

ANALIZA COMPARATIVĂ A CUNOȘTINȚELOR PRIVIND TERAPIA COGNITIV-COMPORTAMENTALĂ ÎN RÂNDUL PACIENȚILOR CU BPOC ȘI FĂRĂ BPOC

Vijayalakshmi P¹, Surya S¹, Madhumathy U¹,
Deena CHRISTOPHER¹

¹ Institutul de Învățământ Superior și Cercetare Sri Ramachandra (Universitatea Deemed), India

INTRODUCERE

Boala pulmonară obstructivă cronică (BPOC) este definită ca o stare a bolii caracterizată printr-o limitare a fluxului de aer și care nu este complet reversibilă [1]. Deși BPOC este, în general, o afecțiune care poate fi prevenită și tratată, ea este responsabilă pentru povara substanțială economică și umană din întreaga lume [2]. Fiind o boală cronică, BPOC este adesea asociată cu multe comorbidități. Printre acestea, anxietatea și depresia reprezintă o preocupare majoră pentru profesioniștii din domeniul medical. Anxietatea și depresia apar împreună la pacienții cu BPOC, dar adesea nu sunt tratate [3,4]. Anxietatea și depresia apar împreună în mod frecvent ca și comorbidități la pacienții cu BPOC, având rate de prevalență estimate între 23% și 64% [3,5-8]. Studiile au demonstrat că anxietatea și depresia coexistă chiar și la pacienții cu BPOC ușoară [9]. Prezența acestor comorbidități poate modifica prognosticul prin afectarea ratelor de supraviețuire, a calității vieții, a stării fizice și sociale și folosirea crescută a resurselor de îngrijiri de sănătate. Indirect sunt susținute obiceiuri nesănătoase, inclusiv fumatul, care la rândul său precipită severitatea bolii. Prin urmare, este necesar să se investigheze anxietatea și depresia la un pacient cu BPOC pentru a obține rezultate mai bune ale tratamentului.

Terapia cognitiv-comportamentală (TCC) este o formă de tratament psihologic care s-a dovedit a fi eficientă pentru o serie de probleme, inclusiv depresia, tulburările de anxietate, problemele legate de consumul de alcool și bolile mentale severe. [10]. O serie de studii sugerează că TCC duce la îmbunătățirea semnificativă a funcționării cognitive și a calității vieții. Multe studii au arătat că TCC este la fel de eficientă sau mai eficientă decât alte forme de terapie psihologică sau decât medicamentele psihiatrice. Pentru a face TCC eficientă în rândul pacienților cu BPOC, a fost dezvoltată o intervenție cognitiv-comportamentală scurtă, bazată pe Programul de Tratatament Manual al Plămânului [10]. Terapia abordează mai multe probleme, inclusiv managementul somnului, conștientizarea, relaxarea, activarea comportamentului etc.

Deși există metode terapeutice de combatere a anxietății și depresiei în BPOC, este esențial să se promoveze o atitudine corectă față de tratament. Este esențial să înțelegem că succesul TCC depinde foarte mult de nivelul

Boala pulmonară obstructivă cronică (BPOC) se caracterizează prin simptome respiratorii persistente și limitarea fluxului de aer. Anxietatea și depresia sunt comorbidități comune și importante ale BPOC. Terapia cognitiv-comportamentală (TCC) reprezintă o intervenție psihologică folosită pentru gestionarea anxietății și depresiei. Acest studiu a fost realizat pentru a compara nivelul de cunoștințe privind TCC în rândul subiecților cu BPOC și fără BPOC. A fost realizat un studiu caz-control în rândul a 59 de pacienți cu BPOC și a 60 de pacienți fără BPOC cu vârsta cuprinsă între 30-60 de ani care au vizitat instituția noastră. S-au utilizat inventarul de Depresie Beck și Scala de Anxietate Beck pentru a identifica depresia și anxietatea la pacienții cu BPOC și fără BPOC. A fost utilizat un chestionar structurat, autoadministrat și validat pentru a obține informații despre nivelurile de cunoștințe cu privire la TCC. În urma analizei a rezultat o diferență semnificativă statistic mare între nivelul educațional și scoruri ($P < 0.05$). Scala de anxietate la pacienții cu BPOC a arătat o medie mai mare (21,8%) și deviația standard (10.101) în comparație cu pacienții fără BPOC. Scala de depresie la pacienții cu BPOC arată o medie mai mare (24,4%) și deviația standard (9.187) în comparație cu pacienții care nu au BPOC. În studiul realizat s-a observat o scală mai mare de anxietate și depresie la pacienții cu BPOC în comparație cu pacienții fără BPOC. Terapia cognitiv-comportamentală (TCC) va fi utilă în gestionarea pacienților cu BPOC. Sunt necesare studii suplimentare pentru a aborda impactul, depistarea precoce și gestionarea anxietății și depresiei în BPOC.

Cuvinte cheie: Anxietate, Boala pulmonară obstructivă cronică, Terapia cognitiv-comportamentală, Depresie

motivației. Ca o etapă preliminară, este esențial să se evalueze nivelul de conștientizare cu privire la TCC, în special în rândul pacienților cu BPOC. Va trece o perioadă lungă de timp până când diseminarea cunoștințelor va îmbunătăți atitudinea față de aceste metode terapeutice și, la rândul său, va facilita disponibilitatea participării și redresarea problemelor în rândul pacienților cu BPOC.

OBIECTIVE

Studiul a fost realizat pentru:

- Estimarea prevalenței anxietății și depresiei în rândul pacienților cu BPOC,
- Compararea nivelului de conștientizare cu privire la TCC în rândul pacienților cu BPOC și fără BPOC.

METODOLOGIE

Cadrul studiului și participanții

Acest studiu caz-control a fost realizat în rândul pacienților cu BPOC și fără BPOC care au vizitat instituția noastră de învățământ pentru îngrijiri terțiare pe o perioadă de doi ani, între 2016 și 2018. Toți pacienții care au fost diagnosticați cu BPOC în ambulatoriu au fost selectați pentru studiu și aveau vârste similare cu ale pacienților din grupul de control.

Mărimea eșantionului și tehnica de eșantionaj

Grupul de studiu a fost format din toți pacienții cu BPOC care au vizitat spitalul în perioada studiului. Au fost selectate aproximativ 59 de cazuri de BPOC cu vârsta similară celor 60 de persoane sănătoase care au constituit grupul de control. Un total de 119 participanți au fost

selectați prin metoda de eșantionaj intențional la Institutul de Educație și Cercetare în Sănătate Sri Ramachandra (Universitatea Deemed).

Avizul comisiei de etică și consimțământul informat

Aprobarea a fost obținută de la Comitetul Instituțional de Etică înainte de începerea studiului. Fiecărui participant i s-a explicat în detaliu despre studiu și s-a obținut consimțământul informat de la aceștia înainte de colectarea datelor.

Instrumente de colectare a datelor

Au fost utilizate inventarul de Depresie Beck și Scala de Anxietate Beck pentru a depista depresia și anxietatea la pacienții cu BPOC și cei fără BPOC. S-a folosit un program de interviuri structurate, pre-testate pentru a colecta informații demografice și de conștientizare cu privire la TCC, în ceea ce privește modulele precum stabilirea obiectivelor, identificarea, provocarea și schimbarea gândurilor negative, distragerea atenției, controlul respirației, rezolvarea problemelor, planificarea activităților/ținerea unui jurnal, relaxarea, analizarea pro și contra; jurnale pozitive, învățarea de a răspunde corespunzător la simptome și reducerea comportamentelor de evitare și siguranță care mențin anxietatea și starea de spirit scăzută.

Analiza datelor

Datele au fost introduse și analizate folosind versiunea 23 SPSS. Prevalența anxietății, a depresiei și a nivelului de conștientizare cu privire la TCC au fost exprimate ca scoruri medii.

S-a utilizat testul t pentru eșantioane independente pentru a testa semnificația dintre conștientizare și diferiți factori contribuitori. O valoare $p < 0,05$ a fost considerată semnificativă statistic.

Tabel 1: Caracteristicile socio-demografice ale participanților la studiu

Nr.	Caracteristici	Grup-Cazuri (N=59)		Grup-Control (N=60)	
		n	%	n	%
1	Vârsta (în ani)				
	<50	8	13.6	30	50.0
	>50	51	86.4	30	50.0
2	Statut socio-economic				
	Clasa de jos	12	20.3	1	1.7
	Clasa de mijloc	47	79.6	51	85.0
	Clasa de mijloc-superioară	0	0	1	1.7
	Clasa superioară	0	0	7	11.6
3	Starea civilă				
	Căsătorit	59	100	57	95.0
	Celibatar	0	0	3	5.0
4	Nivel educațional				
	Lipsa studiilor/analfabet	14	23.7	10	16.4
	Școală primară	5	8.5	0	0
	Liceu	5	8.5	0	0
	Studii post liceale	16	27.1	12	20.0
	Licențiat	19	32.2	38	63.3
5	Consum de țigarete				
	Prezent	59	100	32	53.3
	Absent	0	0	28	46.7
6	Durata fumatului				
	<5 ani	1	1.7	40	66.6
	>5 ani	58	98.3	20	33.4

REZULTATE

Studiul a fost realizat pentru un grup de 59 de cazuri (pacienți cu BPOC) și un grup-control de 60 de persoane fără BPOC. Vârsta medie a cazurilor a fost de 58 ± 10 ani. Durata medie a BPOC a fost de 10 ani, iar durata medie a fumatului a fost de 23,2 ani. Majoritatea pacienților (79,6%) și a persoanelor din grupul-control (85%) aparțineau clasei de mijloc. Toți pacienții erau căsătoriți și 95% dintre persoanele din grupul-control erau căsătorite. (Tabelul 1)

Prevalența anxietății și depresiei este prezentată în Tabelul 2. Printre cazuri, majoritatea au avut scor de anxietate scăzută (49,2%), urmat de scorul de anxietate moderat (44,1%), în timp ce toate persoanele de control au avut anxietate scăzută (100%). În ceea ce privește scorul de depresie, majoritatea cazurilor au prezentat depresie moderată (35,6%) urmată de depresie severă (22%).

Scorul mediu de anxietate a fost mai mare printre cazuri (21,85) comparativ cu persoanele din grupul-control (5,73). În mod similar, scorul

Tabel 2: Prevalența anxietății și depresiei în rândul participanților la studiu

Nr.	Caracteristici	Grup-Cazuri (N=59)		Grup-Control (N=60)	
		n	%	n	%
1	Anxietate				
	Minoră	29	49.2	60	100
	Moderată	26	44.1	0	0
	Severă	4	6.7	0	0
2	Depresie				
	Normal	3	5.1	1	1.7
	Tulburare ușoară a dispoziției	11	18.6	59	98.3
	Depresie clinică borderline	9	15.3	0	0
	Depresia moderată	21	35.6	0	0
	Depresie severă	13	22.0	0	0
	Depresie extremă	2	3.4	0	0

Tabel 3: Asociere anxietății/ depresiei între grupul de cazuri și cel de control

Nr.	Parametru	Grup	N	Media	S.D	t value	p value
1	Anxietate	Cazuri	59	21.8	10.1	11.6	<0.0001
		Control	60	5.7	3.4		
2	Depresie	Cazuri	59	24.5	9.2	11.0	<0.0001
		Control	60	9.6	4.9		

Tabel 4: Asocierea scorului TCC dintre grupul de cazuri

Nr.	Parametru	Grup	N	Media	S.D	t value	p value
1	Scor TCC	Cazuri	59	3.98	2.4	3.8	<0.0001
		Control	60	2.27	2.5		

mediu de depresie a fost mai mare pentru cazuri (24,5) comparativ cu grupul-control (9,64). Diferența observată a fost semnificativă statistic ($p < 0,0001$). (Tabelul 3)

Tabelul 4 arată nivelul de conștientizare cu privire la TCC (scor TCC). Scorul mediu a fost mai mare între cazuri (3,98) comparativ cu grupul-control (2,27). Asocierea a fost semnificativă statistic ($p < 0,001$).

DISCUȚII

Între cei 119 participanți la studiu, a existat o diferență semnificativă statistic între nivelul de educație și scoruri. Asocierea istoricului de fumat, durata bolii și durata medicației cu scorul TCC nu a arătat nicio influență asupra TCC. Estimările prevalenței anxietății și depresiei în BPOC variază mult, dar în general sunt mai mari decât cele raportate în literatura publicată [11].

Există câteva dovezi în cazul BPOC cu privire la valoarea potențială a utilizării instrumentelor validate pentru identificarea persoanelor care au cea mai mare nevoie de intervenții psihologice mai formale și a integrării principiilor terapiei cognitiv-comportamentale (TCC) în evaluările reviziilor și în programele de reabilitare pulmonară/ autogestionare. Cu toate acestea, există beneficii clare prin includerea unui psiholog în cadrul unei echipe multidisciplinare care se ocupă de afecțiunile respiratorii/ BPOC pentru a oferi informații, dacă este necesar, persoanelor cu anxietate și depresie severe și îndrumare pentru îmbunătățirea sănătății mentale și a bunăstării tuturor persoanelor cu BPOC [12].

Un număr semnificativ de studii a arătat că mulți pacienți cu această afecțiune întâmpină probleme psihologice, cum ar fi anxietatea sau depresia. Există dovezi tot mai multe privind eficacitatea terapiei cognitiv-comportamentale (TCC) ca tratament adjuvant și primar în gestionarea condițiilor fizice pe termen lung. TCC este utilizată pentru a trata stresul psihologic și poate ajuta profesioniștii din domeniul sănătății să ofere îngrijiri holistice pacienților. Terapia este interesată de a înțelege modul în care sunt interpretate evenimentele și experiențele și se concentrează pe relația dintre percepțiile noastre (cea ce gândim), emoțiile (cum simțim) și comportamentul nostru (cea ce facem). Această teorie se bazează pe abordarea interacțiunii dintre gânduri, dispoziție, comportament

și senzații fizice între care există o corelație complexă. Experiențele legate de folosirea TCC la cei cu BPOC au arătat o reducere semnificativă a afectării psihologice a pacienților. În plus, s-a constatat și o reducere a duratei de spitalizare. În condițiile unei finanțări deficitare a sectorului public, aceasta poate avea implicații importante [13].

CONCLUZII

În studiul nostru, s-au înregistrat scoruri de anxietate și depresie mai mari la pacienții cu BPOC în comparație cu pacienții fără BPOC. Folosirea Terapiei Cognitiv-Comportamentale (TCC) va fi de ajutor în gestionarea pacienților cu BPOC. Sunt necesare cercetări suplimentare care să abordeze impactul, depistarea precoce și gestionarea anxietății și depresiei în BPOC.

Declarație

Conflict de interese – nu.

Finanțare – nu.

Aprobarea etică – obținută.

Bibliografie

- Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease™. GOLD workshop report update 2004.[Internet] Available from <https://goldcopd.org/>
- Lopez AD, Shibuya K, Rao C, Mathers CD, Hansell AL, Held LS et al. Chronic obstructive pulmonary disease: current burden and future projections. *Eur Respir J* 2006; 27(2):397–412
- Kunik ME, Roundy K, Veazey C, Soucek J, Richardson P, Wray NP et al. Surprisingly high prevalence of anxiety and depression in chronic breathing disorders. *Chest* 2005; 127(4):1205–1211.
- Pumar MI, Gray CR, Walsh JR, Yang IA, Rolls TA, Ward DL. Anxiety and depression— Important psychological comorbidities of COPD. *J Thorac Dis* 2014;6(11):1615-1631.
- Cleland JA, Lee AJ, Hall S. Associations of depression and anxiety with gender, age, health-related quality of life and symptoms in primary care COPD patients. *Fam Pract* 2007;24:217-223
- Yohannes AM, Baldwin RC, Connolly MJ. Depression and anxiety in elderly outpatients with chronic obstructive pulmonary disease: prevalence, and validation of the BASDEC screening questionnaire. *Int J Geriatr Psychiatry* 2000;15(12):1090-1096
- Ferguson CJ, Stanley M, Soucek J, Kunik ME. The utility of somatic symptoms as indicators of depression and anxiety in military veterans with chronic obstructive pulmonary disease. *Depress Anxiety* 2006;23(1):42-49
- Mikkelsen RL, Middelboe T, Pisinger C, Stage KB. Anxiety and depression in patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD). A review. *Nord J Psychiatry* 2004;58(1):65-70
- Di Marco F, Verga M, Reggente M, Casanova MF, Santus P, Blasi F et al. Anxiety and depression in COPD patients: The roles of gender and disease severity. *Respir Med* 2006;100(10):1767-1774
- Heslop K, Newton J, Baker C, Burns G, Carrick-Sen D, De Soya A. Effectiveness of
- cognitive behavioural therapy (CBT) interventions for anxiety in patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) undertaken by respiratory nurses: the COPD CBTCARE study: (ISRCTN55206395), *BMC Pulmonary Medicine* 2013; 13:62
- Maurer J, Rebbapragada V, Borson S, Goldstein R, Kunik ME, Yohannes AM, et al. Anxiety and Depression in COPD: current understanding, unanswered questions, and research needs. *Chest* 2008; 134(4):43S-56S.
- Nici L, Donner C, Wouters E, Zuwallack R, Ambrosino N, Bourbeau J, et al. American Thoracic Society/European Respiratory Society statement on pulmonary rehabilitation. *Am J Respir Crit Care Med* 2006; 173: 1390–1413.
- Heslop K, De Soya S, Baker CR, Stenton C, Burns GP. Using individualized cognitive
- behavioral therapy as a treatment for people with COPD. *Nursing times* 2009;105:14