

# TRATAMENTUL SCHIZOFRENIEI DIN PERSPECTIVA PSIHOTERAPIEI COGNITIV COMPORTAMENTALE – LIMITE ȘI AVANTAJE

BOGDAN IONESCU

**The Treatment of Schizophrenia from the Perspective of Cognitive Behavioral Psychotherapy – Limits and Benefits.** Cognitive behavioral psychotherapy proved the strength and effectiveness in the treatment of several types of mental disorders, but schizophrenia has several distinct features that we want to highlight in a synthetic overview.

**Key words:** treatment of schizophrenia; cognitive behavioral therapy; therapeutic efficacy; psychotherapy limits.

Odată cu afirmarea forței terapiei cognitiv-comportamentale în tratarea depresiei și a anxietății, după anii 1980 tot mai mulți cercetători și terapeuți au început să utilizeze forme adaptate ale terapiei cognitiv-comportamentale și în tratamentul schizofreniei (Teodorescu, Bizdoacă și Radu, 2007).

Astfel, chiar dacă tratamentul cu neuroleptice rămâne cel de bază în toate fazele schizofreniei, cercetările tot mai riguroase din ultimele decenii demonstrează faptul că terapia cognitiv-comportamentală este un adjuvant sigur și eficient, care acționează complementar terapiei antipsihotice (ibidem), fără a se substitui total acestuia.

Numeroase cercetări au evidențiat forța terapiei cognitiv-comportamentale în tratamentul fazei incipiente a schizofreniei, chiar în absența tratamentului medicamentos specific (Morrison și colab., 2011). Totuși, formele adaptate ale psihoterapiei cognitiv comportamentale trebuie să țină seama în primul rând de limitele specifice impuse de boală – de exemplu, de disfuncțiile cognitive –, dar și de efectele secundare ale bolii, cum ar fi pierderea stimei de sine (Turkington, Kingdon, Weiden, 2006). Ideală pentru succesul acestor forme de terapie este o perioadă de cel puțin șase luni (ibidem).

## **O perspectivă realistă asupra simptomatologiei schizofreniei**

Argumentele pentru eficiența terapiei cognitiv-comportamentale în tratarea psihozelor se sprijină pe numeroase studii longitudinale, desfășurate în ultimele decenii, care au evidențiat diminuarea certă a celor mai multe dintre simptomele schizofreniei, concomitent cu menținerea rezultatelor pozitive un timp îndelungat după terminarea terapiei.

Focalizându-se pe identificarea și modificarea metacognițiilor și a schemelor cognitive dezadaptative, terapia cognitiv-comportamentală orientează pacientul spre adoptarea unei perspective realiste asupra simptomatologiei bolii. Această terapie contribuie la reducerea anxietății și la întărirea mecanismelor de coping, obiectivul final al demersului terapeutic fiind reintegrarea socială a bolnavului, grav afectată în cazul psihozelor.

Un argument în plus al eficienței terapiei este faptul că monitorizarea cognitiv-comportamentală a simptomelor prodromale poate facilita intervenția precoce, prevenirea recăderilor și ameliorarea stării pacienților, având și avantajul că se evită astfel stigmatizarea pacienților care urmează un tratament psihiatric (Holdevici, 2007).

### **Schizofrenia – tulburare psihică majoră**

Considerată o tulburare psihică majoră, schizofrenia afectează nu doar sistemul perceptiv, cognitiv și emoțional al pacientului, ci implicit și comportamentul acestuia, în special comportamentul social. Sunt afectate memoria, atenția, capacitatea de a învăța, conceptualiza, organiza și planifica, autocontrolul și flexibilitatea gândirii (Heaton et al. 1994; Spaulding et al. 1996; Storzbach și Corrigan 1996; Gur et al. 1997, apud Twamley, Jeste, Bellack, 2003), însă un rol central în problemele majore cu care se confruntă bolnavii schizofrenici este deficitul cognitiv.

Specifice schizofreniei sunt două categorii de simptome: pozitive – halucinațiile, ideile delirante, dezorganizarea gândirii și a limbajului și negative – apatie emoțională, respectiv restrângerea ariei experienței și expresivității emoționale, alogia și avoliția, respectiv reducerea frecvenței inițierii de comportamente orientate spre scop, sărăcirea limbajului, neglijarea de sine (idem).

Psihoterapia cognitiv comportamentală răspunde promițător ambelor categorii de simptome.

Tai și Turkington (apud Morrison, 2009), sintetizând rezultatele mai multor studii referitoare la efectele terapiei asupra bolnavilor schizofrenici, au arătat că psihoterapia cognitiv comportamentală contribuie semnificativ la reducerea halucinațiilor și a ideilor delirante, permite obținerea unor rezultate moderate asupra simptomelor negative și menținerea lor mult după încheierea terapiei. Totodată, arată cei doi autori, această formă de terapie nu se poate aplica cu rezultate eficiente persoanelor care nu se consideră având o problemă de sănătate sau au un puternic sistem negativ ori grave tulburări comorbide, deoarece face dificilă angajarea și menținerea în terapie. Printre factorii predictivi ai succesului psihoterapiei, Drury (apud Morrison, 2009) menționează durata scurtă de la debutul bolii și începerea tratamentului.

### **Eficiența psihoterapiei cognitiv-comportamentale**

Psihoterapia cognitiv comportamentală își dovedește eficiența chiar din debutul primului episod psihotic. Angajarea cu regularitate în tratamentul medicamentos antipsihotic poate fi o problemă majoră pentru foarte mulți pacienți. Psihoterapia

cognitiv comportamentală, lucrând cu gândurile și convingerile pacienților, inclusiv cu cele vizând rolul și eficiența tratamentului medicamentos, permite, pe de o parte, creșterea motivației pentru tratament iar, pe de altă parte, ajută la depășirea efectelor secundare ale acestuia (creșterea în greutate, dereglări metabolice, scăderea stimei de sine), pași extrem de importanți în îmbunătățirea progresivă a rezultatelor clinice.

Evoluția specifică a bolii, chiar și după urmarea cu regularitate a tratamentului antipsihotic, necesită ajutorul psihoterapiei cognitiv comportamentale. Aceasta este eficientă și în perioada de mijloc a bolii, respectiv pentru depășirea simptomelor negative ale tulburării: demotivare, aplatizare afectivă, avoliție, anxietate și chiar depresie. Mulți pacienți diagnosticați cu schizofrenie, din cauza simptomelor bolii, nu-și mai pot îndeplini rolurile sociale, sunt nevoiți să-și întrerupă sau să-și anuleze planurile educaționale, nu-și mai pot menține slujbele, le sunt afectate relațiile intime, cele cu prietenii sau rudele, generând un acut sentiment de eșec și pierdere, care nu face decât să dea și mai mare forță gândurilor și convingerilor negative (Morrison, 2009). Rolul psihoterapiei cognitiv-comportamentale este de a releva și a combate gândurile și convingerile automate, ajutând prin strategii specifice la depășirea blocajelor sociale și a episoadelor depresive.

Psihoterapia cognitiv comportamentală se dovedește un aliat important și în cazul tulburărilor comorbide, precum abuzul de substanțe (alcool și droguri). Schizofrenia, de exemplu, are cea mai înaltă rată de comorbiditate cu abuzul de substanțe decât oricare altă tulburare mentală, de 47% (Rieger et al., 1990, apud Holdevici, 2005). Explicația dată de modelul factorului comun, identificat de către Kushner și Mueser este că unul sau mai mulți factori care acționează independent conduc la creșterea riscului de apariție a ambelor tulburări (1993, apud Holdevici, 2005). Cu alte cuvinte, pacienții prezintă vulnerabilitate față de ambele categorii de afecțiuni psihopatologice.

### **Pașii demersului psihoterapeutic**

Demersul psihoterapeutic în cazul acestor pacienți își propune (idem, p. 375):

1. identificarea, combaterea și modificarea gândurilor iraționale legate de abuzul de alcool sau droguri, acestea fiind înlocuite cu gânduri alternative mai realiste cu caracter adaptativ, care vor genera schimbări în sfera comportamentală;
2. conștientizarea de către pacient a interrelației dintre consumul de droguri sau alcool și problemele de sănătate mintală;
3. achiziționarea unor deprinderi de autocontrol al abuzului de substanțe, detectarea precoce a simptomelor psihotice și acordarea unui sprijin social pentru adoptarea unui stil de viață alternativ, mai sănătos.

De altfel, principalele dificultăți cu care se confruntă terapeutul în cazul acestor pacienți sunt cele din planul social (cei mai mulți nu sunt încadrați profesional, sunt săraci, stigmatizați și marginalizați din cauza afecțiunii psihice, ceea ce contribuie la reducerea stimei de sine și a încrederii), dar și de natură motivațională, respectiv cele din sfera cognitivă. De aceea, pentru a fi eficient, tratamentul psihoterapeutic trebuie să dureze cel puțin șase luni.

Chiar dacă inițial se considera că psihoterapia cognitiv-comportamentală nu este eficientă în tratarea psihozelor, începând cu anul 1952, când Beck a folosit-o pentru prima dată în tratamentul psihoterapeutic al schizofreniei, psihoterapia cognitiv-comportamentală a devenit în ultimele decenii un aliat prețios în tratamentul multor categorii de tulburări mintale.

În ciuda limitelor impuse de specificitatea tulburării, în cazul schizofreniei intervenția terapeutică și-a dovedit eficiența pe multiple planuri: de reducere a frecvenței și a intensității simptomelor, de redare a stimei de sine, de prevenire a recăderilor, de reducere sau prevenire a apariției anxietății și a depresiei ori în cazul insightului, respectiv înțelegerea de către pacient a bolii și modului ei de manifestare, respectiv acceptarea tratamentului (David, 1990, apud Gregory Jr, 2010). Folosind tehnici specifice de identificare a gândurilor și credințelor nerealiste și de înlocuire a lor cu altele, mult mai adaptate realității, precum și de identificare/aplicare a unor strategii de coping eficiente psihoterapia își atinge cu succes toate obiectivele menționate anterior (CBT Treatment Manuals: Beck et al., 2009; Byrne et al., 2006; Chadwick et al., 1996; Fowler et al., 1995; Kingdon & Turkington, 1994, 2005; Morrison et al., 2004). Din păcate însă, așa cum demonstrează practica și numeroasele cercetări pe această temă, pentru a fi eficientă psihoterapia cognitiv-comportamentală trebuie să fie însoțită de tratamentul farmacologic adecvat. Încă nu există studii care să demonstreze eficiența acestei psihoterapii, în absența intervenției medicale. De altfel, nefiind încă o procedură standard în tratamentul schizofreniei, există și voci care își exprimă scepticismul în legătură cu eficiența ei, invocând nivelul mult prea mare de deteriorare a sistemului cognitiv pentru a face pacientul suferind de schizofrenie apt pentru o abordare psihoterapeutică, oricare ar fi aceea (Turkington, Kingdon și Weiden, 2006). Tendința actuală însă este de a spori rolul psihoterapiei cognitiv comportamentale în amonte, respectiv în prevenirea apariției ori în întârzierea tranziției de la un stadiu incipient al bolii la diagnosticul final de schizofrenie. De asemenea, deoarece numeroase studii au arătat că schizofrenia, mai mult decât oricare altă tulburare mintală, are cea mai înaltă rată de comorbiditate în combinație cu abuzul de alcool sau de substanțe, se insistă pe amplificarea în viitor a importanței psihoterapiei cognitiv comportamentale în psihoeducație, ca un prim și necesar pas al procesului de prevenire și tratament.

### **Bibliografie**

- Jeican, R., (2007). *Schizofrenia. Teorii și cercetări etiologice recente*, Ed. Limes, Cluj-Napoca.
- Holdevici, I., (2005). *Psihoterapia cognitiv-comportamentală. Managementul stresului pentru un stil de viață optim*, Editura Științelor Medicale, București, pp. 368, 375, 378, 487.
- Teodorescu, R., Bizdoacă, C., Radu, I., *Intervenții comportamentale și cognitive în schizofrenie*, în „Revista Română de Psihiatrie”, seria a III-a, vol. IX, nr. 2–3, 2007, pp. 103–108.

- Kingdon, H.D., Turkington, D., (2006), *The ABCs of Cognitive-Behavioral Therapy for Schizophrenia*, Psychiatric Times, Vol. 23, No. 7 (<http://www.psychiatric-times.com/schizophrenia/abcs-cognitive-behavioral-therapy-schizophrenia>).
- Morrison, A.K., (2009). *Cognitive Behavior Therapy for People with Schizophrenia*, Psychiatry (Edgmont), December; 6 (12), pp. 32–39.
- Twamley, E.W., Jeste, D.V., Bellack, A.S., (2003). *A Review of Cognitive Training in Schizophrenia*, Schizophrenia Bulletin, Vol. 29, No. 2, pp. 359–382.
- Morrison, A.P., (2011). *Cognitive therapy for people with a schizophrenia spectrum diagnosis not taking antipsychotic medication: an exploratory trial*, Psychological Medicine, Cambridge University Press, pp. 1–8.
- Turkington, D., Kingdon, D., Weiden, P.J. (2006). *Cognitive Behavior Therapy for Schizophrenia*, The American Journal of Psychiatry, vol. 163, No. 3, pp. 365–373.
- Gregory Jr. MSW, V.L., (2010). *Cognitive-Behavioral Therapy for Schizophrenia: Applications to Social Work Practice*, Social Work in Mental Health, 8:2, pp. 140–159.
- \*\*\* *Schizophrenia. Core Interventions in the Treatment and Management of Schizophrenia in adults in primary and secondary care (updated edition)*, (2010), National Clinical Guideline Number 82, The British Psychological Society & The Royal College of Psychiatrists.