

PLANURI DE TRATAMENT ȘI INTERVENȚII PENTRU DEPRESIE ȘI ANXIETATE

Robert L. Leahy, Stephen J.F. Holland și Lata K. McGinn

Traducerea din limba engleză
de Mihaela Marian Mihăilaș



www.ascrd.ro

Cluj-Napoca, 2022

Cuprins

	Despre autori	vii
	Mulțumiri	ix
	Lista figurilor, tabelelor și fișelor	xi
	Introducere	1
	Abordarea de tip pachet de intervenție: avantaje și avertismente	2
CAPITOLUL 1	Intervenția în contextul unui sistem de sănătate aflat în continuă schimbare	5
	Obținerea aprobării pentru intervenție: criterii generale	7
	Raportul inițial de intervenție	7
	Cerere pentru ședințe suplimentare	10
	Aprobări prin convorbiri telefonice	13
	Cerere pentru obținerea aprobării unei intervenții extinse	13
CAPITOLUL 2	Depresia	15
	Descriere și diagnostic	15
	Depresia în termeni cognitiv- comportamentali	20
	Studii de eficiență a tratamentelor pentru depresie	29
	Evaluare și recomandări pentru tratament	30
	Probleme întâmpinate în cadrul terapiei	41
	Plan detaliat de intervenție pentru depresie	48
	Studiu de caz	49
CAPITOLUL 3	Tulburarea de panică și agorafobia	98
	Descriere și diagnostic	98
	Tulburarea de panică și agorafobia în termeni cognitiv-comportamentali	105
	Studii de eficiență a tratamentelor pentru tulburarea de panică și agorafobie	111
	Evaluare și recomandări pentru tratament	112
	Probleme întâmpinate în cadrul terapiei	125
	Plan detaliat de intervenție pentru tulburarea de panică	127
	Studiu de caz	127
CAPITOLUL 4	Tulburarea de anxietate generalizată	155
	Descriere și diagnostic	155
	Anxietatea generalizată în termeni cognitiv-comportamentali	156
	Studii de eficiență a tratamentelor pentru intervențiilor în tulburarea de anxietate generalizată	162
	Evaluare și recomandări pentru tratament	163

	Probleme întâmpinate în cadrul terapiei	173
	Plan detaliat de intervenție pentru anxietatea generalizată	175
	Studiu de caz	176
CAPITOLUL 5	Tulburarea de anxietate socială (fobia socială)	204
	Descriere și diagnostic	204
	Tulburarea de anxietate socială în termeni cognitiv-comportamentali	207
	Studii de eficiență a tratamentelor pentru tulburarea de anxietate socială	211
	Evaluare și recomandări pentru tratament	218
	Probleme întâmpinate în cadrul terapiei	225
	Plan detaliat de intervenție pentru tulburarea de anxietate socială	226
	Studiu de caz	227
CAPITOLUL 6	Tulburarea de stres posttraumatic	248
	Descriere și diagnostic	248
	Tulburarea de stres posttraumatic în termeni cognitiv-comportamentali	250
	Studii de eficiență a tratamentelor pentru tulburarea de stres posttraumatic	255
	Evaluare și recomandări pentru tratament	257
	Probleme întâmpinate în cadrul terapiei	265
	Plan detaliat de intervenție pentru tulburarea de stres posttraumatic	267
	Studiu de caz	271
CAPITOLUL 7	Fobia specifică	287
	Descriere și diagnostic	287
	Fobia specifică în termeni cognitiv-comportamentali	289
	Studii de eficiență a tratamentelor pentru fobia specifică	291
	Evaluare și recomandări pentru tratament	294
	Probleme întâmpinate în cadrul terapiei	301
	Plan detaliat de intervenție pentru fobia specifică	305
	Studiu de caz	306
CAPITOLUL 8	Tulburarea obsesiv-compulsivă	327
	Descriere și diagnostic	327
	Tulburarea obsesiv-compulsivă în termeni cognitiv-comportamentali	331
	Studii de eficiență a tratamentelor pentru tulburarea obsesiv-compulsivă	338
	Evaluare și recomandări pentru tratament	342
	Probleme întâmpinate în cadrul terapiei	353
	Plan detaliat de intervenție pentru tulburarea obsesiv-compulsivă	354
	Studiu de caz	354
CAPITOLUL 9	Tehnici comportamentale	378
	Tehnici de dezvoltare a asertivității	378
	Activarea comportamentală (planificarea recompenselor și programarea activităților)	379
	Tehnici de dezvoltare a abilităților de comunicare	380
	Distragerea atenției	381
	Expunerea	382
	Gradarea sarcinilor	385
	Mindfulness	385
	Modelarea	386
	Rezolvarea de probleme	387

	Controlul respirației	387
	Relaxare	388
	Autorecompensa	392
	Tehnici de dezvoltare a abilităților sociale	392
	Vizualizarea	393
CAPITOLUL 10	Concepte și tehnici cognitive	396
	Introducere în terapie cognitivă și cognitiv-comportamentală	396
	Cele trei niveluri ale distorsiunilor cognitive	396
	Identificarea și modificarea gândurilor distorsionate	397
	Exemple de contracarare a categoriilor specifice de gânduri automate distorsionate	400
	Examinarea asumpțiilor dezadaptative	403
	Examinarea conținutului schemelor cognitive disfuncționale	404
	Autoinstruirea și autocontrolul	405
	Conceptualizare de caz	407
	Concluzie	408
ANEXA A	Tehnici comportamentale - rezumat	417
ANEXA B	Tehnici cognitive – rezumat	419
ANEXA C	Prezentarea conținutului materialului în format digital care însoțește acest volum	427
	Bibliografie	429
	Index	453

CAPITOLUL 1

Intervenția în contextul unui sistem de sănătate aflat în continuă schimbare

Scopul principal al acestei cărți este acela de a-i ajuta pe profesioniștii din domeniul sănătății mentale care oferă servicii de asistență în ambulatoriu să implementeze cele mai bune tratamente pentru tulburările de anxietate și depresie. Atunci când am scris prima ediție a acestei cărți, îngrijirea instituționalizată se afla la apogeu. Aceea a fost o perioadă dificilă pentru clinicieni, deoarece atunci s-au aflat pentru prima dată în situația de a solicita aprobarea tratamentului din partea companiilor de asigurări ale pacienților lor. Un obiectiv secundar al primei ediții a fost acela de a-i ajuta pe terapeuți să navigheze în sistemul îngrijirii instituționalizate, oferindu-le îndrumări pentru redactarea unor planuri de tratament pe care să le aprobe inspectorii caselor de asigurări.

De atunci s-au schimbat multe lucruri în sistemul de sănătate. În ultima decadă, numeroase companii au devenit mai flexibile în privința rapoartelor clinice și a aprobărilor preliminare (Horgan, Garnick, Merrick și Hodgkin, 2007). Cu toate acestea, evenimentele recente ar putea schimba din nou lucrurile. Legea pentru paritate în sănătate mintală și egalitate în adicții (*The Mental Health Parity and Addiction Equity Act*), aprobat în 2008, solicită asiguratorilor să acopere costurile asociate tulburărilor mentale în aceeași măsură în care acoperă costurile altor afecțiuni medicale. Actul stipulează că raportul clinic trebuie întocmit în aceiași termeni. Cum acest act a intrat în vigoare din 2008, există deja indicii referitoare la faptul că unii asiguratorii înăspresc din nou condițiile pentru decontarea îngrijirii instituționalizate (Clemens, 2010). În plus, efectele reformei din sănătate, pusă în aplicare conform Legii pentru îngrijire convenabilă (*Affordable Care Act*) din 2010, sunt, la momentul redactării acestei cărți, incerte.

Indiferent de schimbările care vor mai veni, vor exista mereu aceste tendințe aflate în competiție: a oferi servicii medicale de calitate și, în același timp, a reduce costurile. Pentru a atinge aceste obiective, folosirea celor mai bune tratamente validate științific este considerată vitală în toate domeniile sănătății, iar terapeuților li se va cere probabil să justifice în continuare tratamentele administrate pacienților lor.

Unul dintre avantajele folosirii intervențiilor cognitiv-comportamentale descrise în această carte este acela că eficiența lor în ameliorarea depresiei și a tulburărilor de anxietate a fost dovedită de studiile realizate pe pacienți reali și, astfel, terapeuții le pot oferi asiguratorilor dovada calității serviciilor de îngrijire. În plus, deoarece sistemele de îngrijire instituționalizată și alți operatori din cadrul sistemului medical vizează în primul rând controlul costurilor, formele de terapie scurtă și eficientă vor fi, desigur, favorizate.

Sistemele de îngrijire instituționalizată au adoptat o serie de idei directe care coincid cu asumțiile de bază în abordările cognitiv-comportamentale ale tulburărilor mentale. Înțelegerea acestor principii (chiar dacă nu sunteți neapărat de acord cu ele) vă va ajuta să răspundeți cerințelor formulate de inspectorii sistemelor de îngrijire instituționalizată și să aplicați intervențiile specifice în cazul pacienților dumneavoastră.

Cele trei asumții de bază, comune contextelor de îngrijire instituționalizată și abordărilor cognitiv-comportamentale sunt:

1. **Simptomele sunt problema.** Abordările cognitiv-comportamentale consideră că simptomele pacienților sunt probleme care trebuie rezolvate, nu semne ale unor probleme mai adânci ce trebuie abordate în cadrul tratamentului. Din acest motiv, tulburările pentru care se va efectua intervenția sunt definite de simptomele pacienților și de impedimentele pe care le produc în funcționarea lor zilnică.
2. **Scopul este ameliorarea simptomelor.** Deoarece se consideră că simptomele sunt problema, scopul intervenției este ameliorarea sau eliminarea acestor simptome. Pentru a evidenția faptul că intervenția a fost eficientă, trebuie să existe modalități de evaluare a schimbărilor produse la nivelul severității simptomelor și al ameliorării funcționării pacientului.
3. **Eficiența intervenției în ameliorarea simptomelor trebuie să fie dovedită științific.** Cercetătorii din domeniul intervențiilor cognitiv-comportamentale dezvoltă tehnici de intervenție pornind de la asumțiile lor teoretice cu privire la tulburările în cauză. Cu toate acestea, intervențiile nu sunt considerate tehnici valide, până când nu sunt testate clinic și nu este dovedit științific faptul că reduc eficient severitatea simptomelor. Deseori, cercetătorii compară eficiența diverselor tehnici cognitiv-comportamentale pentru a identifica tipul sau combinațiile cele mai eficiente.

Pe scurt, cercetătorii din domeniul intervențiilor cognitiv-comportamentale (și cei mai mulți inspecitori de îngrijire instituționalizată) sunt de părere că simptomele pacienților vor influența scopurile intervenției, care, la rândul lor, vor determina decizia pentru anumite tehnici de intervenție validată științific.

Pe baza principiilor conturate mai sus, companiile de asigurare vor lua deciziile privind eligibilitatea pacienților pentru sistemul instituționalizat (vezi mai jos „Necesitatea din punct de vedere medical”), privind tipul și durata intervenției (sunt preferate tratamentele de scurtă durată, validate științific, cum este cazul terapiei cognitiv-comportamentale); aceleași principii coordonatoare se regăsesc în informațiile punctuale solicitate pentru completarea rapoartelor de intervenție (dovezi care să reflecte simptomele pacienților și impedimentele pe care acestea le produc în funcționarea lor zilnică, tehnicile folosite pentru abordarea țintită a simptomelor, obiectivele și rezultatele care pot fi evaluate).

În cele ce urmează, vă vom prezenta sugestiile pentru cum puteți să porniți de la aceste asumții, pentru a spori șansele aprobării intervenției. Fiecare dintre următoarele capitole descrie câte un pachet de intervenție cognitiv-comportamentală.

Capitolele 2-8 descriu câte un pachet de intervenție cognitiv-comportamentală pentru o tulburare specifică. Fiecare capitol urmărește un fir logic, de la simptome la stabilirea scopurilor și apoi la alegerea tipului de intervenție. Astfel, vă vom oferi un ghid pe care să-l urmați de-a lungul intervenției, de la evaluare, la conceptualizare teoretică, la implementarea intervenției. Fiecare capitol cuprinde următoarele:

- o descriere a tulburării și a caracteristicilor specifice;
- o conceptualizare cognitiv-comportamentală a tulburării;
- o scurtă trecere în revistă a rezultatelor studiilor care susțin folosirea anumitor intervenții;
- instrucțiuni detaliate privind evaluarea și intervenția, incluzând fișe și teme de casă pentru pacienți;
- sugestii de rezolvare a problemelor care pot să apară în cursul intervenției;
- exemple de simptome, scopuri și tipuri de intervenție pe care le puteți utiliza când alcătuiți raportul de intervenție;
- un plan detaliat al opțiunilor de intervenție;
- un studiu de caz.

OBȚINEREA APROBĂRII PENTRU INTERVENȚIE: CRITERII GENERALE

Obținerea aprobării din partea companiilor de îngrijire instituționalizată, în special pentru tipurile de intervenție descrise în acest volum, nu trebuie neapărat să fie o experiență epuizantă, dacă înțelegeți exact ceea ce se așteaptă de la dumneavoastră. Deși vor exista cazuri în care veți întâlni anumite restricții legate de tipul intervenției, dacă urmați instrucțiunile din acest capitol, vă veți crește șansele de a obține un răspuns favorabil.

În principiu, toate companiile impun două criterii de bază pentru obținerea aprobării tipului de intervenție care urmează a fi implementat: (1) necesitatea din punct de vedere medical și (2) nivelul de adecvare al intervenției. În cele ce urmează, vă vom prezenta mai detaliat la ce se referă fiecare dintre aceste criterii.

Necesitatea din punct de vedere medical

„Necesitatea din punct de vedere medical” este determinată de simptomele pacientului. Pentru ca o intervenție să fie considerată necesară, pacientul trebuie să îndeplinească criteriile unei tulburări mentale, conform variantei în vigoare a *Manualului de Diagnostic și Statistică a Tulburărilor Mentale*, aflat la ediția a IV-a revizuită la momentul scrierii acestui text (*DMS-IV-TR*, American Psychiatric Association, 2000), care includ dovezi ale distresului sau ale deficitelor la nivelul funcționării sociale, ocupaționale sau educaționale. Inspectorii sistemelor de îngrijire instituționalizată vor verifica dacă simptomele specifice și starea mentală a pacientului, descrise în raportul de intervenție, se potrivesc cu diagnosticul stabilit. De asemenea, vor verifica dacă disfuncția este suficient de severă ca să justifice intervenția.

Nivelul de adecvare al intervenției

„Nivelul de adecvare al intervenției” implică atât scopurile intervenției, cât și descrierea intervenției implementate pentru atingerea scopurilor respective. Scopurile trebuie să vizeze reducerea simptomelor pacientului sau ameliorarea funcționării deficitare și trebuie formulate în termeni măsurabili.

În momentul evaluării intervenției propuse, inspectorii iau de obicei în considerare două tipuri de probleme; dacă (1) nivelul îngrijirii este adecvat pentru simptomele pe care le prezintă pacientul și (2) abordarea terapeutică este potrivită pentru simptomele respective. „Nivelul îngrijirii” se referă la intensitatea intervenției – adică dacă pacientul are nevoie de internare, spitalizare parțială, spitalizare ambulatorie etc. În cazul în care pacientul este tratat fără să fie internat, nivelul îngrijirii se referă și la frecvența ședințelor. Multe companii de asigurare nu vor aproba mai mult de o întâlnire cu pacientul pe săptămână, în afara situațiilor de criză sau a situațiilor în care pacientul nu este în stare să își desfășoare activitățile zilnice de rutină, cum ar fi serviciul sau îngrijirea copiilor. Este puțin probabil să fie aprobată o frecvență mai crescută decât cea bisăptămânală, excepție făcând cazurile cu risc crescut de suicid sau omucidere, dacă se poate justifica faptul că o intervenție ambulatorie intensivă ar putea preveni spitalizarea.

Și abordarea terapeutică trebuie considerată adecvată pentru simptomele pacientului. De exemplu, un plan de intervenție pentru un pacient cu tulburare bipolară, care include psihoterapie intensivă dar fără medicație, poate fi pus sub semnul întrebării. Tehnicile de intervenție descrise în acest volum vor fi considerate intervenții potrivite în majoritatea cazurilor, deoarece sunt validate științific și specifice fiecărei tulburări discutate.

RAPORTUL ÎNȚĂLĂMIRII DE INTERVENȚIE

Fiecare companie de asigurări are formulare specifice în vederea întocmirii rapoartelor de intervenție. Cu toate acestea, elementele cheie sunt identice pentru fiecare tip de raport și vizează cele trei domenii cheie discutate anterior: simptome, scopuri și intervenție. În majoritatea rapoartelor de intervenție, simptomele sunt evaluate prin întrebări legate de diagnosticul DSM al pacientului, problema și starea mentală a pacientului, precum și nivelul deficitului prezentat. Aproape toate rapoartele de intervenție necesită menționarea scopurilor specifice. Intervențiile sunt evaluate prin prisma unei serii

de întrebări legate de frecvența consultațiilor, tipul de terapie oferită și medicație. Unele rapoarte cer în plus și specificarea tipurilor de intervenție alese pentru atingerea scopului propus. În cele ce urmează, vă prezentăm principiile de bază pentru completarea unui raport tipic de intervenție.

Vă rugăm să rețineți faptul că, înainte de completarea rapoartelor pentru îngrijire instituționalizată, trebuie să vă informați în legătură cu legislația privind dosarele medicale aflată în vigoare în statul dumneavoastră. Unele state au o legislație mai restrictivă decât Legea federală din 1996, referitoare la asigurările medicale (*Health Insurance Portability and Accountability Act - HIPAA*). Dacă legea statului respectiv este mai restrictivă, trebuie ținut cont de ea, așa că s-ar putea să nu vă permită să comunicați toate informațiile solicitate în raport sau descrise mai jos.

Simptome

Diagnostic

Asigurați-vă că diagnosticul este corect și complet. Diagnosticarea incompletă a unui pacient ar putea duce la aprobarea unui număr redus de consultații sau poate crea probleme în cazul în care se va solicita suplimentarea numărului de consultații. În același timp, nu puteți da un diagnostic mai sever, dacă pacientul dumneavoastră nu îndeplinește de fapt criteriile. Un diagnostic incorect, prin care se urmărește obținerea serviciilor medicale, este un act ne-etic și constituie fraudă în asigurări.

Alcătuți o listă cu toate tulburările conform DSM pentru care pacientul în cauză întrunește criteriile de diagnostic. Prezența unor tulburări comorbide ar putea determina alegerea unei intervenții mai complexe, iar inspectorul trebuie să fie informat cu privire la această situație de la bun început. Rețineți că unele companii de asigurare nu vor acoperi cheltuielile intervențiilor pentru anumite tulburări, cum ar fi, de exemplu, disfuncțiile sexuale sau tulburările de personalitate. Unele companii cer ca orice pacient cu un diagnostic principal sau secundar de abuz sau dependență de substanțe să fie evaluat și tratat de un terapeut certificat în terapia abuzului de substanțe (de exemplu, un consilier atestat în alcoolism). În general, diagnosticele cu „coduri V”² nu sunt finanțate. De asemenea, unele companii nu acoperă costurile terapiilor maritale sau de cuplu. Totuși, în cazurile în care unul dintre parteneri are un diagnostic de pe Axa I, unele companii vor acoperi cheltuielile intervențiilor în cuplu, atâta vreme cât scopul intervenției vizează reducerea simptomelor partenerului identificat ca pacient.

Motivul evaluării

Această parte a raportului trebuie să acopere următoarele trei domenii: (1) eveniment sau factori de stres precipitanți; (2) simptome specifice; (3) deteriorare în funcționarea zilnică.

1. Evenimente precipitante. Enumerați pe scurt evenimentele care l-au determinat pe pacient să solicite intervenția. Protejați confidențialitatea datelor pacientului, oferind doar informațiile necesare indicării nivelului de stres. Vor fi trecute aici și orice alte informații legate de un istoric de abuz fizic sau sexual sau orice alt tip de traumă.

2. Simptome specifice. Nu e cazul să fiți creativi în această parte a raportului. Luați DSM sau tabelele care însumează simptomele descrise în acest volum și treceți criteriile pe care le întrunește pacientul pentru fiecare tulburare în parte. Nu uitați că inspectorii vor verifica oricum aceste simptome, ca să se asigure că pacientul îndeplinește criteriile pentru diagnosticul dat. Puteți la fel de bine să le ușurați sarcina.

3. Deteriorări. Indicați modul în care simptomele specifice interferează cu funcționarea pacientului. Asigurați-vă că treceți toate problemele care îi afectează funcționarea profesională, școlară, parentală, maritală/ în cuplu sau socială.

² *V-code diagnoses*, în original, se referă la coduri de diagnostic din DSM ce indică situații și contexte de viață care creează dificultăți, fără a se face trimitere la tulburări pe axa I sau II – de exemplu: doliu, probleme școlare, probleme în relația dintre frați etc. (n. tr.)

Unele rapoarte de intervenție oferă o listă de verificare pentru evaluarea statusului mental al pacientului. Altele cer un scurt raport scris privind starea mentală a pacientului. Elementele cheie ale raportului privind statusul mental al pacientului sunt după cum urmează (vezi de asemenea Sadock, Sadock și Ruiz, 2009):

- **Aspectul fizic.** Descrieți pacientul și menționați orice aspect neobișnuit în înfățișarea acestuia (de exemplu, obezitate pronunțată, igienă personală precară, îmbrăcăminte sau machiaj neobișnuit).
- **Atitudinea.** Descrieți atitudinea pacientului față de dumneavoastră ca terapeut (de exemplu, cooperant, reținut, beligerant, seducător etc.)
- **Starea de conștiință.** Descrieți dacă pacientul este alert sau dacă nu este pe deplin conștient (de exemplu, prezintă somnolență, privire încetșoșată, inconștientă).
- **Orientarea.** Descrieți dacă pacientul este conștient de (1) persoane (cine este, cine sunt cei prezenți în jurul său); (2) loc (unde se află); (3) timp (dată, ce zi din săptămână). În cazul în care pacientul este bine orientat în fiecare dintre aceste domenii, puteți trece pur și simplu „orientat de trei ori” sau „orientat 3 x”.
- **Memoria.** Menționați orice fel de deficit sau disfuncție în memoria de lucru, memoria de scurtă durată și de lungă durată a pacientului.
- **Activitatea psihomotorie.** Descrieți orice anormalitate în mișcările pacientului (de exemplu, agitație, retard, ticuri nervoase etc.).
- **Limbajul.** Descrieți orice aspect neobișnuit în ritmul, tonalitatea sau volumul vorbirii (de exemplu, încet sau șovăitor, rapid, apăsător, greu auzibil, pițigăiat).
- **Dispoziția.** Descrieți pe scurt dispoziția pacientului, fie pe baza a ceea ce vă relatează, fie pe baza observațiilor dumneavoastră (de exemplu, anxios, deprimat, calm, furios).
- **Afectivitatea.** Stările afective se referă la modul în care se manifestă dispoziția pacientului. Reacția afectivă normală este descrisă ca fiind „completă”, dacă pacientul poate exprima o varietate de emoții. Alți termeni care descriu tipul de reacție afectivă sunt: „restrânsă” (abilitatea de a exprima o singură sau doar câteva emoții), „toxică” (pacientul resimte emoții, dar acestea nu sunt exprimate), „aplatizată” (lipsa emoțiilor), „labilă” (pendulare rapidă între emoții) și „inadecvată” (emoțiile resimțite de pacient nu se potrivesc cu situația sau conținutul discuției).
- **Percepția.** Indicați orice anormalitate în percepție, cum ar fi halucinații vizuale sau auditive, depersonalizare sau derealizare.
- **Conținutul gândurilor.** Indicați orice anormalitate a conținutului exprimat, cum ar fi idei delirante, ideea de persecuție, idei delirante de referință etc. De asemenea, menționați orice fel de ideea suicidală sau de omucidere.
- **Procesul gândirii.** Stilul de gândire al pacienților care reușesc să nu devieze de la subiect este „orientat spre un scop”. Alți termeni care descriu procesul de gândire sunt „gândire circumstanțială” (excesiv de multe detalii), „gândire tangențială” (sare de la un subiect la altul), „asociații dezlănate” (sare de la un subiect la altul fără să existe vreo legătură logică între ele) și „perseverare” (se întoarce în mod repetat la același subiect).
- **Judecata.** Judecata se referă la abilitatea pacientului de a lua decizii potrivite în situații sociale și de a înțelege potențialele consecințe ale comportamentului său. De obicei, judecata se descrie prin termenii de „deficientă”, „destul de bună” și „bună”.
- **Critica bolii.** „Critica bolii” se referă la abilitatea pacientului de a conștientiza că are o problemă sau că este bolnav.

Raportul privind statusul mental al pacientului trebuie să susțină diagnosticul dat. De exemplu, este de așteptat ca un pacient diagnosticat cu depresie să aibă o dispoziție deprimată. În același timp, un astfel de pacient poate sau nu să aibă retard psihomotor, limbaj șovăitor, repertoriu afectiv restrâns sau ideea suicidală.

Scopuri

Pe cât posibil, scopurile intervenției trebuie formulate în termeni observabili și măsurabili (de exemplu, comportamente specifice numărabile, scoruri obținute la evaluări cu instrumente de evaluare, autoevaluări ale clienților). Scopurile pot viza următoarele domenii:

1. **Îndeplinirea sarcinilor vizate în cadrul intervenției.** De exemplu: (a) expunerea la toți stimulii evitați; (b) angajarea zilnică într-o activitate plăcută sau reconfortantă; (c) dobândirea abilității de exprimare asertivă.
2. **Ameliorarea unor simptome specifice.** De exemplu: (a) dezactivarea amintirilor intruzive ale traumei; (b) ameliorarea gândurilor autocritice; (c) raportarea unui nivel de anxietate sub 2, pe o scală de la 0 la 10, la o întâlnire de afaceri.
3. **Reducerea nivelului de disfuncționalitate.** De exemplu: (a) obținerea unor note la fel de mari ca și cele obținute înaintea îmbolnăvirii (8 sau 10); (b) reasumarea sarcinilor casnice; (c) inițierea unor întâlniri romantice; (d) găsirea unui loc de muncă potrivit.
4. **Modificări cognitive.** De exemplu: (a) reducerea convingerii legate de necesitatea perfecțiunii sub 10%; (b) modificarea schemei cognitive legate de inutilitate.
5. **Scopuri de finalizare.** Acestea sunt scopuri care vor indica faptul că intervenția a fost încheiată cu succes. De exemplu: (a) eliminarea tuturor simptomelor depresive (timp de o lună, pacientul a avut scoruri sub 10 pe Scala de Depresie Beck-II); (b) angajarea în activități evitate anterior; (c) eliminarea atacurilor de panică.

Intervenții

Frecvența și tipul intervenției; tehnici specifice

Unele rapoarte de intervenție necesită doar informații de bază despre terapie: frecvența și durata ședințelor, tipul terapiei (de exemplu, cognitiv-comportamental, psihodinamic, sistemic) și formatul acesteia (individuală, unită, de familie/ cuplu). Alte rapoarte ar putea cere informații mult mai specifice despre tipul de intervenție implementat pentru a atinge fiecare scop în parte. În asemenea cazuri, pot fi enumerate tehnicile specifice descrise în fiecare pachet de intervenție inclus în acest manual. Exemple de scopuri și intervențiile corespunzătoare pot fi găsite în capitolele 2-8 aferente fiecărei tulburări, precum și în materialul digital atașat acestui volum.

Medicație

Multe rapoarte de intervenție trebuie să conțină informații privind tratamentul medicamentos pe care îl primește pacientul. În cazul în care pacientul nu primește medicație, este util să menționați faptul că pacientul a fost informat cu privire la avantajele și dezavantajele tratamentului medicamentos (ceea ce, de fapt, ar trebui făcut întotdeauna). De asemenea, ar fi utilă o explicație referitoare la motivul pentru care nu s-a implementat și un tratament medicamentos. Simptome de intensitate de la ușoară la moderată, lipsa ideății suicidale sau de omucidere și o reacție inițială bună la psihoterapie ar putea reprezenta explicații plauzibile pentru opțiunea de a nu implementa tratament medicamentos. Cu toate acestea, vă puteți aștepta ca, în cazul în care starea pacientului nu se ameliorează, inspectorii să solicite evaluarea opțiunii de tratament medicamentos.

Exemplu de raport de intervenție

Figura 1.1. prezintă un exemplu de raport de intervenție.

CERERE PENTRU ȘEDINȚE SUPPLEMENTARE

Puține unități de îngrijire instituționalizată aprobă mai mult de 10-12 ședințe pe baza unui raport inițial de intervenție. Acest lucru înseamnă că adesea va fi nevoie să întocmiți noi rapoarte de intervenție pentru a cere aprobarea unor ședințe suplimentare. În evaluarea unui asemenea raport, inspectorii

Simptome*Diagnostic*

Axa I	300.23 Fobie Socială 296.21 Tulburare Depresivă Majoră, un singur episod, moderat
Axa II	Niciuna
Axa III	Niciuna
Axa IV	Loc de muncă nou
Axa V	Prezent: 55 Cel mai ridicat: 80

Motivul evaluării

Pacientul a fost recent angajat într-un loc de muncă unde trebuie să vorbească în public. Pacientul prezintă de multă vreme anxietate când se confruntă cu situații în care trebuie să vorbească în public, activitate pe care a evitat-o și în trecut. În cursul lunii trecute, a devenit foarte anxios și depresiv. Simptome specifice: frică intensă privind un posibil discurs în public, evitarea discursului/ vorbitului în public, crampe stomacale, tensiune musculară, insomnie, oboseală, concentrare deficitară, stări depresive și anxioase, pierderea poftelor de mâncare, pierdere în greutate, sentimentul lipsei de valoare și vinovăție. Aceste simptome interferează cu funcționarea la locul de muncă.

Status mental

Pacientul este un bărbat de 26 de ani, cu înfățișare potrivită pentru această vârstă. Bine îngrijit, cooperant, alert și orientat x 3. Memorie intactă. Mișcări normale, vorbire înceată. Stare depresivă și anxioasă. Repertoriu afectiv limitat. Gânduri orientate spre scopuri. Nu prezintă simptome psihotice. Neagă existența ideilor suicidale sau de omucidere. Introspecție și judecată bună.

Scopuri și intervenții*Scopurile intervenției*

Reducerea simptomelor fizice ale anxietății

Reducerea fricii de a vorbi în public

Angajarea în trei situații care implică vorbirea în public

Îndeplinirea sarcinii de a vorbi în public cu un nivel de anxietate de 2 sau sub 2 pe o scală de la 0 la 10.

Eliminarea sentimentelor de inutilitate și vinovăție

Angajarea într-o activitate recompensatorie pe zi, care să nu fie legată de serviciu

Reducerea la 10% a convingerii în necesitatea de a fi perfect

Redobândirea nivelului anterior de funcționare profesională

Eliminarea anxietății și a simptomelor depresive (scor BDI-II sub 10; scor MCMI în limite normale).

Intervenții

Expunere

Restructurare cognitivă, expunere

Activitate de grup cu discuții în public

Toate cele menționate mai sus

Restructurare cognitivă

Programarea de activități

Analiza traseului de dezvoltare, restructurare cognitivă

Restructurare cognitivă, expunere

Toate cele menționate mai sus

Medicație

Niciuna. Pacientul a fost informat cu privire la costurile și beneficiile tratamentului medicamentos și în momentul de față nu dorește să primească un asemenea tratament. Simptomele sunt ușoare și de durată scurtă.

Frecvența ședințelor/ Durata anticipată a tratamentului

O ședință 45 de minute pe săptămână; un număr de 12-16 ședințe.

verifică de obicei două aspecte principale: (1) dovada faptului că pacientul progresează și (2) prezența în continuare a unei simptomatologii care să justifice aprobarea unor ședințe suplimentare. În cazul în care pacientul nu prezintă niciun fel de progres în urma ședințelor, evaluatorii ar putea pune sub semnul întrebării eficiența intervenției și este posibil să sugereze tratamente alternative sau să refuze aprobarea unor noi ședințe. În cazul în care pacientul nu mai prezintă simptome, evaluatorii nu vor mai considera că tratamentul mai este necesar din punct de vedere medical. În cele ce urmează, vă vom prezenta cele mai importante aspecte de care să țineți cont atunci când cereți aprobarea pentru ședințe suplimentare.

Progresul pacientului în cadrul intervenției

Cele mai multe rapoarte de intervenție solicită o evidență a progresului făcut de pacient de la ultimul raport. Progresul ar trebui descris cu referire la simptome (incluzând disfuncțiile avute), scopuri și tipul intervenției specificate în raportul inițial de intervenție (în cele ce urmează, sunt prezentate sugestii privind fiecare dintre aceste aspecte în parte). Nu uitați că, în cazul în care nu reușiți să dovediți că pacientul dumneavoastră face progrese, s-ar putea să întâmpinați probleme în obținerea aprobării ședințelor adiționale.

De asemenea, ar trebui să menționați orice problemă care a împiedicat progresul în cadrul intervenției. Trebuie menționat dacă pacientul s-a confruntat cu un nou eveniment stresant care i-a agravat starea. De exemplu, un pacient depresiv care a fost concediat ar putea, în mod firesc, să prezinte o intensificare temporară a simptomelor. Cele mai multe unități de îngrijire instituționalizată vor ține seama de asemenea situații. În plus, ar trebui de asemenea menționat cazul în care pacientul nu reacționează la intervenție, precum și metodele prin care se abordează problema rezistenței acestuia.

Schimbări în simptomatologie

Diagnostic

În cazul în care în cadrul intervenției ați descoperit diagnostice adiționale, nu uitați să treceți în raport codurile corespunzătoare. Afecțiunile adiționale pot încetini progresul pacientului, iar inspectorii trebuie informați în legătură cu acest fapt. Pe de altă parte, dacă pacientul nu mai îndeplinește criteriile pentru diagnosticul original, sau s-a schimbat severitatea simptomelor (de exemplu, în cazul unui diagnostic de depresie majoră), acest lucru trebuie menționat. De asemenea, este necesar să raportați orice schimbare legată de deficitul funcțional.

Motivul evaluării

Enumerați toate simptomele și disfuncțiile pe care pacientul continuă să le aibă. De asemenea, menționați dacă unele simptome sau disfuncții persistă, dar au scăzut în intensitate. La fel ca în cazurile anterioare, acestea ar trebui să corespundă cu diagnosticul pacientului, conform criteriilor *DSM*. Chiar dacă unele simptome s-au remis, puteți să obțineți aprobarea unor ședințe adiționale, în cazul în care alte simptome continuă să se manifeste ori pacientul prezintă încă anumite disfuncții. La includerea unui diagnostic adițional, nu uitați să întocmiți o listă cu simptomele și disfuncțiile prezente.

Status mental

Menționați orice modificare în statusul mental. La fel ca în situațiile anterioare, raportul privind statusul mental trebuie să susțină diagnosticul (diagnosticele) actual și progresul făcut în intervenție. De exemplu, în cazul în care un pacient depresiv nu mai prezintă ideeație suicidală, retard psihomotor sau repertoriu afectiv limitat, toate aceste schimbări ar trebui să se reflecte în statusul mental al pacientului.

Schimbări în scopuri

Menționați care dintre scopurile din raportul original de intervenție au fost atinse parțial sau în totalitate. Adăugați scopuri legate de orice diagnostic, simptome specifice, disfuncții sau evenimente stresante noi. În cazul în care nu s-a menționat în raportul original, se recomandă să treceți acum ca scop dobândirea unor abilități de prevenție a recidivei.

Tipul și frecvența intervenției; tehnici specifice

Menționați orice schimbare efectuată în tipul sau frecvența intervenției, precum și în tehnicile specifice implementate. Nu uitați să argumentați schimbările făcute și să descrieți modul în care a răspuns pacientul la acestea.

Medicație

Menționați orice schimbare făcută în tratamentul medicamentos sau dozajul medicației, împreună cu motivația schimbării și reacția pacientului la schimbare.

Justificarea continuării intervenției

Unele rapoarte de intervenție cer argumentarea cererii de continuare a intervenției. Explicațiile ar trebui să fie scurte și să rezume informațiile trecute în raport. Este important să menționați progresul făcut de pacient, apariția unor noi evenimente stresante, precum și să descrieți simptomele și disfuncțiile care încă persistă. În cazul în care, din cauza unor schimbări legate de condițiile de viață ale pacientului, s-a impus stabilirea unor noi scopuri, acestea trebuie evidențiate. Cererea aprobării continuării tratamentului se bazează pe persistența simptomelor și pe nevoia de a preveni recidiva.

APROBĂRI PRIN CONVORBIRI TELEFONICE

În unele planuri de asigurare se solicită obținerea aprobării prin convorbiri telefonice, nu prin întocmirea unui raport scris. Această variantă nu este agreată de către unii practicieni (refuzul exprimat în mod direct este mai greu de digerat decât refuzul primit în scris). În orice caz, și la solicitarea aprobărilor prin telefon se aplică aceleași principii ca la întocmirea rapoartelor scrise. Inspectorii solicită dovezi clare privind necesitatea din punct de vedere medical a tratamentului și nivelul de adecvare al acestuia, iar în cazul aprobărilor ulterioare, dovezi pentru un oarecare progres făcut de pacient și, în același timp, pentru necesitatea unor ședințe suplimentare.

În cazul în care trebuie să discutați cu inspectorii la telefon, este bine să păstrați în minte două principii fundamentale: (1) fiți respectuoși; și (2) comportați-vă ca adevărați profesioniști. O atitudine agresivă nu vă este deloc de ajutor. Ceea ce vă ajută cu adevărat este să fiți foarte bine pregătiți. Înainte de convorbirea telefonică, ar trebui să recapitulați (eventual să și scrieți) toate informațiile care ar fi necesare într-un raport scris. Acest lucru vă va ajuta să răspundeți clar și succint la întrebări. Din experiența noastră, putem spune că descrierea unui plan succint de intervenție cognitiv-comportamentală de scurtă durată cu tehnici specifice va crește șansa de a obține o aprobare.

CERERE PENTRU OBTINEREA APROBĂRII UNEI INTERVENȚII EXTINSE

În funcție de unitatea de îngrijire instituționalizată, variază și șansa obținerii aprobării ședințelor suplimentare peste numărul de ședințe standard de 16-20. În cazul în care compania ar fi dispusă să aprobe tratamente pe o durată mai lungă, șansele cresc odată cu următorii indicatori:

1. simptome și disfuncții mai severe;
2. ideatie suicidală sau de omucidere;
3. confruntarea cu o criză majoră de viață care a apărut în timpul intervenției;
4. scopuri clar stabilite pentru continuarea intervenției;
5. dovezi ale progresului de la un raport la altul;
6. utilizarea unor intervenții adiacente, cum ar fi tratamentul medicamentos sau grupurile de susținere.

Desigur, aceste informații trebuie să fie corecte și susținute de notițe de terapie.

Notițe de terapie

Unele companii de îngrijire instituționalizată solicită copii ale notițelor despre ședințele de terapie. În funcție de legislația statului respectiv, asiguratorii pot verifica întregul dosar al pacientului. În această situație, clinicienii se confruntă cu o dilemă: pe lângă faptul că trebuie să documenteze tratamentul în mod riguros, pentru a-și realiza obiectivele terapeutice propuse, trebuie să protejeze confidențialitatea pacienților și, în același timp, să le ofere inspectorilor o justificare pertinentă a tratamentului. Pentru a găsi un echilibru între a oferi prea multe informații și prea puține informații, este bine să avem în vedere exact aspectele pe care inspectorii le urmăresc în notițele de terapie. Pe scurt, pentru a obține aprobarea pentru îngrijire instituționalizată, însemnările trebuie să conțină date care justifică diagnosticul și planul de intervenție, conform instrucțiunilor de mai sus. În concluzie, fiecare raport de ședință trebuie să conțină o descriere a statusului pacientului – incluzând natura și severitatea simptomelor și nivelul de distres din ziua respectivă – precum și orice schimbare legată de prezența sau severitatea simptomelor; de asemenea, trebuie să cuprindă o descriere a intervențiilor implementate în ședința respectivă și a oricărui progres înregistrat de pacient.