

Tulburarea de personalitate obsesiv-compulsivă din perspectiva factorilor de personalitate în sanogeneză

Autor: psih. Dan VASILIU

I. Abstract. The research aimed to highlight possible correlations between the presence or absence of the diagnosis of Personality Disorder described on Axis II in DSM IV-TR, namely personality disorder obsessive-compulsive disorder, and the scores of the person being evaluated in trials on personality factors in sanogenesis: self-efficacy self-esteem, locus of control, robustness, consistency of purpose and optimism. Test and evaluation we chose participants from among customers who were present at the office of clinical psychology and individual volunteers who have volunteered for testing and evaluation. I wanted to highlight some patterns on the personality factors in sanogenesis in people diagnosed with personality disorders or obsessive-compulsive. The findings may form the basis for recommendations on types of supportive interventions, specific personality factors in assisting clients with such a disorder. The research covered both clinical cases (medical condition) and participants who have obtained a number of criteria subclinical (normality).

Keywords: Obsessive-compulsive disorder, personality factors, self-efficacy, self-esteem, locus of control, robustness, sense of coherence, optimism, DSM IV-TR.

I. Rezumat. Cercetarea a urmărit evidențierea eventualelor corelații între prezența sau absența diagnosticului de Tulburare de personalitate descrisă pe Axa II din DSM IV-TR, în speță Tulburarea de personalitate obsesiv-compulsivă, și scorurile obținute de persoana evaluată la testele privind factorii de personalitate în sanogeneză: autoeficacitatea, stima de sine, locul controlului, robustețea, sensul coerenței și optimismul. Pentru testare și evaluare am ales participanții din rândul clienților care s-au prezentat la cabinetul individual de psihologie clinică și voluntari care s-au oferit pentru testare și evaluare. Am dorit evidențierea unor paternuri privind factorii de personalitate în sanogeneză la persoanele diagnosticate sau nu cu Tulburare de personalitate obsesiv-compulsivă. Concluziile pot constitui baza unor recomandări privind tipuri de intervenții suportive, specifice factorilor de personalitate, în asistarea clienților cu o astfel de tulburare. Cercetarea a vizat atât cazurile

clinice (starea patologică) cât și participanții care au obținut un număr de criterii subclinic (starea de normalitate).

Cuvinte-cheie: Tulburare obsesiv-compulsivă, factori personalitate, autoeficacitate, stima de sine, locul controlului, robustețe, sensul coerenței, optimism, DSM IV-TR.

II. Introducere. Factorii personalității în sanogeneză conlucrează sinergic în așa fel încât ființa umană devine proactivă și nu doar reactivă în relația cu mediul. Strategiile de coping adoptate de o persoană la un moment dat, ținând cont de experiența acumulată și resursele conștientizate, pot genera stări afective confuzionale și anxietate crescută. Totodată pot fi activate sau amplificate paternuri pervasive specifice tulburărilor de personalitate, dacă sunt prezente la persoana în cauză. Alegerile facute pentru o strategie sau alta sunt la rândul lor influențate, în mai toate cazurile, de sistemul de gândire activat. Conform lui Daniel Kahneman (2012), laureat al premiului Nobel, modul de gândire se bazează pe două sisteme: sistemul 1 care operează rapid și automat, fără consum energetic sau cu un consum foarte redus și sistemul 2 care implică atenția necesară activităților mentale, se asociază cu experiența și necesită concentrare și consum energetic. Strategiile sunt cel mai adesea alese de către sistemul 1, în baza credințelor și convingerilor structurate de către modul de raportare individual la mediu și la sine, prin prisma factorilor de personalitate și a gândirii de tip CCVETCE (ceea ce văd este tot ce este) conform aceluiași autor. În urma cercetărilor, realizate prin prisma economiei comportamentale (Ariely, 2013), a reieșit concluzia că, noi oamenii, suntem în mod previzibil iraționali, în mod sistematic, atunci când suntem puși în fața luării unor decizii. Scoruri scăzute, obținute la testarea factorilor de personalitate în sanogeneză, pot sugera lipsa de control și înțelegere asupra evenimentelor în care suntem implicați cât și o perspectivă îngustă asupra posibilităților pe care le avem pentru a le influența ceea ce duce la astfel de comportamente iraționale. Un alt adept al economiei comportamentale, Nassim Nicholas Taleb, evidențiază tendința umană de a se complăce într-o existență liniară, derivând doar pe baza datelor din trecut concluzii asupra tiparelor, în baza căreia facem predicții pentru viitor. Nu ținem cont de posibilitatea apariției unor evenimente fără precedent care fac ca „*trecutul să devină în cel mai bun caz irelevant sau fals, iar în cel mai rău caz, cumplit de amăgitor*” (Taleb, 2010). Fără o abordare exhaustivă asupra vieții și a mecanismelor economice, sociale și relaționale care ne influențează, adică prin întărirea factorilor de personalitate în sanogeneză, răspunsul nostru la stimuli va rămâne dezadaptativ și în mare măsură dominat de comportamente specifice unor tulburări de personalitate.

Nassim Nicholas Taleb ne avertizează că un sistem, care poate fi cel social în care trăim, tinde să-și păstreze antifragilitatea pe baza fragilității elementelor care-l compun (Taleb, 2014). Pentru a nu ne regăsi printre elementele indezirabile, sacrificate de sistem în beneficiul supraviețuirii acestuia și a celor mai adaptați, este necesar să ne antrenăm laturile fragile spre a deveni mai întâi robuste iar în final antifragile. Aceasta este echivalent cu diferența dintre a face erori rare dar mari, catastrofale, ireversibile sau a face erori mici dar cu efect reversibil sau deosebirea între a dezavua greșelile, a trece prin stadiul în care greșelile reprezintă doar informație și a ajunge a iubi greșelile cu condiția ca ele să fie mici. Putem obține acest rezultat cu condiția să ne întărim factorii de personalitate în sanogeneză diminuând semnificativ sau chiar eliminând comportamentele pervasive generate de tulburările de personalitate.

Aceste lucruri ne fac să ne gândim la existența unor legături între factorii de personalitate din teoria social-cognitivă și incidența tulburărilor de personalitate diagnosticate pe axa II din DSM IV-TR. Atât unele cât și celelalte au ca efect scăderea calității vieții. Omul este o ființă socială iar incapacitarea în domeniul relațional poate conduce la tulburări psihice grave diagnosticate pe Axa I din DSM IV-TR. Adaptativitatea scăzută poate duce la comportamente defavorabile iar în cazuri grave chiar autodistructive. Repercursiunile în plan afectiv pot deteriora percepția sinelui și eului iar uneori poate afecta percepția realității sau în cel mai rău caz ruperea legăturii cu aceasta. Tulburările din clusterul C, anxios-temătoare, dintre care face parte și Tulburarea de personalitate obsesiv-compulsivă se caracterizează prin deficit al controlului mental și interpersonal, lipsa flexibilității și a deschiderii, izolare, agresivitate pasivă și hipocondrie.

1. Tulburarea de personalitate obsesiv-compulsivă. Tulburarea de personalitate obsesiv-compulsivă, conform lui Florin Tudose, Cătălina Tudose și Letiția Dobranici (2011), se caracterizează prin preocuparea pentru ordine, perfecționism și control mental și interpersonal în detrimentul flexibilității, deschiderii și eficienței. Cei ce suferă de o astfel de Tulburare de personalitate militează pentru standarde înalte autoimpuse și sunt foarte exigenți cu ceilalți. Sunt conservatori, adepți ai stabilității, sunt foarte conștiincioși și inflexibili atunci când este vorba de valori, morală și etică. În general refuză să delege sarcini și au tendința să impună celorlalți propriul stil. Perfecționismul interferează cu îndeplinirea sarcinilor ducând deseori la pierderea obiectivului major al activităților. Manifestă intoleranță față de compromisuri, indiferență și corupție. Relațiile interpersonale sunt puține și sunt incapabili de a-și exprima sentimentele tandre. Percep că le este amenințată capacitatea de control și răspund deseori într-o manieră obstinantă și necooperantă. Se recomandă ca intervențiile

psihoterapeutului să ofere informații și impresia de control. Imaginea de sine percepută de cei cu Tulburare de personalitate obsesiv-compulsivă (Tudose, Tudose, Dobranici, 2011) este aceea de persoană responsabilă, de încredere, competentă și pretențioasă. Ceilalți sunt priviți ca: iresponsabili, incompetenți și îngăduitori față de sine. Credințele principale sunt: că știe cum este mai bine, detaliile sunt esențiale, oamenii ar trebui să încerce mai mult. Strategia principală este de a aplica reguli, tendința spre perfecționism, de a evalua, controla și critica. Criteriile de diagnostic DSM IV-TR (2000) pentru această Tulburare de personalitate sunt următoarele: pattern pervasiv de preocupare cu ordinea, perfecționismul și controlul mintal și interpersonal, în detrimentul flexibilității, deschiderii și eficienței, indicat din patru sau mai multe din următoarele:

1. este preocupat de detalii, reguli, liste, ordine, organizare sau programe;
2. manifestă perfecționism care interferează cu îndeplinirea sarcinii;
3. este excesiv de devotat muncii și productivității, până la excluderea activității de timp liber și a prietenilor;
4. este hiperconștiincios, scrupulos și inflexibil în chestiuni de morală, etica sau valori;
5. este incapabil să arunce obiecte uzate sau lipsite de valoare;
6. ezită să delege sarcini sau să lucreze cu alții dacă aceștia nu se supun exact modului său de lucru;
7. adoptă un stil avar de a cheltui;
8. manifestă rigiditate și încăpățănare.

Diagnosticul diferențial presupune deosebirea între Tulburarea obsesiv-compulsivă (Axa I, DSM IV-TR) și personalitatea obsesiv-compulsivă (Axa II, DSM IV-TR). O persoană care are obsesii și compulsiuni iraționale va suferi probabil de Tulburarea obsesiv-compulsivă în timp ce persoana care se simte perfect confortabil cu sistemul auto-impus al regulilor și procedurilor are probabil o personalitate obsesiv-compulsivă. Unele caracteristici ale personalității obsesiv-compulsive pot apărea și în alte tulburări ale personalității. De exemplu o persoană cu personalitate narcisistică poate fi preocupată de perfecțiune și critică cu alții. Narcisiștii sunt de obicei generoși cu ei dar atunci când se asociază cu Tulburarea de personalitate obsesiv-compulsivă sunt auto-critici și nu vor să cheltuiască resurse pe ei înșiși. Deasemenea o persoană cu Tulburare de personalitate schizoidă, căreia îi lipsește capacitatea fundamentală a intimității poate semăna cu una cu personalitate obsesiv-compulsivă prin formalitatea și detașarea în relațiile cu alții. Diferența este că o persoană cu personalitate obsesiv-compulsivă poate experimenta grija și poate dori relații apropiate. Diferențierea față de Tulburarea de personalitate borderline o face capacitatea de a-și înțelege sau regla propriile

reacții emoționale conform perspectivei comportamentale a lui Linehan (apud. Beck, Freeman, Davis și colab., 2011). Un astfel de diagnostic, de Tulburare de personalitate borderline, este infirmat și de absența asumpțiilor caracteristice formulărilor beckiene ("lumea este periculoasă și răuvoitoare", "eu sunt lipsit de putere și vulnerabil", "eu sunt inacceptabil din fire") sau de conceptualizarea conform modelului cognitiv a lui Young (originea în copilul abuzat și extrem de însăimântat, părăsit într-o lume răuvoitoare).

Conceptualizarea tulburării de personalitate obsesiv-compulsivă, conform Feeman și colab. sau Pretzer și Hampl (apud. Beck, Freeman, Davis și colab., 2011), descrie schemele cognitive coordonatoare care sunt: „*Trebuie să evit greșelile cu orice preț*”, „*Există o cale/un răspuns/ un comportament corect pentru fiecare situație*”, „*Greșelile sunt intolerabile*”. Pentru a evita greșelile folosesc strategii precum: „*Trebuie să fiu atent și meticulos/atent la detalii*”, „*Trebuie să depistez imediat greșelile, ca să le pot corecta*”, „*Dacă faci o greșală meriți să fii criticat*”. O distorsiune cognitivă importantă este gândirea dihotomică reprezentată prin convingerea: „*Orice îndepărtare de la ceea ce este corect este în mod automat o greșală*”. Altă distorsiune cognitivă importantă este gândirea magică: „*Poți să previi dezastrele/greșelile dacă te îngrijorezi mereu*”. Cuvintele cheie pentru persoanele care suferă de această Tulburare de personalitate sunt „*control*” și „*ar trebui*”. Din cauza standardelor perfecționiste apare predispoziția la sentimente de dezamăgire, regrete și furie față de ei înșiși și față de alții. Răspunsul afectiv este anxietatea sau furia iar atunci când trăiesc un eșec grav pot deveni depresivi. Prevalența este mai mare la bărbați decât la femei, în total fiind de 2.1% - 7.9% conform datelor de pe *Internet Mental Health* (consultat în ianuarie 2016). Theodore Millon (2004) a identificat cinci subtipuri ale Tulburării de personalitate obsesiv-compulsivă. Orice persoană care suferă de această tulburare de personalitate se poate încadra în unul sau niciunul din următoarele subtipuri: *conștiincios, puritan, birocratic, avar, cicălitor*. Millon face o analiză a tulburării de personalitate din punct de vedere al domeniului funcțional și structural cu domeniile subiacente.

2. Factorii de personalitate în sanogeneză. Teoria social-cognitivă se străduiește să identifice diverse explicații privind mecanismele psihologice ce pot influența comportamentul uman. Variabilele personale derivă din înțelegerea proceselor cognitive și al mecanismelor care au influență în funcționarea individului din punct de vedere: motivațional, emoțional, comportamental. Psihologia social-cognitivă admite că funcționarea persoanei în lume implică, pe lângă reprezentări cognitive, procese motivaționale, comportamente sociale învățate, mecanisme fiziologice și biochimice. Acești factori contribuie, alături de procesele

cognitive și motivaționale și de cei situaționali, la anumite tipuri de interacțiune între individ și mediu. Prin perceperea stimulului ca ostil sau amenințător factorii constituționali pot intensifica răspunsul fiziologic și emoțiile negative sau procesele cognitive de evaluare.

2.1. Autoeficacitatea. Autoeficacitatea influențează în mod semnificativ și pervasive viața persoanei. Aceasta se referă la modul în care cineva își percepe capacitatea de a se mobiliza pentru a depăși dificultățile întâmpinate în rezolvarea sarcinilor. "*Considerăm convingerile oamenilor despre eficacitatea lor ca afectând în mod semnificativ felul de alegeri pe care le fac. În special, afectează nivelul de motivație și perseverență în fața obstacolelor. Succesul necesită de cele mai multe ori efort constant, auto-eficacitatea scăzută devinind în acest caz un factor de auto-limitare. Pentru a reuși, oamenii au nevoie de un sentiment de auto-eficacitate, alături de rezistență în fața inevitabilelor obstacole și inechități ale vieții*" (Bandura, 1977). Persoanele cu autoeficacitate ridicate își aleg țeluri înalte și fac față cu succes dificultăților. În cazul unui eșec își revin mai rapid. Atribuie eșecul mai degrabă unor lacune de cunoștințe sau aptitudini decât unor deficiențe ale propriilor capacități. În cazul persoanelor cu auto-eficacitate scăzută, accentul este pus pe deficiențele personale și pe obstacole, percepute ca fiind mai greu de depășit, crescând rata de eșec. Apare o tendință scăzută de a depune efort și de a-și asuma obiective mai mici. Se conturează în acest fel o istorie personală sărăcită de experiențe de succes. Auto-eficacitatea scăzută face ca persoanele să își revin mai greu în caz de eșec. Nivelul de stres este mai ridicat și se experimentează rate ridicate ale depresiei (Bandura, 1994). Autoeficacitatea afectează modul de gândire al oamenilor, modul în care fac alegeri, țelurile propuse, efortul depus, modul de anticipare a rezultatelor și nivelul de rezistență în fața adversității. Calitatea vieții afective și nivelul de stres și depresie experimentat crește (Bandura, 2006). Bandura identifică patru surse ale auto-eficacității - experiența succesului, modelarea socială, persuasiunea socială și stările emoționale. Experiența succesului poate deveni un factor de creștere a auto-eficacității. Modelele sociale pot afecta în mare măsură auto-eficacitatea. O persoană poate fi influențată într-o mai mică sau mai mare măsură de model. Dacă cineva se consideră asemenea cu o persoană capabilă într-un domeniu se va percepe pe sine la fel. Mecanismul funcționează și în cazul în care modelul prezintă o capacitate scăzută. Persuasiunea socială poate influența auto-eficacitatea unei persoane prin aprecierile celorlalți despre cât de capabilă este de a efectua o sarcină. Poate lua forma unei „*contagiuni*” ridicând sau coboarănd nivelul auto-eficacității personale. A patra componentă a auto-eficacității cuprinde stările emoționale. Datorită influenței pe care emoțiile și starea de spirit le au asupra modului în care o persoană percepe eficacitatea sa aceasta poate fi întărită sau diminuată corespunzător.

2.2 *Stima de sine.* Stima de sine face parte din schema cognitive referitoare la sine și prezintă mai multe definiții. Unii văd stima de sine ca pe o evaluare globală a propriei persoane (Rosenberg, 1989), alți sugerează că este rezultatul evaluării propriei valori și a abilităților de a-și atinge scopurile dorite. Sentimentele rezultate în urma evaluării influențează percepția stimei de sine. Aceasta este conceptualizată ca fiind o caracteristică cognitivă cu rol de autoîntărire și autoprotecție. Unii autori consideră stima de sine ca fiind o structură bidimensională (Robu, 2013) având următorii factori: acceptarea de sine și autoevaluare. Persoanele care au tendința de se autoevalua negativ, anticipând eșecul, experiențiază afecte negative precum: depresia, anxietatea, mânia. Dacă considerăm depresia ca o expresie a cognițiilor negative despre sine putem totodată să o înțelegem și ca mecanism defensiv pentru contracararea cognițiilor negative. Opțiunea de a alege o imagine de sine negativă dă persoanei posibilitatea de a se feri de viitoare încercări în a-și construi un nivel ridicat al acesteia. Altfel spus convingerile negative față de sine previn viitoarele dezamăgiri și minimalizează impactul eșecurilor. Stima de sine crescută se asociază cu așteptări pentru succes, cu o imagine optimistă asupra performanțelor viitoare, cu efortul pentru atingerea scopului și perseverența asumată pentru a depăși viitoarele obstacole. Stima de sine este identificată ca fiind o variabilă personală importantă în procesul de gestionare al stresului și al bolii. Stima de sine influențează modalitatea în care evaluăm stimulilor proveniți din mediu, felul în care descoperim resursele de coping, felul cum înțelegem modelăm efectele confruntării cu situațiile stresante.

2.3. *Locul controlului.* Conceptul de locul controlului (LOC) a fost introdus de Julian Rotter în 1966. Autorul argumentează că atitudinile și convingerile privind relația cauzală dintre comportament și efect se conturează ca o caracteristică de personalitate globală și relativ stabilă. Conceptul pornește de la teoria învățării sociale și definește modul în care o persoană își explică succesul sau eșecul prin cauze de tip intern sau extern, controlabile sau necontrolabile. Locul controlului intern este determinat de convingerea că puterea și controlul personal pot influența evenimentele și că succesele proprii derivă din aptitudinile dezvoltate de persoana în cauză și de munca depusă. Locul controlului extern se manifestă prin convingerea că puterea personală influențează foarte puțin sau deloc evenimentele, fiind cauzate mai mult de destin, de puterea altora sau de șansă. Rotter, pune în legătură conceptul de LOC cu alte variabile din psihologia personalității cum ar fi: competența, alienarea, nevoia de succes, autonomia, atribuirea. Autorul descrie LOC ca pe o trăsătură unidimensională, luând în considerare controlul personal asupra unor zone extinse de domenii din viață. Alte cercetări, folosind analiza factorială, interpretează LOC ca fiind o trăsătură cu două

dimensiuni. Cercetările experimentale conduc la concluzia că, în studiul stresului, este necesară includerea locului controlului. În aceste cazuri LOC intern ar putea avea rolul de factor protector. Ipoteza prin care un LOC extern poate lua o formă maladadaptivă, în condiții de stres, se referă la transformările ce pot apărea la nivel biologic, subiectiv și comportamental ce pot conduce la percepția incapacității de control. Externalitatea poate fi defensivă (când eșecul este atribuit factorilor externi, persoana protejându-se astfel pe sine) și pasivă (atunci când persoana percepe lipsa de control, rezultând cu efecte negative). Internalitatea, de asemenea, se poate manifesta în două moduri: responsabilă (atunci când persoana își exprimă dorința de asumare a controlului și a responsabilitatea pentru succese și eșecuri) și culpabilizantă (când individul se autoblamează pentru eșecuri fără a acorda importanță succesorilor sau chiar ignorându-le). O persoană cu orientare spre LOC intern poate manifesta rezistență la stres: fiind mai receptivă la informațiile utile furnizate de mediu; prin manifestarea preocupării asupra aptitudinilor deținute pentru succes și eșec; prin rezistența la încercările externe de a fi influențată; prin luarea inițiativei de îmbunătățire a condițiilor de mediu.

2.4. Robustețea. Robustețea face referire la o matrice de caracteristici ale personalității. Conceptul a fost introdus pentru prima dată de către Suzanne C. Kobasa (1979) în articolul „*Stressful life events, personality, and health: An inquiry into hardiness*” (Journal of Personality and Social Psychology, Vol. 37 (1), consultat în ianuarie 2016). Acest model se referă la rezistența la stres, delimitând persoanele care rămân sănătoase de cele care dezvoltă probleme de sănătate sub influența acestuia. Persoanele cu robustețe crescută au performanțe mai bune în condiții de stres. Robustețea, ca structură de personalitate, cuprinde trei dispoziții generale care funcționează ca resurse pentru rezistența la stres: *Angajare*, *Control* și *Provocare*. *Angajarea* este definită ca o tendință a persoanei de a se implica în activități și ca existența curiozității și a unui interes real față de lumea înconjurătoare. Aceasta implică convingerea că evenimentele au sens și semnificație. *Controlul* reprezintă credința unei persoane că deține puterea de a influența evenimentele ce au loc în jur prin efort propriu și intenția de a acționa în această direcție. Această convingere presupune perceperea abilităților proprii de a interacționa activ cu mediul și asumarea responsabilității asupra sorții, fără a manifesta așteptări naive privind controlul total al evenimentelor. *Provocarea* este convingerea că modul normal de viață este schimbarea și nu stabilitatea. Schimbarea este înțeleasă ca o oportunitate pentru creșterea personală și nicidecum o amenințare. Provocarea se manifestă și prin intenția orientării spre viitor. Constructul de robustețe a fost elaborat pe baza rezultatelor unui studiu prospectiv pe o perioadă de șapte ani. S-a observat la peste 900

de participanți dinamica relației dintre nivelul stresului și incidența bolilor. Datele cercetării susțin că unii participanți rămân sănătoși în ciuda stresului intens cauza fiind acele particularități de personalitate definite de autori în conceptul de robustețe.

2.5. *Sensul coerenței.* Sensul coerenței este definit de Antonovsky ca „o orientare globală care exprimă măsura în care cineva are o senzație de încredere omniprezentă, de durată deși dinamică, conform căreia: (1) stimulii care decurg în cursul vieții din mediile interne și externe persoanei sunt structurate, previzibile și explicabile; (2) resursele sunt disponibile persoanei pentru a satisface cererile prezentate de stimuli; (3) cererile sunt provocări, demne de investiție și angajament” (Antonovsky, 1987). Persoanele care prezintă astfel de caracteristici manifestă o rezistență mai bună la stres, putând să facă față provocărilor întâlnite. Sensul coerenței este compus din trei factori: *Înțelegere*, *Control* și *Scop*. *Înțelegerea* face referire la măsura în care persoana poate da un sens și pricepe situația prin care trece. Informația este decodificată la nivel cognitiv clară, structurată, consistentă și nu haotică, accidentală, inexplicabilă sau redundantă. *Controlul* este definit ca fiind capacitatea individuală de percepție a unor resurse disponibile necesare confruntării cu evenimente stresante. Resursele disponibile nu presupun doar capacitățile individuale de a face față situației. Acestea includ toate resursele la care persoana poate apela în caz de necesitate. *Scopul* reprezintă percepția unei finalități necesare sau dorite. Acesta evidențiază importanța implicării individului în procesul de decizie și modelare a situațiilor zilnice sau a celor care influențează propriul destin. Evenimentele incluse între cele cu scop perceput tind să fie percepute ca fiind incitante și demne de implicare. Antonovsky consideră că cei trei factori componenți ai sensului coerenței sunt interrelaționați. În acest sens propune predicții cu privire la cele opt variante posibile de relaționare (Antonovsky, 1987). Tipurile unu și opt apar evident stabile, având toate cele trei componente fie ridicate, fie scăzute. Tipuri doi și șapte sunt considerate de Antonovsky rare, ca urmare a improbabilității coexistenței unei comprehensiuni scăzute cu un sentiment al controlului ridicat și viceversa. În cazul celorlalte tipuri, acestea sunt instabile, generând o presiune de schimbare. Direcția de schimbare este dată de componenta Scop. Astfel, tipurile trei și patru prezintă o presiune de creștere a sentimentului de coerență, în timp ce pentru tipurile cinci și șase tendința este de scădere.

2.6. *Optimismul.* Scheier și Carver (1992) definesc dispoziția către optimism ca fiind o tendință generală și relativ stabilă în a dezvolta o concepție pozitivă asupra viitorului și asupra experiențelor vieții. Optimismul mai este definit totodată ca structură cognitiv-motivațională caracterizată prin reprezentări mentale și expectanțe pozitive privind atingerea scopurilor. Persoanele optimiste evaluează în mod pozitiv mediul fizic și social investind un efort

suplimentar în vederea prevenirii problemelor sau pentru transformarea lor. Aceste persoane savurează mai mult viața se poziționează mai eficient față stres și boală. Pesimismul, opus optimismului, este descris prin expectații negative asupra efectului acțiunilor întreprinse. Reacția acestora în situații problematice și dezamăgiri este de renunțare, de evitare și de negare. O cale prin care optimismul influențează efortul depus pentru evitarea bolilor este atenția asupra informațiilor privind factorii de risc. Pe de altă parte se constată că optimismul este un factor predictiv pentru un coping activ în situațiile de stres și mai puțin a unui coping evitativ prin negare și retragere; de asemenea, optimismul poate influența starea de sănătate prin tendința persoanei de a-și menține dispoziția afectivă pozitivă chiar în situații de stres acut. Optimismul poate corela, cu efecte negative, în cel puțin două situații (Sîrbu, 2014): când optimismul determină un comportament pasiv iar efectul pozitiv este așteptat de la șansă, divinitate sau ajutorul unui prieten; sau în situațiile care deși sunt netransformabile, optimistul persistă cu tenacitate în schimbarea lor.

III. Studiu diagnostic și analiză statistică. Am ales, ca instrument de analiză a datelor, studiul diagnostic datorită numărului mic de participanți dar și a valorii euristice ridicate (Sava, 2013). Acest tip de studiu se pretează cercetării de față pentru că diagnosticul are o formă categorială dihotomică. Acolo unde rezultatul a avut relevanță am aplicat analiza corelațională bivariată a datelor.

1. Obiectivul cercetării. Obiectivul principal al cercetării la constituit identificarea corelațiilor între diagnosticul Tulburării de personalitate obsesiv-compulsivă conform DSM-IV-TR (Axa II) și scorurile obținute de participanți la scalele de personalitate în sanogeneză. Cercetarea a urmărit identificarea unor patternuri ale factorilor de personalitate în sanogeneză pentru cazurile clinice și subclinice. Rezultatele pot folosi la identificarea unor tipuri de intervenții suportive, ținând cont de aceste patternuri, în asistarea clienților cu Tulburare obsesiv-compulsivă.

2. Ipoteze și variabile. Ipoteza de lucru: „*Există corelații semnificative între diagnosticul (clinic sau subclinic) al Tulburării de personalitate obsesiv-compulsivă conform DSM-IV-TR (axa II) și scorurile obținute de participanți la scalele de personalitate în sanogeneză*”.

Variabilele supuse analizei sunt numărul de criterii de diagnostic pentru Tulburarea de personalitate obsesiv-compulsivă (NC_{TPOC}) ce împart eșantionul în două categorii: clinic ($NC_{TPOC} \geq 4$) și subclinic ($NC_{TPOC} < 4$) precum și scorul obținut la fiecare scală care măsoară factorii de personalitate în sanogeneză în parte ($SCOR_{TEST}$) unde TEST reprezintă abrevierea

numelui testului. Pentru studiul pilot, dat fiind numărul redus de participanți, s-au împărțit scorurile luându-se ca referință scorul corespunzător percentilei 50 (Tabel 1).

Tabel 1. Interpretarea dihotomică a scorurilor la testarea factorilor de personalitate.

Interpret.	Test	SCOR _{SES}	SCOR _{RSES}	SCOR _{DRSA}	SCOR _{DRSC}	SCOR _{DRSP}	SCOR _{DRS15}	SCOR _{LOTR}
	scăzut	10 - 32	10 - 32	0 - 12	0 - 12	0 - 9	0 - 32	0 - 12
	ridicat	33 - 40	33 - 40	13 - 15	13 - 15	10 - 15	33 - 45	13 - 24
Interpret.	Test	SCOR _{LOC}	Test	SCOR _{SOCI}	SCOR _{SOCFC}	SCOR _{SOC13}	SCOR _{SOC13}	X
	intern	0 - 12	scăzut	5 - 24	4 - 19	4 - 23	13 - 65	
	extern	13 - 23	ridicat	25 - 35	20 - 28	22 - 28	66 - 89	

3. Metoda de cercetare. Participanții au fost selectați dintre clienții care s-au prezentat la *cabinetul individual de psihologie clinică*. Pentru evaluarea factorilor de personalitate în sanogeneză am construit *bateria de teste FCSPS* care cuprinde: *Self-Efficacy Scales (SES)* (Schwarzer, Jerusalem, 1995) pentru evaluarea autoeficacității, adaptată populației adulte din România (Vasilii, Marinescu, Marinescu, Rizeanu, 2015); *Rosenberg self-esteem scale (RSES)* (Rosenberg, 1989) pentru evaluarea stimei de sine; *Locus of Control Scale (LOC)* (Rotter, 1966) pentru evaluarea locului controlului; *Dispositional Resilience Scale (DRS-15)* (Bartone, 2005) pentru evaluarea robusteții, adaptată populației adulte din România (Vasilii, Marinescu, Marinescu, Sîrbu, 2015); *Sense of Coherence Scale (SOC-13)* (Antonovsky, 1987) pentru evaluarea sensului coerenței, adaptată populației adulte din România (Vasilii, Marinescu, Marinescu, Golu, 2015); *Life Orientation Test (LOTR)* (Scheier, Carver and Bridges, 1994) pentru evaluarea optimismului.

Pentru evaluarea criteriilor în diagnosticarea Tulburării de personalitate obsesiv-compulsivă, conform clasificării de pe Axa II din DSM IV-TR, am folosit *Chestionarul de personalitate și interviul clinic SCID-II*.

4. Design experimental. Participanții au fost testați și evaluați cu două instrumente. În această etapă a cercetării am adoptat strategia unui design corelațional non-experimental.

R ₁	O	O ₁	O ₂
R ₂	O	O ₁	O ₂

unde: „O” reprezintă faza de instruire a participanților; „O₁” reprezintă faza de evaluare a factorilor de personalitate în sanogeneză cu *bateria FCSPS* și „O₂” reprezintă determinarea numărului de criterii obținute pentru Tulburarea obsesiv-compulsivă conform DSM IV-TR folosind *Chestionarul de personalitate și interviul clinic structurat SCID II*. Participanții au

fost dispuși în două grupe: cei care au prezentat un număr subclinic de criterii de diagnostic (R_1) și cei care au prezentat un număr clinic de criterii de diagnostic (R_2).

5. Procedura. Am selectat un număr de 40 participanți dintre care 20 de gen masculin și 20 de gen feminin. Vârsta a fost cuprinsă între 19 și 53 de ani. În prima fază am instruit participanții cu privire la obiectivele urmărite, la instrumentele utilizate pentru evaluare și testare precum și asupra procedurilor folosite în cercetare. În cea de-a doua fază am trecut la testarea și evaluarea propriuzisă folosind pentru înregistrare metoda creion-hârtie. Am aplicat bateria de teste *FCSPS* pentru determinarea scorurilor fiecărui participant la scalele privind factorii de personalitate în sanogeneză. Pentru fiecare scală am informat participanții asupra modului de completare și a semnificației factorului măsurat. Scalele au fost completate individual de către fiecare participant. Am aplicat chestionarul de personalitate SCID-II după ce fiecare participant a fost instruit asupra cerințelor privind completarea acestuia. Chestionarul a fost completat de fiecare participant individual prin metoda creion-hârtie. Ulterior am aplicat interviul clinic structurat SCID-II pentru a determina relevanța răspunsurilor la chestionarul de personalitate. La final am interpretat scorurile obținute și am oferit un feed-back fiecărui participant.

6. Rezultate. Din analiza descriptivă (Tabel 2) pentru numărul de criterii de diagnostic al tulburării de personalitate obsesiv-compulsivă am constatat o distribuție aproape simetrică cu o boltire moderat platicurtică care îndreptățește aproximarea cu o curbă normală.

Tabel 2. Analiza descriptivă pentru numărul de criterii de diagnostic.

N	Media	Mediana	Mod	Std. dev.	Min.	Max.	Asim.	Std. err. asim.	Boltire	Std. err. bolt.
40	4	4	6	2,015	0	7	-,389	,389	-,562	,778

Am constatat că, din totalul de participanților ($N=40$), 23 au îndeplinit numărul minim de criterii pentru a fi diagnosticați cu Tulburare de personalitate obsesiv-compulsivă (TPOC) rezultând o prevalență a cazurilor studiate de 57,5%.

Am folosit pentru valoarea predictivă pozitivă abrevierea VPP și pentru valoarea predictivă negativă abrevierea VPN. Acestea, ca și sensibilitatea și specificitatea fac referire la calitățile testelor de a identifica corect pe cei care prezintă sau nu tulburarea. Pentru probabilitățile posttest, care se referă la predicția asupra unei persoane care este testată am folosit abrevierile P_+ respectiv P_- .

În urma studiului diagnostic pentru scala autoeficacității SES (Tabel 3) au rezultat următoarele calități: *Sensibilitate*=0.695 adică procentul de persoane diagnosticate cu TPOC care obțin un rezultat scăzut la test este de 69.5%; *Specificitate*=0.705 adică procentul de persoane nediagnosticate cu TPOC care obțin un scor ridicat la test este de 70.5%. Probabilitatea ca cei cu scor scăzut să prezinte într-adevăr TPOC este de 76.1% ($VPP=0.761$) iar probabilitatea ca cei cu scor ridicat să nu prezinte TPOC este de 63.1% ($VPN=0.631$).

Predicția privind persoana testată este: probabilitatea ca o persoană cu scoruri scăzute ale autoeficacității de a avea TPOC este de 76,2% ($P_+ =0.762$) iar probabilitatea ca o persoană cu scoruri ridicate ale autoeficacității să aibă TPOC este de 36.8% ($P_- =0.368$).

În urma analizei statistice a rezultat că există corelații semnificative între diagnosticul, clinic sau subclinic, al Tulburării de personalitate obsesiv-compulsivă și scorul, scăzut sau ridicat, obținut la scala autoeficacității ($r= -0.354$, $n=40$, $p=0.025$).

Tabel 3. Studiu diagnostic NC_{TPOC} - scala SES.

SCOR _{SES} (autoeficacitatea)		Tulburare de personalitate obsesiv-compulsivă		Total
		prezentă $NC_{TPOC} \geq 4$	absentă $NC_{TPOC} < 4$	
scăzută	1	16	5	21
ridicată	2	7	12	19
Total		23	17	40

Pentru scala stimei de sine RSES (Tabel 4) au rezultat următoarele calități: *Sensibilitate*=0.608 adică procentul de persoane diagnosticate cu TPOC care obțin un scor scăzut la test este de 60.8%; *Specificitatea*=0.647 adică procentul de persoane nediagnosticate cu TPOC care obțin un scor ridicat la test este de 64.7%. Probabilitatea ca cei cu scor scăzut să prezinte într-adevăr TPOC este de 70.0% ($VPP=0.700$) iar probabilitatea ca cei cu scor ridicat să nu aibă TPOC este de 55.0% ($VPN=0.550$).

Predicția privind persoana testată este: probabilitatea ca o persoană cu scoruri scăzute ale stimei de sine să aibă TPOC este de 70,0% ($P_+ =0.700$) iar probabilitatea ca o persoană cu scoruri ridicate ale stimei de sine să aibă TPOC este de 45.0% ($P_- =0.450$).

În urma analizei statistice a rezultat că nu există corelații semnificative între diagnosticul, clinic sau subclinic, al Tulburării de personalitate obsesiv-compulsivă și scorul, scăzut sau ridicat, obținut la scala stimei de sine ($p>0.05$).

Tabel 4. Studiu diagnostic NC_{TPOC} - scala RSES.

SCOR _{RSES} (stima de sine)		Tulburare de personalitate obsesiv-compulsivă		Total
		prezentă $NC_{TPOC} \geq 4$	absentă $NC_{TPOC} < 4$	
scăzută	1	14	6	20
ridicată	2	9	11	20
Total		23	17	40

Pentru scala locului controlului LOC rezultatele nu sunt concludente din cauza specificității reduse (specificitate=0.176).

În urma studiului diagnostic pentru scala robusteții DRS15 – factorul angajare (Tabel 5) au rezultat următoarele calități: *Sensibilitate*=0.565 adică procentul de persoane diagnosticate cu TPOC care obțin un scor scăzut la test este de 56.5% și *Specificitatea*=0.470 adică procentul de persoane nediagnosticate cu TPOC ce obțin un scor ridicat la test este de 47.0%. Probabilitatea ca cei cu scor scăzut să prezinte într-adevăr TPOC este de 59.1% (VPP=0.591) iar probabilitatea ca cei cu scor ridicat să nu aibă TPOC este de 44.4% (VPN=0.444).

Predicțiile individuale sunt neconcludente ambele fiind peste 50%.

Tabel 5. Studiu diagnostic NC_{TPOC} - scala DRS15-angajare.

SCOR _{DRSA} (angajare)		Tulburare de personalitate obsesiv-compulsivă		Total
		prezenta NC _{TPOC} ≥ 4	absenta NC _{TPOC} < 4	
scăzută	1	13	9	22
ridicăta	2	10	8	18
Total		23	17	40

În urma studiului diagnostic pentru scala robusteții DRS15 – factorul control (Tabel 6) au rezultat următoarele calități: *Sensibilitate*=0.565 adică procentul de persoane diagnosticate cu TPOC care obțin un scor scăzut la test este de 56.5% și *Specificitatea*=0.588 adică procentul de persoane nediagnosticate cu TPOC ce obțin un scor ridicat la test este de 58.8%. Probabilitatea ca cei cu scor scăzut să prezinte într-adevăr TPOC este de 65.0% (VPP=0.650) iar probabilitatea ca cei cu scor ridicat să nu aibă TPOC este de 50.0% (VPN=0.500).

Predicțiile individuale sunt neconcludente ambele fiind peste 50%.

Tabel 6. Studiu diagnostic NC_{TPOC} - scala DRS15-control.

SCOR _{DRSC} (control)		Tulburare de personalitate obsesiv-compulsivă		Total
		prezenta NC _{TPOC} ≥ 4	absenta NC _{TPOC} < 4	
scăzută	1	13	7	25
ridicăta	2	10	10	15
Total		23	17	40

În urma studiului diagnostic pentru scala robusteții DRS15 – factorul provocare (Tabel 7) au rezultat următoarele calități: *Sensibilitate*=0.478 adică procentul de persoane diagnosticate cu TPOC care obțin un scor scăzut la test este de 47.8% și *Specificitatea*=0.823 adică procentul de persoane nediagnosticate cu TPOC ce obțin un scor ridicat la test este de 82.3%. Probabilitatea ca cei cu scor scăzut să prezinte într-adevăr TPOC este de 78.6% (VPP=0.786) iar probabilitatea ca cei cu scor ridicat să nu aibă TPOC este de 53.8% (VPN=0.538).

Predicția privind persoana testată este: probabilitatea ca o persoană cu scoruri scăzute ale robusteții - factorul provocare să aibă TPOC este de 78.6% ($P_+ = 0.786$) iar probabilitatea ca o persoană cu scoruri ridicate la test să aibă TPOC este de 46.1% ($P_- = 0.461$).

În urma analizei statistice a rezultat că există corelații semnificativ între diagnosticul, clinic sau subclinic, al Tulburării de personalitate obsesiv-compulsivă și scorul, scăzut sau ridicat, obținut la scala robusteții - factorul provocare ($r = -0.313$, $n=40$, $p=0.049$).

Tabel 7. Studiu diagnostic NC_{TPOC} - scala DRS15-provocare.

SCOR _{DRSP} (provocare)		Tulburare de personalitate obsesiv-compulsivă		Total
		prezenta $NC_{TPOC} \geq 4$	absenta $NC_{TPOC} < 4$	
scăzută	1	11	3	14
ridicăta	2	12	14	26
Total		23	17	40

În urma studiului diagnostic pentru scala robusteții DRS15 (Tabel 8) au rezultat următoarele calități: *Sensibilitate*=0.478 adică procentul de persoane diagnosticate cu TPOC care obțin un scor scăzut la test este de 47.8% și *Specificitatea*=0.647 adică procentul de persoane nediagnosticate cu TPOC ce obțin un scor ridicat la test este de 64.7%. Probabilitatea ca cei cu scor scăzut să prezinte într-adevăr TPOC este de 64.7% ($VPP=0.647$) iar probabilitatea ca cei cu scor ridicat să nu aibă TPOC este de 47.8% ($VPN=0.478$).

Predicțiile individuale sunt neconcludente ambele fiind peste 50%.

Tabel 8. Studiu diagnostic NC_{TPOC} - scala DRS15.

SCOR _{DRS15}		Tulburare de personalitate obsesiv-compulsivă		Total
		prezenta $NC_{TPOC} \geq 4$	absenta $NC_{TPOC} < 4$	
scăzută	1	11	6	17
ridicăta	2	12	11	23
Total		23	17	40

În urma studiului diagnostic pentru scala sensului coerenței SOC13 – factorul înțelegere (Tabel 9) au rezultat următoarele calități: *Sensibilitate*=0.652 adică procentul de persoane diagnosticate cu TPOC care obțin un scor scăzut la test este de 65.2% și *Specificitatea*=0.765 adică procentul de persoane nediagnosticate cu TPOC ce obțin un scor ridicat la test este de 76.5%. Probabilitatea ca cei cu scor scăzut să prezinte într-adevăr TPOC este de 78.9% ($VPP=0.789$) iar probabilitatea ca cei cu scor ridicat să nu aibă TPOC este de 61.9% ($VPN=0.619$).

Predicția privind persoana testată este: probabilitatea ca o persoană cu scoruri scăzute ale sensului coerenței - factorul înțelegere să aibă TPOC este de 78.9% ($P_+ = 0.789$) iar

probabilitatea ca o persoană cu scoruri ridicate la test să aibă TPOC este de 38.1% ($P_{+}=0.381$).

În urma analizei statistice a rezultat că există corelații semnificativ între diagnosticul, clinic sau subclinic, al Tulburării de personalitate obsesiv-compulsivă și scorul, scăzut sau ridicat, obținut la scala sensului coerenței - factorul înțelegere ($r = -0.413$, $n=40$, $p=0.008$).

Tabel 9. Studiu diagnostic NC_{TPOC} - scala SOC13 - înțelegere.

SCOR _{SOC13} (înțelegere)		Tulburare de personalitate obsesiv-compulsivă		Total
		prezenta $NC_{TPOC} \geq 4$	absenta $NC_{TPOC} < 4$	
scăzută	1	15	4	19
ridicată	2	8	13	21
Total		23	17	40

În urma studiului diagnostic pentru scala sensului coerenței SOC13 – factorul flexibilitate și control (Tabel 10) au rezultat următoarele calități: *Sensibilitate*=0.565 adică procentul de persoane diagnosticate cu TPOC care obțin un scor scăzut la test este de 56.5% și *Specificitatea*=0.647 adică procentul de persoane nediate diagnosticate cu TPOC ce obțin un scor ridicat la test este de 64.7%. Probabilitatea ca cei cu scor scăzut să prezinte într-adevăr TPOC este de 68.4% ($VPP=0.684$) iar probabilitatea ca cei cu scor ridicat să nu aibă TPOC este de 52.4% ($VPN=0.524$).

Predicția privind persoana testată este: probabilitatea ca o persoană cu scoruri scăzute ale sensului coerenței - factorul flexibilitate și control să aibă TPOC este de 68.4% ($P_{+}=0.684$) iar probabilitatea ca o persoană cu scoruri ridicate la test să aibă TPOC este de 47.6% ($P_{-}=0.476$).

În urma analizei statistice a rezultat că nu există corelații semnificative între diagnosticul, clinic sau subclinic, al Tulburării de personalitate obsesiv-compulsivă și scorul, scăzut sau ridicat, obținut la scala sensului coerenței - factorul flexibilitate și control ($p > 0.05$).

Tabel 10. Studiu diagnostic NC_{TPOC} - scala SOC13 - flexibilitate și control.

SCOR _{SOCFC} (flex. și ctrl.)		Tulburare de personalitate obsesiv-compulsivă		Total
		prezenta $NC_{TPOC} \geq 4$	absenta $NC_{TPOC} < 4$	
scăzută	1	13	6	19
ridicată	2	10	11	21
Total		23	17	40

În urma studiului diagnostic pentru scala sensului coerenței SOC13 – factorul sens și rost (Tabel 11) au rezultat următoarele calități: *Sensibilitate*=0.478 adică procentul de persoane diagnosticate cu TPOC care obțin un scor scăzut la test este de 47.8% și *Specificitatea*=0.706 adică procentul de persoane nediate diagnosticate cu TPOC ce obțin un scor

ridicat la test este de 70.6%. Probabilitatea ca cei cu scor scăzut să prezinte într-adevăr TPOC este de 68.7% (VPP=0.687) iar probabilitatea ca cei cu scor ridicat să nu aibă TPOC este de 50.0% (VPN=0.500).

Predicțiile individuale sunt neconcludente ambele fiind peste 50%.

Tabel 11. Studiu diagnostic NC_{TPOC} - scala SOC13 - sens și rost.

SCOR _{SOCSR} (sens și rost)		Tulburare de personalitate obsesiv-compulsivă		Total
		prezenta NC _{TPOC} ≥ 4	absenta NC _{TPOC} < 4	
scăzută	1	11	5	16
ridicăta	2	12	12	24
Total		23	17	40

În urma studiului diagnostic pentru scala sensului coerenței SOC13 (Tabel 12) au rezultat următoarele calități: *Sensibilitate*=0.478 adică procentul de persoane diagnosticate cu TPOC care obțin un scor scăzut la test este de 47.8% și *Specificitatea*=0.765 adică procentul de persoane nediagnosticate cu TPOC ce obțin un scor ridicat la test este de 76.5%. Probabilitatea ca cei cu scor scăzut să prezinte într-adevăr TPOC este de 73.3% (VPP=0.733) iar probabilitatea ca cei cu scor ridicat să nu aibă TPOC este de 52.0% (VPN=0.520).

Predicția privind persoana testată este: probabilitatea ca o persoană cu scoruri scăzute ale sensului coerenței să aibă TPOC este de 73.3% ($P_+ = 0.733$) iar probabilitatea ca o persoană cu scoruri ridicate la test să aibă TPOC este de 48.0% ($P_- = 0.480$).

În urma analizei statistice a rezultat că nu există corelații semnificative între diagnosticul, clinic sau subclinic, al Tulburării de personalitate obsesiv-compulsivă și scorul, scăzut sau ridicat, obținut la scala sensului coerenței - factorul flexibilitate și control ($p > 0.05$).

Tabel 12. Studiu diagnostic NC_{TPOC} - scala SOC13.

SCOR _{SOC13}		Tulburare de personalitate obsesiv-compulsivă		Total
		prezenta NC _{TPOC} ≥ 4	absenta NC _{TPOC} < 4	
scăzută	1	11	4	15
ridicăta	2	12	13	25
Total		23	17	40

Pentru scala optimismului LOTR rezultatele nu sunt concludente din cauza sensibilității reduse (*sensibilitate*=0.261).

7. Concluzii studiu diagnostic și analiză statistică. În această etapă a cercetării, datorită numărului mic de participanți, nu am putut verifica în totalitate ipoteza nul. Am obținut totuși următoarele categorii de rezultate:

a) Se pot face predicții individuale și există corelații semnificative între diagnosticul, clinic sau subclinic, al TPOC și rezultatele obținute la scalele de evaluare a factorilor de

personalitate în sanogeneză pentru: autoeficacitate SES, robustețe DRS15 - factorul provocare și sensul coerenței SOC13 - factorul înțelegere. Pentru toate trei sensul corelației este negativ adică pentru cazurile diagnosticate clinic scorurile sunt scăzute iar pentru cele subclinice sunt ridicate. Scalele au calități foarte bune de anticipare.

b) Se pot face predicții individuale, rezervate, fără a fi încă identificate corelații semnificative între diagnosticul tulburării și scorurile obținute pentru scalele: stima de sine RSES, sensul coerenței SOC13 - factorul flexibilitate și control și sensul coerenței SOC13. Scalele au calități bune de anticipare.

c) Nu se pot face predicții la nivel individual însă calitățile scalelor de a anticipa prezența TPOC în cazul în care se va efectua o testare pe axa II din DSM IV-TR sunt promițătoare pentru: robustețe DRS15 - factorul angajare și factorul control, robustețe DRS15, sensul coerenței SOC13 - factorul sens și rost.

d) Scalele nu au suficiente calități de a anticipa prezența TPOC la o eventuală testare pe axa II DSM IV-TR pentru: locul controlului LOC și optimism LOTR.

O analiză viitoare, care să țină cont de tipurile de TPOC evidențiate de Theodore Millon (conștiincios, puritan, birocratic, avar, cicălitor), ar putea evidenția noi corelații cu scorurile factorilor de personalitate. Anumite criterii de diagnostic ale TPOC pot avea o influență diferită asupra scorurilor obținute la anumite scale de măsurare ale factorilor de personalitate. În cazurile în care apar mai multe tulburări de personalitate pentru aceeași persoană ar putea ca acestea să joace rol de variabile mediatore sau moderatoare. Unele corelații pot apărea dacă ținem cont de cele opt variante de relaționare, evidențiate de Aaron Antonovsky, între factorii sensului coerenței: înțelegere, flexibilitate/control și sens/rost.

În concluzie în această fază a cercetării nu putem sprijini în totalitate cu dovezi empirice validitatea statistică, validitatea externă și validitatea de construct a teoriei enunțată prin ipoteza de cercetare. Un număr mai mare de participanți ar putea întări unele corelații sau ar putea pune în evidență noi corelații.

VI. Bibliografie.

1. American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder. Fourth Edition Text Revision*. Washington D.C.
2. Antonovsky, A. (1987). *Unravelling the mystery of health: How people manage stress and stay well*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
3. Ariely, D. (2013). *Irațional în mod previzibil. Forțele ascunse care ne influențează deciziile*. București: Publica.

4. Baban, A. (1998). *Stres și personalitate*. Cluj: Presa Universitară Clujeană.
5. Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
6. Bandura, A.(1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 37(2), 122-147.
7. Bandura, A. (1994). *Self-efficacy*. In V.S. Ramachaudran (Ed.), *Encyclopedia of human behavior* (Vol. 4, pp. 71-81). New York: Academic Press.
8. Bandura, A. (2006). *Guide for constructing self-efficacy scales*. In F. Pajares & T. Urdan (Eds.), *Self-efficacy beliefs of adolescents*. Greenwich, CT: Information Age Publishing.
9. Bartone, P.T. (2007). Test-retest reliability of the Dispositional Resilience Scale-15, a brief hardiness scale. *Psychological Reports*, 101, 943-944.
10. Beck, A.T., Freeman, A., Davis, D. D. și colab.(2011). *Terapia cognitivă a tulburărilor de personalitate*, Cluj-Napoca: ASCR.
11. David, D. (2006). *Psihologie clinică și psihoterapie*. Iași: Polirom.
12. First, M.B., Spitzer, L.R., Gibbon, M., Williams, J.B.W. (2007). *Interviul Clinic Structurat pentru Tulburările Clinice de pe Axa I a DSM -Versiune Clinică*. Cluj Napoca: RTS.
13. First, M.B., Gibbon, M., Spitzer, L.R., Williams, J.B.W. Benjamin, L.S. (2007). *Interviul Clinic Structurat pentru Tulburările de Personalitate de pe Axa II a DSM -Versiune Clinică*. Cluj Napoca: RTS.
14. Kahneman, D.(2012). *Gândire rapidă, gândire lentă*. București: Publica.
15. Lazarus, A.A., Lazarus, C.N. (1991). *Multimodal Life History Inventory (2nd edition)*. Champagne, IL: Research Press.
16. Miller, S. D., Duncan, B. L., Johnson, L. (2002). *The Session Rating Scale 3.0*. Chicago: Author.
17. Millon, T. (2004). *Personality Disorders in Modern Life*. New Jersey: John Wiley & Sons.
18. Rizeanu, S. (2014). *Psihodiagnoza și evaluarea clinică a copilului și adolescentului. Note de curs. Ediția a II-a revizuită și adăugită*. București: Universitară.
19. Robu, V. (2013). Evaluarea stimei de sine în rândul adolescenților. Proprietăți psihometrice pentru scala Rosenberg. *Revista Psihologie, Asociația Psihologilor Practicieni din Moldova, Nr. 2, 3-13*.

20. Rosenberg, M. (1989). *Society and the Adolescent Self-Image. Revised edition.* Middletown, CT: Wesleyan University Press.
21. Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, 80, 609-611.
22. Sava, F.A. (2013). *Psihologia validată științific.* Iași: Polirom.
23. Sîrbu, M.(2014). *Psihologia sănătății – note de curs.* București: Universitatea Hyperion.
24. Scheier, M. F., & Carver, C. S. (1992). Effects of optimism on psychological and physical well-being: The influence of generalized outcome expectancies. *Health Psychology*, 16, 201–228.
25. Scheier, M.F., Carver, C.S. and Bridges, M.W. (1994). Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery, and self-esteem): A re-evaluation of the Life Orientation Test. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 1063-1078.
26. Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (1995). *Generalized Self-Efficacy scale.* In J. Weinman, S. Wright, & M. Johnston, Measures in health psychology: A user's portfolio. Causal and control beliefs (pp. 35-37). Windsor, England: NFER-NELSON.
27. Taleb, N., N. (2010). *Lebăda neagră.* București: Curtea Veche.
28. Taleb, N., N. (2014). *Antifragil. Ce avem de câștigat de pe urma dezordinii.* București: Curtea Veche.
29. Tudose, F., Tudose, C., Dobranici, L. (2011). *Tratat de psihopatologie și psihiatrie pentru psihologi.* București: Trei.
30. Vasiliu, D. (2015). *Un șoarece pe roată.* In Rizeanu, S. coord. (2015). *Evaluare clinică și psihoterapie. Studii de caz.* București: Universitară.
31. Vasiliu, D., Marinescu, D.A., Marinescu, G., Rizeanu, S. (2015). *Evaluarea autoeficacității. Proprietăți psihometrice pentru Self-Efficacy Scales: SES.* Revista de studii psihologice nr. 2, Hyperion.
32. Vasiliu, D., Marinescu, D.A., Marinescu, G., Sîrbu, M. (2015). *Evaluarea Robusteții. Proprietăți psihometrice pentru Dispositional Resilience Scale DRS-15.* Revista de studii psihologice nr. 2, Hyperion.
33. Vasiliu, D., Marinescu, D.A., Marinescu, G., Golu, I. (2015). *Evaluarea sensului coerenței. Proprietăți psihometrice pentru Sense of Coherence Scale: SOC-13.* Revista de studii psihologice nr. 2, Hyperion.

Revista de Studii Psihologice nr. 3, februarie 2016, București: Universitatea Hyperion, pp.: 67-87.

<http://www.hardiness-resilience.com>. (consultat în ianuarie 2016).

<http://www.mentalhealth.com/home/dx/obsessivepersonality.html> (consultat în ianuarie 2016).