

Specificul tulburarilor somatoforme in abordarea centrata pe persoana

Articol scris de Daniela Ploesteanu

Cam cum se descriu clientii cand vin la terapie? De cele mai multe ori ca fiind blocati, ca fiind inconjurati de un zid, ca fiind fara iesire...aceasta exprimare metaforica este foarte des regasita, in mai toate situatiile, indiferent de categoria nosologica in care pacientul este incadrat. Si in cazul pacientilor cu afectiuni psihosomatice descrierea e relativ asemanatoare: *“ma simt incapabil de a face multe din lucrurile care imi placeau inainte, nu mai indraznesc sa ...; simptomul asta ma limiteaza , imi restrictioneaza mult viata.”* Toata atentia e concentrata pe ceea ce nu merge bine in viata lor, scopul principal devine acela de a inlatura obstacolul, pierzand intr-un fel directia catre care se indreapta si ceea ce vor sa obtina in viata. Blocajul, zidul care ii inconjoara ii fac sa se simta limitati nu numai ca posibilitati existente, ci si mai grav, **limitati ca si creatori de posibilitati**. Potentialul propriu, resursele personale sunt trecute in stand-by.

Ceea ce psihoterapia face, este de a repune persoana in contact cu sine **ca si** fauritor de vise, constructor de planuri, “facator” si “alegator”. Este felul in care si psihoterapia centrata pe persoana vede psihoterapia: ca descatusare a posibilitatilor existente, restante si actualmente uitate sau ratacite. Rogers afirma (1969) ca “fiinta umana are engramata o tendinta la actualizare prezenta in fundal, care tinde sa dezvolte si sa stimuleze toate capacitatile organismului si sa-l impinga spre autonomie”. Ea poate fi descrisa si ca o “presiune biologica a organismului de a-si indeplini destinul genetic” (Maddi, 1966). Astfel in relatia cu clientul, terapeutul porneste de la ipoteza ca acesta are capacitatea de a-si determina propriile directii constructive in viata. Manifestarile psihopatologice apar cand omul nu isi asuma responsabilitatea pentru sine si pentru propriile actiuni, cand se alieneaza de ceea ce este el in realitate.

Regasim aceasta alienare, la cote destul de inalte, si in cazul pacientilor psihosomatici. Ei sunt straini fata de tot ce misca in ei ca traire emotionala. Diferentierea intelesurilor personale in experientiere este rudimentara si globala, experienta fiind vazuta si descrisa in termeni de alb/negru. Exista un blocaj semnificativ al comunicarii interne, o lipsa de luare in contact a propriei interioritati.

Atat in cadrul psihoterapiei centrate pe persoana cat si in cadrul altor abordari, se constata “o surprinzatoare conformitate privitoare la descrierile acestui gen de tip de pacienti, dincolo de diferente. Incepand chiar cu Freud, si continuand cu alti autori mai recenti precum Marty, Sifneos, Mitscherlich, descrierea acestor pacienti este ca “fiind **mai mult sau mai putin incapabili sa intre in contact cu sentimentele lor**”. Mai mult, ei nu pot verbaliza aceste sentimente. Sifneos (1973) a introdus termenul de **alexitimie** –care inseamna “incapacitatea de descifrare a propriilor emotii/sentimente si de a le exprima prin cuvinte”.

Expuse mai pe larg, **caracteristicile definitorii** sunt:

- in contactul interpersonal au tendinta de a pune bariere impotriva oricarei apropieri, intimitati sau manifestari consistente si constante a caldurii;
- comunicarea se refera doar la aspectele exterioare, extrem de rar pot fi regasite in discursul lor referiri la aspectul emotional al experientelor traite; trairile pot fi descrise, dar nu sunt recunoscute ca atare si pacientul nu si le asuma, de ex. “simptomele sunt foarte deprimante”;
- problemele sunt percepute ca fiind externe self-ului: “apar tot felul de dezordini in viata mea”- nu exista nici un sentiment al responsabilitatii personale cu privire la problemele aparute;

- ataseaza o importanta extrema simptomului, tratandu-l ca si cum ar fi o problema izolata, neconectata cu restul vietii clientului. Aceasta ar constitui un fel de indicatie implicita pentru terapeut de a elimina simptomul, ca printr-o manevra de tip chirurgical, ca o extractie;
- au o atitudine extrem de pretentioasa si solicitanta fata de ei insisi si fata de terapeut. Aceasta impune o mare presiune asupra terapeutului de a fi rapid si eficient in demersul sau. Dar, evident este o capcana: aceea de a deveni un “expert prost” care are idei “bune” in legatura cu managementul problemei clientului

Sunt probabil, unii dintre cei mai dificili pacienti pentru demersul psihoterapeutic, dar totusi, nu trebuie sa cadem in ispita etichetarii lor ca fiind ”oia neagra” a psihoterapiei. E adevarat ca marea majoritate a acestei tipologii de pacienti nu obtine beneficii considerabile din demersul terapeutic, dar asta nu din rea-vointa, nici din incapatanare sau din vreo dorinta de a-si tortura medicul sau psihoterapeutul.

Aceste caracteristici conduc inevitabil la o serie de **dificultati** in lucrul cu acest gen de pacienti. Printre cele mai frecvente putem mentiona:

a) Principalul agent de schimbare este reprezentat de calitatea relatiei terapeutice, care creeaza clientului o cat mai larga paleta de oportunitati de experientiere a self-ului propriu, punandu-l in contact cu variate ipostaze ale lui: "eu sunt asa...si asa". Cuvintele, fie ele ale clientului sau ale terapeutului, sunt considerate a avea o importanta minima in comparatie cu relatia emotionala de moment existenta intre cei doi parteneri. Dar, asa cum am vazut mai sus, acesti pacienti functioneaza ca si cum ar incerca cu incapatanare sa-si tina propria experienta emotionala cat mai la distanta, iar relatiile apropiate sunt considerate a fi “periculoase” si deci, pe cat posibil evitate.

Ne confruntam cu unul dintre cele mai delicate aspecte in lucrul cu pacientii psihosomatici, anume a fi suficient de atent si sensibil pentru a putea identifica distanta optima dintre client si terapeut, atata vreme cat “a fi prea aproape” poate conduce la intreruperea terapiei prin “incingerea” contactului interpersonal peste limita suportabilitatii pacientului, iar “a fi prea departe” este inutil sub raportul eficacitatii si a lui “a se misca ceva” in cadrul pacientului. De cele mai multe ori, parasesc psihoterapia destul de rapid, daca se simt inconfortabil cu cadrul si contextul terapeutic. Consecinta pentru psihoterapeut este o senzatie ca lucrezi ca “mersul pe sarma” si ca exista o sansa minima de a corecta o eventuala “greseala”.

b) Apare apoi problema motivatiei: nu trebuie uitat ca persoana vine la psihoterapie indrumata, si nu din initiativa proprie. Psihoterapia apare ca una dintre ultimile optiuni, dupa o serie de multe consulturi, investigatii si tratamente mai mult sau mai putin esuate. “Stiti, m-a trimis dl. Dr. X la dumneavoastra, acum nu-mi dau seama daca dvs ma puteti ajuta in legatura cu greata asta a mea...”. Nerecunoasterea elementului psihogen, de fapt dificultatea de asimilare a lui, impinge la o indoiala permanenta: “E locul meu aici, in terapie?”; “Aici pot gasi oare acel ceva de care sa ma agat pentru a iesi din acest vartej?”. Deoarece nu accepta sorginta psihologica a simptomului, nu prea au cum sa prefigureze beneficiile ei. De cele mai multe ori exista si subzista dorinta secreta ca, totusi, pe undeva trebuie sa existe un ‘ceva’ organic care sa poata explica toate aceste neplaceri, si cand el va fi descoperit totul va disparea ca prin minune.

Legatura dintre minte si corp poate fi recunoscuta de cei mai multi la un nivel pur cognitiv/rational, dar ea dispare cu desavarsire cand ar trebui efectiv utilizata: “*Hai, serios! Ce are supararea cu colonul meu?*”; “*Dar, azi cand m-a apucat asa brusc durerea nu ma gandeam la nimic, si in nici un caz la lucruri ‘rele’ ...*”. Constatarea ca tratamentul medicamentos de specialitate ajuta doar in mica masura, sau deloc, este luat ca o intarire a faptului ca este o afectiune fizica nedescoperita, si nu ca un indiciu al psihogeniei. Stilul lor cognitiv concret ii conduce catre a se considera bolnavi somatic, chiar si in cazurile in care etiologia psihica a suferintei lor este evidenta. “*Da, e drept ca eram suparat fiindca tocmai ma certasem cu prietena mea, dar nu vad legatura intre asta si ameteala mea....*”. Simptomul sau sindromul somatoform e vazut de catre client ca nefiind conectat cu nimic, e “stat in stat”, fara influente, fara conditionari, fara legaturi cu restul si cu atat mai putin cu psihismul. Modul in care este descris simptomul este: “*E ca si cum am un puzzle*

complet, si totusi mi-a mai ramas o piesa. Stiu ca e din puzzle, dar nu stiu unde as putea sa o pun, fiindca nu mai e nici un loc liber.”.

c) Dificultatea pacientului de a renunta la sorginta organica atrage dupa sine corelativ abordarea relatiei terapeutice dupa un model medical. Psihoterapeutului i se atribuie automat rolul de expert, care planifica, dispune si initiaza directii, iar clientul este cel care urmeaza indicatiile trasate. Lucrul cel mai greu de combatut este acela ca terapeutul este in posesia unor cunostinte/ informatii relevante si acestea vor putea aduce vindecarea din exterior a simptomului. Plasarea terapeutului in aceasta pozitie este relevanta pentru acest gen de pacienti, care prefera si se straduiesc sa creeze un contact golit de orice incarcatura emotional - umana. Suna ca apelul la un computer: “introdu toate datele si informatiile disponibile si cauta solutia”, iar faptul ca nu se gaseste solutia asa, nu e decat o consecinta a insuficientei bogatii a datelor.

Alianta terapeutica este destul de fragila. Iar neoferirea unei solutii rapide, eficiente si clare, face sa apara adesea apelul la metode complementare: bioenergie, reflexoterapie, homeopatie, preot.....”*Stiti, ma simt bine asa ca vorbesc cu dumneavoastra, parca ma mai descarc, dar...tot asa e...ma gandesc tot timpul ca daca am sa vars in autobuz, ce ma fac? ...de gandul asta nu scap nicicum...”*. Se cauta acea solutie unica, definitiva si iremediabila, care sa implice cat mai putin personalitatea clientului si sub nici o forma schimbarea a ceva din client. Dorinta verbalizata adesea este “vreau sa fiu cum am fost inainte de a aparea asta”, “asa mi-as dori sa dispara totul ca si cum n-ar fi fost niciodata”.

Discursul lor suna cam asa: “*In afara de durerea asta de stomac care ma ucide, nu am nici o problema (nu sunt nebun). Daca n-ar fi asta, viata mea ar fi ok.*” Pentru psihoterapeut, mesajul deciptat ar suna cam asa: “*Exista aceasta durere in stomacul meu. Te rog, opreste-o odata, dar ‘nu ma atinge’, stai departe de Sinele meu*”. E ca si cum ti s-ar cere sa schimbi roata de la masina, fara sa te atingi fie si de un singur surub. Sau sa faci omleta fara sa spargi ouale.

Pare adecvat sa ne ridicam urmatoarea intrebare: in ce masura acest tip de client va putea raspunde la oferta specifica psihoterapiei centrate pe persoana?

Pozitia lui Bierman-Ratjen, Eckert&Schwartz (1979) ne ofera o indicatie: “Felul in care reactioneaza si se desfasoara relatia in primele interviuri/intalniri este cel mai bun criteriu pentru a decide daca psihoterapia centrata pe persoana va fi eficienta sau nu.” In cadrul primelor intalniri, pacientul introduce experienta subiectiva a suferintei sale, caracterizata prin chin si mizerie vitala. Initiat de pacient incepe un proces de schimburi reciproce si de aproximari, un proces de “co-orientare” in care expresia personala a suferintei pacientului poate capata contururi mai clare, favorizand eventuala simbolizare a ei. “Reflectarea empatica si intelegerea adecvata a acuzelor fizice si a reactiilor emotionale ale pacientului la acestea, pot fi cruciale la inceputul terapiei” (J. Finke, 1996). Empatia isi asuma un rol important in aceasta tentativa de a intelege senzatiile corporale alterate si de a cauta intelesul personal acordat lor, chiar in conceptii care pot parea obscure sau ermetice initial. Ceea ce se intampla este un proces de verificare impreuna cu clientul a acuratetii perceptiei si semnificarii acordate, ca si cum sunt supuse validarii pacientului anumite ipoteze. Este foarte importanta ideea de verificare, fiindca sensul ultim de adevar il are clientul, el fiind cel mai bun expert in ceea ce il priveste.

Evenimentul cel mai important in cadrul terapiei este schimbarea accentului de pe “trairea somatica” a simptomului pe corelatele emotionale ale comportamentului sau evenimentelor. Aceasta se realizeaza in general prin reflectare, cu sublinierea nevoilor emotionale si a prezentei lor in orice ocazie. De aceea, responsabilitatea centrala a terapeutului este *sa incurajeze disponibilitatea clientului catre introspectie*. Odata cu cresterea accesului la trairile interioare si la o mai mare diferentiere a lor, se constientizeaza si faptul ca trairea unui sentiment implica un referent intern. Apare tot mai clar faptul ca simptomul este un substitut pentru o experienta neasumata. “Am inca dificultati in a-mi da seama ce reprezinta aceasta durere. Stiu doar ca o simt cand ma apropiu de un anumit tip de traire. Acum, ma podideste plansul, si asta ma ajuta oarecum sa trec printr-un zid pe care l-am ridicat din cauza a ceva ce mi s-a intamplat. Ma simt ranit de ceva si apoi, apare automat acest scut si simt ca nu mai sunt asa de sensibil.....” Observam ca pacientul isi vede

trairile ca un referent interior la care se poate intoarce pentru o mai mare claritate, recunoscand ca apararea pe care si-a construit-o nu ii permite sa traiasca sentimentul de ranire cand acesta apare. Pentru ca acest lucru sa se intample, este nevoie de a se crea suficient loc fricii in spatiul terapeutic, frica care adesea este coplesitoare. Pacientul poate invata sa se situeze la distanta optima fata de simptom: nici sa se scufunde in el asa cum face prin chinul sau, nici sa se detaseze complet asa cum face prin negarea lui.

Pfeiffer (1987) atrage atentia ca trebuiesc cautati indicatorii care sa evidentiaze ce interventii sunt necesare si care vor fi mai eficiente intr-un context particular. Exista o nevoie de a adecva specificul interventiei terapeutice astfel incat ea sa fie concordanta cu specificul rezistentelor, ceea ce solicita proceduri adecvate din partea terapeutului". Pe de alta parte, in concordanta cu Rogers, terapeutul trebuie sa "respecte" apararile clientului ca o importanta protectie impotriva dezintegrarii structurii self-ului.

Una dintre tehnicile utile ar fi **focusing**-ul, care, prin zig-zagul dintre 'necunoscut', 'aproape nestiut', 'vag', 'neclar', constientizarea implicita a lui 'bine-cunoscut', constientizarea explicita a sigurantei pare a diminua neincrederea si frica de "a pasi inaintul" acestui simptom. Utilizarea **viselor** sau a **desenelor** foloseste cam aceliasi scop ca si focusing-ul: acela de a exista un "al treilea" intre client si terapeut, la care ambii se pot referi, fara "a se atinge" de-o maniera directa. Aceasta furnizeaza o 'proptea' sentimentului de securitate al pacientului, dandu-i voie sa traiasca mai intens contactul interpersonal si facandu-l astfel apt sa intre mai 'adanc' in relatia terapeutica. Psihoterapia centrata pe persoana, prin accentul pus pe calitatea relatiei terapeutice si utilizarea unor tehnici integrate, ca focusingul, raspunde specificului acestui tip de pacienti, asa-numitii "pacienti psihosomatici".