

EVALUARE COGNITIV-COMPORTAMENTALĂ LA PACIENȚII CU AFECȚIUNI SOMATICE

Felicia CIOBANU, Nicolae COSMOVICI,
Liliana SĂNDACHE, Oana Mihaela VESTALE

Abstract:

A problem can be threatening for a person if his or her own adaptive resources are inefficient. Primary intervention is necessary for avoiding the negative thinking about a disease, effects of treatment etc. Cognitive-behavioural therapy has an active and directive character and is centred on this negative thinking. We offer just few indications for making a good evaluation in case of a patient with somatical problems.

Mulți specialiști consideră că afecțiunile somatice reprezintă o întrepătrundere dintre trupul și sufletul ființei umane. De aceea, relația terapeutică stabilită cu pacientul este de o importanță deosebită. Trebuie ținut cont nu numai de afecțiunea propriu-zisă, dar și de personalitatea pacientului. Di Tomasso, Martin și Kovnat (2000) sunt de părere că simpla apariție a unei afecțiuni somatice nu reprezintă o criză pentru pacient. Criza apare datorită percepției problemei apărute ca fiind o amenințare la adresa integrității persoanei și ca urmare a faptului că resursele adaptative ale acesteia sunt depășite sau ineficiente.

În general, generatoare de criză sunt evenimentele care amenință securitatea și sentimentul de autocontrol al individului. În domeniul medical, aceste evenimente pot fi de la situații biologice firești până la accidente rutiere cu diverse consecințe grave. Pe lângă problemele de sănătate, asupra pacienților somatici acționează și alți factori stresanți specifici vieții cotidiene: decese, divorțuri, separare, pierderi de orice fel (serviciu, probleme financiare etc.).

Marea majoritate a indivizilor nu este pregătită să facă față unei boli severe, cronice sau acute, cum ar fi cancerul, scleroza multiplă, diabetul sau infertilitatea. De asemenea, este puțin probabil ca o persoană să fie pregătită pentru un accident rutier grav sau să facă față situației în care un copil s-a născut cu o malformație congenitală.

Decisive în apariția și menținerea unei situații de criză sunt convingerile, atitudinile și comportamentele individului. Intervenția precoce prezintă o serie de avantaje legate de faptul că pacienții sunt ceva mai sănătoși sub aspect somatic și psihic și pot colabora mai eficient la construirea și implementarea unor mecanisme adaptative. Intervenția precoce împiedică formarea unui set de convingeri și expectații negative referitoare la efectele tratamentului.

Crizele pacienților somatici pot fi provocate de factori declanșatori, factori de natură cognitivă, factori comportamentali sau factori de natură fiziologică.

a) Factorii declanșatori cuprind tipul, frecvența, perioada și natura specifică a evenimentelor stresante. Unele evenimente sunt mai stresante decât altele. Se știe că decesul partenerului de viață este cel mai stresant eveniment și este frecvent asociat cu apariția îmbolnăvirilor.

Semnificația unui eveniment diferă de la individ la individ, în funcție de schema cognitivă timpurie activată care joacă un rol important în declanșarea tipului de răspuns.

b) Factorii de natură cognitivă se referă la tot ceea ce gândește individul despre evenimentul respectiv. Astfel avem:

1. *convingerile, atitudinile și supozițiile nerealiste* legate de evenimentele externe care activează schemele cognitive de bază ce duc la apariția gândurilor, emoțiilor și comportamentelor;

2. *distorsionările cognitive* facilitează instalarea crizei, căci ele influențează modul de percepere a situației stresante și de acțiune pentru a-i face față;

3. *percepțiile și amintirile deformate* – pacienții aflați într-o dispoziție depresivă derulează mult mai ușor amintiri cu un conținut negativ care distorsionează percepția asupra lor. Astfel atenția este îndreptată prioritar asupra informațiilor negative legate de starea de sănătate.

4. *triada cognitivă* – se referă la viziunea negativă asupra propriei persoane, asupra lumii și a viitorului. Pacienții cu stimă de sine scăzută au tendința de a se autoculpabiliza, iar viziunea negativă asupra existenței și a viitorului va duce la apariția sentimentelor de neajutorare și lipsă de speranță.

5. *autoeficiența* – se referă la încrederea pacientului în forțele proprii pentru a face față dificultăților vieții și se asociază cu autocontrolul și eficacitatea personală. Pacienții cu un sentiment redus al autoeficienței își sabotează mecanismele defensive.

6. *insuficienta informare sau lipsa de informație* referitoare la o problemă medicală favorizează dezvoltarea unor fantezii negative, a unor distorsionări cognitive care conduc la creșterea probabilității apariției unei crize.

c) Factorii comportamentali sunt:

1. insuficiența sau absența unor strategii adecvate de a face față stresului. O istorie personală marcată de situații, evenimente pe care pacientul le-a depășit cu greu facilitează apariția crizei;

2. utilizarea unor modalități negative de a face față stresului (alcool, droguri, tentativă de suicid) măresc posibilitatea apariției unei crize;

3. absența unui suport social adecvat care duce la izolare, astfel încât pacientul trebuie să lupte singur cu dificultățile care apar în plan somatic sau psihic;

4. incapacitatea de a solicita sprijin.

d) Factorii de natură fiziologică fac referire la prezența unei alte afecțiuni somatice care scade pragul de toleranță la stres.

Tehnici cognitiv-comportamentale folosite în situații de criză la pacienții somatici

Demersul cognitiv-comportamental la acești pacienți are un caracter activ, directiv, colaborativ, psiho-educational și orientat pe rezolvarea de probleme, căci ei se află într-o stare de supraîncărcare emoțională, combinată cu senzația de epuizare cauzată de eșecul mecanismelor adaptative. De aceea, rolul terapeutului este esențial în susținerea lor. Caracterul directiv este bine tolerat pentru că vorbim de o situație de dezorganizare psihică și capacitatea de autodirecționare este pierdută. Centrarea pe rezolvarea de probleme este motivantă pentru pacienți, deoarece le oferă soluții potrivite și-i ajută să-și mobilizeze resursele într-un mod activ.

Di Tomasso, Martin și Kovnat oferă unele indicații, cu scopul de a eficientiza demersul terapeutic al pacientului aflat în criză.

1. Formarea alianței terapeutice – include următoarele obiective:

– acordul cu privire la obiectivele tratamentului;

– acordul referitor la sarcinile din timpul și din afara ședințelor de psihoterapie care sunt necesare în atingerea obiectivelor;

– legătura emoțională stabilită între terapeut și client;

2. Realizarea unui demers terapeutic de tip colaborativ – deosebit de importantă în cazul pacienților somatici care în timpul procedurilor medicale sunt plasați într-o postură pasivă (va simți un sentiment de ușurare dacă își unește forțele cu un expert pentru a depăși situația de criză, înțelegând astfel că problema sa este rezolvabilă);

3. Promovarea unor factori de natură relațională (empatia, înțelegerea, respectul reciproc etc.), mai ales că se plâng adesea de caracterul dezumanizant al practicilor medicale;

4. Investigarea în detaliu a problemelor pacientului – natura, debutul, frecvența și durata simptomelor necesare pentru o orientare corectă a strategiei;

5. Identificarea și analizarea factorilor precipitatori ai cauzei – natura evenimentului declanșator oferă informații despre vulnerabilitatea pacientului și ajută la identificarea mai rapidă a schemei cognitive disfuncționale de bază;

6. Evidențierea percepției pacientului față de eveniment – se realizează în mai multe moduri:
 - prin chestionarea directă a pacientului;
 - prin evidențierea listei gândurilor negative automate ale pacientului și prin extragerea problematicii comune;
 - prin intermediul tehnicii „săgeata verticală” a lui Burns;
 - prin intermediul examinării gândurilor automate, a stărilor emoționale și a comportamentelor care decurg din aceasta;
 - prin lansarea unei ipoteze referitoare la schema disfuncțională care se află la baza gândurilor automate, a stărilor emoționale și a comportamentelor.
7. Identificarea aspectelor cele mai perturbatoare ale situației problematice – când aceste aspecte devin obiective ale intervenției terapeutice, pacientul va percepe strategiile aplicate ca fiind încărcate de sens și se va mobiliza mai eficient pentru colaborare.
8. Examinarea istoriei vieții pacientului – informații despre crize anterioare, evenimente care au contribuit la declanșarea lor, mecanismele folosite pentru a face față acestor situații și strategiile care au dat cele mai bune rezultate. Evidențierea succeselor va contribui la întărirea convingerii pacientului în ceea ce privește capacitățile sale de a face față crizei generate de condiția medicală.
9. Evidențierea potențialului suicidal – stil rigid de gândire, dificultăți în a-și rezolva problemele, tentative suicidare în antecedente, abuz de alcool sau droguri, impulsivitate, simptome psihotice (halucinații cu caracter imperativ), lipsă de speranță, scăderea elanului vital, reducerea intereselor exterioare și a sentimentului plăcerii, atitudini pasive, lipsa de suport afectiv, conceperea unor planuri concrete de autodistrugere. Pentru acești pacienți suicidul reprezintă o modalitate de a scăpa de consecințele negative care se asociază cu condiția somatică.
10. Evidențierea și accentuarea resurselor pacientului – pe care le va folosi pentru a depăși situația de criză.
11. Stabilirea unor obiective realiste – fiecare ședință de psihoterapie este orientată spre atingerea unor obiective specifice și spre rezolvarea unor probleme cu caracter concret, ceea ce crează pacientului sentimentul că terapia se apropie de sfârșit și-i va crește motivația.
12. Facilitarea înțelegerii problemelor sale – terapeutul îl ajută să înțeleagă modul său de a reacționa, folosindu-se de experiențele sale (situația de criză, gândurile negative, stările emoționale și comportamentul);
13. Ajutarea pacientului în examinarea cognițiilor disfuncționale în mod obiectiv;
14. Evidențierea strategiilor adaptative folosite până acum;
15. Ghidarea pacientului în aprecierea obiectivă a consecințelor negative legate de afecțiunea somatică și în elaborarea unui plan concret de rezolvare a problemelor;
16. Identificarea obstacolelor care împiedică rezolvarea lor (spre exemplu, așteptările negative);
17. Abordarea gradată a sarcinilor pentru a atinge obiectivul propus;
18. Ghidarea pacientului în repetarea pe plan mental a ceea ce are de întreprins în plan comportamental;
19. Înlăturarea sau diminuarea influenței factorilor negativi care încetinesc procesul terapiei (gânduri și convingeri negative disfuncționale, obstacole în relațiile interpersonale);
20. Trasarea de sarcini pentru acasă, stabilite de comun acord cu pacientul și alese în așa fel, încât acestea să fie încununate de succes, cu scopul de a-i stimula activismul și de a construi un mod alternativ de a gândi și simți;
21. Diminuarea incertitudinilor legate de condiția medicală și de posibilele efecte negative;
22. Folosirea unor strategii de management a stărilor afective negative (tehnici de relaxare, hipnoză, respirație controlată) care să diminueze încordarea, anxietatea, tensiunea;
23. Utilizarea suportului psihologic oferit de persoane cu experiențe similare;
24. Recompensarea pacientului prin întăriri verbale pozitive, chiar și pentru progrese neînsemnate, cu scopul de a-i crește motivația;

25. Automonitorizarea evoluției simptomelor cu ajutorul unei scale generale (de la 0 la 10/100) prin care se notează absența/prezența unui simptom, a unor inventare de depresie și anxietate aplicate săptămânal. Datele obținute pot acționa ca întăriri pozitive.

Psihoterapia cognitiv-comportamentală în cazul afecțiunilor somatice implică o atitudine deosebită și adaptată fiecărui caz. Trebuie condusă cu seriozitate și răbdare, căci fiecare simptom, fie el chiar și minor, are o semnificație extrem de amplificată în conștiința pacientului. De aceea, este nevoie de multă abilitate din partea terapeutului care să însușească pacientului seriozitate și optimism.

BIBLIOGRAFIE:

1. Holdevici, I., Neacșu, V., *Consiliere psihologică și psihoterapie în situațiile de criză*, Editura DualTech, București, 2006.
2. Holdevici, I., *Ameliorarea performanțelor individuale prin tehnici de psihoterapie*, Editura Orizonturi, București, 2002.
3. Enăchescu, C., *Tratat de psihanaliză și psihoterapie*, Editura Didactică și Pedagogică, București, 1998.

Felicia CIOBANU – asistent med .prin. – psiholog, Spitalul Clinic de Psihiatrie „Socola” Iași

Nicolae COSMOVICI – conferențiar univ. dr., Spitalul Clinic de Psihiatrie „Socola” Iași

Liliana SÂNDACHE – psiholog, Spitalul Clinic de Psihiatrie „Socola” Iași

Oana Mihaela VESTALE – psiholog, Universitatea „Petre Andrei” Iași