e-mail: beatricebalgiu@yahoo.com

¹După unii autori aproximativ 2,5% din populație este afectată de TOC.

FUNCȚIONARE ȘI DETERIORARE

În tulburarea obsesiv-compulsivă (TOC), folosirea serviciilor de asistență și îngrijire este în continuă creștere. Așa cum arată DSM IV-TR (bazat pe SCID-1/P, version 2.0), în cazul acestei boli, deteriorarea este adesea moderată sau severă. Deși există o literatură crescândă privind calitatea vieții în TOC, anumite întrebări importante rămân:

1 – care este relația dintre simptomele TOC și două dintre constructele importante în analiza calității vieții, cum ar fi *interferența calității vieții* și *deteriorarea funcțională*. Cele două concepte au o sferă de suprapunere sesizabilă la nivel practic, mai ales când pacientul se autoapreciază în raportări. Din punct de vedere teoretic, însă, ele sunt concepte distincte: *interferența calității vieții* se referă la satisfacția (sau insatisfacția) pe care o trăiesc indivizii în diferite spații (familial, profesional, social) iar *deteriorarea funcțională* este definită ca dificultatea de angajare în activitate în variate domenii ale vieții. Analiza combinației noțiunilor arată că un individ ar putea funcționa bine la nivel profesional, dar este insatisfăcut cu sine, sau ar putea lucra semnificativ sub potențial dar este satisfăcut de ceea ce face.

2 – reducerea deteriorării funcționale este datorată TOC sau morbidității? Examinarea importanței simptomelor TOC ar fi ajutată și prin aprecierea comorbidității tulburării respective cu alte tulburări de anxietate și depresie. Se poate, astfel, vedea dacă TOC în sine sau simptomele de subtip sunt cele mai legate de interferența calității vieții. Multe studii de specialitate au evidențiat o rată crescută de comorbiditate între TOC și alte tulburări mentale (Welkowitz și colab., 2000). Se pare că TOC a fost înregistrată ca diagnostic unic doar în 14 – 15% dintre cazuri. Spre exemplu, Weiner și colab. (1976, cf. O.L. Bumbea, 2009), au clasificat pacienții cu TOC în cinci subgrupe: cei cu TOC – 20%, cei cu TOC primară și depresie secundară – 38%, cei cu TOC dezvoltată simultan cu depresia – 13 %, cei cu TOC secundară unei depresii primare – 11%, cei cu TOC asociată cu alte tulburări – 18%. Comorbiditatea TOC cu una, două sau mai multe tulburări psihice este regula pe care asistența medicală trebuie să o aibă în vedere.

Pe linia exprimată mai sus, un studiu americano-israelian (J. Huppert și colab., 2009) ia în calcul grupul de pacienți cu TOC curentă, comparativ cu pacienții în remisie și indivizi cu TOC și alte tulburări psihiatrice (comorbiditate TOC), la care se adaugă, desigur, un grup de control cu persoane care nu au în istorie tulburări psihiatrice. Ce

diferențiază acest studiu de altele este că pentru prima dată se examinează dacă pacienții cu TOC în remisie diferă în *funcționare* și în *calitatea vieții* de pacienții cu simptome clinice de TOC.

Rezultatele arată că TOC este asociată cu funcționarea socială și calitatea vieții reduse în comparație cu grupul de control sănătos, în domeniile muncii, vieții sociale și familiale. Indivizii cu TOC și alte diagnoze psihiatrice comorbide (diagnoze curente adiționale de depresie majoră, distimie, fobie socială, tulburări de panică, tulburări de anxietate generalizată și dependență de alcool) au cea mai scăzută calitate a vieții și cea mai mare deteriorare funcțională. Această raportare este consistentă cu studii care arată că în general comorbiditatea influențează cele mai multe sfere ale vieții (K. Sanderson, G. Andrews, 2002). Un alt studiu pe populație românească (O.L. Bumbea, 2009) arată că peste 50% dintre cazurile de TOC prezintă o comorbiditate pe Axa I (DSM) în special cu depresia și anxietatea ceea ce poate genera dificultăți în a decide dacă TOC este diagnosticul primar, mai ales dacă avem în vedere „evoluția ondulantă a tulburării obsesiv compulsive“ (p. 2). Indivizii cu TOC în remisie au calitatea vieții și nivelul de funcționare cel mai puțin reduse, tinzând, astfel, să facă legătura între grupul de control și indivizii cu TOC curentă, în sensul că funcționarea și calitatea vieții la cei în remisie nu a diferit semnificativ de grupul de control, dar nici de cei cu TOC curentă.

Alte studii (M. Winkler, 2008, K. Stengler Wienzke și colab., 2007) demonstrează co-ocurența depresiei ca fiind cel mai important *predictor* pentru calitatea redusă a vieții în cazul pacienților cu TOC astfel încât orice tratament ar trebui să considere o simultană sau secundară tulburare depresivă.

Nu numai comorbiditatea TOC a intrat în atenția celor care examinează tulburarea din perspectiva calității vieții, ci și ceea ce se întâmplă în interiorul tulburării, mai exact cât de mult influențează obsesiile și compulsiile calitatea vieții. Pentru a vedea subiectivitatea cercetării psihicului, ne vom opri la două studii cu rezultate contrarii. După K. Stengler-Wienzke și colab. (2007), compulsiile prevalează asupra scăderii calității vieții în ce privește starea de bine fizică și psihică (emoțională, socială, somatică) în timp ce obsesiile nu au impact asupra calității vieții celui în cauză. În opoziție, M. Masellis (2003) și M. Winkler (2008) arată că indivizii cu TOC sunt, în principal, mai afectați de severitatea gândurilor obsesive decât de ritualurile compulsive. Comportamentul compulsiv al pacientului cu TOC este mai greu de suportat pentru cei din preajmă (familie, prieteni), însă pentru el

personal, în fapt, este mai puțin stresant, cel puțin comparativ cu gândurile obsesive.

Concluzia majoră care se desprinde din aceste studii este că strategiile de tratament, pentru a avea un impact asupra calității vieții pacientului cu TOC, ar trebui concentrate, pe de o parte, pe comorbiditatea

tulburării, iar pe de altă parte, pe remisia tuturor simptomelor. De asemenea, considerăm că mai multe cercetări sunt necesare privind relaționarea dintre evoluția pe termen lung a simptomelor TOC și calitatea vieții, și cele mai bune metode de optimizare a celor două.

BIBLIOGRAFIE

1. **Bumbea O.L.** – Comorbiditatea tulburării obsesiv-compulsive cu depresia: implicații clinice, evolutive și terapeutice, <http://www.e-psihiatrie.ro>, 2009.
2. **Huppert J.D., Simpson Blair H., Nissenon, J.K. et al.** – Quality of life in obsessive compulsive disorder, *Depression and anxiety*, 26, 1, 2009, p. 39-45.
3. **Masellis M., Rector N.A., Richter A. Margaret** – Quality of life in OCD: differential impact of obsessions, compulsions and depression comorbidity, *The Canadian Journal of Psychiatry*, 48, 2, 2003, p. 72-77
4. **Sanderson K., Andrews G.** – Prevalence and severity of mental health disability and relationship to diagnosis, *Psychiatric services*, 53, 2002, p. 80-86
5. **Stengler-Wienzke K., Kroll M., Riedel-Heller S., și colab.** – Quality of life in obsessive-compulsive disorder: the different impact of obsessions and compulsions, *Psychopathology*, 40, 5, 2007, p. 282-289.
6. **Welkowitz L.A., Struening E.L., Pittman J., Guardino M.** – Obsessive-compulsive disorder and comorbid anxiety problems in a national anxiety screening sample, *Journal of Anxiety Disorder*, 14, 2000, p. 471-482.
7. **Winkler M.** – How is the quality of life affected for people with obsessive-compulsive disorder (OCD)?, <http://web4health.info/en/answers/anx-ocd-qol.htm>, 22 jul. 2008.
8. **xxx DSM IV-TR 2000** – Manual de diagnostic și statistică a tulburărilor mentale, București, Asociația Psihiatrilor Liberi din România, 2003