



GHIDUL DE BUNE PRACTICI AL PSIHO-ONCOLOGULUI



**Psiholog Doctor Florina Pop
Psiholog Clinician Oana Hetea
Psiholog Clinician Cosmina Neag
Patient Coach Cosmina Grigore**

București 2021

GHIDUL DE BUNE PRACTICI AL PSIHO-ONCOLOGULUI

**Psiholog Doctor Florina Pop
Psiholog Clinician Oana Hetea
Psiholog Clinician Cosmina Neag
Patient Coach Cosmina Grigore**

București 2021

CUPRINS

Ghidul de bune practici al psiho-oncologului	4
1. Screening și evaluare psihologică în context oncologic	6
1.1. Definirea conceptelor	10
1.2. Normal versus patologic	12
1.3. Distres	13
Anexa 1. Termometrul distresului	26
Anexa 2. Termometrele emoționale	27
Anexa 3. Chestionarul QSC-R23	28
Anexa 4. Raport de Psihodiagnostic și Evaluare Clinică (Examinare Psihologică)	29
Anexa 5. Model de raport de examinare psihologică pentru comisia de handicap	37
Anexe - fișe de lucru	38
2. Intervențiile psihologice la persoanele recent diagnosticate cu cancer	48
2.1. Efectele benefice ale pregătirii preoperatorii	49
2.2. Pași pentru intervenția preoperatorie:	50
2.3. Intervenția în situația de criză	51
2.4. Exerciții de reflexie și dezvoltare personală	54
2.5. Ilustrarea pacient coach-ului	55
3. Intervențiile psihologice la pacienții oncologici care se află în faza activă de tratament (managementul psihologic al efectelor adverse)	57
3.1. Obiectivele intervențiilor psihologice la pacienții aflați în faza activă de tratament	58
3.2. Erorile cognitive întâlnite la pacienții cu neoplazii	58
3.3. Tehnici psihologice utilizate cu scopul managementului efectelor secundare ale tratamentului	59
ANEXE	63
Studiu de caz: pacientă aflată în faza activă de tratament	71

4. Evaluarea deficitelor cognitive și a delirului în patologia oncologică. Considerații psihologice despre „efectul chemobrain“	84
4.1. Ilustrarea pacient coach-ului	88
5. Intervențiile psihologice la pacienții cu recurență a bolii/ în stadiu terminal (principii, terapia dignității, gestionarea doliului anticipativ etc)	91
5.1. Intervențiile psihologice la pacienții cu recurență sau cei aflați în stadiu terminal	92
6. Intervențiile psihologice la pacienții aflați în remisie parțială / totală (prevenirea recăderilor din punct de vedere emoțional)	97
6.1. Studiu de caz	99
7. Intervențiile psihologice adresate îngrijitorilor/apartinătorilor/ membrilor familiei, partenerului/parteneriei pacientului oncologic (psiho-educație, intervenții cognitiv-comportamentale, suportive)	112
7.1. Intervențiile psihosociale adresate îngrijitorilor/apartinătorilor/ membrilor familiei pacientului neoplazic	113
7.2. Evaluarea nevoilor aparținătorilor pacienților oncologici	113
7.3. Intervenții psihooncologice recomandate	113
7.4. Ghid pentru desfășurarea unei (prime) întâlniri cu familia	115
7.5. Ilustrarea pacient coach-ului	116
8. Adresarea nevoilor copiilor când un părinte are cancer. Strategii psihologice prin care un copil poate fi ajutat în funcție de grupa de vârstă	119
9. Terapie de grup	124
9.1. Psihoterapia de grup la pacienții oncologici	125
9.2. Ilustrarea pacient coach-ului	128
10. Înregistrarea rezultatelor intervenției și urmărirea evoluției cazului	130
10.1. Motivarea importanței înregistrării rezultatelor intervenției	131
10.2. Înregistrarea rezultatelor intervenției și urmărirea evoluției cazului	133
11. Etica îngrijirii: o abordare a dilemelor etice în practica psiho-oncologică	135

GHIDUL DE BUNE PRACTICI AL PSIHO-ONCOLOGULUI

Înainte de dezvoltarea formelor moderne și eficiente de tratament împotriva cancerului, această boală era considerată terminală. În consecință, intervențiile psihoterapeutice erau centrate pe consilierea pacienților și pregătirea pentru moarte. În ultimele decenii, însă, dezvoltarea tehnicilor moderne de terapie a îmbunătățit semnificativ prognosticul pacienților cu cancer, iar munca psihologului în mediul oncologic a început să includă și aspecte legate de copingul și adaptarea la o boală care tinde să fie privită ca și cronică, ce implică aspecte importante legate de supraviețuire. (Kash, Mago, Duffany, & Kunkel, 2006; Travado, Turner, Rowland, Bultz, & Jacobsen, 2019; Zimmermann–Schlegel, Hartmann, Sklenarova, Herzog, & Haun, 2017)

Conform Holland et al., (2010), „Psiho-Oncologia este definită drept o subspecialitate clinică a oncologiei ce se raportează la două dimensiuni:

1. reacțiile psihologice ale pacienților cu cancer, ale familiilor acestora, în toate stadiile bolii și
2. factorii psihologici, sociali și comportamentali, care pot fi considerați cauze ale cancerului și ale supraviețuirii“ (p.10).

În sistemul medical din România, Psiho-Oncologia este într-o fază de explorare. Evaluarea psihosocială a pacienților cu cancer nu este parte a procedurii oncologice de rutină în fiecare institut de profil, secție sau departament de oncologie medicală, astfel că în acest moment nu există posibilitatea de a detecta în timp util toate problemele de sănătate mintală și de a interveni pentru tratarea crizei psihosociale cu care se confruntă pacienții cu cancer. Doar 5% dintre pacienți primesc suport profesional psihosocial. (Dégi, 2016a)

Acest ghid vine ca o continuare a unei munci începute în 2016 (Pop, Postolică, Lupău, & Degi, 2016), atunci când menționam faptul că, în momentul de față, în România nu putem dezvolta resursele ce țin de numărul profesioniștilor psihosociali (psiho-oncologi, asistenți sociali cu competențe în oncologie), însă putem încerca dezvoltarea unui ghid de intervenție psiho-oncologică al cărui rol să fie acela de a asista specialiștii în deciziile clinice, cu scopul îmbunătățirii serviciilor oferite de aceștia.

Structura generală a acestui material va ține cont de **principalele atribuții ale psihologului în mediul oncologic** și se vor prezenta **modalități specifice de intervenție** pentru principalele probleme cu care se confruntă psihologii care

lucrează cu pacienții oncologici și aparținătorii acestora. Prezentul document a fost elaborat pentru specialiștii psihologi care lucrează cu pacienții oncologici și aparținătorii acestora, cu sprijinul companiei Roche.

Scopul este de a oferi un ghid ușor de utilizat - dar actualizat din punct de vedere al informației de specialitate - și într-o formă care să fie lesne de adaptat de către fiecare specialist în parte.

În conceperea și adaptarea prezentului ghid ne-am bazat pe recomandările din literatura de specialitate, pe resursele existente la ora actuală în sistemul medical din România și pe experiența clinică din mediul oncologic. Am încercat să concepem acest material astfel încât să fie util specialiștilor cu diverse niveluri de experiență, ceea ce aduce în plus acest ghid reprezentând o descriere mai complexă a diferitelor tipuri de intervenții, studii de caz, ilustrări ale primei pacient coach din țara noastră.

Fiecare psiholog/psiho-oncolog va particulariza acest set de bune practici în activitatea specifică, coroborând riguros și responsabil:

1. setul de bune practici descris în prezentul Ghid;
2. expertiza profesională proprie (dobândită prin formare inițială și continuă);
3. caracteristicile pacienților oncologici și ai aparținătorilor acestora;
4. Codul deontologic al profesiei de psiholog cu drept de liberă practică.

Ghidul nu înlocuiește formarea profesională în domeniul psihologiei clinice, psihoterapiei și a psiho-oncologiei.

Ghidul se bazează pe o analiză riguroasă a literaturii de specialitate și a ghidurilor similare existente la ora actuală, dar și pe expertiza psiho-oncologilor. Decizia finală vizând serviciile implementate trebuie făcută de psiholog/psiho-oncolog coroborând

1. datele clinice ale pacientului cu
2. opțiunile științifice de diagnostic și tratament existente și disponibile și
3. tactul și judecata clinică.

***Psiholog. Dr. Florina Pop,
Institutul Oncologic "Prof. Dr. I. Chiricuță" Cluj***

Referințe:

- Dégi, C. L. (2016). *Psychosocial oncology needs: an absent voice in Romania*: Debrecen University Press.
- Holland, J. C. (2010). *Psycho-oncology*: Oxford University Press.
- Kash, K. M., Mago, R., Duffany, S., & Kunkel, E. J. (2006). Psycho-oncology: Review and update. *Current psychiatry reports*, 8(3), 246-252.
- Pop, F., Postolica, R., Lupău, C., & Dégi, C. L. (2016). Clinical practice guide in psycho-oncology. *Cognitie, Creier, Comportament/Cognition, Brain, Behavior*, 20(4).
- Travado, L., Turner, J., Rowland, J. H., Bultz, B. D., & Jacobsen, P. B. (2019). Psycho-Oncological Care and Survivorship. *Breast cancer: Global quality care*, 218.
- Zimmermann-Schlegel, V., Hartmann, M., Sklenarova, H., Herzog, W., & Haun, M. W. (2017). Accessibility, Availability, and Potential Benefits of Psycho-Oncology Services: The Perspective of Community-Based Physicians Providing Cancer Survivorship Care. *The oncologist*, 22(6), 719.

CAPITOLUL 1.
SCREENING ȘI EVALUARE PSIHOLOGICĂ ÎN
CONTEXT ONCOLOGIC

PSIHOLOG. DR. FLORINA POP, INSTITUTUL
ONCOLOGIC "PROF. DR. I. CHIRICUȚĂ" CLUJ

COSMINA NEAG, PSIHOLOG CLINICIAN, PSIHO-
ONCOLOG LA SPITALUL TOPMED DIN TÂRGU-MUREȘ

Ca profesioniști avem nevoie de un background teoretic valid. Acesta se impune să fie piatra de temelie pe care construim intervenția psiho-oncologică.

Obiectivele acestui capitol sunt:

- a)** de a familiariza fiecare specialist din domeniu cu principalele probleme emoționale, sociale și practice cu care se confruntă un pacient neoplazic și aparținătorii acestuia;
- b)** menționarea recomandărilor societăților de profil naționale și internaționale referitoare la screening și evaluare psihologică/psiho-oncologică;
- c)** descrierea criteriilor de diagnostic pentru cele mai frecvente episoade/tulburări afective,
- d)** prezentarea modalităților de evaluare psiho-oncologică cele mai utile în funcție de etapele traiectoriei oncologice a pacientului/pacientei.

Pacienții cu cancer pot beneficia de îngrijire psiho-oncologică optimă numai în cazul în care toți membrii echipei de tratament au cunoștințe fundamentale despre dificultățile specifice cu care se confruntă aceste persoane, inclusiv posibilele reacții ale pacienților sau aparținătorilor la problemele proprii. Atât persoana cu cancer cât și familia acesteia pot fi expuse la o gamă largă de probleme de tip fizic, emoțional, psihologic, social sau practic. Rolul psihologului în acest caz este de a oferi consiliere sau terapie (după caz) pentru problemele emoționale și psihologice, precum și de a facilita accesul pacientului la alte persoane specializate în vederea rezolvării problemelor de natură fizică sau socială/practică.

În continuare vom prezenta principalele categorii de probleme cu care se pot confrunta pacienții cu cancer.

Probleme emoționale și sociale

Răspunsul emoțional. Oamenii prezintă răspunsuri emoționale foarte diferite în momentele diagnosticului și tratamentului, știut fiind că nivelul distresului resimțit de pacienți poate varia în timp. Psihologul trebuie să deceleze între o reacție normală de adaptare la boală și o reacție emoțională de intensitate clinică și să intervină ca atare.

Nevoia de suport social. Oamenii care simt că nu au suficient suport social sunt mai predispuși distresului. De asemenea, membrii familiilor persoanelor care au fost diagnosticate cu cancer au nevoie de suport, întrucât reacțiile lor emoționale la boala unei persoane dragi pot fi la fel de intense ca ale pacientului însuși. (Jeong & An, 2017; Shrestha et al., 2017; Usta, 2012; Zhang, Zhao, Cao, & Ren, 2017)

Probleme interpersonale. Problemele existente în relația de cuplu sau cu alți membri ai familiei pot crește riscul pentru tulburări psihice și afective în cazul persoanelor diagnosticate cu cancer. (Dodd, Forster, Marlow, & Waller, 2019;

Drabe, Wittmann, Zwahlen, Büchi, & Jenewein, 2013; Sormanti & Kayser, 2000; Walsh, Manuel, & Avis, 2005)

Distresul și reacțiile de adaptare. Persoanele diagnosticate cu cancer se confruntă cu numeroase evenimente stresante legate de boala lor, care pot duce la reacții emoționale negative de intensitate clinică. (Bulotienė, Ostapenko, & Vesėliūnas, 2006; Jayarajah & Samarasekera, 2017; Kupcewicz, Olewińska, Pikus, & Józwick, 2017; Landívar, 2005)

Probleme psihologice

Imaginea corporală și sexualitatea. Imaginea corporală reprezintă o sursă frecventă de îngrijorări pentru pacienții cu diferite forme de cancer precum cancer mamar (Koçan & Gürsoy, 2016; Kołodziejczyk & Pawłowski, 2019; Prates, Freitas-Junior, Prates, Veloso, & Barros, 2017; Türk & Yılmaz, 2018), cancer de prostată (Esser et al., 2018; Tsang, Skead, Wassersug, & Palmer-Hague, 2019), cancer al regiunii genitale (Hawighorst-Knapstein et al., 2004; Iżycki, Woźniak, & Iżycka, 2016), cancer la nivelul gâtului și al capului (Ellis et al., 2019; Hung et al., 2017; Rhoten, Murphy, & Ridner, 2013) sau cancer de piele (Lichtenthal, Cruess, Clark, & Ming, 2005; Pereira, Ponte, Ferreira, & Machado, 2017), pentru tratamentul cărora sunt necesare intervenții chirurgicale care afectează semnificativ aspectul exterior al persoanelor. Independent sau nu de aspectul fizic apar și probleme de sexualitate, raportându-se că între 10% și 88% dintre persoanele diagnosticate cu cancer au dificultăți în relațiile intime cu partenerii (Acquati et al., 2018; Schover, 2019; Varela, Zhou, & Bober, 2013). De asemenea, s-a constatat că problemele de natură sexuală pot persista mai mulți ani după ce tratamentul a fost încheiat.

Principalele tulburări psihice care pot rezulta ca urmare a neadaptării la condiția medicală includ tulburări afective sau anxioase, acestea determinând o reducere semnificativă a funcționării normale a persoanelor bolnave.

Reacții anxioase. Deși în multe cazuri reacțiile anxioase subclinice sunt normale în prima fază de adaptare, există și situații în care anxietatea este atât de puternică încât interferează cu aspectele sociale și relațiile interpersonale, eficiența profesională sau comportamentele sanogene. Prevalența tulburărilor de anxietate în rândul pacienților cu cancer variază între 15%, 23% și până la 59% în momentul diagnosticului. (Bronner, Nguyen, Smets, van de Ven, & van Weert, 2018)

O formă de anxietate frecvent întâlnită la această categorie de pacienți este stresul posttraumatic, care este prezent la aproximativ 3% până la 12% dintre persoane, însă diferă în funcție de tipul de cancer. (Cordova, Riba, & Spiegel, 2017; Green et al., 1998; Kaster, Sommer, Mota, Sareen, & El-Gabalawy, 2019; Mehnert & Koch, 2007)

Depresia. Este cel mai important factor de risc pentru suicid (Kissane, Maj, & Sartorius, 2011), prevalența tulburărilor din spectrul afectiv/depresiv fiind, conform unei meta-analize recente (Caruso et al., 2017), între 5% și 60%, în funcție de tipul de cancer. Depresia subminează capacitățile individului de a face față bolii și se asociază cu o severitate mai mare a simptomelor fizice și costuri de tratament mai ridicate. Este esențial ca psihologul să identifice persoanele care manifestă simptome depresive pentru a le trata prin intervenție psiho-oncologică și/sau combinând acest tip de intervenție cu medicația prescrisă de psihiatru.

Probleme fizice

În această situație psiho-oncologul poate iniția și coordona acțiuni de informare a pacienților prin redactarea unor materiale informative, la care să contribuie în special cadrele medicale.

Cele mai frecvente probleme fizice care afectează semnificativ calitatea vieții unui pacient oncologic sunt:

- Greața indusă de chimioterapie
- Durerea
- Oboseala cronică
- Aspecte legate de sarcină și fertilitate
- Limfedemul
- Semne ale intervențiilor chirurgicale
- Incontinență și probleme legate de tranzitul intestinal
- Probleme cognitive
- Dificultăți de comunicare
- Deficite nutriționale
- Lipsa poftei de mâncare și probleme de deglutiție
- Simptome respiratorii

Probleme practice

Problemele practice se referă în special la costurile pe care pacienții cu cancer trebuie să le acopere pentru a putea urma tratamentul. În această situație rolul asistenței sociale specializate este unul extrem de important.

Atât distresul cât și problemele emoționale și practice sunt întâlnite la aparținătorii pacienților oncologici. (Caruso, Nanni, Riba, Sabato, & Grassi, 2017; Nissen, Trevino, Lange, & Prigerson, 2016) Acestea se pot identifica prin intermediul screeningului și al evaluării psiho-oncologice. (Geng et al., 2018; Jacobs et al., 2017; Trevino, Prigerson, & Maciejewski, 2018) De asemenea, există suficiente date care să evedențieze faptul că intervențiile psihosociale pot fi utile pentru creșterea calității vieții aparținătorilor pacienților oncologici. (Fu, Zhao, Tong, & Chi, 2017; Son, Son, Kim, & Lee, 2018; Teo, Krishnan, & Lee, 2019; Treanor et al., 2019)

DEFINIREA CONCEPTELOR.

SCREENING VERSUS EVALUARE PSIHOLAGICĂ/PSIHOSOCIALĂ

Atunci când ne raportăm la contextul medical oncologic este important să facem diferența dintre screening și evaluare psihologică.

Screeningul distresului oncologic reprezintă o etapă distinctă recomandată mai mult în situația pacienților spitalizați decât atunci când ne gândim la pacienții care apelează la psihoterapie în sistem privat.

În ceea ce privește etapa de screening voi prelua o serie de informații valabile la nivel internațional din curricula Societății Internaționale de Psiho-Oncologie (IPOS).

Măsurile de luat în acest caz sunt:

1. Cât mai cuprinzătoare, dar pe termen scurt;
2. Ușor de înțeles pentru pacient;
3. Aplicabile și ușor de analizat;
4. Conforme cu normele de calitate teoretice.

Să nu uităm faptul că un instrument de screening indică cu o probabilitate specifică prezența sau absența unei tulburări psihice date sau a distresului psihosocial. Un diagnostic clinic edificator necesită însă un interviu clinic standardizat. Orice chestionar de screening este susceptibil să dea eroare de identificare greșită (fals pozitiv), respectiv persoane care sunt în mod incorect identificate ca fiind bolnave deși ele sunt sănătoase, dar și persoane afectate care nu sunt identificate prin screening, respectiv acele rezultate fals negative.

Conform normelor de la nivel internațional se recomandă:

1. Distresul ar trebui recunoscut, monitorizat, documentat și tratat prompt în toate stadiile bolii prin intermediul screeningului.
2. Toți pacienții ar trebui testați pentru stres la prima lor vizită, la intervale regulate în funcție de ceea ce indică evoluția clinică, și în mod special atunci când apar schimbări în statusul medical precum remisia bolii, recidiva, progresia și în situația complicațiilor relaționate tratamentului oncologic.
3. Screeningul ar trebui să identifice nivelul și natura distresului.
4. Distresul ar trebui evaluat și gestionat urmând ghiduri de practică clinică bazate pe dovezi sau pe consens.
5. Programele/serviciile de management al distresului ar trebui incluse în proiectele instituționale de îmbunătățire a managementului calității.

Vom reveni la termenul de stres și la modalități de evaluare, însă dacă stresul este considerat semnificativ clinic atunci se impun măsurători de evaluare și intervenție psiho-socială suplimentară.

Evaluarea psihologică/psihosocială în cancer este mult mai complexă și presupune cunoașterea factorilor psihologici ai subiectului uman. Psihodiagnosticul clinic vizează cunoașterea factorilor psihologici cu relevanță pentru sănătate și boală.

Cunoașterea acestor factori psihologici se realizează prin procesul de evaluare clinică, în care se utilizează metode diverse precum interviul clinic, testele psihologice standardizate, listele de criterii ș.a.m.d.

Componentele psihologice evaluate clinic pot include: aspecte afective, cognitive, comportamentale, de personalitate și relaționale.

Interviurile clinice reprezintă metoda de evaluare cea mai validă a unei tulburări psihice. Dezavantajul în practica clinică de rutină este relaționat cu faptul că sunt mari consumatoare de timp.

Proceduri de interviu selectate:

Interviul clinic semistrukturat SCID IV (momentan), diagnosticul bazat pe ICD-10, listele internaționale de verificare a simptomatologiei pentru ICD-10.

Testele utilizate pentru pacienții oncologici și aparținătorii acestora depind de tipul simptomatologiei afective evidențiate în timpul interviului clinic semistrukturat. Acestea se pot utiliza și pentru monitorizarea eficienței intervenției psiho-oncologice (de exemplu, dacă lucrați cu o pacientă care este afectată de un episod depresiv mediu i se poate aplica scala BDI-II la fiecare cinci ședințe pentru a monitoriza scorul și evoluția depresiei).

Așa cum este recomandat și în ghidul de practică clinică în Psihologie, dacă evaluarea clinică psihologică este asociată unui diagnostic nosologic psihiatric, atunci secvențele care trebuie parcurse sunt următoarele (aceste secvențe pot fi parcurse și în cazul în care nu avem asociat un diagnostic nosologic psihiatric, ci ne focalizăm pe problemele neîncadrate nosologic ale pacientului) (a se vedea referința David, 2012):

- Descrierea tabloului clinic/problemelor pacientului (Fazele 1 și 2 – se realizează prin interviu clinic și testare psihologică);
- Particularizarea, detalierea și sintetizarea datelor culese în Fazele 1 și 2 pentru a înțelege mai bine dinamica fiecărui individ, dincolo de tabloul său clinic (ex. calitatea vieții, funcționarea socială). De asemenea, aici se detaliază tabloul clinic în probleme concrete de viață pentru fiecare pacient (Faza 3 – se realizează prin interviu clinic și testare psihologică).

Prezentăm în continuare câteva sugestii pentru îmbunătățirea demersului clinic în ceea ce privește psihodiagnosticul și evaluarea clinică (a se vedea referința David, 2012).

Reguli care înlesnesc diagnosticarea și evaluarea clinică

1. alternanța întrebărilor deschise (mai ales la început) cu întrebări țintite/închise (mai ales după stabilirea unei comunicări deschise și fluente);
2. comunicare nonverbală adecvată;
3. reflectări empatică frecvente;
4. atenție la ce spune pacientul, dar și la cum spune. Modul în care spune un lucru arată perspectiva lui asupra lucrurilor (exemplu: ori de câte ori povestește despre aparținător apare o undă de nervozitate în comportament, deși prezintă lucruri pozitive despre aceasta).

În anexele aferente acestui capitol veți putea regăsi instrumente de evaluare psihologică dedicate atât simptomatologiei cât și mecanismelor etiopatogenetice implicate (a se vedea anexa 2).

NORMAL VERSUS PATOLOGIC

DIN PUNCT DE VEDERE PSIHOLGIC ÎN SISTEMUL MEDICAL ONCOLOGIC

Din păcate, la nivel de simț comun doar gândirea pozitivă este considerată sănătoasă, deși studiile și logica ne evidențiază faptul că nu orice emoție negativă pe care o experimentăm este automat nesănătoasă. În intervenția psihologică de cele mai multe ori facem distincția între ce înseamnă un distres normal, firesc să existe, sau altfel spus o emoție negativă funcțională sau sănătoasă și ce înseamnă un distres sever sau o emoție negativă disfuncțională sau nesănătoasă, care atunci când există ne afectează semnificativ funcționarea în viața de zi cu zi. Această distincție este realizată în psihoterapiile validate științific (Ellis, 1994), care descriu fenomenul de distres ca și un construct binar, care are două componente: emoții negative funcționale și emoții negative disfuncționale. Astfel, a avea o emoție precum îngrijorarea, dezamăgirea, sau regretul este considerat normal în anumite situații de viață, însă atunci când aceste emoții se transformă în deprimare, frică foarte intensă, îngrijorare excesivă, vinovăție, ele devin emoții negative disfuncționale care ne afectează semnificativ calitatea vieții de zi cu zi. Așa încât atunci când se întâmplă să avem în familie pe cineva drag care se luptă cu boala neoplazică, merită să vedem dacă sunt emoții negative nesănătoase sau sunt negativ funcționale, normal să existe. Pare simplu și logic, însă de foarte multe ori tindem să credem că numai emoțiile pozitive sunt cele sănătoase, indiferent de context. Chiar și în momentul în care am aflat de un diagnostic de cancer sau în momentul în care avem reacțiile adverse agresive după tratamentul chimioterapeutic.

Pornind de la această abordare putem descrie și mai clar și complet conceptul de distres în oncologie.

DISTRES

Conform curriculei Societății internaționale de Psiho-Oncologie în anul 1997, Rețeaua Națională a Centrelor Oncologice din Statele Unite ale Americii (incluzând 18 centre comprehensive de tratare a cancerului) a decis să formeze un grup de lucru multidisciplinar pentru a studia această problemă a managementului distresului psihosocial. Acest grup de experți și-a ales ca primă sarcină identificarea unui termen cu un înțeles cuprinzător, care să contopească sensurile fizic, psihologic, social și spiritual, și au decis că acesta nu ar trebui să fie stigmatizant în vreun fel. De multe ori oamenii sunt preocupați sau jenați de termenii „psihologic“, „psihiatric“, „psihosocial“, fiind considerate cuvinte care pot stigmatiza. Astfel, termenul selectat din aproximativ 20 de cuvinte diferite, care făceau referire în cea mai mare parte la trăirile negative, a fost cel de „**distres**“. Argumentele au fost că este un concept acceptabil și că se tolerează mult mai ușor să fii stresat când ești bolnav. De asemenea, termenul include toate domeniile care trebuie luate în considerare în distresul legat de cancer, respectiv domeniul fizic, psihologic, social și spiritual.

În final, distresul în cancer a fost definit ca o experiență emoțională neplăcută de natură psihologică, socială și/sau spirituală care se întinde pe o scală progresivă de la sentimente normale de vulnerabilitate, tristețe și temeri, la grave probleme medicale și psihologice precum depresia, anxietatea, panica, izolarea socială, criza spirituală.

După alegerea corectă a termenului, grupul de lucru NCCN s-a centrat pe construirea ghidurilor de tratament pentru a avea o valoare de referință a ceea ce este un tratament suportiv de calitate.

Grupul de experți a folosit ca model standardele din managementul durerii.

O altă conceptualizare a distresului este cea în care se face referire mult mai clar la un distres oncologic ce interferează cu gestionarea problemelor de zi cu zi și care ajunge să fie unul semnificativ clinic, cu tot ce înseamnă laturile sale multidimensionale de natură fizică, psihologică, socială și spirituală. (Riba et al, 2019)

Instrumentul cel mai recomandat - inclusiv de către ghidurile actuale NCCN pentru screeningul distresului - este formularul de termometru al distresului (DT).

Acesta este o scală singulară cu 10 puncte (nivelul distresului crescând de la 0 la 10), având formatul unui termometru care măsoară gradele distresului. Lista cu probleme anexată scalei solicită pacienților să răspundă la 34 de întrebări (itemi care fac referire la probleme practice, familiale, emoționale, spirituale/religioase, respectiv fizice).

În activitatea clinică, termometrul distresului reprezintă un instrument de control rapid și modular, folosit în depistarea și urmărirea distresului psiho-social oncologic atât la pacienți, cât și la aparținători.

Valoarea instrumentului de screening rezidă în faptul că poate să identifice aspecte problematice din orice arie cercetată, deoarece distresul ar putea proveni din diferite domenii de viață a pacienților, putând de exemplu să aibă uneori legătură cu probleme de familie/cuplu și nu cu boala în sine (a se vedea anexa 1 pentru vizualizarea și utilizarea instrumentului).

O altă metodă de screening a problemelor afective o reprezintă termometrele emoționale. Această scală vizuală nouă (Mitchell, Baker–Glenn, Granger, & Symonds, 2010), cu aplicații în mai multe domenii, a fost creată în 2007 de către Prof. Dr. Alex Mitchell, în Marea Britanie. Acest instrument inovativ are capacitatea de a măsura precis, prin cinci scale (reprezentate fiecare printr-un termometru): stresul, anxietatea, depresia, furia și nevoia de ajutor. Cele cinci domenii pot fi evaluate de către pacient printr-o **scală Likert de 11 puncte (0-10)**, într-un interval de timp de circa 55 secunde, chiar și în absența cunoștințelor medicale (a se vedea anexa 2).

În momentul în care transpunem acest concept de distres într-o formă grafică și luăm în considerare partea stângă a figurii 1 de mai jos – distresul normal este cel cu care se confruntă toate persoanele care au un diagnostic oncologic și care se referă la temeri, griji, tristețe și alte trăiri negative, dar care nu copleșesc și e normal să existe într-un context de boală și de pierderi multiple. Dacă vizualizăm scala spre dreapta, aceasta progresează până la distres sever. Distresul sever poate fi reprezentat de categorii de diagnostic din aria tulburărilor afective, dar poate fi cauzat și de crize familiale și/sau spirituale. În acest context, un pacient care se confruntă cu boala poate fi poziționat undeva pe această scală continuă. Pentru a avea o gândire clinică pe cât se poate de acurată, este de ajutor să ținem cont de faptul că pot exista fluctuații în ceea ce privește intensitatea distresului pe acest continuum în funcție de diferite momente (al screeningului, al diagnosticului, al recidivei, al îngrijirii paliative ș.a.m.d), stadii ale bolii (incipient sau avansat) sau diverse localizări care presupun o afectare mai scăzută sau mai redusă a calității vieții pacientului.

Suferință normală

Suferință severă



Temeri
Depresie
Anxietate
Izolare socială
Griji
Tristețe

Un alt instrument pentru screeningul distresului îl reprezintă chestionarul QSC-R10 (a se vedea anexa 3). Acesta reprezintă un instrument de autoevaluare ce include 10 itemi selectați din chestionarul QSC-R23 validat pe un eșantion de 1645 de pacienți oncologici.

Analizele statistice din literatura de specialitate susțin utilizarea acestei scale pentru screeningul distresului. Cei 10 itemi acoperă problemele de zi cu zi care sunt cele mai relevante pentru pacienții oncologici. Chestionarul oferă date importante pentru lucrul cu pacienții oncologici, iar scorul cut-off oferă oportunitatea de a identifica pacienții care au nevoie de suport psihosocial.

Acest instrument are anumite avantaje comparativ cu scalele existente. Chiar dacă termometrul distresului este un instrument cunoscut și acceptat, acuratețea acestuia în screeningul distresului este limitată.

Relevanța clinică a chestionarului QSC –R10 este evidentă, iar scorul cut-off care ne indică nevoia asigurării suportului psihosocial este >14, mai ales că vizează probleme de ordin psiho-social care sunt frecvent întâlnite în etapa tratamentului oncologic.

Epidemiologie și rate de prevalență

Un studiu recent (Mehnert et al., 2018) care a luat în calcul 3.724 de pacienți oncologici cu diverse localizări, a raportat o prevalență a distresului semnificativ clinic de 52%. Nivele mai crescute ale distresului au fost raportate în cazul pacientelor cu patologii ginecologice și în cazul celor cu neoplazii pancreatice, iar nivelele cele mai scăzute ale distresului au fost evidențiate în cazul pacienților cu cancer la prostată.

În ceea ce privește țara noastră, cercetările realizate pe eșantioane reprezentative de pacienți din România arată faptul că prevalența distresului semnificativ clinic se află la aproximativ 50% dintre pacienții oncologici români. (Dégi, 2011, 2016a)

Depresia la pacienții oncologici și aparținătorii acestora

În momentul în care ne dorim evaluarea acestei simptomatologii în context oncologic, trebuie să acordăm o atenție deosebită dimensiunilor fatigabilității, problemelor legate de scăderea în greutate și dificultățile de concentrare.

Caracteristicile clinice sunt cel mai bine redată de criteriile de diagnostic:

- A.** Cinci (sau mai multe) dintre următoarele simptome au fost prezente în cursul aceleiași perioade de două săptămâni și reprezintă o modificare față de nivelul anterior de funcționare; cel puțin unul dintre simptome este fie 1) dispoziție depresivă, fie 2) pierderea interesului sau a plăcerii.
1. Dispoziție depresivă în cea mai mare parte a zilei, aproape în fiecare zi, fie indicată prin relatare personală (exemplu: sentimente de tristețe sau vid interior, de lipsa a speranței), fie observată de alte persoane (exemplu: pare trist).
 2. Diminuare marcată a interesului sau plăcerii pentru toate sau aproape toate activitățile în cea mai mare parte din zi, aproape în fiecare zi (indicată fie prin relatare personală, fie observată de alte persoane).
 3. Scădere ponderală semnificativă involuntară sau creștere în greutate (o modificare de peste 5% din greutatea corporală într-o lună sau diminuare ori creștere a apetitului aproape în fiecare zi – a se cota cu atenție acest item în cazul pacienților oncologici).
 4. Insomnie sau hipersomnie în fiecare zi.
 5. Agitație sau lentoare psihomotorie aproape în fiecare zi (observată și de alte persoane, nu doar sentimente subiective de neliniște și lentoare).
 6. Fatigabilitate sau lipsă de energie aproape în fiecare zi (a se scora și interpreta cu atenție acest criteriu de diagnostic în cazul pacienților neoplazici; merită consultată secțiunea dedicată fatigabilității relaționate cu boala neoplazică – 6).
 7. Sentimente de inutilitate sau vinovăție excesivă ori inadecvată aproape în fiecare zi (nu doar autoreproș sau vinovăție în legătură cu faptul de a fi bolnav).
 8. Diminuarea capacității de concentrare ori indecizie, aproape în fiecare zi (a se lua în calcul efectele adverse ale tratamentelor oncologice).
 9. Ideeație suicidară recurentă fără un plan anume sau tentativă de suicid ori un plan specific pentru comiterea suicidului.
- B.** Simptomele cauzează suferință sau deteriorare semnificativă clinic în domeniul social, profesional sau în alte arii importante de funcționare.
- C.** Episodul nu poate fi atribuit efectelor fiziologice ale unei substanțe sau ale unei afecțiuni medicale.
- D.** Apariția episodului depresiv major nu poate fi mai bine explicată de o tulburare schizoafectivă, schizofrenie, schizofreniformă, tulburare delirantă sau de alte tulburări specificate și nespecificate din spectrul schizofreniei și alte tulburări psihotice.
- E.** Nu a existat niciun episod maniacal sau hipomaniacal. (Association, 2013)

Epidemiologie și rate de prevalență

Într-o revizuire recentă (Krebber et al., 2014) care a luat în calcul 211 studii la care au participat pacienți cu cancer în diferite contexte (spitalizați, externăți, compartiment paliativ) și în diferite stadii (diagnosticare timpurie, recurență, supraviețuire și stadii avansate) există o variabilitate în ceea ce privește prevalența depresiei la pacienții oncologici de la 8% la 24%. Diferențele sunt explicate atât de instrumentele utilizate pentru evaluarea simptomatologiei depresive (chestionare vs. interviuri), cât și de diferitele tipuri de patologii și stadii incluse.

Evaluarea și managementul clinic al simptomatologiei afective în context oncologic

Instrumentele pentru evaluarea depresiei, cele mai recomandate din literatura de specialitate datorită proprietăților psihometrice, le reprezintă Inventarul de depresie BDI II (format din 21 de itemi) și Scala CESD (formată din 20 de itemi) (Aktas, Walsh, & Kirkova, 2015). În ceea ce privește evaluarea simptomatologiei afective la pacienții terminali, o revizuire care a luat în calcul 202 de studii a relevat faptul că în 106 dintre acestea s-a ales utilizarea scalei HADS. (Wasteson et al., 2009)

Intervenția în cazul depresiei e de dorit să înceapă cât de timpuriu. (Fisch, 2004; M. Li et al., 2017) Clinicienii trebuie să se concentreze pe starea clinică a pacientului, iar gestionarea simptomatologiei depresive să facă parte din managementul cazului.

Demoralizarea

Conform literaturii de specialitate (Kissane et al., 2001) avem nevoie de îndeplinirea următoarelor șase criterii pentru a diagnostica sindromul de demoralizare:

- 1.** Simptome afective ale distresului existențial, inclusiv lipsa speranței și a scopului în viață.
- 2.** Atitudine pesimistă, de neajutorare, senzația de epuizare, de ratare personală, lipsa unei perspective de viitor.
- 3.** Absența motivației de a realiza diferit unele activități.
- 4.** Alienare sau izolare socială și lipsa suportului emoțional/social.
- 5.** Fluctuații ale intensității emoționale care persistă mai mult de două săptămâni.
- 6.** Un episod depresiv major/tulburare depresivă sau altă tulburare psihiatrică nu este prezentă ca și condiție primară.

Tulburările de adaptare

Tulburările de adaptare au ca elemente de diagnostic

- A.** dezvoltarea unor simptome emoționale sau comportamentale ca răspuns la unul sau mai mulți factori de stres identificabili, simptome survenite în decurs de trei luni de la apariția factorilor de stres,
- B.** aceste simptome sau comportamente sunt semnificative clinic după cum reiese din unul sau ambele criterii care urmează:
 - 1.** disconfort marcat și disproporționat față de severitatea și intensitatea factorului de stres, luând în considerare contextul exterior și factorii culturali care ar putea influența tabloul clinic și severitatea simptomelor
 - 2.** deficit semnificativ în sfera socială, ocupațională sau în alte domenii importante de funcționare.
- C.** Perturbarea indusă de stres nu îndeplinește criteriile pentru o altă tulburare psihică și nu reprezintă o exacerbare a unei boli psihice preexistente.
- D.** Simptomele nu sunt consecința doliului normal (necomplicat).
- E.** Odată ce factorul de stres sau consecințele lui au luat sfârșit, simptomele nu persistă mai mult de șase luni.

Când se transformă o tulburare în stres posttraumatic?

Criteriile de diagnostic includ:

- A.** expunere la o situație concretă sau la amenințarea cu moartea, vătămarea severă sau violența sexuală, într-unul (sau mai multe) din următoarele moduri:
 - 1.** persoana trăiește direct evenimentul/evenimentele traumatic(e),
 - 2.** persoana asistă, ca martor, la evenimentul/evenimentele prin care trec alte persoane,
 - 3.** persoana află că evenimentul/evenimentele a/au afectat un prieten apropiat sau un membru apropiat al familiei. În caz de deces sau de risc de deces al unui membru apropiat al familiei, evenimentul trebuie să fi fost violent sau să fi survenit accidental,
 - 4.** persoana este expusă în mod repetat sau la o intensitate extremă la detalii respingătoare care țin de eveniment.
- B.** Un alt criteriu presupune prezența unuia (sau mai multe) dintre următoarele simptome intruzive asociate cu evenimentul/evenimentele traumatic/traumatice, cu debut după ce evenimentul/evenimentele traumatic/traumatice a/au avut loc:
 - 1.** amintiri neplăcute recurente, involuntare și intruzive ale evenimentului traumatic

2. vise neplăcute recurente în care conținutul și/sau afectul visului au legătură cu evenimentul/evenimentele traumatic/traumatice
 3. reacții disociative (exemplu retrăiri, flashback-uri) în care persoana simte sau acționează ca și cum evenimentul traumatic s-ar repeta (astfel de reacții pot apărea sub forma unui continuum, expresiile extreme constând într-o pierdere totală a conștientizării mediului înconjurător)
 4. disconfort psihic intens sau prelungit ca răspuns la expunerea la stimuli interni sau externi care simbolizează sau este similar cu un aspect din evenimentul traumatic
 5. reacții fiziologice semnificative la stimuli interni sau externi care simbolizează sau seamănă cu un aspect din evenimentul traumatic.
- C.** Următorul criteriu presupune evitarea persistentă a stimulilor asociați cu evenimentul traumatic, cu debut după ce evenimentul traumatic a avut loc, evidențiată prin unul sau ambele elemente:
1. evitarea sau eforturile de a evita amintirile, gândurile sau sentimentele neplăcute despre evenimentul traumatic sau care sunt strâns legate de acesta,
 2. evitarea sau eforturile de a evita elementele externe (oameni, locuri, conversații, activități, obiecte, situații) care ar declanșa amintiri, gânduri sau sentimente dureroase despre evenimentul traumatic sau care sunt strâns legate de acesta.
- D.** Criteriul vizează alterări ale cogniției și dispoziției asociate cu evenimentul traumatic, cu debut sau agravare după ce evenimentul traumatic a avut loc, evidențiate prin două (sau mai multe) din următoarele:
1. incapacitatea de a-și aminti un aspect important al evenimentului traumatic (în mod caracteristic din cauza amneziei disociative și nu a altor factori precum traumatismul cranian, alcoolul sau drogurile,
 2. convingeri și așteptări negative persistente și exagerate despre sine, despre alții și despre lume (exemplu: sunt un om rău, nu pot avea încredere în nimeni, lumea este în totalitate periculoasă, întregul meu sistem nervos este distrus pentru totdeauna),
 3. interpretări persistente, distorsionate despre cauza sau consecințele evenimentului traumatic, care fac o persoană să se învinovățească pe sine sau pe alții,
 4. stare emoțională negativă persistentă (frică, groază, furie, sentiment de vinovăție sau rușine),
 5. scădere marcantă a interesului pentru activități importante sau pentru participarea la acestea,
 6. sentimente de detașare sau înstrăinare de alții,
 7. incapacitate persistentă de a resimți emoții pozitive (incapacitatea de a resimți bucurie, satisfacție sau sentimente de iubire).

- E.** Afectări semnificative ale excitabilității și reactivității asociate cu evenimentul traumatic, cu debut sau agravare după ce evenimentul traumatic a avut loc, evidențiate prin două (sau mai multe) din următoarele:
1. comportament iritabil și răbufniri de mânie (în urma provocării minime sau fără provocare) exprimate la modul tipic prin agresiune fizică sau verbală direcționată către oameni sau obiecte,
 2. comportament nechibzuit și autodistructiv,
 3. hipervigilență,
 4. răspuns exagerat la o tresărire,
 5. probleme de concentrare,
 6. sentiment de detașare sau înstrăinare de alții,
 7. incapacitate persistentă de a resimți bucurie, satisfacție sau sentimente de iubire).
- F.** Criteriul vizează durata perturbării (criteriile B, C, D și E), care să fie mai mare de o lună. Criteriul G este îndeplinit dacă perturbarea cauzează disconfort sau deficit semnificativ clinic în sfera socială, profesională sau în alte domenii importante de funcționare.
- H.** Criteriul este îndeplinit dacă perturbarea nu poate fi atribuită efectelor fiziologice induse de o substanță (exemplu: medicamente sau alcool) sau altei afecțiuni medicale.

Tulburările anxioase

Definiție. Conform DSM – V, tulburările anxioase cuprind acele tulburări care au în comun frica excesivă și anxietatea precum și perturbările de comportament asociate. În această categorie sunt incluse în principal fobiile specifice, anxietatea socială, agorafobia, tulburarea anxioasă generalizată, tulburarea de panică, tulburarea anxioasă indusă de substanțe sau medicamente, tulburarea anxioasă secundară unei afecțiuni medicale, altă tulburare anxioasă specifică, tulburare anxioasă nespecificată (la adulți).

Epidemiologie și rate de prevalență. În ceea ce privește prevalența anxietății în rândul populației oncologice, aceasta variază între 10% și 30%, în funcție de instrumentele de măsurare, mărimea eșantionului, variabilele legate de etapa bolii și a tratamentului în care se află pacienții, (Holland, 2010)

Prevalența estimată a anxietății și a depresiei este de 11,6% în populația generală supraviețuitoare oricărui cancer. (Mitchell et al., 2011)

Tulburările cognitive

Ar fi de dorit să se poată realiza abordarea multidisciplinară a oricărui pacient cu tulburări cognitive la nivelul unor servicii specializate - centre ale memoriei, în cadrul cărora o echipă multidisciplinară să realizeze o evaluare complexă în vederea stabilirii corecte a diagnosticului.

Diagnosticarea tulburărilor cognitive și inițierea tratamentului trebuie să fie realizate de către un medic specialist cu capacitate de expertiză în diagnostic (medici neurologi, psihiatri).

Evaluarea trebuie să cuprindă examinarea atenției și a capacității de concentrare, a capacității de orientare, a memoriei de scurtă și lungă durată, limbajului și funcțiilor de execuție.

În ceea ce privește patologia oncologică, cele mai frecvente tulburări care pot afecta funcționarea pacientului de zi cu zi sunt cele legate de delir și de efectul chemobrain.

Incidența delirului variază până la 85% în cazul pacienților oncologici aflați în stadii terminale. (de la Cruz et al., 2015; Edelstein & Alici, 2017) Criteriile acceptate sunt cele pe care le regăsim în *Manualul de diagnosticare și statistică a tulburărilor mentale, ediția a cincea* (DSM-5). Acestea au rămas relativ stabile în timp și includ o modificare a atenției și conștientizării (Criteriul A) care are loc într-un interval de ore până la zile, fluctuantă în severitate de mai multe ori în decursul unei zile (Criteriul B). Există, de asemenea, tulburări în alte aspecte ale stării mentale a pacientului, care pot include, afazie, amnezie, dezorientare, modificări vizuale și halucinații, dar fără a se limita numai la acestea (Criteriul C). În cele din urmă, ar trebui să existe dovezi clinice că această prezentare este direct legată de o reacție fiziologică, inclusiv cauzată de sindromul de sevraj, spre deosebire de situația în care este cauzată de o afecțiune neurocognitivă preexistentă (Criteriile D și, respectiv, E) (Association, 2014).

Instrumentele utilizate pentru screening-ul delirului includ Metoda de evaluare a confuziei cu 10 întrebări (CAM). CAM este disponibil într-un algoritm scurtat din patru elemente; există o versiune administrată de familie, denumită FAM-CAM, care face posibil ca familiile să depisteze delirul și, în cele din urmă, CAM-ICU, dezvoltat special pentru screening-ul delirului pacienților din unitățile de terapie intensivă care nu pot vorbi.

Delirul direct cauzat de malignitate variază în prezentare, în funcție de locul și tipul tumorii. De exemplu, cancerul sistemului nervos central (SNC), fie primar, fie metastatic, poate provoca fluctuații ale stării mentale secundare creșterii edemului. Tratamentul cancerului implică de obicei utilizarea agenților toxici, însoțit de medicamente paliative suplimentare pentru a gestiona efectele secundare ale tratamentului. Ambele tipuri de agenți necesită o monitorizare atentă a delirului. Clinicienii ar trebui să analizeze nu numai medicația recomandată pacientului

în prezent, ci și orice medicație întreruptă recent, inclusiv reducerea bruscă a corticosteroizilor (care poate duce la insuficiență suprarenală și dezechilibru electrolitic) și a psihotropelor asociate sindroamelor de sevraj.

O altă problemă extrem de frecvent întâlnită este efectul de chemobrain. De cele mai multe ori, atunci când ne raportăm la deficite cognitive ne gândim la această consecință cauzată de tratamentul oncologic. Cercetările au examinat schimbările cognitive într-o varietate de tipuri de cancer (în primul rând cancer de sân, dar tot mai frecvent și în alte tipuri de cancere - de colon, prostată și hematologice) și pe o varietate de tratamente (chimioterapie standard și cu doze mari, cu transplant de celule stem, ablație endocrină hormonală, terapii și radiații locale). (Ahles & Root, 2018)

Studii mai recente pe eșantioane mai mari confirmă descoperirile anterioare, cu rate de disfuncție cognitivă auto-raportate care variază între 37% și 58% la șase luni după tratament. (Janelins et al., 2017) În acest context, psiho-educația referitoare în mod special la efectul chemobrain este recomandată și extrem de utilă.

În concluzie, primul capitol a abordat principalele probleme psiho-sociale, dar și modalitățile de screening și evaluare cele mai recomandate.

Cu scopul dezvoltării personale și a abilităților clinice, recomandăm utilizarea scalelor din anexele aferente acestui capitol, a modelului de raport de psihodiagnostic și evaluare clinică precum și a raportului examinării psihologice pentru comisia de handicap.

Referințe bibliografice:

- Acquati, C., Zebrack, B. J., Faul, A. C., Embry, L., Aguilar, C., Block, R.,... Cole, S. (2018). Sexual functioning among young adult cancer patients: a 2-year longitudinal study. *Cancer*, 124(2), 398-405.
- Ahles, T. A., & Root, J. C. (2018). Cognitive effects of cancer and cancer treatments. *Annual review of clinical psychology*, 14, 425-451.
- Aktas, A., Walsh, D., & Kirkova, J. (2015). The psychometric properties of cancer multisymptom assessment instruments: a clinical review. *Supportive care in cancer*, 23(7), 2189-2202.
- Association, E. D. (2014). The DSM-5 criteria, level of arousal and delirium diagnosis: inclusiveness is safer. *BMC medicine*, 12(1), 141.
- Bronner, M. B., Nguyen, M. H., Smets, E. M., van de Ven, A. W., & van Weert, J. C. (2018). Anxiety during cancer diagnosis: Examining the influence of monitoring coping style and treatment plan. *Psycho-Oncology*, 27(2), 661-667.
- Bulotienė, G., Ostapenko, V., & Vesėliūnas, J. (2006). Psychological adaptation of breast cancer patients. *Acta Medica Lituanica*, 13(2), 92-96.
- Caruso, R., Nanni, M. G., Riba, M., Sabato, S., Mitchell, A., Croce, E., & Grassi, L. (2017). Depressive spectrum disorders in cancer: prevalence, risk factors and screening for depression: a critical review. *Acta Oncologica*, 56(2), 146-155.
- Cordova, M. J., Riba, M. B., & Spiegel, D. (2017). Post-traumatic stress disorder and cancer. *The Lancet Psychiatry*, 4(4), 330-338.
- David, D. (2012). *Tratat de psihoterapii cognitive și comportamentale*, Ed. II.
- Degi, C. (2006). Analysis of the effectiveness of psychological interventions in oncology regarding the quality of life and survival of cancer patients. *Psychiatria Hungarica: A Magyar Pszichiatriai Tarsasag tudományos folyoirata*, 21(2), 138-146.
- de la Cruz, M., Fan, J., Yennu, S., Tanco, K., Shin, S., Wu, J.,... Bruera, E. (2015). The frequency of missed delirium in patients referred to palliative care in a comprehensive cancer center. *Supportive care in cancer*, 23(8), 2427-2433.
- Dodd, R. H., Forster, A. S., Marlow, L. A., & Waller, J. (2019). Psychosocial impact of human papillomavirus-related head and neck cancer on patients and their partners: A qualitative interview study. *European journal of cancer care*, 28(2), e12999.
- Drabe, N., Wittmann, L., Zwahlen, D., Büchi, S., & Jenewein, J. (2013). Changes in close relationships between cancer patients and their partners. *Psycho-Oncology*, 22(6), 1344-1352.
- Ellis, A. (1994). *Reason and emotion in psychotherapy* (Rev. Ed.). Secaucus, NJ: Birch Lane.
- Ellis, M. A., Sterba, K. R., Brennan, E. A., Maurer, S., Hill, E. G., Day, T. A., & Graboyes, E. M. (2019). A systematic review of patient-reported outcome measures assessing body image disturbance in patients with head and neck cancer. *Otolaryngology-Head and Neck Surgery*, 160(6), 941-954.
- Edelstein, A., & Alici, Y. (2017). Diagnosing and managing delirium in cancer patients. *Oncology*, 31(9).
- Esser, P., Mehnert, A., Johansen, C., Hornemann, B., Dietz, A., & Ernst, J. (2018). Body image mediates the effect of cancer-related stigmatization on depression: A new target for intervention. *Psycho-Oncology*, 27(1), 193-198.
- Fisch, M. (2004). Treatment of depression in cancer. *JNCI Monographs*, 2004(32), 105-111.
- Green, B. L., Rowland, J. H., Krupnick, J. L., Epstein, S. A., Stockton, P., Stern, N. M.,... Steakley, C. (1998). Prevalence of posttraumatic stress disorder in women with breast cancer. *Psychosomatics*, 39(2), 102-111.
- Hawighorst-Knapstein, S., Fusshoeller, C., Franz, C., Trautmann, K., Schmidt, M., Pilch, H.,... Kelleher, D. K. (2004). The impact of treatment for genital cancer on quality of life and body image—results of a prospective longitudinal 10-year study. *Gynecologic oncology*, 94(2), 398-403.
- Hung, T.-M., Lin, C.-R., Chi, Y.-C., Lin, C.-Y., Chen, E. Y.-C., Kang, C.-J.,... Chang, J. T.-C. (2017). Body image in head and neck cancer patients treated with radiotherapy: the impact of surgical procedures. *Health and Quality of Life Outcomes*, 15(1), 165.
- Iżycki, D., Woźniak, K., & Iżycka, N. (2016). Consequences of gynecological cancer in patients and their partners from the sexual and psychological perspective. *Przegląd menopauzalny= Menopause review*, 15(2), 112.
- Jayarajah, U., & Samarasekera, D. N. (2017). Psychological adaptation to alteration of body image among stoma patients: a descriptive study. *Indian journal of psychological medicine*, 39(1), 63.
- Jeong, A., & An, J. Y. (2017). The moderating role of social support on depression and anxiety for

- gastric cancer patients and their family caregivers. *PLoS one*, 12(12), e0189808.
- Kaster, T. S., Sommer, J. L., Mota, N., Sareen, J., & El-Gabalawy, R. (2019). Post-traumatic stress and cancer: Findings from a cross-sectional nationally representative sample. *Journal of anxiety disorders*, 65, 11-18.
- Kissane, D. W., Maj, M., & Sartorius, N. (2011). *Depression and cancer* (Vol. 19): John Wiley & Sons.
- Koçan, S., & Gürsoy, A. (2016). Body image of women with breast cancer after mastectomy: a qualitative research. *The journal of breast health*, 12(4), 145.
- Kołodziejczyk, A., & Pawłowski, T. (2019). Negative body image in breast cancer patients. *Advances in clinical and experimental medicine: official organ Wroclaw Medical University*.
- Krebber, A., Buffart, L., Kleijn, G., Riepma, I., De Bree, R., Leemans, C.,... Cuijpers, P. (2014). Prevalence of depression in cancer patients: a meta analysis of diagnostic interviews and self report instruments. *Psycho Oncology*, 23(2), 121130.
- Kupcewicz, E., Olewińska, J., Pikus, H., & Józwik, M. (2017). Mental adaptation to cancer in women with gynaecological cancer. *J Pre-Clin Clin Res*, 11, 120-126.
- Landívar, E. G. (2005). Concepts, theories and psychosocial factors in cancer adaptation. *Actas Esp Psiquiatr*, 33(6), 390-397.
- Li, M., Kennedy, E. B., Byrne, N., Gérin Lajoie, C., Katz, M. R., Keshavarz, H.,... Green, E. (2017). Systematic review and meta analysis of collaborative care interventions for depression in patients with cancer. *Psycho Oncology*, 26(5), 573587.
- Lichtenthal, W. G., Cruess, D. G., Clark, V. L., & Ming, M. E. (2005). Investment in body image among patients diagnosed with or at risk for malignant melanoma. *Body Image*, 2(1), 41-51.
- Janelins, M. C., Heckler, C. E., Peppone, L. J., Kamen, C., Mustian, K. M., Mohile, S. G.,... Young, K. L. (2017). Cognitive complaints in survivors of breast cancer after chemotherapy compared with age-matched controls: an analysis from a nationwide, multicenter, prospective longitudinal study. *Journal of clinical oncology*, 35(5), 506.
- Mehnert, A., & Koch, U. (2007). Prevalence of acute and post-traumatic stress disorder and comorbid mental disorders in breast cancer patients during primary cancer care: a prospective study. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 16(3), 181-188.
- Mehnert, A., Hartung, T., Friedrich, M., Vehling, S., Brähler, E., Härter, M.,... Weis, J. (2018). One in two cancer patients is significantly distressed: Prevalence and indicators of distress. *Psycho Oncology*, 27(1), 7582.
- Pereira, M. G., Ponte, M., Ferreira, G., & Machado, J. C. (2017). Quality of life in patients with skin tumors: the mediator role of body image and social support. *Psycho-Oncology*, 26(6), 815-821.
- Prates, A. C. L., Freitas-Junior, R., Prates, M. F. O., Veloso, M. d. F., & Barros, N. d. M. (2017). Influence of body image in women undergoing treatment for breast cancer. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 39(4), 175-183.
- Rhoten, B. A., Murphy, B., & Ridner, S. H. (2013). Body image in patients with head and neck cancer: a review of the literature. *Oral oncology*, 49(8), 753-760.
- Riba, M. B., Donovan, K. A., Andersen, B., Braun, I., Breitbart, W. S., Brewer, B. W.,... Corbett, C. (2019). Distress management, version 3.2019, NCCN clinical practice guidelines in oncology. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*, 17(10), 1229-1249.
- Schover, L. (2019). Sexual quality of life in men and women after cancer. *Climacteric*, 22(6), 553-557.
- Shrestha, J. S., Shrestha, A., Spkata, A., Sharma, R., Shrestha, S., & Shetha, S. (2017). Social support, quality of life and mental health status in breast cancer patients. *Cancer Rep Rev*, 1(2), 1-5.
- Sormanti, M., & Kayser, K. (2000). Partner support and changes in relationships during life-threatening illness: Women's perspectives. *Journal of Psychosocial Oncology*, 18(3), 45-66.
- Tsang, V. W., Skead, C., Wassersug, R. J., & Palmer-Hague, J. L. (2019). Impact of prostate cancer treatments on men's understanding of their masculinity. *Psychology of Men & Masculinities*, 20(2), 214.
- Türk, K. E., & Yılmaz, M. (2018). The effect on quality of life and body image of mastectomy among breast cancer survivors. *European journal of breast health*, 14(4), 205.
- Usta, Y. Y. (2012). Importance of social support in cancer patients. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 13(8), 3569-3572.
- Varela, V. S., Zhou, E. S., & Bober, S. L. (2013). Management of sexual problems in cancer patients and survivors. *Curr Probl Cancer*, 37(6), 319-352.
- Walsh, S. R., Manuel, J. C., & Avis, N. E. (2005). The Impact of Breast Cancer on Younger Women's Relationships With Their Partner and Children. *Families, Systems, & Health*, 23(1), 80.

- Wasteson, E., Brenne, E., Higginson, I. J., Hotopf, M., LloydWilliams, M., Kaasa, S., ...Collaborative, E. P. C. R. (2009). Depression assessment and classification in palliative cancer patients: a systematic literature review. *Palliative medicine*, 23(8), 739-753.
- Zhang, H., Zhao, Q., Cao, P., & Ren, G. (2017). Resilience and quality of life: exploring the mediator role of social support in patients with breast cancer. *Medical science monitor: international medical journal of experimental and clinical research*, 23, 5969.
- Caruso, R., Nanni, M. G., Riba, M. B., Sabato, S., & Grassi, L. (2017). The burden of psychosocial morbidity related to cancer: patient and family issues. *International Review of Psychiatry*, 29(5), 389-402.
- Fu, F., Zhao, H., Tong, F., & Chi, I. (2017). A systematic review of psychosocial interventions to cancer caregivers. *Frontiers in psychology*, 8, 834.
- Geng, H.-m., Chuang, D.-m., Yang, F., Yang, Y., Liu, W.-m., Liu, L.-h., & Tian, H.-m. (2018). Prevalence and determinants of depression in caregivers of cancer patients: A systematic review and meta-analysis. *Medicine*, 97(39).
- Jacobs, J. M., Shaffer, K. M., Nipp, R. D., Fishbein, J. N., MacDonald, J., El-Jawahri, A.,... Temel, J. S. (2017). Distress is interdependent in patients and caregivers with newly diagnosed incurable cancers. *Annals of Behavioral Medicine*, 51(4), 519-531.
- Nissen, K. G., Trevino, K., Lange, T., & Prigerson, H. G. (2016). Family relationships and psychosocial dysfunction among family caregivers of patients with advanced cancer. *Journal of pain and symptom management*, 52(6), 841-849. e841.
- Son, H., Son, Y.-J., Kim, H., & Lee, Y. (2018). Effect of psychosocial interventions on the quality of life of patients with colorectal cancer: a systematic review and meta-analysis. *Health and Quality of Life Outcomes*, 16(1), 119.
- Teo, I., Krishnan, A., & Lee, G. L. (2019). Psychosocial interventions for advanced cancer patients: A systematic review. *Psycho-Oncology*, 28(7), 1394-1407.
- Treanor, C. J., Santin, O., Prue, G., Coleman, H., Cardwell, C. R., O'Halloran, P., & Donnelly, M. (2019). Psychosocial interventions for informal caregivers of people living with cancer. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(6).
- Trevino, K. M., Prigerson, H. G., & Maciejewski, P. K. (2018). Advanced cancer caregiving as a risk for major depressive episodes and generalized anxiety disorder. *Psycho-Oncology*, 27(1), 243-249.

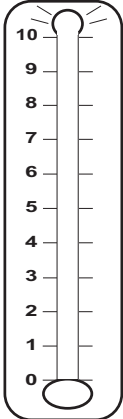
Notă: O parte din informațiile prezentate în ghid au fost inițial introduse în lucrarea de doctorat coordonată științific de conf. dr. Csaba L. Dég intitulată „Evaluarea factorilor psihosociali în context oncologic. Implicații teoretice și practice“, Psih. dr. Florina Pop

ANEXA 1. TERMOMETRUL DISTRESULUI

INSTRUMENT DE EVALUARE A DISTRESULUI

Instrucțiuni: Pentru început, vă rugăm să marcați cifra (de la 0 la 10) care descrie cel mai elocvent starea dumneavoastră de distres din ultima săptămână (incluzând ziua de azi).

Distres extrem



Fără distres

Apoi, vă rugăm să indicați dacă vreunul dintre următoarele aspecte v-a provocat probleme în ultima săptămână (incluzând ziua de azi). Vă rugăm să răspundeți la fiecare enunț cu DA sau NU.

<u>DA</u> <u>NU</u> <u>Probleme practice</u>	<u>DA</u> <u>NU</u> <u>Probleme fizice</u>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Grijă copiilor	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Aspect fizic
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Gospodărie	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Toaletă/Îmbrăcăminte
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Siguranță/financiare	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Respirație
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Transport	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Schimbări la urinare
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Muncă/Școală	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Constipație
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Decizii privind tratamentul	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Diaree
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Alimentație
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Oboseală
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <u>Probleme de familie</u>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Balonare
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Probleme cu copiii	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Febră
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Probleme cu partenerul	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Deplasare
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Capacitatea de a avea copii	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Indigestie
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sănătatea familiei	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Memorie/Concentrare
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ulcerații bucale
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <u>Probleme emoționale</u>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Greață
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Depresie	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nas uscat/înfundat
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Frică	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Durere
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nervozitate	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sexuale
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tristețe	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Piele uscată/iritată
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Îngrijorare	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Somn
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pierderea interesului pentru activități obișnuite	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Abuz de substanțe
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <u>Probleme spirituale/religioase</u>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Furnicături în mâini și picioare

Alte probleme: _____

Adaptat cu permisiunea NCCN Ghiduri Clinice de Referință în Oncologie (NCCN Guidelines®) pentru Gestionarea Distresului (V.2.2013). © 2013 National Comprehensive Cancer Network, Inc. Disponibil pe: NCCN.org. Accesat în 26 martie 2014. Puteți consulta cea mai recentă și completă versiune a ghidurilor NCCN Guidelines®, accesând site-ul: NCCN.org. NATIONAL COMPREHENSIVE CANCER NETWORK®, NCCN®, NCCN GUIDELINES® și alte materiale NCCN sunt mărci înregistrate deținute de National Comprehensive Cancer Network, Inc. Comprehensive Cancer Network, Inc.

DIS-A

ANEXA 2. TERMOMETRELE EMOȚIONALE

Termometrele emoționale

Instrucțiuni

Vă rugăm să marcați în primele patru coloane cifra (de la 0 la 10) care descrie cel mai elocvent starea dumneavoastră emoțională din ultimele 7 zile (incluzând și ziua de azi). În ultima coloană indicați măsura în care ați avut nevoie de ajutor pentru a rezolva aceste probleme.

	1. Stres	2. Anxietate	3. Depresie	4. Furie	5. Nevoie de ajutor	
Foarte mult						Disperată
Deloc						M-am descurcat singur
						Am avut nevoie să discut

ANEXA 3. CHESTIONARUL QSC-R23

Mai jos aveți o listă cu situații potențial stresante pe care le puteți întâlni în viața de zi cu zi. Pentru fiecare situație, vă rugăm să decideți dacă aceasta vi se aplică și dumneavoastră. Dacă da, vă rugăm să indicați cât de serioasă este problema bifând una din căsuțe pe o scală de la 0-5 și anume de la „nu mi se potrivește” la „este o problemă foarte serioasă pentru mine”.

Item	Nu mi se potrivește	Este o problemă minoră				Este o problemă foarte serioasă pentru mine
	0	1	2	3	4	5
1. Mă simt obosit/ă și slăbit/ă						
2. Am dureri						
3. Mă simt imperfect(ă) din punct de vedere fizic						
4. Nu am destule oportunități să vorbesc despre distresul meu cu un psiholog						
5. Îmi este teamă că boala mea se va răspândi sau va recidiva						
6. Partenerului/Partenerii mei/mele îi este dificil să empatizeze cu situația mea						
7. Am probleme cu somnul						
8. Îmi este mai greu să fac activități recreative/relaxante sau sport din cauza bolii						
9. Nu mă simt suficient de informat(ă) cu privire la boala și tratamentul meu						
10. Mă simt tensionat/ă sau anxios/anxioasă						

ANEXA 4. RAPORT DE PSIHODIAGNOSTIC ȘI EVALUARE CLINICĂ (EXAMINARE PSIHOLOGICĂ)

I. Informații despre Client:

- Nume și Prenume (sau Cod): C.D.
- Sex: feminin
- Varsta: 31 ani
- Diagnostic psihiatric: neprecizat

Istoric:

Pacienta în vârstă de 31 de ani s-a prezentat la cabinetul psihologic cu acuze legate de o stare de tristețe permanentă, anxietate, sentimente de inutilitate și neputință, probleme de somn și modificări ale apetitului care persistau de trei luni, pe fondul separării de soț. Momentan se află la finalul tratamentului oncologic, în cursul tratamentului radioterapeutic pentru un cancer mamar, stadiu incipient, cu un prognostic foarte bun. A aflat de diagnostic în urmă cu zece luni, iar cu excepția primelor două săptămâni în care a experimentat stări de tristețe și îngrijorare persistentă, a acceptat și s-a implicat activ în tratamentul multidisciplinar propus.

II. Obiectivul Psihodiagnosticului și Evaluării Clinice:

Psihodiagnosticul și Evaluarea Clinică au ca scop identificarea stărilor psihologice de sănătate și/sau boală și a mecanismelor psihologice de etiopatogeneză și/sau de sanogeneză, cu relevanță pentru inclusiunea pacientului într-un program de psihoterapie individuală. Evaluarea psihologică s-a realizat la cererea pacientului.

III. Descrierea Succintă a Componentelor Psihologice:

Nivel Subiectiv/Emoțional (inclusiv Satisfacția/Calitatea vieții)

Ce s-a evaluat?	Cu ce s-a evaluat? (teste/sarcini/probe și/sau interviuri clinice)
Emotii negative	<p>Interviu clinic semistructurat conform criteriilor DSM 5 pentru identificarea simptomelor de tip depresiv si anxios. Persoana afirmă că: „nu mă mai pot bucura de nimic“, „sunt îngrijorată că o să rămân singură pentru totdeauna“, „mi-e teamă că nu voi mai fi fericită niciodată“, „nu sunt o persoană valoroasă“. În urma interviului se remarcă faptul că disonanța dintre cerințele pacientei și realitate determină emoții negative (indicate de gradul de neplăcere experimentată) de îngrijorare, tristețe, apatie și devalorizare. Astfel, afectivitatea negativă a pacientei determină o reacție mult mai aversivă la stresorii percepuți, decât în cazul persoanelor cu afectivitate pozitivă.</p> <p>Profilul distresului afectiv – PDA. PDA este o scală de 39 de itemi care măsoară emoțiile negative disfuncționale și emoțiile negative funcționale din categoriile „îngrijorare/anxietate“ și „tristete/deprimare“, precum și emoțiile pozitive. Scala permite calcularea unui scor general de distres, precum și a unor scoruri separate pentru emoțiile negative și emoțiile pozitive. Astfel, în urma administrării, pacienta a totalizat un scor de 44 la nivelul emoțiilor negative disfuncționale, ceea ce reliefează un nivel foarte ridicat al acestora și, de asemenea, un scor de 32 la emoțiile negative functionale, care indică un nivel ridicat al acestora. Emoțiile negative predominante sunt cele depresive și de anxietate, cu un nivel foarte scăzut al predominanței emoțiilor pozitive. Persoana a apreciat că s-a simțit foarte mult tensionată, amărâtă, deprimată, necăjită, supărată, înfricoșată, îngrijorată, anxioasă și totodata mult preocupată, încordată și panicată.</p>
Emoții pozitive	<p>Profilul distresului afectiv – PDA. În urma interpretării răspunsurilor pacientei la scala PDA s-a constatat de asemenea că emoțiile pozitive (indicate de măsura în care pacienta a experimentat plăcere și multumire) sunt prezente la un nivel foarte scăzut. Pacienta declarându-se deloc entuziastă, bine dispusă, satisfăcută, dinamică și bucuroasă.</p>

Distres
emoțional

Profilul distresului afectiv – PDA. Scala permite calcularea unui scor general de distres (adică a unui stres provocat de atitudini pesimiste și activități neplăcute, umiltoare, cu efecte dăunătoare asupra ființei umane), iar scorul global de distres înregistrat de pacientă a fost de 90, ceea ce indică un nivel foarte ridicat al acestuia.

Dispoziții
afective

Inventarul de depresie Beck – BDI-II. BDI este un instrument utilizat în evaluarea severității simptomelor depresive la adulți și adolescenți cu vârsta peste 13 ani. La scala Beck, pacienta a înregistrat un scor de 31, ceea ce relevă prezența simptomelor unei depresii severe, însă fără risc suicidal. Asta înseamnă că se pot înregistra manifestări de tip depresiv la un nivel ridicat.

Scala de anxietate Leahy – este un chestionar pentru pacienți, care permite relatarea simptomelor de anxietate specifice pe care aceștia le resimt. Scala nu include doar simptome specifice ale AG cum sunt ele specificate în DSM-5, ci și alte simptome specifice ale altor tulburări anxioase. La această scală, pacienta a evidențiat un scor de 36, care sugerează prezența simptomelor de tip anxios, la un nivel ridicat.

Interviu clinic nestructurat - În urma interviului clinic s-au constatat la nivel subiectiv/emoțional dispoziții afective de tip depresiv și anxios, caracterizate printr-o puternică încărcătură emoțională. S-au evidențiat stări afective caracterizate prin indispoziție - „n-am chef de nimic și nimeni“, tristețe - „sunt tristă mai mereu“, neajutorare – „nimănui nu-i pasă de mine“ și iritare – „mă cert frecvent cu colega de apartament, îmi vine să mă mut“.

Nivel Cognitiv

Ce s-a evaluat?	Cu ce s-a evaluat? (teste/sarcini/probe și/sau interviuri clinice)
Credințe iraționale	Interviu clinic. În urma interviului clinic, se evidențiază prezența cognițiilor iraționale, caracterizate prin gândirea rigidă și formarea de scopuri/dorințe în termeni de cerințe absolutiste (care se referă la exigențe imperioase/inflexibile) exprimate sub formă de „trebuie să fim împreună, altfel nu voi mai fi fericita niciodată“, catastrofare (evaluarea situației ca fiind „cel mai rău lucru posibil“) de tipul „este groaznic să nu fi iubit“, toleranță scăzută la frustrare exprimată prin „nu suport să-l văd cu altcineva“ și evaluare globală negativă exprimată prin „nimeni nu mă înțelege“, „sunt cea mai proastă“, „viața e nedreaptă“. Consecințele care derivă din credințe iraționale sunt consecințe negative disfuncționale, deoarece conduc la durere și disconfort psihic, motivează oamenii să recurgă la comportamente contrare propriilor interese și îi împiedică să se angajeze în comportamente necesare atingerii scopurilor propuse.
Atitudini disfuncționale	Scala de atitudini disfuncționale, forma A (DAS-A) reprezintă un instrument care permite evaluarea atitudinilor și convingerilor ce pot constitui o predispoziție pentru instalarea depresiei. Cei 40 de itemi ai scalei, sunt formulați ca afirmații, care stau în general la baza gândirii idiosincratice tipic depresive, și care indică măsura în care atitudinile disfuncționale sunt considerate ca fiind proprii subiectului: cu cât scorul total este mai mare, cu atât nivelul atitudinilor disfuncționale e mai mare. Scorul total de 192 înregistrat de pacientă la DAS-A, a relevat un nivel foarte ridicat al disfuncționalității atitudinilor. O dată activate, aceste scheme disfuncționale produc erori sistematice în gândire, specifice tulburărilor depresive.
Atenție	Interviu clinic semistrukturat a relevat o afectare a funcțiilor cognitive, manifestată prin scăderea capacității de concentrare a atenției „greșesc foarte des, pentru că nu-s atentă“. În ceea ce privește capacitatea de concentrare aceasta poate fi afectată și de tratamentul oncologic – efectul chemobrain. Astfel că i-am oferit o broșură dedicată psiho-educăției cu privire la efectele adverse ale tratamentelor oncologice (chemobrain, fatigabilitate) și cu recomandarea de a reevalua capacitatea de concentrare.

Scheme cognitive dezadaptative	<p>Chestionarul schemelor cognitive Young – YSQ-S3 - are 114 itemi și măsoară 18 dintre schemele cognitive dezadaptative timpurii. Acestea sunt grupate în cinci categorii, numite domenii ale schemelor, iar fiecare dintre acestea reprezintă o componentă importantă a nevoilor pe care un copil le are. Schemele sunt definite ca teme largi cu privire la sine și propriile relații cu ceilalți, ce se dezvoltă în copilărie, se elaborează pe parcursul vieții și sunt disfuncționale într-o anumită măsură. Cele 5 domenii ale acestor tipare de gândire sunt: separare și respingere, slabă autonomie și performanță, limite defectuoase, dependență de alții, hipervigilență și inhibiție.</p> <p>În urma aplicării YSQ-S3, s-au evidențiat probleme și scoruri foarte ridicate la următoarele scheme:</p> <p>Izolare socială/Înstrăinare manifestate prin credința conform căreia pacienta se consideră fundamental diferită de ceilalți oameni.</p> <p>Defect/Rușine evidențiate prin pattern-uri de gândire de tipul „niciun, nicio, niciodată“ și gândire emoțională de tipul „simt că nu pot fi iubită“.</p> <p>Dependență/incompetență caracterizate prin credința pacientei conform căreia este incapabilă de a-și continua viața și de a îndeplini bine responsabilitățile zilnice, fără ajutorul iubitului ei.</p> <p>Subjugare reliefată prin supunerea excesivă controlului celorlalți, cu scopul evitării pierderii prieteniei sau altor represalii.</p>
--------------------------------	--

Nivel Comportamental

Ce s-a evaluat?	Cu ce s-a evaluat? (teste/sarcini/probe și/sau interviuri clinice)
Frecvența angajării în comportamente familiare	<p>Interviul clinic a relevat faptul că comportamentul pacientei s-a modificat net în comparație cu situația anterioară, caracterizându-se în prezent prin inhibiție motorie. Aceasta afirmă că a renunțat complet la implicarea în alte activități precum întâlnirile cu prietenii, rezumându-se doar la activitățile casnice și profesionale - „nu mai ies nicăieri“, „le refuz constant pe prietenii mei“. Această dezactivare comportamentală a fost cauzată într-o anumită măsură și de existența bolii oncologice.</p> <p>De asemenea, observația directă a itemilor din scala Beck, care vizează pierderea interesului, a întărit reducerea interesului prin răspunsuri afirmative la: „mi-am pierdut mare parte din interesul față de oameni sau activități“, manifestare asociată cu reacțiile de tip depresiv.</p>

Nivel Psihofiziologic

Ce s-a evaluat?	Cu ce s-a evaluat? (teste/sarcini/probe și/sau interviuri clinice)
Manifestări psihofiziologice și neurovegetative	<p>Interviul clinic semistrukturat a evidențiat faptul că modificările psihofiziologice și neurovegetative se manifestă prin modificări în metabolismul somnului (insomnii de adormire, somn agitat cu coșmaruri și treziri bruște sau repetate pe timpul nopții). Observația directă asupra itemilor din scala Beck, care vizează insomnia și agitația psihomotorie a întărit informațiile obținute în interviul clinic. „dorm mai puțin decât de obicei“, „nu mă pot concentra la fel de bine ca de obicei“.</p>

Nivel de Personalitate și Mecanisme Defensive/Adaptare

Ce s-a evaluat?	Cu ce s-a evaluat? (teste/sarcini/probe și/sau interviuri clinice)
Mecanisme defensive	Interviu clinic semistrukturat. Interviu clinic a relevat faptul că principalele modalități la care pacienta recurge pentru a-și proteja psihicul sunt: evitarea și izolarea. Persoana afirmă că „evit ieșirile și socializarile“ și de asemenea că, „prefer să stau singură, să nu văd pe nimeni“. Aceste mecanisme de autoprotecție sunt dezadaptative, deoarece utilizate timp îndelungat pot genera dispoziții afective de tipul depresiei și anxietății.

Nivel de Relaționare Interpersonală

Ce s-a evaluat?	Cu ce s-a evaluat? (teste/sarcini/probe și/sau interviuri clinice)
Relații interpersonale	Interviu clinic semistrukturat. La nivel de relaționare interpersonală se evidențiază relații conflictuale mama dânzei și un stil de comunicare non asertiv. De asemenea, se remarcă o tendință clară de evitare socială și de evitare a situațiilor care necesită efort de adaptare. Pacienta afirmă că „nu am chef să mă întâlnesc cu nimeni“, „prefer să stau singură acasă“ și „mă cert frecvent cu mama mea“.

IV. Concluzii (Sumarizarea informațiilor în termeni psihologici):

În urma Psihodiagnosticului și Evaluării Clinice formulăm următoarele concluzii psihologice:

- Principalele probleme evidențiate în cadrul interviului semistrukturat au fost relaționate cu suferința despărțirii de persoana iubită. Evaluarea psihologică a relevat probleme de ordin emoțional de tipul depresiei și anxietatii, cu o intensitate severă, fără risc suicidar, însă cu un nivel ridicat al distresului emoțional.

- Putem concluziona astfel că **anumite evenimente stresante**, ca de pildă încheierea unei relații de cuplu (care constituie *factorul declanșator*), alături de alți stresori psihosociale precum suportul social inadecvat perceput, conflictele cu mama (*factori favorizanți*), tratamentul oncologic (*factori de menținere*), și nu în ultimul rând lipsa abilităților sociale și a asertivității (*factori predispozanți*), **interacționează cu o stare de vulnerabilitate generală psihologică**, evidențiată prin prezența credințelor iraționale, atitudinilor și convingerilor disfuncționale și a schemelor cognitive dezadaptative, **generând manifestări** de tip depresiv și anxios, care se manifestă astfel: la nivel afectiv prin stări de neliniște, teamă, îngrijorare, tristețe, iritare, sentimente de inutilitate și vinovăție; nivel cognitiv prin gândire rigidă și formare de scopuri/dorințe în termeni absolutiști, gândire emoțională, tipare de gândire formulate în termeni absolutiști și convingeri de incompetență și diferențe fundamentale între propria persoană și ceilalți; la nivel biologic prin insomnii; la nivel comportamental prin: izolare, inhibiție motorie, evitarea socializării, evitarea implicării în activități plăcute și privarea de recompense plăcute.

V. Recomandări (Implicații ale Concluziilor pentru Obiectivul Psihodiagnosticului și Evaluării Clinice; Pot fi accesibile, cu acordul clientului, unor terțe părți, în funcție de contextul în care se face Psihodiagnosticul și Evaluarea Clinică):

Se recomandă:

- Pentru normalizarea distresului și a dispozițiilor afective, recomandăm eliminarea discrepanțelor cognitive prin intervenții la nivel cognitiv, utilizând tehnici de restructurare cognitivă - și intervenții la nivelul mediului, utilizând tehnici de abilități sociale și training asertiv.
- Pentru comportamentele evitative recomandăm o analiză funcțională a comportamentului, care să evidențieze consecințele, în vederea modificării acestora și, de asemenea, facilitarea implicării în contexte care oferă întăriri pozitive.
- Pentru motivarea pacientei recomandăm stimularea comportamentelor recompensante prin plăcere și convingeri de autoeficacitate.
- Relația terapeutică va fi una suportivă, conceptualizare cognitiv comportamentală, dar cu utilizarea unui ecletism metodologic.

ANEXA 5. MODEL DE RAPORT DE EXAMINARE PSIHOLOGICĂ PENTRU COMISIA DE HANDICAP

RAPORT EXAMINARE PSIHOLOGICĂ

1. NUME ȘI PRENUME: X.Y

2. VÂRSTA: 59 de ani

Examinarea s-a realizat la cererea persoanei evaluate pentru a-i servi la completarea dosarului în vederea obținerii pensiei de handicap. Pacienta nu a solicitat pe parcursul intervenției chirurgicale și a spitalizării suport psihologic.

Ședința de evaluare pentru comisia de handicap a reprezentat și prima întâlnire cu Doamna XY, aflată într-o stare de atenție/reactivă.

CONCLUZIILE EXAMINĂRII PSIHOLOGICE:

Pacientei i-a fost aplicat testul MMSE-2 (versiunea extinsă, formularul albastru). Scorul brut total obținut la partea de orientare în timp, spațiu și reamintire a fost de 8, problemele apărând la orientarea zilei și datei, dar și la reamintire. În momentul evaluării s-au evidențiat probleme de atenție și calcul, scorul obținut fiind de 1, fără probleme de denumire, repetiție, înțelegere și citire, scriere și desenare, scorul brut fiind de 10. Scorul total la memorarea unei povestiri a fost de 18 din maximum de 25 de puncte, reușind să își amintească 18 din cele 25 de cuvinte ale povestirii. În ceea ce privește viteza de procesare (codarea simbol cifră, scorul obținut a fost de 14 de puncte (maxim). Scorul total a fost de 50, dintr-un maxim de 90 de puncte, cu deficite mnemonice observate de orientare și reamintire, dar și de viteză de procesare, în stare de conștiență/de atenție/reactivă.

Scorul GAFS este de 50, cu/fără afectarea semnificativă a funcționalității în domeniile vieții sociale, fizice și emoționale.

Psiholog

Data:

ANEXE - FIȘE DE LUCRU

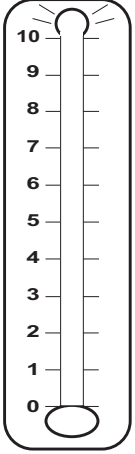
ANEXA 1. TERMOMETRUL DISTRESULUI EMOȚIONAL ȘI LISTA DE PROBLEME

INSTRUMENT DE EVALUARE A DISTRESULUI

Instrucțiuni: Pentru început, vă rugăm să marcați cifra (de la 0 la 10) care descrie cel mai elocvent starea dumneavoastră de distres din ultima săptămână (incluzând ziua de azi).

Distres extrem

Fără distres



Apoi, vă rugăm să indicați dacă vreunul dintre următoarele aspecte v-a provocat probleme în ultima săptămână (incluzând ziua de azi). Vă rugăm să răspundeți la fiecare enunț cu DA sau NU.

DA	NU	<u>Probleme practice</u>	DA	NU	<u>Probleme fizice</u>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Grija copiilor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aspect fizic
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gospodărie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Toaletă/îmbrăcăminte
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Siguranță/financiare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Respirație
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Transport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schimbări la urinare
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muncă/Școală	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Constipație
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Decizii privind tratamentul	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diaree
		<u>Probleme de familie</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alimentație
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Probleme cu copiii	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Oboseală
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Probleme cu partenerul	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Balonare
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Capacitatea de a avea copii	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Febră
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sănătatea familiei	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Deplasare
		<u>Probleme emoționale</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Indigestie
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Depresie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Memorie/Concentrare
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Frică	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ulcerații bucale
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nervozitate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Greață
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tristețe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nas uscat/înfundat
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Îngrijorare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Durere
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pierderea interesului pentru activități obișnuite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sexuale
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>Probleme spirituale/religioase</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Piele uscată/iritată
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Somn
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Abuz de substanțe
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Furnicături în mâini și picioare

Alte probleme: _____

Adaptat cu permisiunea NCCN Ghidului Clinice de Referință în Oncologie (NCCN Guidelines®) pentru Gestionarea Distresului (V.2.2013). © 2013 National Comprehensive Cancer Network, Inc. Disponibil pe: NCCN.org. Accesat în 26 martie 2014. Puteți consulta cea mai recentă și completă versiune a ghidurilor NCCN Guidelines®, accesând site-ul: NCCN.org. NATIONAL COMPREHENSIVE CANCER NETWORK®, NCCN®, NCCN GUIDELINES® și alte materiale NCCN sunt mărci înregistrate deținute de National Comprehensive Cancer Network, Inc. Comprehensive Cancer Network, Inc.

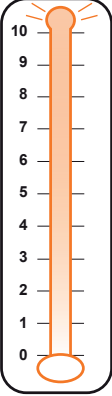
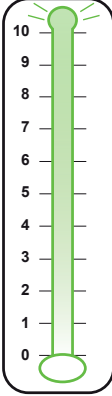
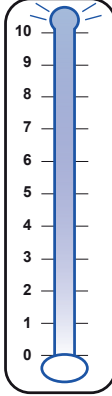
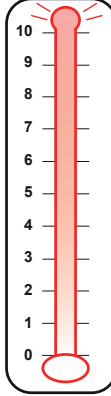
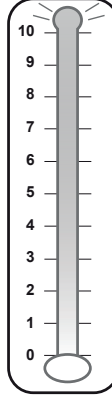
DIS-A

ANEXA 2

Termometrele emoționale

Instrucțiuni

Vă rugăm să marcați în primele patru coloane cifra (de la 0 la 10) care descrie cel mai elocvent starea dumneavoastră emoțională din ultimele 7 zile (incluzând și ziua de azi). În ultima coloană indicați măsura în care ați avut nevoie de ajutor pentru a rezolva aceste probleme.

	1. Stres	2. Anxietate	3. Depresie	4. Furie	5. Nevoie de ajutor	
Foarte mult						Disperată
Deloc						Am avut nevoie să discut M-am descurcat singur

ANEXA 3

Mai jos aveți o listă cu situații potențial stresante pe care le puteți întâlni în viața de zi cu zi. Pentru fiecare situație, vă rugăm să decideți dacă aceasta vi se aplică și dumneavoastră. Dacă da, vă rugăm să indicați cât de serioasă este problema bifând una din căsuțe pe o scală de la 0-5 și anume de la „nu mi se potrivește” la „este o problemă foarte serioasă pentru mine”.

Item	Nu mi se potrivește	Este o problemă minoră				Este o problemă foarte serioasă pentru mine
	0	1	2	3	4	5
1. Mă simt obosit/ă și slăbit/ă						
2. Am dureri						
3. Mă simt imperfect(ă) din punct de vedere fizic						
4. Nu am destule oportunități să vorbesc despre distresul meu cu un psiholog						
5. Îmi este teamă că boala mea se va răspândi sau va recidiva						
6. Partenerului/Parteneriei meu/mele îi este dificil să empatizeze cu situația mea						
7. Am probleme cu somnul						
8. Îmi este mai greu să fac activități recreative/ relaxante sau sport din cauza bolii						
9. Nu mă simt suficient de informat (ă) cu privire la boala și tratamentul meu						
10. Mă simt tensionat/ă sau anxios/anxioasă						

ANEXA 4. SCALA HADS

Pacient:

Data:

HADS – Hospital Anxiety and Depression Scale

Gândindu-vă la **ultima săptămână** răspundeți la următoarele întrebări fără a sta să vă gândiți prea mult.

D	A		D	A	
		Mă simt tensionat / agitat / sfârșit			Mă simt ca și cum aș fi încetinit/aș sta pe loc
3		Aproape tot timpul	3		Aproape tot timpul
2		În majoritatea timpului	2		Destul de des
1		Ocazional; din când în când	1		Câteodată
0		Deloc	0		Deloc
		Încă îmi place să fac lucrurile care odată îmi făceau plăcere			Obişnuiesc să am o senzație de frică (un sentiment asemănător cu fluturii în stomac)
0		La fel de mult ca înainte	0		Niciodată
1		Nu chiar în aceeași măsură ca înainte	1		Ocazional
2		Doar puțin	2		Destul de des
3		Îmi plac prea puțin	3		Foarte des
		Devin vigilent și speriat, ca și cum ceva rău urmează să se întâmple			Mi-am pierdut interesul pentru propriul aspect fizic
3		Da, în majoritatea timpului și e destul de rău	3		Nu mă mai interesează aspectul fizic
2		Da, dar nu e așa de rău	2		Nu mai am atât de multă grijă ca înainte
1		Puțin, dar nu mă îngrijorează aceste gânduri	1		Nu îmi mai îndrept atenția atât de mult spre aspectul fizic, dar mă îngrijesc
0		Deloc	0		Mă interesează la fel ca înainte
		Pot să râd și să văd partea amuzantă a lucrurilor			Mă simt neliniștit (ca și cum ar trebui mereu să fac ceva)
0		Fac asta la fel ca înainte	3		Simt asta foarte des
1		Nu mai fac asta ca înainte	2		Simt asta des
2		Fac asta considerabil mai rar ca înainte	1		Nu prea simt asta
3		Nu mai fac asta deloc	0		Nu simt asta deloc
		Gânduri de îngrijorare îmi trec prin minte			Mă gândesc cu plăcere la lucrurile care urmează să vină
3		În marea majoritate a timpului	0		La fel ca înainte
2		Des	1		Mai puțin decât o făceam înainte
1		Din când în când, nu foarte des	2		Cu siguranță mai puțin ca înainte
0		Doar ocazional	3		Aproape deloc
		Mă simt fericit / optimist			Mă simt învăluit de panică din senin, fără motiv
3		Absolut deloc	3		Foarte des
2		Nu foarte des	2		Destul de des
1		Câteodată	1		Nu foarte des
0		În marea majoritate a timpului	0		Deloc
		Mă simt în largul meu și relaxat			Pot să mă delectez cu un film bun/o carte bună
0		Tot timpul	0		Des
1		De obicei	1		Câteodată
2		Nu foarte des	2		Din când în când
3		Absolut deloc	3		Foarte rar

Scorare:

Scor total: DEPRESIE (D): _____

ANXIETATE (A): _____

0 -7 – normal

8-10 – anormal (cu tendințe borderline)

11-21 – anormal

ANEXA 5. MODEL RAPORT DE PSIHODIAGNOSTIC ȘI EVALUARE PSIHOLOGICĂ

RAPORT DE PSIHODIAGNOSTIC ȘI EVALUARE CLINICĂ (EXAMINARE PSIHOLOGICĂ)

I. Informații despre Client:

- Nume și Prenume (sau Cod).....

II. Obiectivul Psihodiagnosticului și Evaluării Clinice:

- Psihodiagnosticul și Evaluare Clinică are ca scop identificarea stărilor psihologice de sănătate și/sau boală și a mecanismelor psihologice de etiopatogeneză și/sau de sanogeneză, cu relevanță pentru.....

III. Descrierea Succintă a Componentelor Psihologice:

- Nivel Subiectiv/Emoțional (inclusiv Satisfacția/Calitatea vieții)

Ce s-a evaluat?	Cu ce s-a evaluat? (teste/sarcini/probe și/sau interviuri clinice)
-----------------	---

--	--

--	--

- Nivel Cognitiv

Ce s-a evaluat?	Cu ce s-a evaluat? (teste/sarcini/probe și/sau interviuri clinice)
-----------------	---

--	--

--	--

▪ Nivel Comportamental

Ce s-a evaluat?	Cu ce s-a evaluat? (teste/sarcini/probe și/sau interviuri clinice)
------------------------	--

--	--

--	--

▪ Nivel Psihofiziologic

Ce s-a evaluat?	Cu ce s-a evaluat? (teste/sarcini/probe și/sau interviuri clinice)
------------------------	--

--	--

--	--

▪ Nivel de Personalitate și Mecanisme Defensive/Adap are

Ce s-a evaluat?	Cu ce s-a evaluat? (teste/sarcini/probe și/sau interviuri clinice)
------------------------	--

--	--

--	--

▪ Nivel de Relaționare Interpersonală

Ce s-a evaluat?	Cu ce s-a evaluat? (teste/sarcini/probe și/sau interviuri clinice)
------------------------	--

--	--

--	--

• Structura Axială DSM/SCID (are implicații formale/legale doar dacă este confirmată de un medic psihiatru)

- Axa I
- Axa II.....
- Axa III
- Axa IV.....
- Axa V (indicele GAF)

IV. Concluzii (Sumarizarea informațiilor în termeni psihologici):

- În urma Psihodiagnosticului și Evaluării Clinice.....

Nume și Prenume/Semnătura/Parafa Psihologului Clinician (și/sau a Instituției în cazul Structurilor de Psihologie)

[Concluziile vor fi derivate deductiv și/sau inductiv din testele/sarcinile/probele și/sau interviurile clinice utilizate]

COPYRIGHT © International Institute for the Advanced Studies of Psychotherapy and Applied Mental Health, BabeBolyai University, ClujNapoca, Romania

RAPORT PENTRU COMISIE

RAPORT ADĂUGAT DE COSMINA NEAG, PSIHOLOG CLINICIAN, PSIHO-ONCOLOG LA SPITALUL TOPMED DIN TARGU-MURES

RAPORT DE EVALUARE PSIHOLOGICĂ

1. **NUMELE, PRENUMELE ȘI VÂRSTA SUBIECTULUI:** S.I., 64 ani
2. **ÎNTREBAREA DE REFERINȚĂ PENTRU CARE SE FACE EVALUAREA:**
Cerere de evaluare solicitată de Casa Județeană de Pensii Mureș
3. **DIAGNOSTIC:** Glioblastom - grad 1.
4. **TESTE/CHESTIONARE ADMINISTRATE:**
 - MMSE - Nivel dezvoltare mentală
 - GAF - Nivel de funcționare a vieții cotidiene
 - Interviul clinic - DSM IV

OBSERVAȚII:

În prezent domnul S. I. prezintă o stare psihică stabilă, a participat la discuții, a prezentat situația în care se află, spune că ocazional are episoade epileptice care se manifestă prin: confuzie temporară, mișcări necontrolate ale brațelor și picioarelor, pierderea cunoștinței, simptome psihice cum ar fi teama, anxietatea sau senzația de déjà vu, iar atunci soția îi administrează tratamentul și își poate continua activitățile zilnice care acum sunt reduse la sarcini ușoare în gospodărie. Pacientul are nevoie de supraveghere din partea membrilor familiei pentru intervenție în cazul declanșării episoadelor epileptice.

REZULTATE LA TESTE/CHESTIONARE ȘI INTERPRETARE:

Nivel dezvoltare mentală

- **MMSE<24** - Tulburari cognitive inițiale - Prezintă simptome mnezice normale.

SCALA DE EVALUARE GLOBALĂ A FUNCȚIONĂRII- GAF

GAF<80 - Se evidențiază minore dificultăți psihologice, sunt doar reacții expectabile și tranzitorii la stresori psihosociale, ușoară deteriorare în funcționarea socială.

RECOMANDĂRI:

Consiliere suportivă pacient și aparținători, încadrare în gradul corespunzător conform evaluărilor psihiatrice și psihologice.

EVALUARE PSIHOLOGICĂ REALIZATĂ DE: Psiholog, Cod Parafa

LOCUL DESFĂȘURĂRII EVALUĂRII PSIHOLOGICE:

DATA

Semnătura și parafa

MODEL RAPORT EXAMINARE PSIHOLOGICĂ

RAPORT EXAMINARE PSIHOLOGICĂ

1. NUME ȘI PRENUME: X.Y

2. VÂRSTA: 59 de ani

Examinarea s-a realizat la cererea persoanei evaluate pentru a-i servi la completarea dosarului în vederea obținerii pensiei de handicap. Pacienta nu a solicitat pe parcursul intervenției chirurgicale și a spitalizării suport psihologic.

Ședința de evaluare pentru comisia de handicap a reprezentat și prima întâlnire cu Doamna XY, aflată într-o stare de atenție/reactivă.

CONCLUZIILE EXAMINĂRII PSIHOLOGICE:

Pacientei i-a fost aplicat testul MMSE-2 (versiunea extinsă, formularul albastru). Scorul brut total obținut la partea de orientare în timp, spațiu și reamintire a fost de 8, problemele apărând la orientarea zilei și datei, dar și la reamintire. În momentul evaluării s-au evidențiat probleme de atenție și calcul, scorul obținut fiind de 1, fără probleme de denumire, repetiție, înțelegere și citire, scriere și desenare, scorul brut fiind de 10. Scorul total la memorarea unei povestiri a fost de 18 din maximum de 25 de puncte, reușind să își amintească 18 din cele 25 de cuvinte ale povestirii. În ceea ce privește viteza de procesare (codarea simbol cifră, scorul obținut a fost de 14 de puncte (maxim). Scorul total a fost de 50, dintr-un maxim de 90 de puncte, cu deficite mnemonice observate de orientare și reamintire, dar și de viteză de procesare, în stare de conștiență/de atenție/reactivă.

Scorul GAFS este de 50, cu/fără afectarea semnificativă a funcționalității în domeniile vieții sociale, fizice și emoționale.

Psiholog

Data:

CAPITOLUL 2
INTERVENȚIILE PSIHOLOGICE LA PERSOANELE
RECENT DIAGNOSTICATE CU CANCER

PSIHOLOG. DR. FLORINA POP, INSTITUTUL
ONCOLOGIC "PROF. DR. I. CHIRICUȚĂ" CLUJ

COSMINA GRIGORE, PATIENT COACH

Scopul principal al intervențiilor psiho-sociale la persoanele recent diagnosticate cu cancer este reducerea distresului, oferirea suportului în ajustarea socială eficientă la stresorii cu care se confruntă și menținerea unei calități a vieții la parametri normali.

Principalele responsabilități ale psihologului clinician/psiho-oncologului față de pacient, după ce acesta a fost diagnosticat cu cancer, se referă la: menținerea unei relații terapeutice cu pacientul, care să faciliteze oferirea suportului emoțional; conștientizarea opțiunilor terapeutice; evaluarea simptomatologiei depresive sau/și a altor tipuri de patologii care se pot declanșa, normalizarea reacțiilor emoționale (acolo unde este cazul), apelul la strategiile de coping adaptative și adaptarea la nevoile pacientului cu care se lucrează.

Principalele *tipuri de intervenții eficiente* pe care le poate face psihologul clinician în cazul acestor pacienți, includ: intervenția suportivă, în situația de criză și intervențiile pe termen scurt ce includ *suportul emoțional, psiho-educația și luarea deciziilor* potrivite pe termen lung, dar și învățarea unor *strategii de management al stresului/coping adaptativ*.

Efectele benefice ale pregătirii preoperatorii

- Reducerea distresului emoțional al pacientului înainte și după intervenția chirurgicală;
- Reducerea durerii raportate;
- Scăderea nevoii de medicație analgezică pre și postoperatorie;
- O satisfacție crescută a pacientului raportată la serviciile medicale.

Vom detalia în continuare câteva proceduri specifice intervențiilor cognitiv-comportamentale care se pot aplica cu succes în pregătirea preoperatorie, fiind categoria de intervenții cu cel mai solid suport empiric.

Una dintre componentele centrale ale oricărui program de pregătire psihologică preoperatorie este ajutarea pacientului să strângă cât mai multe informații relevante despre ceea ce presupune intervenția chirurgicală. Asupra acestui proces au impact mai mulți factori, printre care cei mai relevanți sunt: stilul de coping al pacientului (senzitiv vs. pasiv/represiv), capacitatea pacientului de a înțelege și reține informațiile medicale importante și relația medic-pacient.

Pași pentru intervenția preoperatorie:

1. Asigurarea unui climat terapeutic;
2. Oferirea unui suport emoțional de calitate;
3. Explicarea faptului că pregătirea preoperatorie se realizează în cazul majorității pacienților în scopul normalizării experienței;
4. Discutarea faptului că pregătirea psihologică preoperatorie poate facilita adaptarea postoperatorie;
5. Explicarea rațională care se află în spatele diferitelor intervenții psiho-oncologice (ex. cognitiv-comportamental, trainingul de relaxare).

Intervenția suportivă reprezintă fundamentul pentru interacțiunea pacient/psiholog pe toată traiectoria bolii. Această formă de terapie este una pe termen scurt. Obiectivul este de a stabili o relație terapeutică suportivă de încredere care să permită pacientului/apartinătorului să își exploreze gândurile și trăirile.

Terapia suportiv – expresivă reprezintă o modalitate de intervenție flexibilă și este utilizată atât individual cât și în grup.

Perspectiva suportivă implică:

1. A cunoaște modul de clarificare și abordare a informației cu încărcătură emoțională, care de cele mai multe ori copleșește și interferează cu procesarea și gestionarea trăirilor în mod constructiv.
2. A fi familiar cu metode care vizează rezolvarea de probleme și a utiliza tehnici cognitiv comportamentale în orice stadiu al bolii.
3. A fi confortabil cu o serie întreagă de activități terapeutice, inclusiv intervențiile în situațiile de criză, prezență suportivă acolo unde este cazul, explorarea pattern-urilor de interacțiune dinamică individuală și familială.
4. A fi mereu pregătit pentru ghidarea pacientului și a familiei spre resursele disponibile.
5. A lucra eficient cu aparținătorii și a înțelege modul acestora de a-și integra boala. Acest aspect înseamnă a avea capacitatea de a discuta abilitățile de coping și vulnerabilitățile pacientului într-o manieră umanistă, fără a încălca regulile confidențialității.
6. A înțelege informația medicală oferită, iar dacă este cazul a solicita/a îndruma un/spre un oncolog.
7. A înțelege propriile reacții emoționale, mai ales în primii ani de muncă în domeniul psiho-oncologiei (Watson & Kissane, 2011).

Observație clinică:

Toți pacienții au nevoie să își spună povestea!

Tratamentul nu îi afectează la fel pe toți pacienții. Nu toate tratamentele au aceleași efecte adverse și nu toți pacienții sunt la fel de rezilienți.

E important să cunoaștem detaliile poveștii pacientului din fața noastră pentru a oferi suportul de calitate.

Intervenția în situația de criză

O criză individuală este percepția sau experimentarea evenimentului de către persoană ca o dificultate intolerabilă, care depășește resursele individuale și abilitățile de a face față. Cu excepția cazului în care persoana poate să evite situația, criza are potențialul de a crea disfuncționalități afective, comportamentale și cognitive severe, până la punctul de a deveni amenințătoare pentru viața sau de a dăuna pentru sine sau pentru ceilalți. (James, 2016; James & Gilliland, 2012)

Decizii critice, de care poate depinde în mod fundamental evoluția pacientului, trebuie luate pe moment. Astfel, este vital să se identifice problema principală pentru care pacientul solicită suport și să se stabilească în mod colaborativ obiectivele pe termen scurt ale intervenției psiho-oncologice. Prin natura lor, intervențiile de criză implică identificarea modalităților de coping deficitare/disfuncționale și înlocuirea lor cu modalități de coping mai funcționale, mai sănătoase. Mai jos voi prezenta un protocol terapeutic recomandat pentru situațiile de criză, care poate fi implementat de către psihologul clinician/psiho-oncologul care lucrează cu pacienții aflați într-o situație în care percepe un anumit eveniment ca fiind o dificultate intolerabilă (de exemplu, în context oncologic un astfel de moment ar fi cel al aflării diagnosticului, al începerii unui tratament, al recidivei ș.a.m.d).

Principalele obiective ale intervenției în situații de criză sunt:

- 1.** reducerea impactului situației activatoare;
- 2.** facilitarea proceselor de adaptare psihologică;
- 3.** pregătirea pentru funcționarea adecvată post-criză.

Principiile pe care se bazează acest tip de intervenție sunt cele legate de:

- 1.** simplitate (într-o criză, oamenii răspund cel mai bine la proceduri simple);
- 2.** durata (până la o oră în majoritatea cazurilor);
- 3.** inovație/creativitate (se recomandă să facem apel la creativitate, nu există instrucțiuni specifice pentru fiecare caz sau circumstanță);
- 4.** pragmatism (se oferă soluții practice, în caz contrar persoana afectată se poate simți și mai neajutorată);
- 5.** proximitate (dacă este necesară o întâlnire „față în față“, trebuie să fie într-o zonă sigură și ușor de accesat);
- 6.** urgență (intervențiile în situație de criză trebuie făcute foarte rapid, orice întârziere poate afecta negativ procesul terapeutic);
- 7.** managementul așteptărilor (se are în vedere obținerea unui rezultat sustenabil și fezabil, astfel încât persoana aflată în criză trebuie încurajată să înțeleagă că poate fi ajutată, că există speranță și că situația este gestionabilă; e important ca psihologii clinicieni care lucrează cu pacienții oncologici să fie prezenți și să fie încrezători în posibilitatea ca fiecare pacient să evolueze pozitiv).

Se recomandă să respectăm următoarele etape într-o intervenție psihologică de criză:

1. Evaluarea detaliată a bio-psiho-socialului și a potențialului de auto-vătămare.

Această evaluare trebuie să analizeze și să determine existența și disponibilitatea suportului social (fizic și virtual), factorii de stres, medicația psihiatrică, precum și resursele (interne și externe) de coping. Interviu clinic se realizează într-o manieră empatică, care să faciliteze în mod natural dezvoltările pacientului.

Elementul critic al acestei etape îl reprezintă evaluarea pericolului iminent de suicid. Evaluarea trebuie să obțină informații despre o încercare recentă și concretă de suicid. Dacă evaluarea indică un posibil risc, se recomandă verificarea unui potențial de auto-vătămare care să includă întrebări despre:

1. gânduri suicidare (de exemplu, „când spuneți că nu mai suportați, asta înseamnă că vă gândiți să vă faceți rău?“),
2. estimarea seriozității intenției de a comite un astfel de act (aici e important să ne gândim dacă o persoană care suferă de o boală terminală are o intenție serioasă și imediată),
3. estimarea gradului de letalitate a planului de suicid (ex. are persoana un plan concret? Cât de fezabil este acesta? Are acces la mijloacele respective?),
4. istoricul tentativelor de suicid (ex. „ați încercat vreodată să vă luați viața?“),
5. factorii de risc de suicid (exemplu: izolare socială, eveniment negativ recent),
6. factorii de risc imediat (violența domestică, abuz sexual).

2. Dezvoltarea alianței terapeutice.

Strâns legată de secvența anterioară, în această etapă se consolidează relația terapeutică prin autenticitate, respect și acceptarea necondiționată a pacientului. Elementul cheie îl reprezintă însuflarea încrederii, care se realizează prin flexibilitate, consolidarea progreselor, contactul vizual (chiar și în ședințele online), empatie și acceptare necondiționată.

3. Identificarea problemelor majore care au precipitat criza în acel moment.

În această etapă se identifică elementele curente care au dus la apariția crizei. Scopul este de a înțelege factorii care au determinat persoana să ceară ajutor în acel moment. Întrebarea critică la care se caută răspuns din perspective multiple: „cu ce este situația de acum diferită față de cele anterioare?“. Ceea ce este important de reținut este faptul că, dacă în urma evaluării reies mai mulți factori cheie implicați, atunci încercarea de rezolvare a lor se prioritizează în funcție de importanța și fezabilitatea acestora. Totodată, în acest punct al intervenției psiho-oncologice este importantă conceptualizarea stilului principal de coping al pacientului. De cele mai multe ori, acest stil va trebui modificat pentru a rezolva criza prezentă și a preveni crize următoare.

4. Se încurajează explorarea sentimentelor și emoțiilor

În această etapă se încurajează ventilarea emoțională (exprimarea trăirilor). Pacientul este încurajat să explice prin ce trece. Acest lucru implică ascultare activă și empatică din partea psiho-oncologilor, fără prejudecăți a trăirilor pacientului. Un element critic în această etapă este inițierea, cu foarte mare precauție, a unor dialoguri provocatoare menite să corecteze gândirea disfuncțională a pacientului. Toate aceste aspecte trebuie făcute cu sensibilitate, atenție și într-o manieră empatică, pentru a nu leza relația terapeutică.

5. Se generează și se explorează alternative și strategii noi de coping.

Acest moment al intervenției psiho-oncologice este de multe ori cel mai dificil. În general, persoanele în criză apelează la modalitățile familiare de coping, chiar și când acestea sunt dezadaptative, deși sunt dificil de schimbat. Dacă etapa anterioară s-a încheiat cu succes, probabil că a recâștigat deja niște resurse psihologice care să contribuie la revenirea echilibrului emoțional. Acum este momentul de a analiza opțiuni și alternative de la caz la caz, ca de exemplu un contract împotriva suicidului, adaptarea la o spitalizare, la o veste proastă (diagnostic, recidivă) ș.a.m.d.

Ajută să ne amintim faptul că aceste mecanisme de coping trebuie generate colaborativ, împreună cu pacientul, astfel încât acesta să nu simtă că sunt impuse. Dacă elementul catalizator al crizei nu este singular (exemplu: gânduri suicidare care s-au întâmplat în trecut), atunci clinicianul poate să chestioneze despre moduri de gestionare a situațiilor dificile anterioare, să preia soluții aplicabile și în prezent și să construiască pornind de la acest aspect. Dacă elementul catalizator este nou (de exemplu un diagnostic oncologic) atunci clinicianul și pacientul pot genera împreună soluții multiple.

6. Se restabilește funcționalitatea prin implementarea unui plan de acțiune.

Un plan de acțiune ajută la elaborarea unor strategii concrete pentru restabilirea funcționării pacientului. Mulți pacienți au probleme în a se mobiliza și a urma un plan specific de acțiune, care este însă esențial pentru restabilirea echilibrului psihologic al pacientului.

7. Realizarea activităților de monitorizare.

După intervenția inițială, psihologul trebuie să urmărească evoluția pacientului pentru a se asigura că lucrurile merg în direcția dorită, iar criza este în proces de rezolvare. În perioada post-criză evaluările care se recomandă acoperă: starea fizică, controlul mental al evenimentului precipitant, funcționalitatea generală (loc de muncă, familie etc.), satisfacția privind tratamentul (dacă este cazul), eventalii factori de stres din mediu și modul în care ei sunt gestionați/mecanismele de coping implicate.

Observație clinică

1. Multe intervenții psiho-oncologice presupun respectarea principiilor terapiei în situația de criză.
Momentul diagnosticului și al recidivei reprezintă doar două momente în care este cel mai probabil să fie nevoie să intervenim în situație de criză.
2. Temele de casă se pot recomanda încă din prima ședință. O temă de casă ușor de implementat de pacientul oncologic este audierea unui exercițiu de relaxare precum trainingul autogen. Acesta poate fi descărcat de aici: <http://www.iocn.ro/PENTRU-PACIENTI/Servicii/Servicii-psihologice/Servicii-psihologice-adulti--eID436.html>

Exerciții de reflexie și dezvoltare personală

Întrebările de mai jos pot fi luate în considerare înainte de ședința de intervenție psiho-oncologică sau după ședința de intervenție psiho-oncologică (în stadiul inițial de intervenție):

1. Cât de atent (ă) și suportiv (ă) am reușit să fiu pe parcursul ședințelor?
2. A fost vreun moment în care am simțit că relația terapeutică s-a lezat?
Dacă da, se impune să mă gândesc la noi modalități de a consolida relația terapeutică?
3. Care este problema afectivă a pacientului? Reacția emoțională se poate încadra într-o reacție de distres normal sau sever?
4. Conform interviului clinic se impune un diagnostic clinic (DSM V, Axa I, Axa II)?
5. Am reușit să normalizez reacțiile pacientului?
6. Conceptualizarea oferită a fost suficient de clară? A fost acceptată de către pacientul oncologic?
7. Ce alți specialiști ar mai putea avea un aport real în acest caz (asistentul social cu competențe în oncologie, medicul psihiatru, preotul)?
8. Care este progresul pe care îl pot observa până în acest moment cu privire la dispoziția emoțională, simptomatologia afectivă și comportamentul pacientului oncologic?
9. Care ar fi direcția terapeutică cea mai utilă din acest moment al terapiei în funcție de resursele de timp pe care le am la dispoziție?

Recomandăm să utilizați acest ghid de întrebări pentru auto-evaluarea personală cu următorii cinci pacienți cu care veți lucra.

În concluzie, e important ca pentru o activitate clinică eficientă să cunoaștem principalele linii directoare ale unei intervenții în situația de criză, luând în calcul elementele suportive. De asemenea, fiecare proces terapeutic ajută să fie dublat de reflecții și auto-evaluări dacă ne dorim să oferim un suport psiho-oncologic de calitate.

Ilustrarea pacient coach-ului

Diagnosticarea îți schimbă lumea. Tot ceea ce credeai că ești, că este important pentru tine, este pus acum sub semnul întrebării. Tronează emoții pe care sigur le-ai mai întâlnit în viața ta, dar care acum sunt parcă hiperbolizate. Devin, parcă, apocaliptice. Îți este greu să procesezi informațiile sau, din contră, le procesezi prea bine și înțelegi mult prea bine cu ce te confrunți. Ești, printr-o simplă înșiruire de cuvinte, transpus într-o altă realitate. Un diagnostic. Un nou ecosistem se deschide în fața ta și trebuie să triezi. Să înveți să semeni specii noi de plante în timp ce încă te hrănești cu tot ce ai plantat în viața ta de dinainte de diagnostic. Cancerul te schimbă. Punct. Tot ceea ce ai zis, ai crezut înainte despre această boală, modul în care ai avut grijă de alții, sfaturile pe care le-ai dat, felul în care alegi să respiri, să te conții... Se modifică.

Terapeutul trebuie să fie alături de un om care încă nu știe cum este el. El, cel diagnosticat cu cancer. Un om care se descoperă pe sine și care se va tot descoperi pe acest nou traseu. Care se va descoperi chiar dacă nu va vrea asta. Și poate nu a vrut asta. Pacientul va scoate din umbră feluri de a fi distorsionate, care se vor manifesta poate după un pattern intuit de terapeut, poate total aleatoriu. Indiferent de situație, frica tronează.

Este frica de necunoscut, de pierdere a identității, de „cum voi fi eu dacă mă identific cu eticheta „pacient oncologic“, frica supremă că voi pierde familia, bunurile, o parte din corp, viața. Înainte de operație frica își face apariția și se manifestă diferit. Dar, de regulă, este frica de operația însăși (eliminarea organului afectat, ideea însăși că cineva îți va invada intimitatea în interiorul corpului tău, și nu doar că o va invada, va tăia, va reșeza. Ca pacient treci printr-un proces amplu de abandonare în fața unui necunoscut care va modifica structura ta fizică pentru totdeauna, de abandonare totală (pentru că vei fi inconștient), frica de anestezie (mă voi trezi?), frica de „cum voi fi după?“. Apoi vin tot felul de mini-frici: bani, medic, spital, bacterii, contextul în care mă operează, recuperare etc.

Pacientul are nevoie să se simtă înțeles, să îi fie înțeleasă empatic durerea, frica, situația în care este. Pacienții vor, de fapt, să fie salvați aici, acum, rapid, fără durere și să se întoarcă, dacă se poate, la viața lor. Terapeutul poate fi cel care însoțește pacientul în această tranziție către noua realitate, către noul fel de a fi.

Am observat că este diferită abordarea diagnosticului între femei și bărbați. Bărbații se mobilizează mai greu, cred mai greu, vor să creadă mai greu - nu le vine să creadă că ei, tocmai ei, sunt în această situație. Au o teamă de astfel de dureri chiar ceva mai mare uneori decât femeile. Vor să ascundă, să nu se știe. Ține probabil de modul în care au fost crescuți, educați în copilăria timpurie. Am observat faptul că bărbatul pacient oncologic este mai puțin dispus să își asume responsabilitatea pentru ce i se întâmplă. Este mai reticent să discute despre ce i se întâmplă și va ascunde mult din adevăratele trăiri. Cele pe care le are, de fapt, și care îi compun chimia corpului, un

pilon esențial în vindecarea lui. Femeile, în schimb, sunt mai receptive, mai maleabile, mai responsabilizabile. Mai dispuse să vorbească despre ce simt și ce nevoi reale au. Sunt mai dispuse să fie vulnerabile pentru vindecarea lor.

Cred că pe întreg parcursul acestui proces de tranziție este bine să îi oferim pacientului anumite ancore pe care să le folosească pentru a se ridica, a se inspira și a se mobiliza și responsabiliza pentru călătoria ce îl așteaptă. Acestea pot fi anumite meditații (aplicații precum Calm, Insight Timer), filme motivaționale precum *The Shift* sau *Eat, Pray, Love*; oameni inspiraționali pe care să îi urmărească, anumite cărți precum *Remisie Totală* etc).

Referințe bibliografice

James, R. K. (2016). *Crisis intervention*.

James, R. K., & Gilliland, B. E. (2012). *Crisis intervention strategies*: Nelson Education

Watson, M., & Kissane, D. W. (2011). *Handbook of psychotherapy in cancer care*: John Wiley & Sons.

CAPITOLUL 3
INTERVENȚIILE PSIHOLOGICE LA PACIENȚII
ONCOLOGICI CARE SE AFLĂ ÎN FAZA ACTIVĂ DE
TRATAMENT (MANAGEMENTUL PSIHOLOGIC
AL EFECTELOR ADVERSE)

PSIHOLOG. DR. FLORINA POP, INSTITUTUL
ONCOLOGIC "PROF. DR. I. CHIRICUȚĂ" CLUJ

OANA HETEA, PSIHOLOG CLINICIAN,
PSIHOTERAPEUT LA CLINICA AMETHYST
RADIOTHERAPY CLUJ

COSMINA GRIGORE, PATIENT COACH

Introducere

Scopul principal al intervențiilor psihologice la persoanele care se află în faza activă de tratament este reducerea distresului afectiv asociat tratamentului și efectelor adverse ale acestuia și creșterea calității vieții pacienților.

Scopul psihologului clinician în cazul pacientului aflat în timpul tratamentului este de a construi o relație terapeutică ce să permită oferirea suportului emoțional în direcția reducerii trăirilor negative disfuncționale asociate bolii/tratamentului și sprijinirea gestionării adecvate a efectelor secundare ale tratamentului.

Obiectivele intervențiilor psihologice la pacienții aflați în faza activă de tratament

- Reducerea distresului afectiv asociat tratamentelor și efectelor secundare ale acestora;
- Creșterea aderenței la tratament;
- Reducerea distresului emoțional și a tulburărilor psihice comorbide afecțiunii neoplazice;
- Managementul durerii;
- Dezvoltarea factorilor protectivi pentru sănătatea mentală: autoeficacitate, locusul de control intern, acceptarea necondiționată a propriei persoane;
- Identificarea valorilor personale și a comportamentelor compatibile cu acestea;
- Stabilirea de scopuri și obiective viitoare.

Erorile cognitive întâlnite la pacienții cu neoplazii

- Gândirea dihotomică (boala este percepută fie ca vindecare totală, fie ca o condamnare la moarte, tratamentul este perceput fie ca util, fie ca inutil);
- Abstracțiunea selectivă: centrarea atenției asupra aspectelor negative, de exemplu asupra efectelor secundare ale tratamentului, ignorând totodată aspectele pozitive, cum sunt beneficiile tratamentului pe care îl urmează;
- Inferența arbitrară: extragerea concluziei că boala va recidiva în mod inevitabil, iar asta va conduce spre o evoluție negativă a stării de sănătate;
- Minimizarea beneficiilor tratamentului și maximizarea efectelor secundare ale acestuia;
- Gândirea emoțională: ignorarea dovezilor care arată o reducere a tumorii și o ameliorare a stării de sănătate și centrarea asupra gravității bolii;
- Etichetarea: atașarea unei etichete globale propriei persoane ca aceea de „invalid“, de „bolnav“.

Tehnici psihologice utilizate cu scopul managementului efectelor secundare ale tratamentului

(Holland et al, 2015; Redd, Montgomery, DuHamel, 2001)

1. Managementul contingențelor

Această metodă constă în utilizarea recompenselor sau a auto-recompensării, cu scopul creșterii aderenței /implicării/cooperării pacienților la tratament.

2. Distragerea atenției

Este o metodă care poate fi utilizată pentru a controla greața, durerea acută și stresul.

Constă în implicarea pacientului în activități/sarcini captivante, pe care le poate desfășura în timpul tratamentului (de exemplu în timpul ședinței de chimioterapie).

Printre activitățile utilizate în mod eficient pentru blocarea apariției efectelor secundare aversive, prin distragerea atenției, se număra: imageria dirijată - care poate să fie utilizată, de exemplu, în timpul ședinței de radioterapie.

3. Hipnoza

Hipnoza reprezintă o stare de concentrare care presupune focalizarea asupra unei singure idei sau stimul senzorial. Pacientul își va concentra atenția asupra unor gânduri sau imagini care nu au legătură cu sursa suferinței. Această metodă poate fi utilizată în controlul durerii (Holland et al., 2015), dar și cu scopul reducerii senzației de greață și în reducerea anxietății.

4. Desensibilizarea progresivă

Această tehnică presupune expunerea gradată a pacientului în imaginar sau in vivo la situația de care se teme, reducându-i-se astfel anxietatea. Stimulul condiționat se atașează cu un nou răspuns (relaxarea), incompatibil cu reacția anterioară (anxietatea). (David, 2012) Această metodă poate fi utilizată, de exemplu, cu scopul reducerii anxietății pacienților față de întreținerea și utilizarea gastrostomei sau pentru reducerea anxietății vizavi de procedurile medicale, de exemplu situația de iradiere (*vezi tehnica detaliată în anexe*).

5. Imagini emoționale

Metoda este utilizată în psihoterapia infantilă. Tehnica presupune povestiri personalizate pe care terapeutul le construiește împreună cu copilul. După stabilirea unei relații cu copilul, clinicianul determină eroul preferat al copilului și

apoi îi povestește o serie de întâmplări în care personajele principale sunt copilul și eroul acestuia. Copilul este încurajat să se imagineze pe sine fiind ajutat de eroul preferat, reușind împreună să stăpânească/să depășească situația de care se teme (de exemplu procedurile medicale).

6. Tehnicile de relaxare

Scopul tehnicilor de relaxare este de a învăța pacientul cum să stabilească o stare de relaxare profundă, care s-a dovedit utilă în reducerea durerii, a anxietății și pentru a facilita distragerea atenției.

O procedură de relaxare frecvent utilizată este trainingul (antrenamentul) autogen, (vezi tehnica detaliată în anexe).

7. Restructurare cognitivă

Intervențiile cognitive au rolul de a restructura gândurile/convingerile disfuncționale ale persoanei, care contribuie la emoții negative și la comportamente dezadaptative (vezi în Anexe Întrebări utilizate cu scopul restructurării cognițiilor iraționale).

Pacientul învață legătura dintre gânduri, emoții și comportamente. Apoi acesta este încurajat să identifice gânduri alternative funcționale care să conducă la emoții pozitive, respectiv la comportamente adaptative.

Exemple de tehnici cognitive (Leahy, Holland 2012, pp.310-316):

- Tehnica standardelor duble. De verificat dacă pacientul ar aplica și celorlalți propriul gând. De ce da? De ce nu?
- Atacarea auto-criticii. Pacientul este prins într-o buclă de autocritică tocmai din cauza propriei critici;
- Evaluarea dovezilor pro și contra unui gând irațional;
- Tehnica plăcintei - desenarea unui grafic în care să împartă responsabilitatea pentru eveniment;
- Examinarea factorilor atenuanți, reatribuirea. Există și alți factori cauzatori care ar trebui luați în considerare (de exemplu: provocare, anduranță, lipsa cunoștințelor, lipsa intenției/motivației, lipsa implicării celorlalți, dificultatea sarcinii, lipsa unui ghid clar)? În acest caz, ar putea pacientul reatribui responsabilitatea pentru cauză sau pentru o parte dintre factorii care au dus la această situație?
- Provocarea stilului de gândire absolutist;
- Reinterpretarea pozitivă (găsirea beneficiilor în situațiile negative); există vreo modalitate pozitivă prin care se poate interpreta comportamentul pacientului sau situația în care se află?

- Renunțarea la perspectiva catastrofică. De adresat pacientului întrebarea cu privire la motivul pentru care o anumite situație sau un anumit eveniment nu ar fi chiar atât de groaznic;
- Externalizarea ambelor laturi ale unui gând prin joc de rol;
- Derularea unui experiment – testarea de către pacient a unui gând prin angajarea într-un comportament prin care se poate dezbate gândul respectiv;
- Examinarea „fanteziilor“ de care se teme pacientul; de solicitat pacientului să-și imagineze cel mai prost rezultat posibil la situația sau evenimentul discutat, cum ar gestiona situația și care ar fi comportamentele pe care le-ar putea controla dacă acel eveniment ar avea loc;
- Examinarea predicțiilor anterioare, a inabilității de a învăța din predicții greșite și a profețiilor care s-au împlinit. De solicitat pacientului să își amintească predicții care nu s-au adevărit; a reușit pacientul să realizeze că aceste predicții sunt distorsionate? S-au transformat aceste predicții în profeții care s-au adevărit?
- Testarea predicțiilor. Solicitarea ca pacientul să conceapă o listă cu predicțiile unui eveniment din săptămâna următoare și monitorizarea de către acesta a rezultatelor;
- Formularea unui răspuns rațional (nou, mai rațional, mai adaptativ) la un gând;

8. Modelarea

Această metodă are ca scop însușirea unor strategii de coping eficiente prin vizionări de imagini/filmulețe cu persoane care au făcut față cu succes unor proceduri medicale. Implică prezentare de gânduri și sentimente pe care persoana/exemplul le experimentează, comportamente utile pentru a-și gestiona frica/distresul afectiv. Metoda este mai frecvent utilizată la copii.

De asemenea, pentru reducerea distresului afectiv al pacienților aflați în faza activă de tratament, pot fi utilizate:

Terapia centrată pe compasiune (Gilbert, 2011) - orientarea atenției asupra sentimentelor de blândețe, acceptare și grijă față de propria persoană. Compasiunea de sine se focusează pe deprinderea de a înțelege, empatiza, recunoaște și ierta (*vezi exemple de tehnici bazate pe compasiune în anexe*).

Terapia prin acceptare și angajament (acceptă-alege/decide și acționează) pune accentul pe acceptarea experienței trăite și pe încurajarea reducerii consumului de resurse cu evitarea sau cu negarea. Acceptarea va conduce la identificarea soluției și la angajarea în direcția schimbărilor necesare (*vezi în anexă „Metafora tigrului flămând“ - despre acceptarea posibilității că evitarea experiențelor s-ar putea să nu funcționeze - Hayes, 2013*).

Mindfulness - reprezintă procesul de concentrare deliberată a atenției asupra momentului prezent (aici și acum), într-un mod non-evaluativ.

Beneficiile tehnicilor mindfulness în cazul pacienților oncologici au fost evidențiate în numeroase studii, dintre acestea amintim (Xunlin, N., Lau, Y. & Klainin-Yobas, P 2020), Fernanda F. Zimmermann, Jennifer Jordan, Beverley Burrell, 2020), Zimmermann, F.F., Burrell, B. & Jordan, J. Patients, 2020), Shelley A Johns et al., 2020).

Printre tehnicile mindfulness se numără (*vezi tehnicile detaliate în anexe*):

- concentrarea atenției asupra respirației (timp de câteva minute) manifestând o atitudine non evaluativă față de gândurile care vor trece prin minte, lăsându-le doar să treacă și să își readucă atenția asupra respirației;
- conștientizarea unei acțiuni simple: este un exercițiu de explorare cu toate modalitățile senzoriale ale unui bob de strugure (sau un aliment la alegere);
- conștientizarea mersului: focusarea atenției timp de 10-15 minute pe senzațiile resimțite în timpul mersului (într-un spațiu liniștit), pe fiecare pas făcut, de la nivelul picioarelor și până la senzațiile resimțite la nivelul întregului corp;
- conștientizarea corporală: presupune „scanarea“ treptată a întregului corp și conștientizarea senzațiilor apărute, identificarea și destinderea zonelor încordate.

Terapia centrată pe soluții - are la bază explorarea resurselor de care dispune pacientul și pe baza acestora elaborarea de soluții funcționale.

Rezolvarea eficientă a problemelor - presupune identificarea problemei și stabilirea strategiilor pentru a o rezolva prin parcurgerea mai multor pași în direcția găsirii soluției optime:

- Circumscrierea/definirea problemelor și a scopurilor;
- Generarea soluțiilor;
- Evaluarea soluțiilor;
- Alegerea soluției optime;
- Planificarea;
- Revizuirea.

În concluzie, acest capitol prezintă intervenții psihologice specifice și detaliate care pot fi aplicate la pacienții oncologici aflați în faza activă de tratament cu scopul de a reduce distresul afectiv asociat tratamentului și efectelor adverse ale acestuia și creșterea calității vieții pacienților.

ANEXE:

Tehnica desensibilizării progresive

(tehnica a fost dezvoltată și promovată de Joseph Wolpe, citată în David, 2012, pp 217-218)

1. Se identifică stimulul anxiogen (de exemplu, înălțimea, în cazul fobiei de înălțime).
2. Stimulul anxiogen este gradat (de exemplu, gradația 1-etajul 1, gradația 2-etajul 2 etc), astfel încât, evaluat pe o scală de la 0 (stimulul neanxiogen) la 100 (stimulul extrem de anxiogen), fiecare gradație să nu depășească cu mai mult de 5 puncte evaluarea nivelului imediat inferior. Se fac aproximativ 15-20 de gradații, începând de la 0 până la 100.
3. Subiectul este învățat o tehnică de relaxare.
4. Pe fondul stării de relaxare, subiectului i se prezintă, în mod gradat, stimulul anxiogen, in vivo (real) sau in vitro (imaginar). Se începe cu prima gradație (etajul 1). Subiectul este expus timp de 10 secunde la acest stimul. Dacă reacția anxioasă nu apare (evaluarea pe care o face subiectul în această condiție, pe o scală de la 0 la 100, este 0 sau mai mică de 5), se trece la gradația 2. Dacă apare reacția anxioasă, atunci se fac următoarele operații:
 - a. se repetă prezentarea gradației 1, pe fond de relaxare. Dacă reacția anxioasă nu apare, se trece la gradația 2. Dacă reacția anxioasă apare, se trece la (b);
 - b. pe fond de relaxare se prezintă gradația 1, timp de 20 de secunde. Dacă reacția anxioasă nu apare, se trece la gradația 2. Dacă reacția anxioasă apare, se trece la (c);
 - c. gradația 1 se descompune în alte componente, mai puțin anxiogene (de exemplu, gradația 1a - la parter, gradația 1b - urc treptele către etajul 1etc);
 - d. se prezintă gradația 1a și secvențele se reiau.

Dacă desensibilizarea s-a realizat in vitro (în imaginar), spre sfârșitul terapiei ea trebuie transpusă in vivo (în realitate). Există o diferență de aproximativ 5 situații din cele ierarhizate între expunerea in vivo și expunerea in vitro, expunerea în imaginar devansând așadar expunerea in vivo cu 5 gradații.

Antrenamentul autogen

(procedură dezvoltată și promovată de Johannes Schultz, 1932, citat în David, 2012, pp.207-209):

Introducere:

1. Se prezintă tehnica, istoricul ei, aplicațiile sale;
2. Se alege o poziție confortabilă (cele mai indicate fiind culcat pe spate sau într-un fotoliu comod);
3. I se cere pacientului ca, pe tot parcursul exercițiului, să aibă o atitudine pasiv-contemplativă, așteptând ca răspunsul la sugestii să apară de la sine. Apoi, într-o ambianță liniștită, i se spune:
„Acum te rog să închizi ușor ochii și să respiri adânc de 2-3 ori;

Începi să fii calm și relaxat;

La început, încercând să te relaxezi, s-ar putea să-ți vină în minte mai multe gânduri decât erau înainte. Lasă-le să treacă; așa cum vin, așa pleacă;

O liniște plăcută te cuprinde;

Ești tot mai calm și mai relaxat.“

Exercițiul greutateii

„Acum te concentrezi ușor asupra mâinii drepte (sau stângi, în funcție de brațul dominant - se începe cu brațul dominant);

Mâna dreaptă începe să devină mai grea;

Mâna dreaptă este mai grea;

O greutate plăcută cuprinde mâna dreaptă;

Mâna dreaptă este grea;

Mâna dreaptă este grea ca plumbul;

Mâna dreaptă este grea ca un braț de statuie;

Mâna dreaptă grea. (Se repetă de 5-20 de ori);

(Se procedează identic pentru mâna stângă).

Brațele sunt grele, grele ca plumbul, ca niște brațe de statuie. (Se repetă de 5-20 de ori).

Acum te concentrezi ușor asupra picioarelor:

Picioarele încep să devină mai grele;

Picioarele sunt mai grele;

O greutate plăcută cuprinde picioarele;

Picioarele sunt grele;

Picioarele sunt grele ca plumbul;

Picioarele sunt grele ca niște picioare de statuie;

Picioarele grele. (Se repetă de 5-20 de ori);

Întregul corp este greu;

Greu ca plumbul;

Ești calm, relaxat;

Întregul corp este greu ca plumbul;

Ești calm, relaxat.“

Exercițiul căldurii

„Mâna dreaptă începe să devină mai caldă;
Mâna dreaptă este mai caldă;
O căldură plăcută cuprinde mâna dreaptă;
Mâna dreaptă este caldă;
Mâna dreaptă este caldă. (Se repetă de 5-20 de ori)
(Se procedează identic pentru mâna stângă).
Brațele sunt calde. (Se repetă de 5-20 de ori);
Picioarele încep să devină mai calde;
Picioarele sunt mai calde;
O căldură plăcută cuprinde picioarele;
Picioarele sunt calde;
Ești calm, relaxat;
Întregul corp este greu ca plumbul;
Brațele și picioarele sunt calde;
O liniște plăcută te cuprinde;
Ești calm, relaxat.“

Exercițiul cardiac

„Inima bate liniștit și ritmic.“ (Se repetă de 5-20 de ori).

Exercițiul respirației

„Respirația este adâncă și liniștită.“ (Se repetă de 5-20 de ori).

Exercițiul plexului solar

„Plexul solar este mai cald;
O căldură plăcută cuprinde plexul solar;
Plexul solar este cald. „(Se repetă de 5-20 de ori).

Exercițiul răcorii frunții

„O răcoare plăcută cuprinde fruntea;
Fruntea este răcorasă. (Se repeta de 5-20 de ori);
Ești calm, relaxat;
O liniște plăcută te-a cuprins;
Orice senzație neplăcută a dispărut;
Ești calm, relaxat.“

Exercițiul de anulare a stării autogene

„Respiri adânc, liniștit;
Te simți refăcut, ca după un somn lung, odihnitor;
Deschizi ușor ochii, te trezești;
Mișcă brațele și picioarele.“

Întrebări pentru restructurarea gândurilor automate

(Matuszczak-Świgoń, Walendowska, 2017)

Există un mod alternativ de a privi situația?

Care este cel mai rău lucru care s-ar putea întâmpla?

Care este cel mai bun lucru care s-ar putea întâmpla?

Ce se va întâmpla cel mai probabil?

Care este efectul gândirii în acest fel?

Ce aș spune unui prieten, dacă el sau ea ar fi în această situație?

Dacă prietenul meu ar ști că gândesc așa, ce mi-ar spune?

Mă învinovățesc pentru ceva asupra căruia care nu am avut influență?

Mi-am ignorat unele puncte forte sau pozitive în această situație?

Cum pot face față acestei situații?

Metafora tigrului flămând

(Hayes, 2013, p.77)

„Imaginează-ți că te trezești într-o dimineață și, chiar în fața ușii de la intrare, găsești un pui de tigru adorabil, care miaună. Desigur, îl vei lua pe „pisoiful“ acesta drăguț în casă, pentru a-l păstra ca animal de companie. După ce te joci puțin cu el, observi că nu se mai oprește din mieunat și realizezi că trebuie să îi fie foame. Îl hrănești cu niște carne tocată de vită, roșie și sângerândă, știind că asta le place tigrilor să mănânce. Faci asta în fiecare zi și, în fiecare zi, animalul tău mai crește câte puțin. În decurs de doi ani mesele zilnice ale tigrului tău se schimbă, de la resturi de hamburger la câte un antricot, iar apoi la jumătăți de vacă. În curând, micul tău animal de companie nu mai miaună atunci când îi este foame, ci te mârâie feroce, ori de câte ori consideră că este ora mesei. Micul tău animal de companie care era atât de drăguț s-a transformat într-o bestie feroce, incontrollabilă, care te va sfâșia, dacă nu primește ceea ce vrea.

Lupta ta cu suferința poate fi comparată cu acest tigru imaginar, pe post de animal de companie. De fiecare dată când întărești puterea suferinței tale, hrănind-o cu carnea roșie a evitării experiențelor, ajuți tigrul-durere să crească puțin mai mare și puțin mai puternic. Hrănirea sa în acest fel pare a fi un lucru prudent. Tigrul-durere mârâie feroce, spunându-și să îl hrănești cu orice vrea, altfel te va mânca pe tine. Totuși, de fiecare dată când o hrănești, ajuți durerea să devină mai puternică, mai intimidantă, să aibă și mai mult control asupra vieții tale“.

Tehnici psihologice bazate pe compasiune

(Gilbert, 2011, pp. 518-519, 699)

Redactarea unor scrisori pline de compasiune, pe care pacientul să și le adreseze sieși. Pacientul este încurajat să își imagineze latura lui blândă și înțelegătoare față de ceilalți, cum ar fi dacă ar manifesta grijă pentru cineva cum este chiar el. Atenția pacientului este îndreptată la calitățile pe care și-ar dori să le aibă sinele lui plin de compasiune. Nu contează dacă simte că este altfel, el să se concentreze asupra idealului pe care și-ar dori să îl atingă. Pacientul este încurajat să se gândească profund (câteva minute) la acest aspect, încercând să se conecteze cu acea parte „bună” din el.

În plus, acesta trebuie să se gândească la mesaje pe care i-ar plăcea să le audă și care l-ar ajuta. Scrisoarea trebuie să exprime receptivitate, compasiune la suferința și la nevoile pe care le are, empatie, acceptare față de propria persoană. Mai mult, scrisoarea poate să cuprindă și modalități de a face față provocărilor într-un mod funcțional.

Scrisoarea poate să fie redactată în timpul ședinței alături de pacient sau i se poate sugera să fie lăsat pentru cinci minute să scrie singur ori să o facă între două ședințe. Pacientului i se poate solicita să o citească el terapeutului, cu cât mai multă căldură posibil în vocea sa. Sau poate fi util să o citească chiar terapeutul, cu o voce calmă și cu cât mai multă căldură în inflexiunea vocii, dar cât mai natural.

O altă tehnică utilă bazată pe compasiune (Gilbert, 2011, p. 481) constă în păstrarea în minte de către pacient a gândurilor alternative, să țină ochii închiși și să își imagineze cât mai bine care ar fi sentimentele asociate cu aceste alternative. O dată ce un gând alternativ a fost acceptat ca rezonabil, să își imagineze alternativa cu sentimente de blândețe și căldură, astfel încât să poată experimenta alternativa ca fiind liniștitoare și utilă. Pacientului i se solicită să se concentreze asupra propriei respirații timp de o clipă și să se relaxeze, iar apoi să evoce în minte gândul/ideea/interpretarea alternativă cu înțelegere și căldură. Apoi, terapeutul îi vorbește pacientului cât mai încet, calm și liniștitor posibil, încercând astfel să activeze sistemul de alinare și să îl codifice în acea alternativă.

„Imaginează-ți că cineva căruia într-adevar îi pasă de tine stă de vorbă cu tine. Sau imaginează-ți o parte din tine care este capabilă să manifeste blândețe și grijă – acea parte din tine pe care ai putea să o revelezi în fața unui copil sau a unei persoane la care ții și care este în suferință. Încearcă să te concentrezi asupra acestui sentiment și apoi, păstrându-l în minte, evocă gândurile tale negative și vorbește cu tine însuși cu căldură, orientându-te spre gândurile alternative. Concentrează-te mai puțin asupra cuvintelor sau încercării de a te convinge singur de existența alternativelor și fii preocupat mai mult de sentimentul căldurii din aceste alternative.” (Gilbert, 2011, p. 481)

Tehnicile Mindfulness

Concentrarea atenției asupra respirației (Kabat-Zinn, 2014, p.36)

„Încercați să vă observați respirația în timp ce inspirați profund și complet, și apoi în timp ce expirați complet, păstrându-vă mintea deschisă și liberă pentru acest moment, pentru această respirație. Abandonați orice idee de a obține ceva sau de a aștepta să se întâmple ceva. Atunci când observați că mintea vă rătăcește trebuie doar să reveniți la respirație, unind între ele momentele de atenție conștientă, respirație după respirație.“

Meditația realizată în timpul mersului (Stahl & Goldstein 2010, p.59, citat în Holdevici & Crăciun, 2015, p. 49)

„Rămâneți în picioare și observați cum se simte corpul vostru. Conștientizați poziția tălpilor pe sol. Conștientizați apoi mediul înconjurător, observând obiectele, persoanele din jur, ascultați zgomotele, sunetele, simțiți mirosurile și observați orice alte senzații. Conștientizați apoi gândurile care vă trec prin minte și emoțiile care le însoțesc și priviți-le ca atare, cu ochii minții.

Apoi conștientizați maniera în care pașiți, cum se lasă greutatea corpului de pe un picior pe altul. Pașiți liniștit, cu pași mari, resimțind atingerea fiecărei tălpi pe sol.

Observați cu atenție modul în care pașiți, modul în care se balansează brațele în timpul mersului. Faceți pas după pas, acordându-i toată atenția, pâna când ajungeți la capătul traseului pe care l-ați stabilit de la început și apoi întoarceți-vă, acordând atenție din nou fiecărui pas pe care îl faceți.“

Conștientizarea unei acțiuni simple (Stahl & Goldstein 2010, pp.18-19, citat în Holdevici & Crăciun, 2015, p. 39)

„Luați câteva boabe de struguri pe care le plasați în palma dreaptă. Dacă nu aveți la îndemână struguri, orice alt aliment ar putea fi utilizat. Imaginați-vă acum faptul că veniți de pe o altă planetă, unde nu există un asemenea fruct. Explorați cu toată atenția boabele de struguri, utilizând toate modalitățile senzoriale. Concentrați-vă asupra obiectului ca și cum nu ați mai văzut niciodată așa ceva. Priviți boabele cu toată atenția, observând ce culoare au, ce formă, în ce fel se reflectă lumina în boabele de struguri. Explorați textura, atingeți boabele cu degetele, simțiți atingerea cojii lucioase, remarcați dacă sunt calde sau reci.

În timp ce realizați acest exercițiu pot să vă vină în minte gânduri de tipul următor:

„De ce să fac un astfel de exercițiu? Mă enervează să îmi pierd timpul cu așa ceva.“

Conștientizați aceste gânduri, lăsați-le să se ducă și readuceți atenția la boabele de struguri.

Miroșiți boabele și duceți-le încet la gură, observând mișcarea firească a brațului atunci când vă pregătiți să gustați ceva. Introduceți boabele în gură și simțiți

contactul lor cu cerul gurii, cu limba, cu dinții. Mușcați din ele și sesizați gustul lor dulce-acrișor. Mestecați boabele de strugure și conștientizați prezența salivei, faptul că ele își modifică gustul. Remarcați tendința de a le înghiți, înghițiți-le și urmăriți traseul lor până în stomac.

Înainte de a încheia exercițiul, adresați-vă un gând de mulțumire pentru ca ați avut răbdarea și perseverența să realizați acest exercițiu.“

Conștientizarea corporală (Stahl & Goldstein 2010, pp.66-68, citat în Holdevici & Crăciun, 2015, pp. 50-51)

„Adoptați o poziție comodă, întinși pe spate sau șezând cu spatele drept. Acordați-vă câteva minute de liniște, relaxați-vă și adresați-vă în gând un compliment pentru că ați găsit timpul să practicați meditația.

Concentrați-vă atenția asupra propriului corp și constatați prezența senzațiilor corporale, a gândurilor și a emoțiilor. Poate că ați avut o zi agitată și acestea sunt primele momente de răgaz pe care vi le oferiți. Acordați atenție stărilor afective, fără a le judeca sau analiza. Trăiți, pur și simplu, momentul prezent.

Atunci când sunteți pregătit, concentrați-vă atenția asupra respirației. Observați cu atenție modul în care aerul intră și iese din plămâni în timp ce inspirați și expirați. Dacă atenția se abate de la respirație, conștientizați acest lucru și readuceți-o înapoi la actul respirator. Inspirați și expirați acordând toată atenția respirației.

Îndreptați apoi atenția asupra corpului și observați ce zone ale acestuia sunt încordate și lăsați-le să se destindă. Concentrați-vă și asupra gândurilor și stărilor afective.

Concentrați-vă apoi asupra piciorului stâng și simțiți contactul acestuia cu solul. Simțiți atingerea călcâiului pe sol, senzațiile din degete, talpă, gambă, genunchi, coapsă...

Concentrați-vă apoi asupra piciorului drept și conștientizați senzațiile care apar de la degete până spre coapsă, până la șold.

Conștientizați apoi toate senzațiile care apar în zona pelviană și lombară. Remarcați dacă vă vin în minte gânduri sau stări afective.

Concentrați-vă apoi asupra zonei abdominale, asupra zonei toracice, asupra organelor care asigură digestia, asupra plămânilor și inimii.

Scanați cu atenție spatele, coloana vertebrală, de jos până în zona gâtului.

Concentrați-vă apoi asupra brațului stâng și urmăriți senzațiile care apar la nivelul degetelor, palmei, antebrațului, umărului.

Faceți același demers de scanare a brațului drept, simțind toate senzațiile care apar de la degete până la umăr.

Concentrați-vă atenția asupra gâtului, cefei, bărbiei, maxilarelor, buzelor și limbii, nasului, obrazilor, ochilor, frunții, tâmpelilor până în creștetul capului.

Scanați apoi din nou corpul în totalitate, de la degetele picioarelor până la creștetul capului. Conștientizați corpul ca pe un tot unitar cu senzații corporale, emoții, gânduri. Ancorați-vă în prezent. Simțiți modul în care corpul parcă se dilată și se contractă odată cu fiecare inspirație și expirație.

Atunci când exercițiul se apropie de sfârșit, adresați-vă un gând de afecțiune și înțelegere pentru propria persoană și trimiteți și un gând de dragoste și pace tuturor celorlalți oameni.“

STUDIU DE CAZ: PACIENTĂ AFLATĂ ÎN FAZA ACTIVĂ DE TRATAMENT

(vezi structura anamneza în Anexe)

I. Informații despre pacient

Nume și prenume: L.R.

Pacientă în vârstă de 34 de ani, este căsătorită și are un copil

Evaluarea psihologică s-a realizat pe parcursul a trei ședințe, anterioare inițierii ședințelor de intervenție psiho-oncologică, cu o baterie de probe care a inclus: Interviul Clinic Structurat (SCID I), Interviul Clinic Structurat pentru Tulburările Clinice de Personalitate (SCID II), Profilul Distresului Afectiv (PDA), Scala de Depresie Hamilton (HRSD), Scala de Anxietate Hamilton (HRSA), Scala de Atitudini și Convingeri 2 (ABS 2), Scala Stima de Sine (SS), Chestionarul Gândurilor automate (ATQ), Chestionarul de Acceptare Necondiționată a Propriei Persoane (USAQ), Chestionarul Schemelor Cognitive Young (varianta scurtă - YSQ – S3).

II. Obiectivul psihodiagnosticului și evaluării:

Evaluarea psihologică s-a realizat în scopul identificării stărilor psihologice de sănătate/boală, a mecanismelor psihologice de etiopatogeneză pentru a se realiza conceptualizarea clinică și stabilirea listei de probleme pentru care se va oferi asistență psihoterapeutică.

III. Istoricul și debutul simptomatologiei pacientei:

Pacienta s-a adresat cabinetului de psihologie solicitând o programare și ședințe de psihoterapie.

Pacienta acuză simptome de tristețe, cu diminuarea interesului și a plăcerii pentru activități care anterior îi făceau plăcere, insomnii, stare de îngrijorare în legătură cu evoluția stării de sănătate.

Aceste simptome au debutat când pacienta a fost diagnosticată cu cancer colo-rectal și de la acel eveniment a rămas marcată din cauza consecințelor fizice (investigații, internări, intervenție chirurgicală cu montarea colostomei) și psihice aferente acestui eveniment.

La data prezentării la cabinet pacienta urma ședințe de radioterapie.

Pacienta nu a mai avut niciodată un alt episod depresiv sau probleme de anxietate.

Nu există alte diagnostice clinice sau psihiatrice.

Diagnostic medical: Tumoră malignă la nivel rectal.

Evaluarea psihologică a vizat mai multe niveluri: subiectiv/emoțional, comportamental, cognitiv, psihofiziologic, de personalitate și relaționare interpersonală.

La data evaluării, rezultatele persoanei pe componentele evaluate erau:

1. Nivelul subiectiv/emoțional:

Componente evaluate:

Emoțiile negative funcționale; emoțiile negative disfuncționale; emoțiile pozitive.

Rezultate și interpretări:

SCID- I: simptome depresive prezente - stare de tristețe, apăsare, supărare, care depășește intervalul de două săptămâni; diminuarea interesului și a plăcerii pentru lucruri care înainte îi făceau plăcere;

SCID- I: elemente de anxietate generalizată prezente

- îngrijorare în legătură cu viitorul (profesional, medical, familial);
- elemente de anxietate socială prezente – evitarea întâlnirilor cu colegii, rușine în legătură cu modificările aspectului fizic (montarea colostomei și consecințele acesteia);

Scala de depresie Hamilton - 22: depresie moderată – simptome depresive de intensitate moderată;

Scala de anxietate Hamilton - 13: prezența simptomelor de anxietate psihică;

Scor total PDA - 89 – nivel foarte ridicat de distres emoțional;

Total emoții negative funcționale – 23 – cu un nivel mediu de emoții negative funcționale (tristă, tensionată, melancolică, îngrijorată, mâhnită etc);

Total emoții negative disfuncționale – 23 – cu un nivel mediu de emoții negative disfuncționale (nefolositoare, anxioasă, înspăimântată, deprimată, îngrozită, nervoasă, îndurerată etc);

Interviu clinic nestructurat: Dispoziția afectivă a persoanei este dominată de stări de tristețe și îngrijorare în legătură cu sănătatea, cu proiecții negative în legătură cu viitorul.

2. Nivel comportamental

Componente evaluate:

Comportamente adaptative; comportamente dezadaptative.

Rezultate și interpretări:

SCID-I:

- insomnie - în ultimele două săptămâni pacienta doarme aproximativ 4-5 ore pe noapte, cu dificultăți de inițiere și de menținere a somnului. În urmă cu cinci luni durata somnului era de aproximativ 7-8 ore pe noapte, fără treziri;
- anxietate socială – evitarea interacțiunii cu colegii, cu excepția prietenilor apropiați și a membrilor familiei;

Scala de depresie Hamilton – prezența insomniei, reducerea implicării în activitățile care îi făceau plăcere.

Interviul clinic nestructurat evidențiază prezența comportamentelor de evitare a stimulilor situaționali asociați cu situațiile traumatice din trecut (spitalul, persoanele cu afecțiuni similare, subiectele de discuție pe tema bolii de care suferă pacienta). Pacienta evită întâlnirile cu colegii și se limitează la familie și la câțiva prieteni foarte apropiați.

Comportamentele adaptative sunt reprezentate de respectarea programului zilnic de participare la tratament, rutina cotidiană în cadrul casei, întâlnirile cu membrii familiei și cu prietenii apropiați.

3. Nivelul psihofiziologic

Componente evaluate:

Agitație/lentoare psihomotorie; oboseală/fatigabilitate; dificultate de concentrare; stare de tensiune.

Rezultate și interpretări:

Pe durata interviului pacienta a manifestat o ușoară stare de lentoare psihomotorie, dar fără dificultăți de concentrare sau de reactualizare a anumitor informații cu referire la date precise. Aceste date observate sunt susținute și de rezultatele interviurilor clinice și a testelor administrate.

Scala de Depresie Hamilton: pacienta reclamă lentoare psihomotorie.

4. Nivelul cognitiv

Componente evaluate:

Gândurile automate negative; credințe iraționale; prezența/absența ideății suicidare; prezența/absența convingerilor referitoare la vinovăție și la valoarea personală.

Rezultate și interpretări:

SCID I:

- pacienta se consideră lipsită de valoare – „nu mai sunt ce am fost înainte de diagnostic, de montarea colostomei“ și sentimente de culpă față de propria persoană „dacă mă preocupam mai mult de mine și mergeam la investigații periodice, nu ajungeam în stadiul acesta“;
- fără ideăție suicidară activă sau pasivă.

ABS2 – scor general - 136 – un nivel ridicat de cogniții iraționale, cu un nivel mediu de pretenții absolutiste, cu un nivel foarte ridicat al devalorizării personale, un nivel mediu al toleranței scăzute la frustrare - LFT și un nivel ridicat al catastrofării.

Credințele evaluative ale pacientei sunt dominate de tendința de a se evalua pe sine în funcție de aspectul fizic, de gradul de funcționare și adaptare socială. Starea de sănătate precară, funcționarea și performanțele mai reduse, sociale și profesionale (din cauza concediului medical) determină o evaluare globală a propriei persoane ca lipsită de valoare, cerințe absolutiste rigide de la propria persoană și o toleranță foarte scăzută față de boală, față de ceea ce simte și felul cum arată. Pacienta se evaluează pe sine ca lipsită de valoare din cauza simptomelor depresive pe care le-a manifestat, ca o reacție la problemele de sănătate cu care se confruntă. Toleranța scăzută la frustrare și tendința de exagerare/catastrofare amplifică consecințele acestor reacții deoarece se consideră a fi incapabilă de a face față problemelor medicale (tolerarea efectelor secundare ale tratamentului, posibilitatea ineficienței tratamentului și apariția recidivei) și implicit problemelor de ordin profesional (de reintegrare la locul de muncă) și social (de relaționare cu colegii).

Chestionarul gândurilor Automate Negative (ATQ): scor 52 - pacienta are un nivel foarte ridicat al gândurilor automate negative („nu mă voi debarasa de povara asta“, „nu îmi vine să fac nimic“, „sunt dezamăgită de mine însămi“).

5. Nivelul personalității

Componente evaluate:

Acceptarea propriei persoane; schemele cognitive dezadaptative timpurii; trăsăturile de personalitate.

Rezultate și interpretări:

Rezultate SCIDII:

- ușoare elemente de personalitate de tip evitant (1 crt.): este inhibată în situații interpersonale noi, din cauza sentimentelor de inadecvare;
- ușoare elemente de personalitate de tip dependent (1crt): întâmpină dificultăți în luarea deciziilor curente în lipsa sfaturilor și susținerii celorlalți.

USAQ: scala de acceptare necondiționată a propriei persoane - 67 - sugerează o acceptare necondiționată foarte scăzută a propriei persoane.

Acceptarea necondiționată scăzută a pacientei se reflectă în dificultatea pacientei de a se accepta ca persoană valoroasă, chiar dacă poate suferi anumite pierderi, are slăbiciuni și vulnerabilități. Pacienta își stabilește valoarea personală în funcție de implicarea ei în evoluția stării de sănătate, de aspectul fizic și în funcție de modul în care reușește să controleze ceea ce simte. Reducerea activităților casnice și a celor profesionale au fost interpretate ca semn de slăbiciune și nu au fost acceptate de către pacientă.

Scala de Stimă de Sine (SS): scor 21 - nivel scăzut al stimei de sine. Pacienta se simte câteodată inutilă din cauza întreruperii activității profesionale (concediu medical) și a limitării responsabilităților casnice.

Rezultate YSQ-S3: Chestionarul schemelor cognitive timpurii Young (YSQ-S3) – **Chestionarul schemelor cognitive timpurii Young (YSQ-S3)** – la data evaluării existau scheme cognitive active, cu scoruri foarte ridicate pe vulnerabilitate, eșec, perfecționism, sacrificiu de sine, subjugare, negativism și scoruri ridicate pe schemele de instabilitate, izolare socială, dependență, inhibiție emoțională, exigență.

Interviu clinic nestructurat: Evenimentele aversive de viață pot activa, în anumite contexte, anumite structuri cognitive care determină interpretări specifice acestor situații și evenimentelor negative de viață prin care trece persoana. Aceste interpretări sunt responsabile de apariția nivelului de distres resimțit la nivel subiectiv de către persoana în cauză.

În cazul persoanei evaluate, evenimentele de viață prin care a trecut este posibil să fi activat anumite interpretări de genul „voi rămâne mereu cu această colostomă“, „nu voi mai fi ca înainte“, „cum mă voi descurca din punct de vedere socio-profesional“ (schema pe negativism și vulnerabilitate), „cum voi face față“, „ce vor zice ceilalți despre aspectul meu cu colostoma atașată“ (colegi, superiori, prieteni – schema de aprobare socială, subjugare), „nu îi mai pot ajuta pe ceilalți“ (schema pe sacrificiu de sine). Aceste interpretări determină apariția simptomelor negative de anxietate și depresie și le întrețin. Menținerea lor este susținută și de recuperarea grea și anevoioasă din punct de vedere fizic prin care trece persoana.

6. Aspectul relațional și de integrare socială

Componente evaluate:

Interesul pentru contactul social; performanța profesională și raportarea la această performanță; inițierea contactelor sociale; raportarea la persoane nefamiliare; asertivitatea.

Rezultate și interpretări:

În urma interviului clinic nestructurat reiese că pacienta are tendințe de izolare socială din cauza sentimentelor de rușine determinate de dificultățile cu care se confruntă (prezența colostomei și a caracteristicilor ei) și stigmatizarea bolii canceroase. Persoanele cu care interacționează sunt familia și câțiva prieteni apropiați. Are un interes scăzut spre inițierea contactelor sociale și spre menținerea acestora, deși în trecut pacienta declara că era o persoană dezinvoltă, cu mulți prieteni. În momentul de față comportamentul asertiv este ușor scăzut.

IV. Concluzii

În baza rezultatelor anterior prezentate se pot formula următoarele concluzii psihologice:

- episod depresiv major, de intensitate moderată, elemente de anxietate generalizată și socială;
- ușoare elemente de personalitate de tip dependent (1crt): întâmpină dificultăți în luarea deciziilor curente în lipsa sfaturilor și susținerii celorlalți;
- ușoare elemente de personalitate de tip evitant (1 crt.): este inhibată în situații interpersonale noi, din cauza sentimentelor de inadecvare (cauzate de colostomă).

Stresori psiho-sociali:

Stresori semnificativi pentru clientă:

Stresori psihosociali:

- boala tumorală cu o recuperare dificilă, spitalizările repetate, intervențiile chirurgicale (cu montarea colostomei) și ședințele de chimio și radioterapie.

Conceptualizare clinică:

Factori declanșatori ai patologiei pacientei: diagnosticarea cu tumoră malignă, investigațiile și intervențiile ulterioare, declanșează un episod depresiv major.

Factori favorizanți: reducerea activității sociale și profesionale.

Factori de menținere: investigații și tratamente însoțite de efecte secundare.

Factori predispozanți: personalitate cu note de tip dependent, cu o nevoie de suport din partea familiei (a soțului) în luarea deciziilor importante.

Factorii declanșatori interacționează cu starea de vulnerabilitate personală a pacientei, reprezentată de factorii predispozanți (structura sa de personalitate) și determină activarea unor scheme cognitive timpurii, care se manifestă prin cogniții iraționale evaluative din categoria trebuie absolutist, catastrofare, toleranță scăzută la frustrare, acceptare necondiționată scăzută și evaluare globală și a unor inferențe concluzive și predictive negative (gânduri automate negative).

Analiza gândirii iraționale a pacientei, în funcție de schemele cognitive activate, relevă următoarea structură a cognițiilor iraționale:

- *instabilitate:* „voi fi respinsă social din cauza colostomei“;
- *vulnerabilitate:* „nu îmi voi reveni niciodată „, „este groaznic dacă voi rămâne cu colostoma permanentă sau dacă boala va recidiva“, „este groaznic să traiesc cu colostomă“;
- *eșec:* „nu am fost capabilă să-mi îngrijesc sănătatea. Acum am ajuns o deformată, o handicapată“, „nu voi putea să mă reintegrez profesional și social“;
- *izolare socială:* „mă simt deformată și respingătoare“, „cei din jur abordează frecvent subiectul bolii mele“, „nu suport să fiu compătimită“;
- *nevoia de aprobare:* „colegii mei de muncă și chiar prietenii mă vor compătimi sau poate mă vor evita după ce vor afla că am colostomă“, „ar fi groaznic să fiu respinsă de cei din jur pentru că am colostomă“;
- *negativism:* „posibil ca tratamentele urmate să nu distrugă toate celulele maligne, iar boala să recidiveze“, „ar fi îngrozitor să recidiveze“.

Studiile de specialitate în domeniul psihologiei și psihoterapiei cognitiv-comportamentale arată că modul de interpretare și evaluare a unor evenimente negative determină apariția emoțiilor disfuncționale negative, în acest caz a simptomelor de depresie respectiv anxietate, a comportamentelor de evitare și izolare socială și implicit a suferinței psihice clinice – (*modelul stres-vulnerabilitate*).

Trebuie - exemple

Nu trebuia să fie atât de gravă situația încât să am colostomă.

Catastrofare - exemple

E groaznic să am colostomă, să controlez mereu scurgerile din ea, mirosul.

E groaznic să nu pot să ies de teamă să nu mă fac de rușine.

Toleranță scăzută la frustrare

Nu suport halul în care am ajuns.

Nu suport să nu am alternative, iar fără colostomă aș putea să mor.

Evaluare globală

Dacă voi rămâne cu colostomă permanentă eu nu mă voi putea suporta iar ceilalți mă vor ocoli.

V. Recomandări

În acest caz recomandăm: includerea pacientei într-un program de intervenție psihi-oncologică în scopul ameliorării simptomatologiei anterior menționate și creșterii capacității de adaptare a pacientei la realitatea cu care se confruntă.

VI. Intervenție

Lista de probleme:

1. Toleranță scăzută la acceptarea colostomei;
2. Evaluare negativă (nu pot să mă accept pe mine așa cum sunt – valoarea mea ca om depinde de felul cum mă simt și cum arăt);
3. Ingrijorare în legătură cu ineficiența tratamentelor, nevoia păstrării colostomei și apariția recidivei;
4. Teama de a fi respinsă social;
5. Anxietate socială și rușine în relația cu prietenii, colegii – comportament – izolare, retragere.

Cum pot fi ameliorate aceste probleme?

Restructurare cognitivă: examinarea logicii gândurilor, tehnica standardelor duble, tehnica plăcintei, analiza costuri-beneficii, interpretarea alternativelor, avocatul apărării, examinarea predicțiilor/a îngrijorărilor anterioare, distingerea posibilității de probabilitate.

Tehnici de relaxare (antrenamentul autogen, mindfulness), experimente comportamentale, psihoeducație.

Frecvența:

- Ședința 1-6 - 2x/săptămână;
- Ședința 7-14 - o dată pe săptămână;
- Ședința 15-16 - o dată la două săptămâni.

Ședințele 1-3:

- Construirea relației terapeutice, identificarea problemelor cu care se confruntă pacienta, normalizarea dificultăților și instalarea speranței, construirea listei de probleme și a obiectivelor terapeutice;
- Familiarizarea cu modelul cognitiv și cu procesul terapeutic;
- Completarea scalelor de depresie și de anxietate Hamilton;
- Discutarea rezultatelor testelor și educarea pacientei cu privire la tulburarea sa.

Ședințele 4-6:

- Restructurare ce vizează toleranța scăzută la frustrare (nu suport colostoma) și acceptare necondiționată (examinarea logicii gândurilor, analiza costuri-beneficii a prezenței și utilizării colostomei, tehnica standardelor duble, manifestarea compasiunii față de sine, evidențierea resurselor și a calităților cu ajutorul dialogului socratic);
- Restructurarea pe problema culpabilității (a contribuției) pacientei în dezvoltarea afecțiunii neoplazice (căutarea de dovezi pro și contra, tehnica plăcintei, analiza costuri-beneficii, interpretarea alternativelor);
- Continuarea restructurării pe cognițiile identificate anterior (evoluția stării de sănătate);
- Modificarea convingerilor legate de inutilitate: activarea comportamentală: programarea activităților și planificarea recompenselor cu preconizarea nivelului de plăcere;
- Intervenție în cazul insomniei - igiena somnului;
- Familiarizarea cu tehnicile mindfulness;
- Introducerea tehnicilor de relaxare (antrenamentul autogen, exercițiul greutății și al căldurii);

Ședințele 7-9:

- Continuarea restructurării cognitive pe problema culpabilității pacientei în dezvoltarea bolii tumorale (tehnica semantică, examinarea dovezilor, analiza costuri-beneficii, avocatul apărării, definirea termenilor, revizuirea asumptiilor);
- Evidențierea factorilor de risc în apariția recidivei și a rolului pacientei în procesul terapeutic (examinarea factorilor atenuanți, reatribuirea, examinarea logicii gândurilor, focusarea pe resurse, locusul de control intern - *Ce depinde de mine? Cu ce pot să contribui eu în evoluția favorabilă a stării de sănătate*);
- Restructurarea cognitivă pe catastrofare și trebuie absolutist, anxietate anticipatorie (renunțarea la perspectiva catastrofică, examinarea predicțiilor/îngrijorărilor anterioare, ameliorarea suprageneralizării, atacarea nevoii de siguranță, distingerea posibilității de probabilitate);
- Restructurare pe dificultatea de a rezolva probleme și pe incapacitatea de a lua decizii (optimizarea abilității de rezolvare de probleme – prezentarea și exersarea pașilor/structurii cu scopul soluționării unei probleme);
- Deoarece pacienta era convinsă că problemele cu care se confruntă au fost cauzate de acțiunile greșite făcute în trecut, pe care le va repeta din cauza necunoașterii unor variante alternative de soluționare a problemelor, am utilizat „tehnica analizei în lanț“.
- Am identificat, împreună cu pacienta, principalii pași care au condus la situația actuală (afectiv, fiziologic). Am desenat acest proces sub forma unui grafic în care pacienta a notat acțiunile (punctele cheie). Pentru că pacienta se temea de repetarea

comportamentelor indezirabile din trecut, ne-am oprit la fiecare punct din grafic și am căutat variante alternative de acțiune în cazul confruntării pe viitor cu aceleași situații. Pacienta a fost deschisă la ipoteza că dificultățile nu trebuie să ne prindă în plasa rutinelor repetitive și că există variante alternative funcționale.

Ședințele 10-14:

- Restructurarea cognitivă pe identificarea pacientei cu boala tumorală (etichetarea, tehnica semantică, examinarea dovezilor pro și contra acestor asumții). De citit capitolul 22 „The Big Story“, din cartea „The Happiness Trap“ de Russ Harris.
- Continuarea monitorizării activității și identificarea unor modalități plăcute de petrecere a timpului liber;
- Restructurarea cognitivă pe schema de perfecționism (*sunt incapabilă să fac totul la fel de bine ca înainte*);
- Abordarea autoevaluării negative a propriei persoane, stigmatizarea (în urma scăderii în greutate și a montării colostomei), examinarea standardelor sociale ale pacientei. Formularea unui răspuns rațional (nou, mai adaptativ).
- Pentru reducerea atitudinii autocritice a pacientei am utilizat „tehnicele de dezvoltare a compasiunii de sine“ (Gilbert, 2011) (focalizată pe capacitatea de a înțelege, empatiza, recunoaște și ierta). Am construit împreună cu pacienta cercul compasiunii (adaptat după Gilbert, 2005): sensibilitatea față de suferințe și nevoi, grija față de starea de bine, lipsa de atitudini critice, empatie, toleranță față de suferință și compătimire. Totodată, am identificat comportamente care se subsumează elementelor enumerate.
Mai mult, am utilizat imageria dirijată: imaginarea unui sentiment de blândețe către o persoană dragă, apoi același sentiment îndreptat spre propria persoană (cu scopul reducerii ostilității și criticii față de propria persoană).
- Dezvoltarea asertivității;
- Restructurare pe evitarea interacțiunilor sociale (de teama abordării întrebărilor legate de boala tumorală) (joc de rol cu schimb de rol, examinarea calității dovezilor: un jurnal al interacțiunilor, evaluarea opiniilor celorlalți. Creșterea frecvenței contactelor sociale pozitive (telefonice, online/zoom);
- Experiment comportamental - testarea gândurilor automate/convingerilor legate de evaluarea reacțiilor celorlalți (*toți vor vorbi despre boală și se vor uita ciudat la mine, mă vor respinge*).

Ședințele 15-16:

- Continuarea optimizării abilităților asertive și a celor sociale;
- Examinarea de către pacientă a simptomelor depresiv-anxioase anterioare și evidențierea de modalități de soluționare a posibilelor episoade care ar putea să apară în viitor. Evidențierea principalelor arii problematice pe care va continua să le abordeze după finalizarea terapiei;
- Pregătire pentru încheierea terapiei și prevenția recăderilor.

Rezultat final

La finalul intervenției psihologice simptomele depresiv-anxioase s-au remis. Pacienta nu a mai întrunit criteriile pentru un diagnostic clinic.

Intervenția Patient coach-ului:

Faza activă de tratament reprezintă o etapă cheie, care dictează de multe ori parcursul lui ulterior. Confruntat fiind cu toate aceste contexte noi, cu praguri diferite de durere, de disconfort, de respingere etc, de foarte multe ori se simte singur. Neînțeles. Judecat. Neacceptat. Lui însuși îi este greu să se accepte. Să se vadă. Da, se consideră diform, dizgrațios. Oamenii - i se pare - că se apropie din milă. Și respinge acest lucru violent sau, din contră, îl caută. Considerându-l, poate, singura formă de iubire de care este demn sau singura modalitate prin care poate obține iubire.

Faza activă de tratament ne arată multe despre pacient: tenebrele minții lui, arhitectura lui emoțională, gradul de flexibilitate, de reziliență, de responsabilizare, de toleranță, de deschidere și, mai presus de orice, personalitatea pe care o reflectă iminența morții. Această personalitate dată de modul în care se raportează el la moarte, ne va ajuta să înțelegem care sunt modurile în care putem acționa în ceea ce-l privește. Cât este de receptiv, de dornic să fie, de fapt, salvat, vindecat. Și, desigur, ne arată cu ce resurse să venim către el, în ce cantitate și cât de repede le poate procesa. Unii vor activa arhetipul supraviețuitorului, alții fuga în sănătate, alții vor alege să nu facă nimic și să lase totul în mâna medicilor, alții vor fi rebeli, se vor opune, alții vor considera cancerul „ca o răceală, trece și gata“. Am observat că această etapă ne ajută să înțelegem cu ce structură avem de-a face, cât și cum o putem modela și ajuta să se recalibreze.

Pacienții au, în sinea lor, dorința de a fi acceptați, iubiți așa cum sunt și, desigur, asigurați că vor fi salvați. În lipsa oricăreia din acestea vor somatiza. Este posibil însă ca, deși ei primesc acestea, emoțiile, gândurile, trăirile lor să fie atât de distorsionate încât să nu poată conștientiza adevărata realitate. Ei își vor crea o realitate mentală și este de văzut dacă vor dezvălui aceste convingeri sau când vor fi dispuși să facă asta. De ce? Pentru că le este greu să se accepte pe sine în noul context, este greu să ducă totul, este greu să trăiască această nouă realitate. Aceste structuri mentale sunt ridicate de întrebări care rulează cu viteză în mintea lor: de ce mie? Cum mă asigur că mă vindec? Cum să fie cancer dacă nu am simțit nimic, nu mă durea nimic? Cine mă va mai iubi? Cine va avea grijă de copilul meu dacă mor? Cine va mai vrea să facă sex cu mine? Ce fel de bărbat mai sunt fără o parte din creier/fără prostată/cu colostomă? Oare mâncarea aceasta îmi hrănește cancerul? Etc.

Este important să încurajăm pacientul să își permită să își imagineze o altă realitate: cea de după terminarea tratamentului. Aceasta va acționa ca o ancoră care îl va trage

mai departe. Grupurile de suport îl ajută să nu se mai simtă singur (deși bărbații sunt cel mai greu de adus la un grup suport, la terapie, la orice formă de întâlnire în care se pot simți vulnerabili), exemplele altor pacienți care au trecut prin situații similare, testimonialele lor, toate acestea îl vor ajuta să își reajusteze această realitate interioară pe care și-o va clădi. Îl vor ajuta să-și reajusteze convingerile.

În faza de tratament apare, am observat, „frica de simptom“. În funcție de tipul de cancer, această frică poate avea varii intensități. În special în cazul cancerelor care nu dau simptome specifice, al cancerelor silențioase, în care pacientul s-a simțit, cumva, trădat de propriul corp, apare această frică de simptom. „De ce simt asta? Ce înseamnă? Dacă se extinde? Dacă înseamnă că nu funcționează tratamentul?“ etc. Pacientul nu mai știe în ce anume să creadă: a fost o perioadă în care credea că este normal, sănătos chiar, dar cancerul creștea în el. Acum nu mai știe ce să creadă. În ce mesaj al corpului să creadă. El trebuie ajutat să navigheze printre aceste simptome, să le înțeleagă, să le trieze și să lucreze cu cele relevante.

Faza activă de tratament aduce multe schimbări în viața pacientului: unele pe care trebuie să le facă, unele pe care dorește să le facă și altele pe care refuză să le implementeze. Toate acestea îi vor crea o stare de confuzie dublată de efectele adverse ale tratamentului. Este important ca el să fie ajutat să înțeleagă că această etapă este transformatoare, dar că modul în care reacționează la anumite gânduri, stări, schimbări, nu îl definesc neapărat sau nu trebuie să îl definească neapărat pe termen lung.

Din câte am observat, cine este pacientul în faza de tratament și cine devine după, variază mult în funcție de gradul de responsabilizare, afecțiunea primită, motivele identificate pentru a trăi, iubirea față de ideea de a fi în viață și chiar rolul terapiei. Un pacient asistat emoțional, deștelenit emoțional, are mai multe șanse să capaciteze ceea ce a trăit, să digere corespunzător și să fructifice totul într-o viață de care să fie mândru.

Bibliografie:

- William H. Redd, Guy H. Montgomery, Katherine N. DuHamel (2001). Behavioral Intervention for Cancer Treatment Side Effects. *Journal of the National Cancer Institute*, Vol. 93, No. 11.
- Holland J.C.et al.,(2015). *Psycho-Oncology*. A Quick reference on the psychosocial dimensions of cancer symptom management. Oxford University Press.
- David, D (2012). *Tratat de psihoterapie cognitive și comportamentale*. Editura Polirom
- Syrjala KL, Chapko ME. Evidence for a biopsychosocial model of cancer treatment-related pain. *Pain* 1995;61:69–79.
- Leahy, R., Holland S.(2012). *Planuri de tratament și intervenții pentru depresie și anxietate*. Editura ASCR.
- Hayes S.C & Smith S.(2013) *Noua terapie prin acceptare și angajament*. Editura Polirom.
- Gilbert,P. Depresia (2011). *Psihoterapie și consiliere*. Editura Polirom.
- Kabat-Zinn, J. (2014). *Mindfulness zi de zi. Oriunde vrei să mergi, acolo ești deja*. Editura Herald, București.
- Stahl, B., Goldstein, E.(2010). *A mindfulness-based stress reduction workbook*. New Harbinger Publications.
- Xunlin, N., Lau, Y. & Klainin-Yobas, P (2020). The effectiveness of mindfulness-based interventions among cancer patients and survivors: a systematic review and meta-analysis. *Support Care Cancer* 28, 1563–1578.
- Fernanda F. Zimmermann, Jennifer Jordan, Beverley Burrell (2020).Coping with cancer mindfully: A feasibility study of a mindfulness intervention focused on acceptance and meaning in life for adults with advanced cancer, *European Journal of Oncology Nursing*.
- Zimmermann, F.F., Burrell, B. & Jordan, J. Patients (2020) Experiences of a mindfulness intervention for adults with advanced cancer: a qualitative analysis. *Support Care Cancer* 28, 4911–4921.
- Shelley A Johns et al. (2020) Mindfulness Training Supports Quality of Life and Advance Care Planning in Adults With Metastatic Cancer and Their Caregivers: Results of a Pilot Study. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*.

CAPITOLUL 4
EVALUAREA DEFICITELOR COGNITIVE ȘI A
DELIRULUI ÎN PATOLOGIA ONCOLOGICĂ.
CONSIDERAȚII PSIHOLOGICE DESPRE „EFECTUL
CHEMOBRAIN”

PSIHOLOG. DR. FLORINA POP, INSTITUTUL
ONCOLOGIC “PROF. DR. I. CHIRICUȚĂ” CLUJ

COSMINA GRIGORE, PATIENT COACH

În ceea ce privește patologia oncologică, cele mai frecvente tulburări care pot afecta funcționarea pacientului de zi cu zi sunt cele legate de delir și de efectul chemobrain.

În acest capitol voi face referire la informații de bază despre diagnosticul și modalitățile de gestionare a delirului, dar și câteva considerații psihologice esențiale despre efectul chemobrain, urmând ca la final să rezulte și o broșură dedicată pacienților.

Delirul este întâlnit frecvent în rândul pacienților cu patologie neoplazică cu atât mai mult în stadiile avansate ale bolii. Ne ajută să fim familiarizați cu diferitele caracteristici definitorii ale acestei afecțiuni și să avem informațiile valide necesare pentru a putea identifica și gestiona eficient această problemă.

Incidența variază până la 85% în cazul pacienților oncologici aflați în stadii terminale. (Breitbart & Alici, 2008; de la Cruz et al., 2015; Edelstein & Alici, 2017)

Criteriile acceptate sunt cele pe care le regăsim în *Manualul de diagnosticare și statistică a tulburărilor mentale, ediția a cincea* (DSM-5). Acestea au rămas relativ stabile în timp și includ o modificare a atenției și conștientizării (Criteriul A) care are loc într-un interval de ore până la zile, fluctuantă în severitate de mai multe ori în decursul unei zile (Criteriul B). Există, de asemenea, tulburări în alte aspecte ale stării mentale a pacientului, care pot include, dar nu se limitează la, afazie, amnezie, dezorientare, modificări vizuale și halucinații (Criteriul C). În cele din urmă, ar trebui să existe dovezi clinice că această prezentare este direct legată de o reacție fiziologică, inclusiv de sindroame de medicație sau de sevraj, spre deosebire de a fi cauzată de o afecțiune neurocognitivă preexistentă (Criteriile D și respectiv E) (Association, 2014).

Instrumentele utilizate pentru screening-ul delirului includ Metoda de evaluare a confuziei cu zece întrebări (CAM). CAM este disponibil într-un algoritm scurtat din patru elemente; există o versiune administrată de familie, denumită FAM-CAM, care face posibil ca familiile să depisteze delirul și, în cele din urmă, CAM-ICU a fost dezvoltat special pentru screening-ul delirului pacienților din unitățile de terapie intensivă, care nu pot vorbi. Scala de evaluare a delirului memorial (MDAS) este un instrument de evaluare utilizat în mod obișnuit pentru a monitoriza progresia delirului, dar poate fi folosit și pentru screening. (Edelstein & Alici, 2017; Fadul, Kaur, Zhang, Palmer, & Bruera, 2007)

Delirul direct cauzat de malignitate variază în prezentare, în funcție de locul și tipul tumorii. De exemplu, cancerul sistemului nervos central (SNC), fie primar, fie metastatic, poate provoca fluctuații ale stării mentale secundare creșterii edemului. Tratatamentul cancerului implică de obicei utilizarea agenților toxici, însoțită de medicamente paliative suplimentare pentru a gestiona efectele secundare ale tratamentului. Ambele tipuri de agenți necesită o monitorizare atentă a delirului. Clinicienii ar trebui să analizeze nu numai ceea ce ia pacientul în prezent, ci și orice medicație întreruptă recent, inclusiv reducerea bruscă a corticosteroizilor (care

poate duce la insuficiență suprarenală și dezechilibru electrolitic) și a psihotropelor asociate sindroamelor de sevraj.

Mai multe sechele hematologice ale cancerului pot duce la delir. Boala pulmonară și pancreatică a fost legată de rate mai mari de hipercoagulabilitate asociată cancerului, cunoscută și sub numele de sindrom Trousseau.

Tratamentul vizează în primul rând medicația specifică, dar și o anumită abordare non farmacologică.

Deși neurolepticele au făcut obiectul unor controverse, practica clinică obișnuită favorizează acum utilizarea lor și evitarea benzodiazepinelor. În timp ce antipsihoticele sunt adesea clasificate în funcție de momentul în care au fost introduse, cu medicamente mai vechi denumite antipsihotice de „primă generație“ sau „tipice“, distincția mai semnificativă implică afinitate și efect asupra receptorului dopaminei 2 (D2). Agenții cu o afinitate mai mare sau cu o potență ridicată au un antagonism mai vizat al dopaminei, despre care se crede că un exces este responsabil pentru alterarea senzoriului în delir.

Pe lângă utilizarea judicioasă a antipsihoticelor, Rețeaua Națională Comprehensivă a Cancerului recomandă măsuri nonfarmacologice pentru tratarea delirului. Acestea includ mobilizarea timpurie a pacientului atunci când este cazul; menținerea unui ciclu stabil zi-noapte, cu întreruperi nocturne limitate și activitate crescută în timpul zilei; utilizarea obiectelor care orientează temporo-spațial pacientul, precum ceasuri și calendare; instrumente limitate și prezența personalului pentru a asigura redirecționarea, în special peste noapte. În cele din urmă, pacienții și familiile sunt cel mai bine deserviți cu o abordare multidisciplinară. În timp ce echipa primară abordează starea de bază, serviciile psihosociale pot oferi educație membrilor familiei care asistă persoana dragă aflată în dificultate; serviciile pentru pacienți pot optimiza mediul pacientului, iar serviciile de consultanță psihiatrică, neurologică, psihologică și geriatrică pot oferi expertiză suplimentară.

În ceea ce privește delirul merită să reținem următoarele:

- 1.** Delirul rămâne una dintre cele mai răspândite comorbidități ale cancerului, totuși adesea nedetectată.
- 2.** Adoptarea unei abordări multidisciplinare pentru identificarea și tratarea cauzei fiziologice a delirului, menținând în același timp obiectivele generale ale îngrijirii, poate scurta cursul delirului și poate atenua suferința pacientului.
- 3.** Utilizarea atentă a antipsihoticelor rămâne standardul de aur pentru tratamentul suferinței asociate delirului și a tulburărilor de comportament la pacienții care nu au răspuns suficient la măsurile nonfarmacologice.

O altă problemă extrem de frecvent întâlnită este efectul de chemobrain. De cele mai multe ori atunci când ne raportăm la deficite cognitive ne gândim la această consecință cauzată de tratamentul oncologic. Cercetările au examinat schimbările

cognitive într-o varietate de tipuri de cancer (în primul rând cancer de sân, dar din ce în ce mai multe tipuri de cancer - de colon, prostată și hematologice) și pe o varietate de tratamente (chimioterapie standard și cu doze mari, cu transplant de celule stem, ablație endocrină/hormonală terapii și radiații locale). (Ahles & Root, 2018)

Studiile sugerează că majoritatea pacienților suferă modificări cognitive (probleme de atenție, concentrare, memorie și multitasking) în timpul tratamentului activ din cauza mai multor factori, senzație cuprinsă în general de rău, anemie, greață, tulburări de somn, utilizarea medicamentelor sedative și/sau a steroizilor pentru controlul efectelor secundare, stresului/anxietății etc. Un număr semnificativ de pacienți raportează o îmbunătățire a funcției cognitive după încheierea tratamentului primar pe măsură ce alte efecte secundare ale tratamentului se rezolvă, deși îmbunătățirea poate fi treptată, apărând în decurs de unu până la doi ani. Principala preocupare clinică este că un subgrup de supraviețuitori (estimările variază, dar este probabil să fie în intervalul 20-30%) demonstrează doar recuperarea parțială și raportează modificări cognitive persistente până la 20 de ani după tratament. (Koppelmans et al., 2012)

Cele mai frecvente disfuncții auto-raportate la supraviețuitorii cancerului includ distragerea atenției, uitarea și dificultăți de atenție, multitasking și găsirea cuvintelor.

Studii mai recente pe eșantioane mai mari confirmă descoperirile anterioare, cu rate de disfuncție cognitivă auto-raportate care variază între 37% și 58% la șase luni după tratament. (Janelsins et al., 2017)

Reabilitarea cognitivă implică formarea specifică și/sau psihoe-ducția referitoare la modul de a gestiona deficiențele lor cognitive. Antrenamentul cognitiv implică practicarea regulată a abilităților în încercarea de a restabili atenția, viteza psihomotorie, memoria și/sau funcționarea executivă (se face tot mai mult cu software-ul computerului). Gestionarea deficitelor cognitive include învățarea supraviețuitorilor să (A) facă pauze în timpul activităților cognitive pentru a face față oboselii cognitive; (b) planificarea și organizarea timpului și (d) utilizarea strategiilor de folosire a calendarelor, agendelor ș.a.m.d. Educația despre funcționarea creierului, deficitelor cognitive și implicațiile acestora pentru activitățile instrumentale ale vieții de zi cu zi este, de asemenea, o parte esențială a reabilitării cognitive. Intervenții individuale (Ferguson și colab. 2012) și intervenții de grup (Ercoli și colab. 2015) s-au dovedit promițătoare în îmbunătățirea scorurilor la testele neuropsihologice ale memoriei și funcției executive și la auto-raportări ale problemelor cognitive și ale interferenței cu activitățile zilnice. Există și anumite programe care pot fi utile și care au fost folosite în studii precum (Brain HQ de la Posit Science) și software-ul Lumosity (Kesler et. al. 2013a; Poppelreuter și colab. 2009, Von Ah și colab. 2012).

Tratamentele cu metilfenidat și, mai recent, cu modafinil au fost studiate în cazul deficitelor cognitive întâlnite la pacienții oncologici. Metilfenidatul a fost aprobat pentru tratamentul simptomelor atenționale și a tulburării deficitului de atenție prin acțiunea sa de stimulant ușor al SNC. (Berridge & Devilbiss 2011; Hannestad și colab. 2010) Alte tratamente farmacologice includ memantina și estradiolul. Blocuri de memantină N - metil- D -v receptori de aspartat (NMDA) - o subfamilie de glutamat implicată pe larg în funcționarea creierului. Memantina (20 mg/zi) a produs efecte modeste ca tratament farmaceutic pentru deficiturile cognitive la pacienții care primesc radioterapie cerebrală integrală, inclusiv supraviețuitoarelor cu cancer mamar.

Din punct de vedere psiho-oncologic ne ajută să furnizăm o psiho-educație corectă pacienților oncologici și aparținătorilor acestora. Informația referitoare la anumite aspecte îi poate ajuta în tot ce înseamnă procesul de adaptare psihologică.

Ilustrarea pacient coach-ului

În ceea ce privește efectele tip „chemobrain“ este necesară multă răbdare. Pacientul, deja obosit psihic, se confruntă acum cu o stare care îl frustrează și confuzează totodată, care este urmare a unui tratament menit să îl vindece, dar care, iată, îi alterează gândirea și modul în care se raportează la lume și la sine. Claritatea în gândire, așezarea mentală, liniștea sufletească, un corp cu chimie bună, sunt greu de dobândit chiar și pentru o persoană sănătoasă. Pentru un pacient oncologic este însă cu atât mai greu. El a trecut și trece printr-o pădure de mangrove de stări, de feluri de a fi, de întrebări, unele fără răspuns, el trăiește în incertitudine și învață să supraviețuiască așa, simte că nu se mai poate baza pe propriul creier, pe propria minte, uită, se simte trădat de sine însuși. Îi este greu să își găsească stabilitatea, iar stabilitatea, siguranța, bucuria, viața însăși par să-l fi abandonat. Răbdarea. Răbdarea este necesară. Răbdarea care insuflă blândețe. O răbdare care să îl îmbrățișeze ca o mamă care știe, care își protejează puiul, care îl înțelege și care îl învață să facă primii pași. Pacientul cu chemobrain este asemeni unui copil care învață să meargă. Nu înțelege exact, uită și trebuie să îi tot repeți. El va învăța, alături de terapeut, că este o etapă care va trece, care poate va lăsa urme, dar care cu siguranță nu va mai avea aceeași intensitate. La pacienții care repetă chimioterapia, care știu deja cam ce îi așteaptă, trăirile se amplifică, iar răbdarea noastră, ca echipă care stă alături de cineva care trece prin cancer a doua oară, a treia oară, trebuie să fie mult mai mare. Este greu de înțeles un pacient în întreg ansamblul vieții lui. Este greu și pentru el să se înțeleagă, de aceea este important să avem răbdare și să dezvoltăm o relație cu el fără să alimentăm gândul/sentimentele care ne încearcă în ceea ce privește viitorul lui, asupra căruia nimeni nu poate oferi o certitudine.

În ce privește delirul la pacienți, delirul generat de trauma prin care au trecut, de medicație sau efectele adverse ale acesteia, cred că este esențial să nu uităm de nevoia de demnitate. Vorbim despre un corp cu un nivel foarte ridicat de toxicitate,

despre o conștiință care deși poate a rămas intactă, îi este greu să se vadă pe sine și mai ales să se exprime. Pacienții știu, simt cumva iminența morții și simt nevoia de o ancoră, fie ea și delirul care să le dea sentimentul că nu se pierd pe sine, că viața nu i-a pierdut. Că îi găsește măcar în bucla aceasta pe care noi o numim delir. Demnitatea pe care le-o permitem în situațiile acestea cumplit de vulnerabile pentru corp, pentru minte și pentru suflet, este esențială. Empatie, compasiune, înțelegerea faptului că oricât am fi studiat, nu înțelegem. Nu înțelegem exact ce înseamnă să ai întregul metabolism blocat în urma administrării unui medicament menit să îți ia durerea, dar care, iată, te trimite într-o lume în care te lupți cu fracții de conștiință distorsionate. Cum putem înțelege asta? Cum altfel decât permițându-i pacientului să trăiască această etapă cu demnitate, fiindu-i alături atât cât și cum putem, interacționând cu compasiune cu el și încercând, cumva, să interacționăm cu el - câteodată cu ce a mai rămas din el - și îndeplinindu-i unele rare dorințe pe care le mai are.

Boala avansată este o etapă dificil de gestionat atât pentru familie, cât mai ales pentru pacientul care înțelege în ce situație este (chiar dacă apoi reintră în delir). Terapia, suportul psihoemoțional, descifrarea trăirilor, traducerea lor către familie, toate, toate sunt importante.

Referințe bibliografice

- Ahles, T. A., & Root, J. C. (2018). Cognitive effects of cancer and cancer treatments. *Annual review of clinical psychology*, 14, 425-451.
- Association, E. D. (2014). The DSM-5 criteria, level of arousal and delirium diagnosis: inclusiveness is safer. *BMC medicine*, 12(1), 141.
- Berridge, C. W., & Devilbiss, D. M. (2011). Psychostimulants as cognitive enhancers: the prefrontal cortex, catecholamines, and attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biological psychiatry*, 69(12), e101-e111.
- Breitbart, W., & Alici, Y. (2008). Agitation and delirium at the end of life. *Jama*, 300(24), 2898-2910.
- de la Cruz, M., Fan, J., Yennu, S., Tanco, K., Shin, S., Wu, J.,... Bruera, E. (2015). The frequency of missed delirium in patients referred to palliative care in a comprehensive cancer center. *Supportive care in cancer*, 23(8), 2427-2433.
- Edelstein, A., & Alici, Y. (2017). Diagnosing and managing delirium in cancer patients. *Oncology*, 31(9).
- Ercoli, L., Petersen, L., Hunter, A., Castellon, S., Kwan, L., Kahn-Mills, B.,... Ganz, P. (2015). Cognitive rehabilitation group intervention for breast cancer survivors: results of a randomized clinical trial. *Psycho-Oncology*, 24(11), 1360-1367.
- Fadul, N., Kaur, G., Zhang, T., Palmer, J. L., & Bruera, E. (2007). Evaluation of the memorial delirium assessment scale (MDAS) for the screening of delirium by means of simulated cases by palliative care health professionals. *Supportive care in cancer*, 15(11), 1271-1276.
- Ferguson, R. J., McDonald, B. C., Rocque, M. A., Furstenberg, C. T., Horrigan, S., Ahles, T. A., & Saykin, A. J. (2012). Development of CBT for chemotherapy-related cognitive change: results of a waitlist control trial. *Psycho-Oncology*, 21(2), 176-186.
- Hannestad, J., Gallezot, J.-D., Planeta-Wilson, B., Lin, S.-F., Williams, W. A., van Dyck, C. H.,... Ding, Y.-S. (2010). Clinically relevant doses of methylphenidate significantly occupy norepinephrine transporters in humans in vivo. *Biological psychiatry*, 68(9), 854-860.
- Janelins, M. C., Heckler, C. E., Peppone, L. J., Kamen, C., Mustian, K. M., Mohile, S. G.,... Young, K. L. (2017). Cognitive complaints in survivors of breast cancer after chemotherapy compared with age-matched controls: an analysis from a nationwide, multicenter, prospective longitudinal study. *Journal of clinical oncology*, 35(5), 506.
- Kesler, S., Hosseini, S. H., Heckler, C., Janelins, M., Palesh, O., Mustian, K., & Morrow, G. (2013). Cognitive training for improving executive function in chemotherapy-treated breast cancer survivors. *Clinical breast cancer*, 13(4), 299-306.
- Koppelmans, V., Breteler, M., Boogerd, W., Seynaeve, C., Gundy, C., & Schagen, S. (2012). Neuropsychological performance in survivors of breast cancer more than 20 years after adjuvant chemotherapy. *Journal of clinical oncology*, 30(10), 1080-1086.
- Poppelreuter, M., Weis, J., & Bartsch, H. (2009). Effects of specific neuropsychological training programs for breast cancer patients after adjuvant chemotherapy. *Journal of Psychosocial Oncology*, 27(2), 274-296.
- Von Ah, D., Carpenter, J. S., Saykin, A., Monahan, P., Wu, J., Yu, M.,... Weaver, M. (2012). Advanced cognitive training for breast cancer survivors: a randomized controlled trial. *Breast cancer research and treatment*, 135(3), 799-809.

CAPITOLUL 5
INTERVENȚIILE PSIHOLOGICE LA PACIENȚII
CU RECURENȚĂ A BOLII/ÎN STADIU
TERMINAL (PRINCIPII, TERAPIA DIGNITĂȚII,
GESTIONAREA DOLIULUI ANTICIPATIV ETC)

PSIHOLOG. DR. FLORINA POP, INSTITUTUL
ONCOLOGIC "PROF. DR. I. CHIRICUȚĂ" CLUJ

OANA HETEA, PSIHOLOG CLINICIAN,
PSIHOTERAPEUT LA CLINICA AMETHYST
RADIOTHERAPY CLUJ

Intervențiile psihologice la pacienții cu recurență sau cei aflați în stadiu terminal

În ceea ce privește pacienții cu recurență a bolii sau cei aflați într-un stadiu terminal, psihologul are rolul ca, prin *intervențiile* pe care le realizează, să le ofere pacienților strategii de gestionare a distresului și a durerii.

Rolul intervențiilor psihologice pentru managementul durerii este unul important prin: recunoașterea și modificarea factorilor psihologici care influențează experimentarea durerii: furie, teamă, sentimentul de abandon, pierdere personală, amintiri negative, depresie, conflicte interpersonale de durată, nerezolvate (McCowat, Fleming, Vibholm, & Dixon, 2019; Strasser, Walker, & Bruera, 2005; Syrjala et al., 2014).

Factorii psihologici relaționați cu durerea în cancer pot fi împărțiți în două categorii mari: *distresul psihologic și copingul durerii*.

Intervențiile psihosociale pentru îmbunătățirea modului în care pacienții cu cancer fac față durerii, pot fi grupate în două mari categorii: *hipnoza și metodele de imagerie dirijată și trainingul abilităților de coping*.

Hipnoza și metodele de imagerie dirijată au un rol important mai ales în managementul durerii. (Carlson et al., 2018; Facco, Casiglia, Zanette, & Testoni, 2018; Haddad et al., 2020; Wortzel & Spiegel, 2017)

Trainingul abilităților de coping este mai eficient în durerea cronică decât în cea acută.

Pentru a menține sau îmbunătăți **calitatea vieții** la pacienții aflați într-un stadiu avansat al bolii, e nevoie de o echipă multidisciplinară care să intervină specializat.

Problemele psihologice cu care se confruntă pacienții în această fază sunt numeroase. *Intervențiile* de care pot beneficia vizează *domeniile fizic, psihic, cognitiv și spiritual* (componente importante pentru calitatea vieții). (Grassi, Caruso, Sabato, Massarenti, & Nanni, 2015; Grassi & Travado, 2008; Warth et al., 2019; Warth et al., 2020)

Un element important îl constituie menținerea conectării la nivel social – relația cu soț/soție, copiii, prieteni – în cadrul căreia relația psihologului cu pacientul este una de facilitare a unei comunicări și suport perceput de către pacient – prin asistarea pacientului în menținerea speranței. Principalele domenii care contribuie la menținerea unei bune calități a vieții, în ciuda progresului bolii sunt: fizic, psihic, cognitiv și spiritual.

Scopul ședințelor de consiliere, de grup sau individuale, este de a permite pacienților exprimarea distresului emoțional, pentru a reduce manifestarea simptomelor; înțelegerea mai bună a durerii și experimentării acesteia; asistarea în rezolvarea unor probleme/conflicte neîncheiate, pregătirea pentru moarte; integrarea aspectelor emoționale cu îngrijorările privind sfârșitul apropiat al vieții.

Terapia dignității este o terapie de scurtă durată, dedicată și utilă în mod special în faza terminală.

Obiectivul este de a îmbunătăți calitatea vieții prin a încuraja pacienții să reflecteze la evenimentele memorabile din viața lor. Pentru pacient un sens al demnității înseamnă sentimentul de a se simți respectat sau demn de respect, dincolo de declinul fizic și psihologic pe care îl aduce boala. Acest tip de intervenție psiho-oncologică are beneficii multiple: susține starea de bine psihologică și spirituală a pacientului prin faptul că diminuează suferința și generează sens și scop; ajută pacientul să se pregătească pentru moarte având și confort în timpul cât a mai rămas; pentru membrii familiei este utilă în procesul doliului deoarece le poate rămâne un material valoros care să conțină trăirile și gândurile celor iubiți și decedați

Întrebările recomandate sunt următoarele:

1. Povestiți-mi despre viața dumneavoastră; în special despre momentele pe care vi le amintiți cel mai ușor sau pe care le considerați cele mai importante (dacă îi este dificil, atunci pacientul își poate imagina că se uită într-un album și vede povestea vieții sale în imagini; apoi e rugat să descrie, în cât de multe detalii își dorește, ceea ce selectează să împărtășească).
2. În ce moment al vieții v-ați simțit cel mai activ/mai bine?
3. Există diferite aspecte pe care vi le-ați dori să le cunoască familia sau unele pe care vreți să nu le uite?
4. Care considerați că sunt rolurile cele mai importante pe care le-ați avut în viață (rolurile din familie, rolul vocațional, rolul în comunitate)? Ce a făcut să fie acel rol atât de important pentru dumneavoastră și ce v-a făcut să realizați acel rol/acele roluri?
5. Care sunt lucrurile care vă mulțumesc cel mai mult atunci când vă gândiți la povestea vieții dumneavoastră? Cu ce obișnuiți să vă mândriți?
6. Există aspecte particulare pe care doriți să le transmiteți celor dragi sau aspecte pe care vreți să le readuceți în atenția lor?
7. Care sunt speranțele și dorințele pentru cei dragi?
8. Ce considerați că ați învățat despre viață și vreți să transmiteți și celorlalți? Ce sfat sau cuvinte de îndrumare vă doriți să transmiteți fiului/fiicei/soțului/soției/părinților sau celor dragi?

De asemenea, atunci când ne raportăm la pacienții aflați în stadii terminale este important ca specialiști să avem câteva linii directoare în ceea ce privește doliul anticipativ al membrilor familiei.

1. Identificarea semnelor de doliu anticipativ
2. Acordul persoanei pentru consiliere
3. Consiliere: suport ținut și informare pentru momentul decesului
4. Reevaluare după 2-3 ședințe
5. Reevaluare la 6 săptămâni pentru persoanele cu statut de risc
6. Consiliere individuală
7. Integrare într-un grup de suport

Greer et al. (2010, 2012, citat în Matuszczak-Świgoń, Walendowska 2017) au dezvoltat un protocol scurt CBT adaptat pentru tratarea tulburărilor de anxietate pentru pacienții oncologici aflați în stadiul avansat al bolii.

Terapia este scurtă, cuprinde șase până la șapte ședințe, în timpul cărora pacientul trece prin patru module:

1. Psiho-educație și stabilirea obiectivelor
2. Tehnici de relaxare
3. Gestionarea temerilor asociate cu boala
4. Planificarea activității

În primul modul (aproximativ o ședință) se discută experiența pacientului cu boala și cu tratamentul, dar se abordează și preocupările pacientului legate de boală. Pacienții își împărtășesc propriul mod de a înțelege simptomele anxietății în contextul bolii.

De asemenea, se analizează motivele pentru care doresc să urmeze psihoterapia și sunt invitați să enumere două sau trei obiective clar definite. În plus, sunt explorate potențialele obstacole care ar putea să stea în calea realizării lor.

Totodată, pacienții sunt familiarizați cu Terapia Cognitiv Comportamentală și cu modul în care CBT îi va ajuta la realizarea obiectivelor propuse.

În modulul doi (aproximativ o ședință) pacienții sunt ajutați să înțeleagă reacția acută la stres și mecanismul prin care simptomele fiziologice ale anxietății pot exacerba simptomele bolii și tratamentul acesteia. De asemenea, se urmărește dezvoltarea sentimentului de competență în a face față simptomelor somatice prin exerciții de respirație și training autogen.

Înainte de a utiliza tehnici respiratorii și de relaxare, pacienții ar trebui să solicite acordul medicului, pentru a se asigura că nu există contraindicații pentru terapie.

În modulul trei (aproximativ trei ședințe) pacienții sunt ajutați să își identifice gândurile automate și să distingă îngrijorările nerealiste și distorsionate de cele realiste. De asemenea, se urmărește însușirea de către pacienți a abilităților de gândire adaptativă prin utilizarea tehnicilor de restructurare cognitivă. Totodată, are loc identificarea și modificarea oricărui comportament de evitare, care pot interfera cu funcționarea pacientului sau cu tratamentul bolii.

În ultimul modul, patru, pacienții sunt ajutați să se adapteze la fluctuațiile de rezistență și la simptomele cauzate de boală și/sau de tratamentul acesteia. Se urmărește și oferirea de suport (educarea) pacienților în prioritizarea activităților zilnice și a celor care le oferă plăcere. Are loc planificarea activităților și determinarea ritmului realizării acestora (identificarea limitelor rezistenței lor) în funcție de prioritățile pacienților și de limitările lor fizice rezultate din boală și din tratamentul acesteia.

În concluzie, acest capitol vizează intervențiile specifice recomandate pentru pacienții aflați în etapa terminală a bolii. Scopul acestora este de a îmbunătăți pe cât posibil calitatea vieții și de a gestiona mai bine controlul durerii. În scop clinic și practic veți putea regăsi prezentate în detaliu structura și conținutul terapiei dignității, dar și un protocol de intervenție cognitiv comportamentală dedicat pacienților terminali care suferă de anxietate.

Le recomand specialiștilor și o lucrare detaliată pentru intervențiile dedicate pacienților terminali - *Individual meaning-centered psychotherapy for patients with advanced cancer: A treatment manual*: Oxford University Press, USA de Breitbart & Poppito, 2014

Referințe bibliografice:

- Carlson, L. E., Toivonen, K., Flynn, M., Deleemans, J., Piedalue, K.-A., Tolsdorf, E., & Subnis, U. (2018). The role of hypnosis in cancer care. *Current Oncology Reports*, 20(12), 93.
- Facco, E., Casiglia, E., Zanette, G., & Testoni, I. (2018). On the way of liberation from suffering and pain: role of hypnosis in palliative care. *Annals of palliative medicine*, 7(1), 63-74.
- Grassi, L., Caruso, R., Sabato, S., Massarenti, S., & Nanni, M. G. (2015). Psychosocial screening and assessment in oncology and palliative care settings. *Frontiers in psychology*, 5, 1485.
- Grassi, L., & Travado, L. (2008). The role of psychosocial oncology in cancer care. *Responding to the challenge of cancer in Europe*, 209.
- Haddad, F. G., Abboche, E., Mohanna, R., El Khoury, S., Eid, R., Lahoud, M. J.,... Kourie, H. R. (2020). The Opinion of Oncologists on the Practice of Hypnosis among Cancer Patients in Lebanon. *Complementary Therapies in Medicine*, 53, 102534.
- McCowat, M., Fleming, L., Vibholm, J., & Dixon, D. (2019). The Psychological Predictors of Acute and Chronic Pain in Women Following Breast Cancer Surgery. *The Clinical journal of pain*, 35(3), 261-271.
- Strasser, F., Walker, P., & Bruera, E. (2005). Palliative pain management: when both pain and suffering hurt. *Journal of palliative care*, 21(2), 69-79.
- Syrjala, K. L., Jensen, M. P., Mendoza, M. E., Yi, J. C., Fisher, H. M., & Keefe, F. J. (2014). Psychological and behavioral approaches to cancer pain management. *Journal of Clinical Oncology*, 32(16), 1703.
- Warth, M., Kessler, J., Koehler, F., Aguilar-Raab, C., Bardenheuer, H. J., & Ditzen, B. (2019). Brief psychosocial interventions improve quality of life of patients receiving palliative care: A systematic review and meta-analysis. *Palliative Medicine*, 33(3), 332-345.
- Warth, M., Koehler, F., Aguilar-Raab, C., Bardenheuer, H. J., Ditzen, B., & Kessler, J. (2020). Stress-reducing effects of a brief mindfulness intervention in palliative care: Results from a randomised, crossover study. *European Journal of Cancer Care*, e13249.
- Wortzel, J., & Spiegel, D. (2017). Hypnosis in cancer care. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 60(1), 4-17.
- Breitbart, W. S., & Poppito, S. R. (2014). *Individual meaning-centered psychotherapy for patients with advanced cancer: A treatment manual*: Oxford University Press, USA.
- Worden JW. Grief counseling and grief therapy: A handbook for the mental health practitioner: Springer Publishing Company; 2018.
- Badr H. Psychosocial interventions for patients with advanced cancer and their families. *American journal of lifestyle medicine*. 2016;10(1):53-63.
- Granek L, Ben-David M, Shapira S, Bar-Sela G, Ariad S. Grief symptoms and difficult patient loss for oncologists in response to patient death. *Psycho-oncology*. 2017;26(7):960-6.
- Greer J, Park E, Prigerson H, Safren S. Tailoring cognitive-behavioral therapy to treat anxiety comorbid with advanced cancer. *J. Cognitive Psychotherapy*. 2010; 24(4): 294-313(as cited in Joanna Matuszczak-Świgoń, Jagoda Walendowska (2017) *Psychoterapia* 181(2):5-20.)
- Greer J, Traeger L, Bemis H. A pilot randomized controlled trial of brief cognitive-behavioral therapy for anxiety in patients with terminal cancer. *Oncologist* 2012; 17(10): 1337-1345

CAPITOLUL 6
INTERVENȚIILE PSIHOLOGICE LA PACIENȚII
AFLAȚI ÎN REMISIE PARȚIALĂ / TOTALĂ
(PREVENIREA RECĂDERILOR DIN PUNCT DE
VEDERE EMOȚIONAL)

PSIHOLOG. DR. FLORINA POP, INSTITUTUL
ONCOLOGIC "PROF. DR. I. CHIRICUȚĂ" CLUJ

COSMINA GRIGORE, PATIENT COACH

Pentru pacienții aflați în remisie parțială/totală, intervențiile psihologului au ca scop general **continuarea procesului de autoîngrijire, prevenirea recăderilor din punct de vedere emoțional și reintegrarea socio-profesională.**

Cercetările arată că, pentru persoanele aflate în remisie totală, patru mari domenii sunt identificate ca preocupări persistente referitoare la adaptarea post-cancer: *efectele fizice târzii ale tratamentului medical, incertitudinea vindecării sau remiterii cancerului, probleme de cuplu, intimitate, reproducere, factori relaționați cu discriminarea la angajare.* (Denlinger et al., 2014; Dizon, 2009; Götze, Taubenheim, Dietz, Lordick, & Mehnert–Theuerkauf, 2019; Henderson, 1997; Koch et al., 2014; Mehnert, de Boer, & Feuerstein, 2013; Nekhlyudov et al., 2016; Stein, Syrjala, & Andrykowski, 2008)

În consecință, este important ca activitatea psihologului clinician cu persoanele care au supraviețuit cancerului (care se pregătesc să iasă din mediul spitalicesc/cele care revin la tratament periodic) să fie focalizată pe strategii de intervenție pentru aceste categorii de probleme relevante pentru supraviețuitori.

Tipurile de intervenții recomandate

Cu referire la aceste aspecte relevante pentru pacienții în remisie parțială/totală, *intervenția psihologului clinician* poate include: restructurare cognitivă, strategii de management al stresului, strategii de consiliere pentru carieră.

Continuarea procesului de autoîngrijire (pentru a-i ajuta pe cei care au probleme cu efectele fizice târzii ale tratamentului medical urmat) - vizează evaluarea de către psiholog a îngrijorărilor pacientului și educarea acestuia privind modul în care va putea menține o comunicare eficientă cu medicul curant și poate include: învățarea unor strategii eficiente de comunicare cu medicul (joc de rol); identificarea unor posibili factori cauzali care pot împiedica urmarea procesului de auto-îngrijire medicală după ieșirea din spital și modalități de coping activ și adaptativ pentru gestionarea fatigabilității și a fricii de recidivă.

Strategiile de management al stresului – pentru un coping eficient al fricii de recurență a bolii se poate include, cu succes, tehnica inoculării stresului, pentru controlul anxietății.

Restructurarea cognitivă – pentru a facilita identificarea unor posibilități multiple de a-și atinge scopurile în ce privește relația de cuplu, intimitate și/sau parenting – poate viza: diminuarea gândurilor negative, resemnificarea obstacolelor și a provocărilor, extinderea posibilităților luate în considerare; oferirea unei perspective realiste privind procesul de recuperare; încurajarea căutării de grupuri de suport, tehnici de rezolvare a problemelor; recunoașterea scopurilor legate de intimitate și cuplu, respectiv parenting.

Strategiile de consiliere pentru carieră - pentru a-i asista pe cei care pot întâmpina probleme de discriminare, la angajare merită luate în calcul: explorarea mediului muncii; dezvoltarea unui plan de carieră; informații despre abilitățile, aptitudinile, nevoile proprii; cunoașterea drepturilor legale, resurse ale comunității pe care pacientul pe poate accesa.

Cu scopul de a evidenția un protocol de intervenție psiho-oncologică complet (incluzând și prevenirea recăderilor din punct de vedere emoțional) redau mai jos un studiu de caz (publicat în Cognition, Brain, Behavior. 2016;20(4):225. Psychological Intervention throughout the Cancer Trajectory: A Case Report. Pop F, Iancu M, Lisencu C.)

STUDIU DE CAZ

Astfel că, pornind de la principalele recomandări din literatura de specialitate cu privire la intervenția psihologică în cazul pacienților oncologici, **obiectivul** este de a prezenta traiectoria intervenției psihologice pe parcursul tratamentelor medicale (intervenție chirurgicală, chimioterapie, radioterapie) și la un an de la finalizarea tratamentului oncologic pentru o pacientă cu cancer mamar.

I. Istoricul cazului

Date de identificare

Pacienta I.S. în vârstă de 41 de ani, de gen feminin, de profesie inginer în industria informaticii, se prezintă în cadrul Institutului Oncologic „Prof. Dr. I. Chiricuță” pentru intervenția chirurgicală în vederea realizării biopsiei cu scopul de a stabili un diagnostic legat de natura unui nodul palpabil la sânul stâng. A descoperit această problemă de sănătate în urmă cu două săptămâni, în condițiile unui examen ecografic de rutină (anuală). Pacienta este cea care solicită suport psihologic înainte de intervenția chirurgicală pentru mastectomie (la patru săptămâni după realizarea biopsiei). Pacienta este căsătorită și are un băiețel în vârstă de 11 ani.

Acuze principale

Pacienta se prezintă la psiholog înaintea intervenției chirurgicale acuzând emoții de frică extrem de intense, tristețe profundă asociate gândului legat de diagnostic, dar și tratamentului pentru cancer. Acuză și prezența unor stări de apatie, lipsă de interes, deprimare și neîncredere în propriile forțe. Are dificultăți de somn și nu mai are poftă de mâncare. Acuză și îngrijorări persistente legate de evoluția relațiilor familiale în timpul tratamentului oncologic „Mi-e frică să nu devin o povară pentru soț și întreaga familie, știu că nu am cum să mai fiu aceeași ca și până acum și

poate la un moment dat soțul mă va părăsi“. Totodată, susține că se simte vinovată pentru acest diagnostic, din cauza nerespectării unui stil de viață mai sănătos.

Istoricul cazului

Primele simptome apar după palparea nodului la sânul stâng (în urmă cu două luni). Simte panică, frică intensă la gândul că ar putea fi un diagnostic malign. A început să se trezească tot mai des în timpul nopții fără să mai reușească să adoarmă ore întregi. Apoi, simțindu-se obosită, a început să evite tot mai multe activități plăcute, să se izoleze de ceilalți și să se preocupe de tot ce va însemna diagnosticul de cancer. Are scurte momente de apariție a unor simptome ca și accelerarea ritmului cardiac, intensificarea respirației, palpitații, amețeli, dificultăți de concentrare.

Simptomele emoționale pe care le acuză pacienta sunt legate de tristețe accentuată și stări de deprimare, iritabilitate accentuată, sentimentul de stigmatizare, frică intensă.

Simptome cognitive: consideră că trebuie să își îndeplinească în același mod ca și până acum rolurile de soție, de mamă și de fiică (trebuie absolutist), că ceea ce urmează să se întâmple nu va putea suporta (toleranță scăzută la frustrare), și că este groaznic să treacă prin toată această situație (catastroforare).

Simptome comportamentale: izolarea față de ceilalți, neimplicarea în activitățile pe care le-ar putea realiza. Se trezește frecvent noaptea. Se implică în activități spirituale. Citește mult despre problema cancerului, activitate care o face să catastrofazeze.

Simptome fiziologice: intensificarea respirației, probleme de concentrare, senzația de nod în gât, amețeli.

Stersori curenți: descoperirea nodulului, biopsia și intervenția chirurgicală pentru mastectomie.

Mecanisme de coping: în momentul în care îi revin gândurile legate de problema de sănătate, M. C. încearcă să își distragă atenția prin activitatea de a viziona emisiuni TV sau de a citi și altceva decât despre problema de sănătate.

Istoric psihiatric

Pacienta spune că nu a consultat servicii de sănătate mintală (psihologie sau psihiatrie), **ci că a ajutat-o tot timpul să fie un om activ și implicat în viața de zi cu zi.**

Istoric personal și social

I.S. provine dintr-o familie cu doi copii, în care ea este sora cea mai mare. Tatăl are probleme în ceea ce privește consumul de alcool, fiind prezent mai mult pasiv decât activ în familie. Mama în schimb alege să se implice doar parțial și doar cu strictul necesar, conform spuselor pacientei, fără a oferi un suport emoțional consistent.

Atât în copilărie cât și în adolescență și în viața adultă, pacienta se implică extrem de responsabil în toate activitățile care îi revin, uneori fără suport emoțional sau de altă natură din partea familiei. În facultate își cunoaște soțul, cu care descrie o relație de atașament anxios cu elemente de evitant din partea acestuia, fără să îi ofere prea mult sprijin emoțional.

Istoric medical

Nu a avut boli majore pe parcursul vieții. A acuzat migrene puternice încă de la vârsta de 16 ani care i-au afectat o bună parte din calitatea vieții, dar nu și alte afecțiuni majore care s-ar fi putut repercuta asupra sănătății mentale.

Status mental

Bine orientată, conștientă de problemele sale, cu o dispoziție depresivă și anxioasă.

Diagnostic DSM

Diagnosticul principal este de Tulburare depresivă de intensitate medie, episod unic. Persoana are manifestări de tip anxios fără a întruni criteriile pentru un diagnostic clinic. Nu s-au evidențiat probleme de personalitate.

II. Formularea/Conceptualizarea cazului

Factori precipitanți

Factorul principal responsabil de precipitarea instalării simptomatologiei este suspiciunea unui diagnostic malign. Acest eveniment a activat vulnerabilitățile lui I.S. (care a fost în tot istoricul personal o persoană activă și independentă) pe un fond de lipsă a energiei și slăbiciune, cauzate de problema de tip oncologic.

Examinarea afectivă, cognitivă și comportamentală actuală

Evaluarea psihologică a pornit de la un interviu semistructurat, care s-a axat pe întreaga istorie a vieții pacientei, cu accent pe ultimul stresor: diagnosticul de cancer. În urma interviului s-au evidențiat atât principalele linii directoare în alegerea testelor cu scopul evaluării dimensiunilor psihologice relevante, cât și în structurarea intervenției psihologice.

Probe utilizate în evaluarea psihologică

- 1. Termometrul distresului emoțional (DT)** este un instrument de screening atât al nivelului de distres emoțional, cât și al principalelor probleme de ordin practic, de familie, emoționale sau orice alte îngrijorări pe care un pacient cu cancer le poate experimenta. Acest instrument este recomandat de către NCCN (National Comprehensive Cancer Network).
- 2. Termometrele Emoționale (ET - Emotion Thermometers)** reprezintă o altă modalitate de măsurare a distresului oncologic. Aceste scale vizuale

(Mitchell, Baker–Glenn, Granger, & Symonds, 2010) au capacitatea de a măsura precis, prin cinci scale, reprezentate fiecare printr-un termometru: stresul, anxietatea, depresia, furia și nevoia de ajutor. Cele cinci domenii pot fi evaluate de către pacient printr-o scală Likert de 10 puncte (0-10).

- 3. Chestionarul de depresie BDI** este un instrument de auto-evaluare alcătuit din 21 de itemi, construit să măsoare severitatea depresiei la adulți și adolescenți cu vârsta peste 13 ani. Această versiune a inventarului (BDI-II) a fost realizată pentru evaluarea simptomelor corespunzătoare criteriilor de diagnostic pentru tulburările depresive cuprinse în Manualul de Diagnostic și Statistică a Tulburărilor Mentale – ediția a IV-a al Asociației Americane de Psihiatrie (DSM – IV, 1994).
- 4. Chestionarul COPE** ultima versiune, cu 60 de itemi, este un instrument cu auto-raportare utilizat pentru evaluarea strategiilor de coping elaborat de Carver, Scheier și Weintraub (1989). Chestionarul COPE vizează 15 forme de coping, care pot avea preponderent un caracter activ sau pasiv. Chestionarul cuprinde 60 de itemi (versiunea cu 60 de itemi), fiecare din cele 15 strategii de coping fiind evaluată prin patru itemi. Răspunsul poate fi pe o scală de la 1 la 4, în care: 1 - de obicei nu fac acest lucru, 2 – rareori fac acest lucru, 3 – fac uneori acest lucru, 4 – fac deseori acest lucru.
- 5. ABSs** reprezintă o măsură globală a iraționalității la vârsta adultă. Cei opt itemi ai scalei acoperă fiecare câte un tip de credință irațională sau rațională: pretenții absolutiste, catastrofare, toleranță scăzută la frustrare, evaluare globală negativă, preferințe, evaluarea nuanțată a caracterului aversiv al unui eveniment, toleranța la frustrare, acceptarea necondiționată a propriei persoane și evaluarea comportamentelor specifice. Scala are proprietăți psihometrice bune, fiind validată și adaptată pe populația din țara noastră.
- 6. Scala de dezvoltare a stresului posttraumatic (SRGS)**, construită de Park, Cohen, și Murch (1996) își propune să măsoare dezvoltarea determinată de confruntarea cu un eveniment negativ. Scala este compusă din 15 itemi, care evaluează perceperea dezvoltării post-traumatice pe dimensiunile menționate anterior. Scala cuprinde 15 itemi formulați sub forma unor afirmații ce vizează dezvoltarea personală în urma unui eveniment stresant. Itemii pot fi cotați pe o scală Likert cu trei trepte, unde 0 înseamnă „deloc de acord cu enunțul“, iar 2 înseamnă „în mare măsură de acord cu enunțul“. Scala are proprietăți psihometrice foarte bune (consistența internă pe varianta în limba română a scalei are valoarea de 85).
- 7. Interviu clinic** a scos în evidență manifestări de ordin anxios și depresiv, susținute și de termometrele emoționale. Metoda interviului a fost utilizată în toate etapele tratamentului cu scopul verificării dispoziției. În etapa de intervenție chirurgicală și tratament chimioterapeutic, interviul clinic semistructurat a fost

dublat doar de evaluarea prin intermediul termometrelor emoționale, datorită eficienței acestora și lipsei de timp. Restul scalelor (BDI, Chestionarul Cope, scala ABSs, scala SRGS) au fost utilizate în etapa de tratament radioterapeutic, respectiv în etapa de follow up.

Principalele nivele urmărite în evaluare au fost:

Nivelul afectiv (emoții funcționale/disfuncționale, emoții pozitive): a fost evaluat cu ajutorul interviului clinic semistrukturat și a termometrului distresului emoțional în etapa de intervenție chirurgicală și chimioterapie cu ajutorul Chestionarul de depresie BDI-II înainte de începerea tratamentului radioterapeutic.

Menționez faptul că în prima ședință a fost evaluat și riscul de suicid.

Nivelul comportamental (nivelul general al activității, comportamente disfuncționale) a fost evaluat cu ajutorul interviului clinic semistrukturat.

Nivelul cognitiv (sistemul de valori/scopuri, credințe funcționale și disfuncționale) a fost evaluat cu ajutorul scalei de convingeri și atitudini generale, forma scurtă ABSs și a interviului clinic semistrukturat.

Nivelul personalității a fost evaluat cu ajutorul SCID II.

Relațiile interpersonale și cele de familie au fost evaluate cu ajutorul interviului clinic semistrukturat.

Interpretarea rezultatelor obținute în urma interviului și a coterării scalelor.

Problemele evidențiate în cadrul interviului semistrukturat au fost cele legate de afectivitatea negativă, distresul emoțional, problemele legate de somn și anxietate.

Termometrul emoțional a evidențiat un scor de 10 la dimensiunile de distres emoțional, depresie, anxietate în momentul internării pentru intervenție chirurgicală, ceea ce semnifică un nivel clinic al dimensiunilor afective. La internarea pentru continuarea tratamentul chimioterapeutic scorul înregistrat la cele trei dimensiuni a fost de 7, iar la internarea pentru tratamentul radioterapeutic de 6. Scorul a scăzut la 0 la finalul tratamentul radioterapeutic pentru depresie și distres și 1 pentru anxietate, și s-a menținut timp de un an la nivelul de 0 pentru toate cele trei dimensiuni.

Scala Beck a evidențiat un scor de 21, ceea ce înseamnă o depresie de intensitate medie, fără risc suicidar. Însă în ceea ce privește acest scor, am ținut cont să diferențiez în cadrul interviului dacă problemele legate de apetit alimentar, scădere în greutate, fatigabilitate sunt relaționate cu tulburarea afectivă sau cu boala malignă și, mai exact, cu tratamentul aferent acestuia. Scorul este relaționat mai degrabă cu sentimentul de vinovație pe care îl are, datorită faptului că, nu a încercat să respecte un regim alimentar și un stil de viață extrem de echilibrat, dispoziției de tristețe și problemelor de somn.

Nivelul raționalității este unul mediu (scor 3), precum și nivelul iraționalității (scor 5) măsurate cu scala de convingeri iraționale, forma scurtă, ABSs. Nivelurile iraționalității și raționalității măsurate cu scala Abss sunt medii, evidențindu-se o ușoară biasare cognitivă la nivelul evaluării globale a propriei persoane.

La nivel relațional, problemele pe care le-a relevat interviul clinic sunt cele de relație tensionată cu părinții și partenerul de viață, probleme care par a fi legate și de un stil de comunicare agresiv din partea ambelor părți și implicare de tip pasiv în relație.

Evaluarea mecanismelor de coping cu ajutorul chestionarului B-Cope indică faptul că majoritatea acestora se înscriu în parametrii unui coping activ, adaptativ și funcțional. Singurul mecanism de coping disfuncțional care poate fi relaționat cu episodul depresiv este cel legat de autoînvinovățire.

La un an de la finalizarea tratamentului, evaluarea cu ajutorul scalei pentru dezvoltare posttraumatică a relevat un scor de 28, scorul maxim fiind de 30, ceea ce reprezintă o dezvoltare posttraumatică mare.

Aspecte pozitive ale subiectului

I.S. are ca și mecanism de coping implicarea în activități precum cititul (astfel încât se poate face apel la biblioterapie pe parcursul intervenției psihologice), religiozitatea și mecanisme de coping activ, adaptativ și funcțional.

III. Planul terapeutic

Lista de probleme

1. Stări frecvente de deprimare la gândul a ceea ce înseamnă viața ei în forma actuală;
2. Stări frecvente de îngrijorare/teamă legată de evoluția stării de sănătate, dar mai ales a efectelor adverse ale tratamentelor oncologice;
3. Probleme de somn;
4. Dificultăți de comunicare în familie;
5. Frica de recidivă;
6. Stări de îngrijorare persistentă legate de perioada post tratament oncologic.

Scopuri terapeutice

B1: Scopurile terapeutice pentru intervenția psihologică în perioada spitalizării pentru intervenția chirurgicală:

1. crearea unei imagini de ansamblu cu privire la întreaga istorie de viață a pacientului;
2. stabilirea încrederii relației terapeutice;
3. normalizarea reacțiilor emoționale;
4. prevenirea intensității recăderilor prin dezvoltarea unui plan de coping pentru perioada dintre externare și etapa următoare de tratament.

B2: Scopuri terapeutice pentru perioada de tratament chimioterapeutic:

1. menținerea cadrului terapeutic adecvat prin atenția acordată relației terapeutice și suportive;
2. diminuarea simptomelor anxioase și depresive prin managementul simptomelor cu ajutorul tehnicilor cognitiv comportamentale.

B3: Scopuri terapeutice pentru perioada de tratament radioterapeutic.

Planificarea intervenției psihologice

1. Intervenție psihologică de scurtă durată pe perioada spitalizării pentru intervenție chirurgicală.
2. Menținerea relației terapeutice prin background-ul suportiv oferit pe perioada dintre prima externare și internarea pentru tratamentul chimioterapeutic.
**obiectivele pentru primele două etape de tratament au fost de stabilizare a relației terapeutice, de oferire a suportului emoțional și de intervenție în situația de criză.*
3. Intervenția psihologică pentru controlul simptomelor ca efecte adverse ale intervenției chimioterapeutice.
4. Continuarea intervenției psihologice pe perioada spitalizării pentru tratamentul radioterapeutic (21 de ședințe de radioterapie pe perioada a patru săptămâni de internare).

A. Evoluția terapiei

Relația terapeutică a fost una de încredere încă de la prima ședință. I.S. a demonstrat deschidere și colaborare într-un timp foarte scurt, care s-a menținut pe toată perioada intervenției psihologice.

Procedura de intervenție

În primul rand, pe tot parcursul intervenției s-a avut grijă la oferirea și susținerea unei intervenții psihologice de tip suportiv.

În al doilea rand, *materialul informațional suport* pentru toată traiectoria intervenției psihologice a fost broșura *Coping with Cancer*, by Maggie Watson.

Procedura de intervenție a fost structurată astfel:

Două ședințe înainte de intervenția chirurgicală

Scopul principal al intervenției psihologice în acest stadiu a vizat reducerea distresului și oferirea de suport în ajustarea socială eficientă la stresorii cu care se confruntă, dar și menținerea unei calități a vieții la parametri normali. Studiile sistematice de meta-analiză au evidențiat faptul că informarea pacienților cu privire la procedurile prin care urmează să treacă reduce semnificativ distresul asociat cu procedurile respective și îmbunătățește recuperarea lor fizică și afectivă. În ceea ce privește pregătirea pentru proceduri medicale complicate și riscante pentru viața

pacientului, studiile clinice arată că o pregătire psihologică adecvată reduce nivelul anxietății resimțite de pacient și grăbește recuperarea asociată cu un număr mai mic de complicații. Anxietatea resimțită de pacient este scăzută cel mai mult în cazul în care pacientul primește informații atât despre procedura în sine, cât și despre ce urmează să simtă în timpul intervenției terapeutice. Trebuie să se țină cont de preferințele pacientului cu privire la cantitatea și tipul informației pe care dorește să o primească.

Tehnicile utilizate în cazul I.S. au fost cele de pregătire informațională psihologică pre operatorie, de autoreglare, respectiv tehnici de relaxare și hipnoză, în special pentru controlul efectelor adverse ale anesteziei de tipul durerii și senzației de greață.

- timp de **două ședințe după intervenția chirurgicală** rolul psihologului a fost unul de a oferi **suport emoțional**;
- **o ședință de stabilire a unui coping plan după externare** (oferirea unui CD cu o tehnică de relaxare - training autogen audio, broșura Coping with cancer de Maggie Watson, trei povești terapeutice, o pastilă psihologică sub formă de propoziții, șase propoziții, trei alese de către pacientă din tot ce crede că și-ar putea spune și ar ajuta în momentele de experimentare a emoțiilor negative intense și trei propoziții formulate conform principiilor intervenției de tip cognitiv comportamental, care au vizat toleranța la frustrare, catastrofarea și evaluarea globală);
- **patru ședințe din timpul chimioterapiei** s-au centrat pe managementul efectelor adverse ale tratamentului.

Pentru a-i ajuta pe pacienții cu cancer să facă față efectelor secundare ale tratamentului exista o serie de intervenții cognitiv comportamentale: distragerea cognitivă/atențională, hipnoza/imageria, training autogen de relaxare, imageria dirijată, restructurarea cognitivă cu eficiență dovedită, pentru a reduce efectele adverse provocate de tratament, cum sunt stările de greață și vomă, anxietate și distress, durere.

- **nouă ședințe în timpul tratamentului radioterapeutic** au fost structurate după modelul cognitiv comportamental

În cea de-a treia ședință din timpul tratamentului radioterapeutic, respectiv a 11-a întâlnire cu pacienta, s-a reluat conceptualizarea clinică și modelul cognitiv comportamental precum și re-educația pe acest model, plus partea de monitorizare a gândurilor și partea de activare comportamentală.

Ședințele 4-9 din timpul tratamentului radioterapeutic s-au axat pe următoarele aspecte:

- a. Controlul trăilor de tip depresiv pentru care a fost utilizată restructurarea cognitivă (cu focalizare pe acceptarea necondiționată a propriei persoane). De asemenea, în prima parte a intervenției s-a folosit activarea comportamentală cu scopul stimulării comportamentelor recompensate prin plăcere și convingeri de autoeficacitate.

- b.** Abordarea sentimentelor de vinovăție prin restructurări cognitive, cu focalizare pe ideea de greșeală, acceptarea imperfecțiunii, iertarea celuilalt și a propriei persoane (autocompasiune). Întrucât clienta era foarte receptivă la argumente de tip religios, au fost folosite pasaje din Biblie cu relevanța pentru problemele indicate. Ex. „Cum ar putea omul să fie fără vină înaintea lui Dumnezeu?“ (Iov 25:4) – indicând caracterul imperfect al tuturor, indiferent de strădaniile individului; „Pot să se mute munții, pot să se clatine dealurile, dar dragostea Mea nu se va muta de la tine și legământul Meu de pace nu se va clătina, zice Domnul, care are milă de tine“ (Isaia 54:10) – pentru abordarea conceptului de acceptare necondiționată a propriei persoane.
- c.** Controlul anxietății, îngrijorărilor persistente cu privire la posibilitatea unei recidive s-a apelat la restructurarea cognitivă pentru modificarea cognițiilor dezadaptative și a tendințelor de catastrofare și trainingul autogen pentru reducerea arousal-ului cronic.
- d.** Dezvoltarea comunicării asertive și a rezolvării de probleme - s-a folosit jocul de rol și imageria dirijată.
- e.** Prevenirea recăderilor din punct de vedere emoțional care s-a realizat în ultimele două ședințe ale intervenției psihologice din timpul tratamentului radioterapeutic s-a axat pe a relua în imagerie evenimentele și a le regândi prin prisma strategiilor pe care pacienta le-a învățat în terapie și realizarea unei liste cu potențiale probleme după externare și aplicarea strategiilor cognitive și de rezolvare de probleme pentru acestea.

Pacientei i s-a cerut **feedback** permanent prin completarea unui formular care a conținut următoarele întrebări:

- 1.** Ce simțiți că este important de reținut din ședința de astăzi?
- 2.** În ce măsură ați simțit astăzi că puteți avea încredere în psihologul dumneavoastră?
- 3.** A fost ceva ce v-a deranjat în legătură cu ședința de astăzi? Dacă da, ce anume?
- 4.** Ce anume nu v-ați așteptat să fie abordat și a fost abordat?
- 5.** Ce subiect ați vrea să vă asigurați că va fi abordat în următoarea ședință? (dacă este cazul).

Obstacole în terapie

Principalele obstacole în terapie s-au constituit din starea fizică de sănătate extrem de afectată pe perioada tratamentului chimioterapeutic datorită efectelor adverse ale tratamentului oncologic (vomă, greață, dureri musculare puternice). În acest sens, atitudinea terapeutică s-a orientat în primul rând spre relația terapeutică suportivă, iar pe urmă spre intervenție cognitiv comportamentală.

Rezultat final și Follow-Up

Intervenția s-a extins pe durata a 18 ședințe (patru ședințe în timpul intervenției chirurgicale, patru ședințe pe perioada tratamentului chimioterapeutic, zece ședințe pe perioada tratamentului radioterapeutic și o ședință la primul control medical de un an). La finalul intervenției psihologice problemele de deprimare și anxietate s-au remis astfel încât nu s-a mai pus problema întrunirii criteriilor pentru un diagnostic clinic (BDI-2, termometre 0 depresie și distres, 1 anxietate). Mai mult decât atât, la un an de la finalizarea tratamentului oncologic, pacienta a înregistrat scorul de 28 la scala de dezvoltare posttraumatică PTGS, ceea ce înseamnă nivel mare de dezvoltare posttraumatică.

Concluzii

Cazul prezentat pare a se înscrie din toate punctele de vedere în media a ceea ce poate însemna confruntarea cu un diagnostic de cancer mamar. Pornindu-se de la un nivel al distresului foarte ridicat în momentul intervenției chirurgicale (scor 10 la termometrul distresului), care a scăzut după intervenția psihologică fiind peste medie în timpul chimioterapiei (scor 7) și radioterapiei (scor 6). Problema afectivă de tipul depresiei a fost una de nivel mediu în momentul începerii tratamentului radioterapeutic. Atât distresul psihologic cât și dimensiunile clinice de depresie și anxietate s-au remis în momentul finalizării intervenției psihologice, care a și coincis cu momentul finalizării tratamentelor oncologice. Intervenția prezentată s-a extins pe durata a 18 ședințe a fost una atât suportivă cât și cognitiv comportamentală, plusată de foarte mult material biblioterapeutic (Coping with cancer Brochure, fișe de monitorizare a gândurilor, povești terapeutice, CD-uri audio cu training-ul autogen de relaxare) și axată pe prevenirea recăderilor din punct de vedere emoțional. O atenție specială s-a acordat de fiecare dată relației terapeutice. Feedback-ul permanent scris din partea pacientului a fost un element important al procesului terapeutic. La un an de la finalizarea tuturor etapelor de tratament, pacienta nu doar că nu a mai recăzut emoțional, ci s-a dezvoltat și posttraumatic (conform scorului de 28 la scala SRGS).

Astfel, acest capitol a vizat partea practică a ceea ce presupune o intervenție psiho-oncologică completă în cazul pacienților neoplazici. În acest context intervenția psiho-oncologică completă presupune prevenirea recăderilor din punct de vedere emoțional, dar și abordarea problemelor care se pot ivi în etapa de remisie parțială/totală a bolii.

Exerciții de reflexie și dezvoltare personală

În stadiul intermediar și final al intervenției psiho-oncologice următoarele întrebări ar putea fi utile pentru autoevaluare:

1. Care sunt tehnicile cele mai utile care se impun și se susțin clinic și științific în acest caz?

2. Relația terapeutică este una suficient de suportivă?
3. Am stabilit împreună cu pacientul așteptările și obiectivele intervenției psiho-oncologice?
4. Am adaptat și argumentat suficient de bine sarcinile dintre ședințe?
5. Este vizibilă grija mea pentru pacientul oncologic?
6. I-am menționat pacientului că, dacă la un moment dat dorește să ne oprim pentru că se simte obosit sau nu îi mai permite starea de sănătate fizică să continuăm, putem face acest lucru fără nicio problemă?
7. De fiecare dată când formulăm împreună cu pacientul un răspuns alternativ rațional, am fost suficient de atent(ă) în ce măsură pacientul îl consideră adevărat, adaptativ pentru el?
8. Pot observa dacă acest răspuns alternativ rațional ajută la reducerea distresului emoțional?
9. Dacă a fost nevoie, am apelat și la alte tehnici susținute de literatura de specialitate pentru reducerea distresului emoțional?
10. Abordarea psihoterapeutică este una suficient de flexibilă și adaptată acestui caz?
11. Utilizez explorarea dirijată suficient de atent încât să fie utilă și să nu lezeze relația terapeutică?
12. Dacă pacientul oncologic întâmpină dificultăți de înțelegere, ajută să mă întreb care este motivul pentru acestea? Nu am oferit explicațiile suficient de clar? Au intervenit probleme în relația terapeutică? Dificultatea de înțelegere se datorează distresului pacientului?
13. Pacientul are suficiente modalități de coping exersate pentru a-și putea preveni recăderile, sau, în cazul în care acestea apar, să le poată gestiona cât mai eficient?

Recomandare

Recomandăm să vă auto-evaluați la finalul următoarelor cinci ședințe pe care le veți desfășura cu pacienții aflați în stadiul intermediar și final al intervenției psiho-oncologice.

Ilustrarea pacient coach-ului

Povestea unui pacient nu se încheie, din pacate, cu un CT curat după terminarea tratamentului sau cu aflare veștii că este în remisie. Povestea continuă. Cât timp? Nu putem ști. Cert este că am identificat a fi esențial managementul emoțiilor în viața post diagnostic a pacientului. Cu cât își înțelege mai bine emoțiile, cu atât crește dorința de viață. Înțelegerea emoțiilor, a pilonilor principali pe care își va construi viața post cancer, îl vor ajuta să crească șansele de supraviețuire.

De ce nu se termină povestea? Deoarece apar permanent diverse trăiri, diverse simptome, diverse efecte târzii post tratament. Viața își continuă cursul firesc - oameni vin, oameni pleacă, mor membri ai familiei pacientului, se schimbă jobul, ori toate aceste noi contexte pot evoca perioada diagnosticului, a tratamentului. Cu

cât se pregătește mai mult pentru aceste etape, cu cât este susținut să le parcurgă, cu atât va răspunde mai bine, va evita crearea unei chimii toxice în corp și calitatea vieții sale se poate îmbunătăți constant. Sigur că nu toți pacienții sunt la fel, dar în această lume tehnologizată în care trăim informația circulă și, pentru un pacient nesuștinut emoțional, fricile pot escalada rapid.

Trebuia să-mi schimb alimentația? Dacă da, cum? Dacă nu fac nimic, oare va recidiva? Simt o durere în spate care mă face să cred că am o metastază. Nu simt nevoia de a face sex. Este normal? Oare soțul meu mă va părăsi? Oare din acest motiv „lucrează“ mai mult? Au trecut 8 ani de la radioterapie și inima mea începe să cedeze... Etc.

Povestea nu se termină, ea abia a început. Pentru un pacient oncologic povestea nu se termină. Se poate complica, se poate rescrie, se poate transforma în ceva fabulos, dar nu se încheie. Frica de recidivă, de moarte, doliul pierderii organului respectiv, trauma generată de tratamente, toate vor avea un cuvânt de spus. Pacientul trebuie ajutat să își gândească viața pe termen lung și să se pregătească pentru toate aceste etape.

Frica de simptom poate persista, frica de analizele anuale, presiunea/neputința de a menține un stil de viață sănătos, de a dormi, de a avea o relație, problemele financiare care pot apărea, limfedemul, coșmarurile, toate rămân ingrediente ale poveștii pe termen lung.

Cred că este important să ajutăm pacientul să își definească ce înseamnă pentru el „un stil de viață sănătos care să prevină recidiva“, ce înseamnă o relație armonioasă, un somn odihnitor, o alimentație sănătoasă, mișcare adecvată etc. Fără definirea acestor piloni și personalizarea lor, este greu să îl degrevăm de presiunea pe care o poate resimți de-a lungul anilor.

De asemenea, cred că pentru a-i putea oferi cât mai multe ingrediente pentru a rămâne în remisie, pacientul trebuie încurajat să experimenteze emoții vindecătoare, liniștitoare. Să fie încurajat să își exploreze viața, potențialul: turism, hobby, să fie parte dintr-un proiect care să îl motiveze, ancorarea într-o cale spirituală care să i se potrivească, la un grup suport etc. Toate acestea îl vor motiva constant să vrea să trăiască și să-și gândească viața pe termen lung.

Referințe bibliografice

- Denlinger, C. S., Carlson, R. W., Are, M., Baker, K. S., Davis, E., Edge, S. B.,... King, A. (2014). Survivorship: introduction and definition. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*, 12(1), 34-45.
- Dizon, D. S. (2009). Quality of life after breast cancer: survivorship and sexuality. *The Breast Journal*, 15(5), 500-504.
- Götze, H., Taubenheim, S., Dietz, A., Lordick, F., & Mehnert-Theuerkauf, A. (2019). Fear of cancer recurrence across the survivorship trajectory: Results from a survey of adult long-term cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 28(10), 2033-2041.
- Henderson, P. A. (1997). Psychosocial adjustment of adult cancer survivors: Their needs and counselor interventions. *Journal of Counseling & Development*, 75(3), 188-194.
- Koch, L., Bertram, H., Eberle, A., Holleczeck, B., Schmid-Höpfner, S., Waldmann, A.,... Arndt, V. (2014). Fear of recurrence in long-term breast cancer survivors—still an issue. Results on prevalence, determinants, and the association with quality of life and depression from the Cancer Survivorship—a multi-regional population-based study. *Psycho-Oncology*, 23(5), 547-554.
- Mehnert, A., de Boer, A., & Feuerstein, M. (2013). Employment challenges for cancer survivors. *Cancer*, 119, 2151-2159.
- Nekhlyudov, L., Walker, R., Ziebell, R., Rabin, B., Nutt, S., & Chubak, J. (2016). Cancer survivors' experiences with insurance, finances, and employment: results from a multisite study. *Journal of Cancer Survivorship*, 10(6), 1104-1111.
- Pop, F., Iancu, M., & Lisencu, C. (2016). Psychological Intervention throughout the Cancer Trajectory: A Case Report. *Cognition, Brain, Behavior*, 20(4), 225.
- Pop, F., Postolica, R., LUPĂU, C., & Dégi, C. L. (2016). CLINICAL PRACTICE GUIDE IN PSYCHO-ONCOLOGY. *Cognitie, Creier, Comportament/Cognition, Brain, Behavior*, 20(4).
- Stein, K. D., Syrjala, K. L., & Andrykowski, M. A. (2008). Physical and psychological long-term and late effects of cancer. *Cancer*, 112(S11), 2577-2592.

CAPITOLUL 7

**INTERVENȚIILE PSIHOLOGICE ADRESATE
ÎNGRIJITORILOR/APARTINĂTORILOR/
MEMBRILOR FAMILIEI, PARTENERULUI/
PARTENEREI PACIENTULUI ONCOLOGIC
(PSIHO-EDUCAȚIE, INTERVENȚII COGNITIV-
COMPORTAMENTALE, SUPTIVE)**

**PSIHOLOG. DR. FLORINA POP, INSTITUTUL
ONCOLOGIC "PROF. DR. I. CHIRICUȚĂ" CLUJ**

**OANA HETEA, PSIHOLOG CLINICIAN,
PSIHOTERAPEUT LA CLINICA AMETHYST
RADIOTHERAPY CLUJ**

COSMINA GRIGORE, PATIENT COACH

Intervențiile psihosociale adresate îngrijitorilor/apartinătorilor/membrilor familiei pacientului neoplazic

Nu doar pacienții cu cancer experimentează distres și perioade de criză asociate cu boala, ci și aparținătorii/îngrijitorii. Intervențiile adresate îngrijitorilor, în principal pentru **reducerea nivelului de distres și adaptare eficientă la situație**, includ: intervenții psihosociale, suportive, focalizate pe instalarea speranței (ca resursă psihosocială și spirituală – ce include credință, relații, nevoia de conexiune cu ceilalți, stabilirea scopurilor, resemnificarea cognitivă).

Nevoile îngrijitorilor persoanelor cu cancer în stadiu terminal, sunt numeroase: de la ajutor pragmatic, la suport informațional, oboseală, dificultăți financiare, anxietate, izolare și informare. Studiile arată că prioritare sunt informarea și suportul psihologic.

Principalele *categorii de probleme* cu care se confruntă îngrijitorii persoanelor afectate de cancer se referă la: „atingerea limitelor“/sentimentul de suprasolicitare, distres (depresie, resentimente, neajutorare, îngrijorare); copingul cu sentimentul de incertitudine (căutarea de suport, luarea de decizii, implicarea în activități care i-ar face să se simtă mai bine), o stare de bine condiționat, sentimentul de abandon de către ceilalți.

Evaluarea nevoilor aparținătorilor pacienților oncologici

Studiile care s-au concentrat pe evaluarea nevoilor aparținătorilor pacienților oncologici au identificat cinci teme principale. Primul aspect important este cel de a primi informație medicală corectă și suficientă referitor la modul în care pot fi de folos pacientului (Kim, Kashy, Spillers, & Evans, 2010). De asemenea, aparținătorii au nevoie să știe cum pot menține o bună comunicare cu partenerul afectat de boală (Porter, Keefe, Hurwitz, & Faber, 2005), apelarea la cele mai bune strategii de rezolvare a problemelor (Kershaw et al., 2008), a reuși să obțină suficient suport emoțional și instrumental de la alții (Mellon, Northouse, & Weiss, 2006; Weiss, 2004) și a avea grijă de ei înșiși (McCorkle et al., 2011).

Intervenții psihooncologice recomandate

Principalul scop al intervențiilor pentru aparținători este de diminuare a nivelului de distres. În ce privește eficiența intervențiilor specifice pentru această categorie, studiile care evaluează acest aspect sunt puține, iar rezultatele neclare. Totuși, un rol important se pare că îl au intervențiile care vizează susținerea aparținătorului și care pot fi realizate de psiholog pentru creșterea oportunităților de a participa la îngrijirea pacientului, rezolvarea de probleme, îmbunătățirea abilităților de coping, oferirea de suport pacientului și îmbunătățirea comunicării (consiliere individuală), educație privind durerea, managementul activităților și al stresului.

(Badr, Bakhshaie, & Chhabria, 2019; Fu, Zhao, Tong, & Chi, 2017; Gabriel & Mayers, 2019; Han, Han, Lee, Kwon, & Choe, 2016; Treanor, 2020)

Suportul oferit familiilor pacienților cu cancer în fază terminală poate fi sporit de către psiholog, prin **utilizarea telefonului** ca mijloc de comunicare și având ca scop: oferirea de suport emoțional, informații, asistență în rezolvarea problemelor, îmbunătățirea abilităților de coping cu stresorii ce rezultă ca urmare a experienței cancerului. (Chi & Demiris, 2015; Heckel et al., 2018; Wittenberg, Ferrell, Koczywas, Del Ferraro, & Ruel, 2018)

Chiar și după ce boala se consideră remisă, uneori reacțiile psihologice față de cancer continuă să se mențină, afectând atât funcționarea în diverse domenii, atât a persoanei care a avut cancer cât și a membrilor familiei sale. O intervenție care combină *tehnicele cognitiv-comportamentale cu cele ale terapiei de familie* poate fi implementată de psiholog, fiind *eficientă* în: reducerea simptomelor de stres posttraumatic asociate cu cancerul și tratamentul său, la adolescenții care au avut cancer în copilărie și la membri familiei; reducerea anxietății, a convingerilor privind cancerul și tratamentul său, suportul social și comunicarea în familie. (Kazak, Simms, Barakat & Hobbie, 1999)

Atingerea acestor scopuri presupune o echipă multidisciplinară, în cadrul căreia *psihologul are un rol important* în reducerea anxietății și distresului printr-o serie de *intervenții* ce vizează:

- a. educarea** supraviețuitorilor cancerului și a familiei acestuia cu privire la simptomele de stres posttraumatic și alte sechele psihologice;
- b. asistarea** persoanelor afectate de cancer și a familiilor, în identificarea modalităților în care cancerul le-a afectat diverse sarcini – individuale sau de familie;
- c. identificarea** simptomelor de stres posttraumatic și a unor strategii cognitiv-comportamentale de reducere a lor;
- d. facilitarea** discuțiilor în interiorul familiei, între membri acesteia – modul în care convingerile acestora cu privire la cancer i-au afectat.

**** Pentru a veni în sprijinul familiilor și cuplurilor care se confruntă cu cancerul, au fost elaborate mai multe modele de intervenții. În faza incipientă a bolii, acestea au ca scop dezvoltarea abilităților de comunicare și de suport reciproc, iar în stadiul avansat al bolii accentul este pus mai mult pe teme existențiale, emoționale și de atașament. (Zaider&Kisane, 2010).

Intervenția CanCOPE a fost concepută pentru cuplurile în care partenera se confruntă cu stadii incipiente de cancer mamar sau ginecologic. (Scott, Halford și Ward, 2004)

Este structurată în șapte sesiuni, iar premisa sa majoră constă în promovarea unei strategii de coping bazată pe susținere reciprocă și comunicare eficientă.

Cuplurile sunt învățate și încurajate să practice ascultarea empatică și validarea emoțiilor, precum și să discute gândurile asociate bolii sau efectelor secundare ale tratamentului (de exemplu preocupările legate de imaginea corporală, satisfacția sexuală etc).

Intervenția FOCUS (Northouse et al., 2007) este concepută pentru cuplurile în care partenerul suferă de cancer de prostată. Intervenția vizează cinci domenii importante: implicarea familiei, adoptarea unei atitudini optimiste, dezvoltarea eficacității, reducerea incertitudinii și managementul simptomelor. FOCUS folosește o abordare educativă de suport pentru a dezvolta comunicarea, gestionarea incertitudinii și strategiile de auto-îngrijire.

The Family Focused Grief Therapy -FFGT (Kissane & Bloch, 2002) are ca scop dezvoltarea unor strategii de coping adaptative în cadrul familiei în timpul îngrijirilor paliative și susținerea, împărtășirea durerii în mod sistematic în doliu. Utilizând acest model terapeuții folosesc întrebări circulare și rezumate, care să angajeze și să ghideze familia spre o funcționare optimă și sprijin reciproc.

Ghid pentru desfășurarea unei (prime) întâlniri cu familia

În timpul acestei întâlniri, membrii familiei sunt invitați să explice modalitățile lor de relaționare și de abordare a bolii. Această întâlnire este o oportunitate pentru echipa de asistență medicală de a obține informații de la familie, dar și pentru ca familia să recunoască în mod deschis modul în care interacționează și comunică între ei, ce valori prioritizează, să-și elaboreze strategii viitoare de urmat și nu în ultimul rând să identifice membrii cei mai vulnerabili ai familiei. (Zaider&Kisane, 2010):

Salutul, rundă de prezentări, asigurarea unei atmosfere relaxante/destinse;

Stabilirea scopului întâlnirii:

- a.** Evaluarea statusului bolii pacientului;
- b.** Abordarea nevoilor familiei în asigurarea îngrijirii;
- c.** Înțelegerea modului în care familia face față situației;
- d.** Optimizarea perioadei următoare;

Identificarea și explorarea altor planuri pe care familia le-ar putea avea, discuții asupra agendei și a calendarului, în consecință;

Verificarea modului în care fiecare membru al familiei înțelege seriozitatea/gravitatea bolii;

Verificarea dacă toți membrii familiei au înțeles care sunt obiectivele de îngrijire medicală a pacientului;

Există simptome care sunt îngrijorătoare pentru pacient sau familie?

- a. Durere sau alte simptome fizice ori alte îngrijorări legate de tratament?
- b. Exista vreo îngrijorare în legătură cu asistența medicală sau vizitele la spital?
- c. Sunt îngrijorări cu privire la mers, mișcare, transfer, resurse?
- d. Exista vreo îngrijorare cu privire la strategiile de coping?

Clarificarea viziunii pacientului și a familiei cu privire la viitor:

- a. Dacă este relevant, a fost discutat locul decesului?
- b. Dacă este acasă, cine din familie va acorda îngrijire?
- c. Dacă este în spital, cine îl va însoți? Cine va acorda ajutor?

Cum se descurcă familia din punct de vedere emoțional: prezintă vreun membru al familiei motive de îngrijorare sau situația poate fi gestionată satisfăcător? Ce se poate face pentru a ajuta?

Identificarea punctelor forte ale familiei: angajament, disponibilitate, grijă și preocupare unii pentru alții. Dacă au fost identificate probleme, de discutat posibilitatea de a le aborda în cadrul unor ședințe viitoare de terapie familială. Oferirea de materiale informative referitoare la problemele ridicate în ședință.

Înainte de a încheia, există întrebări pe care le are familia?

Elaborarea împreună cu familia a unui plan de îngrijire și de monitorizare.

În concluzie, așa cum vedem și în practica clinică și cum ne arată și studiile din literatura de specialitate, atât pacientul cât și familia sunt afectați din psiho-emoțional. Cu toate acestea există o serie de intervenții psihologice care pot reduce distresul emoțional și crește calitatea vieții aparținătorilor.

Ilustrarea pacient coach-ului

Sentimentul de apartenență și de a fi iubit, dorit sunt parte din nevoile ființei umane. Nevoia de a fi alături de cineva drag, este, de asemenea, parte din dinamica de bază a relațiilor sociale. Diagnosticul de cancer poate apropia sau dezbină familiile, relațiile sociale, atât ale pacientului cât și ale aparținătorilor. Un specialist poate intui anumite probleme care pot apărea între membrii familiei sau alți aparținători ai unui pacient oncologic și acesta. Problematicele ce vizează o posibilă afectare, poate chiar rupere a relațiilor, tind să facă această boală cu atât mai dificilă și greu de gestionat.

Aparținătorii vor - de cele mai multe ori - să ajute. Se simt neputincioși, vor să se asigure totodată că au făcut tot ce le-a stat în putere pentru a-l vindeca pe pacient. Uneori relațiile sunt armonioase și atât pacientul cât și aparținătorii au același punct de vedere. Aici lucrurile și terapia vor curge ceva mai lin, dar, de multe ori, ne confruntăm cu discrepanțe. Cu relații deja afectate, toxice, care acum sunt

bombardate cu emoții și gânduri foarte complicate. Familia poate ajunge să pună o presiune foarte mare asupra pacientului, iar acesta să se închidă și mai mult sau, mai mult de-atât, pacientul să aleagă chiar ruperea totală a relațiilor cu unul sau mai mulți membri ai familiei. Există și situații în care aparținătorii nu vor să fie alături de pacient, se poate întâmpla acest lucru atât în cancerele incipiente cât și în cazul cancerelor avansate (pot fi probleme de moralitate, etică, bani, moșteniri, iubire, trădare etc).

De cele mai multe ori însă, avem de-a face cu familii și prieteni care vor vrea să facă totul pentru pacient - de la strângere de fonduri până la mers zilnic la medic, gătit sau îngrijit fizic pacientul - timp în care uită de propriile nevoi. În timp, fără o gestionare corectă a acestor emoții, aparținătorul poate fi afectat, marcat, traumatizat și poate chiar să devină, la rândul său, pacient oncologic. Intervenția psiho-oncologică este deci esențială, suportul fiind extrem de necesar pentru aparținători deoarece ei, nefiind în planul principal al atenției - tind să-și reprime trăirile, să nu vorbească despre ele, să mimeze o stare coerentă, bună, chiar neafectare, pentru a încuraja astfel pacientul să aibă o atitudine pozitivă.

Am avut la un moment dat o întâlnire cu o pacientă aflată la a patra recidivă. Mi-a povestit de faptul că prietena ei, care fusese alături de ea în toți anii de la diagnosticare, i-a spus: „nu știi ce să îți spun și cu ce să te mai ajut, dar pot să plâng alături de tine....“.

Acesta era exact ce aveau nevoie, atât prietena cât și pacienta. Să elibereze emoțiile pe care le trăiau, de fapt. Aceasta este nevoia de bază și în cazul aparținătorilor, să se simtă înțeleși, susținuți de un cadru în care să nu se simtă judecați. Un cadru care să le poată conține emoțiile, unde să le poată desăarca și unde să poată spune ce simt realmente. De multe ori pentru ei poate fi mai greu chiar decât pentru pacient. Mai ales dacă vorbim despre copii diagnosticați cu cancer sau despre părinți care sunt diagnosticați cu cancer foarte agresive.

Rolul nostru este să creem mediile necesare pentru ca aparținătorii să poată vorbi și ei despre nevoile lor, despre ceea ce simt, și să reușească să se elibereze și să dea o coerență vindecătoare, liniștitoare, propriilor gânduri și trăiri.

Referințe bibliografice selective:

- Badr, H., Bakhshaie, J., & Chhabria, K. (2019). *Dyadic interventions for cancer survivors and caregivers: state of the science and new directions*. Paper presented at the Seminars in oncology nursing.
- Fu, F., Zhao, H., Tong, F., & Chi, I. (2017). A systematic review of psychosocial interventions to cancer caregivers. *Frontiers in psychology*, 8, 834.
- Gabriel, I. O., & Mayers, P. M. (2019). Effects of a psychosocial intervention on the quality of life of primary caregivers of women with breast cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, 38, 85-91.
- Han, J.-H., Han, S.-H., Lee, M.-S., Kwon, H.-J., & Choe, K. (2016). Primary caregivers' support for female family members with breast or gynecologic cancer. *Cancer Nursing*, 39(3), E49-E55.
- Treanor, C. J. (2020). Psychosocial support interventions for cancer caregivers: reducing caregiver burden. *Current Opinion in Supportive and Palliative Care*, 14(3), 247-262.
- Chi, N.-C., & Demiris, G. (2015). A systematic review of telehealth tools and interventions to support family caregivers. *Journal of telemedicine and telecare*, 21(1), 37-44.
- Heckel, L., Fennell, K. M., Reynolds, J., Boltong, A., Botti, M., Osborne, R. H.,... Gaskin, C. J. (2018). Efficacy of a telephone outcall program to reduce caregiver burden among caregivers of cancer patients [PROTECT]: a randomised controlled trial. *BMC cancer*, 18(1), 59.
- Wittenberg, E., Ferrell, B., Koczywas, M., Del Ferraro, M. C., & Ruel, M. N. H. (2018). Pilot Study of a Communication Coaching Telephone Intervention for Lung Cancer Caregivers. *Cancer Nursing*, 41(6), 506.
- Scott JL, Halford WK, Ward BG. United we stand? The effects of a couple coping intervention on adjustment to early stage breast or gynecological cancer. *J Consult Clin Psychol*. 2004;72(6):1122-1135
- Northouse LL, Mood DW, Schafenacker A, et al. Randomized clinical trial of a family intervention for prostate cancer patients and their spouses. *Cancer*. 2007;110(12):2809-2818.
- Kissane DW, Bloch S. *Family focused grief therapy: A model of family-centred care during palliative care and bereavement*. Buckingham and Philadelphia, Open University Press; 2002.
- Talia Irit Zaider & David W. Kissane, Psychosocial Interventions for Couples and Families Coping with Cancer, as cited in *Psycho-Oncology*. Second Edition. Holland & co., 2010 Oxford University Press.

CAPITOLUL 8
**ADRESAREA NEVOILOR COPIILOR CÂND
UN PĂRINTE ARE CANCER. STRATEGII
PSIHOLOGICE PRIN CARE UN COPIL POATE FI
AJUTAT ÎN FUNCȚIE DE GRUPA DE VÂRSTĂ**

**PSIHOLOG. DR. FLORINA POP, INSTITUTUL
ONCOLOGIC "PROF. DR. I. CHIRICUȚĂ" CLUJ**

În momentul în care o persoană se îmbolnăvește, toți cei din jur ajung să fie implicați. O situație de criză precum un diagnostic oncologic poate bulversa structura familiei și afecta calitatea vieții și starea de bine a tuturor membrilor familiei.

Familia reprezintă „prima linie de suport“ pentru adaptarea pacientului la diagnostic, tratament și toată traiectoria oncologică pe care trebuie să o parcurgă. Suportul oferit de familie este unul multidimensional, respectiv poate fi emoțional, informațional (familia poate veni cu multe surse de informație valide care să motiveze pacientul pentru urmarea unui tratament), un suport social (de obicei în familiile funcționale pacientul nu este lăsat niciodată singur) și un suport pragmatic (asumarea unor responsabilități în locul pacientului, transportul pacientei/pacientului până la spital). Astfel, familia are un rol esențial în luarea deciziei pe parcursul traiectoriei oncologice.

Un set separat de probleme este cel al copiilor sau adolescenților care au un părinte afectat de boala oncologică. Astfel că în momentul în care un părinte devine bolnav, copilul/copiii/adolescenții primesc mai puțin suport din partea ambilor părinți. În astfel de familii, copiii suferă de distres atât din cauza îngrijorărilor referitoare la evoluția bolii părintelui bolnav cât și din cauza îngrijorării cu privire la viitorul personal. (Krattenmacher et al., 2012; Lindqvist, Schmitt, Santalahti, Romer, & Piha, 2007; McDonald et al., 2016; Sieh, Oort, Visser-Meily, & Meijer, 2014)

Efectele evidențiate de studiile din literatura de specialitate includ distres, afectarea performanței școlare, dezvoltarea simptomatologiei anxioase și depresive, comportamente disfuncționale și abuzive (inclusiv consumul de alcool și droguri). (Morris, Martini, & Preen, 2016; Visser, Huizinga, van der Graaf, Hoekstra, & Hoekstra-Weebers, 2004). Există unele studii care evidențiază faptul că copiii sunt mult mai afectați atunci când tatăl e bolnav (Visser et al., 2005), iar fetele adolescente sunt mult mai afectate decât băieții. (Osborn, 2007)

Intervențiile se pot adresa unui partener, unui părinte al pacientului/pacientului bolnav sau copilului/adolescentului.

În literatura de specialitate regăsim un model numit PACT (parenting-ul în vremuri provocatoare). Aceasta nu este un model tradițional pentru familie sau cupluri, ci o intervenție suportivă care vizează identificarea și utilizarea abilităților pe care părinții deja le au, cu asumția faptului că părinții sunt cei mai buni suporteri pentru copiii lor și îi pot ajuta cel mai bine atunci când sunt ghidați de specialiști. Abordarea practică urmărește șase pași: gestionarea propriilor emoții, identificarea îngrijorărilor copiilor, identificarea unor modalități de coping adaptative utilizate până în prezent și strategii specifice care pot facilita o adaptare optimală a familiei la boala unui membru. (Swick, Martin, & Rauch, 2012)

Cu scopul de a adăuga o parte practică și utilă în activitatea clinică privind pacientele/pacienții oncologici, mai jos se pot găsi recomandări/strategii prin intermediul cărora un părinte care are cancer își poate ajuta copilul/adolescentul.

Strategii prin care vă puteți ajuta copilul/adolescentul dacă dumneavoastră aveți un diagnostic oncologic

Copil până în 2 ani	3-5 ani	6-8 ani	9-11 ani	Adolescenți
<p>Oferiți-i afecțiune Îmbrățișați-l cât mai des.</p>	<p>Informați-l Lăsați copilul să știe că sunteți bolnav/ă și faceți-l să înțeleagă ce înseamnă asta, și anume că sunteți obosit/ă astăzi/ în ultimele zile ați avut o stare de sănătate afectată, dar nu e o stare pentru care să nu aveți câteva soluții utile. Descrieți-i ce faceți pentru a vă simți mai bine. Explicați-i faptul că e absolut normal să fie nevoie de o perioadă de timp pentru ca tratamentul să își facă efectul.</p>	<p>Educație Spuneți-i copilului că aveți un diagnostic oncologic și explicați în ce constă tratamentul. Dacă dvs cunoașteți pe cineva care să se fi confruntat în trecut cu o boală similară, iar acum să se afle în perioada de remisie completă a bolii, povestiți-i copilului despre acest caz.</p>	<p>Educație Oferiți-i informații mai detaliate despre boala dumneavoastră și explicați-i tratamentul. Dacă veți alege să faceți acest lucru copilul nu se va impacienta și nu va interpreta eronat starea dvs emoțională atunci când vă veți confrunța cu efectele adverse ale tratamentelor oncologice.</p>	<p>Educație Oferiți-i informații detaliate despre boala și tratamentul dvs. Dacă veți alege să faceți acest lucru copilul nu se va impacienta și nu va interpreta eronat starea dvs emoțională atunci când vă veți confrunța cu efectele adverse ale tratamentelor oncologice.</p>
<p>Stabilitate și încredere în persoana care îl îngrijește Ar ajuta să simtă că se poate baza pe o sursă de sprijin consecventă și de încredere (părinte sau rudă).</p>	<p>Îngrijirea zilnică a copilului și păstrarea rutinei Alegeți o persoană stabilă care să păstreze o rutină și să îi ofere îngrijirea necesară copilului dvs.</p>	<p>Oferiți-i o sursă de sprijin și o rutină stabilă. Alegeți o persoană stabilă care să păstreze o rutină și să îi ofere îngrijirea necesară copilului dvs.</p>	<p>Abordarea în familie Ar ajuta să vă amintiți faptul că boala oncologică este un eveniment stresant pentru toată familia, dar împreună îi veți putea face față. Au fost atâtea persoane care s-au confruntat cu această boală și au depășit-o.</p>	<p>Păstrați normalitatea/ rutina Reamintiți-i faptul că este în regulă să își păstreze relațiile de prietenie și în această perioadă. Pe cât posibil încercați să păstrați aceeași rutină în familie.</p>
<p>Păstrați rutina Rugați-vă ruda sau partenerul să păstreze rutina în îngrijirea copilului dumneavoastră cât de mult posibil.</p>	<p>Abordați sentimentul de vină Asigurați-l că nu este vina lui/ei/lor pentru faptul că aveți acest diagnostic.</p>	<p>Abordați sentimentul de vină Asigurați-l că nu este vina lui/ei/lor pentru faptul că aveți cancer. Reasigurați-l/ reasigurați-i frecvent.</p>	<p>Abordați sentimentul de culpă Asigurați-l/ asigurați-i că nu este vina lor pentru faptul că aveți acest diagnostic oncologic.</p>	<p>Încurajați-l să-și exprime emoțiile Direct sau prin scris (cu dvs sau cu alții) încurajați-l/ încurajați-o să descrie felul în care se simte cu privire la faptul că aveți acest diagnostic. Luați în calcul pe cât posibil și programarea la un psiholog.</p>

<p>Mentineți regulat contactul cu copilul dumneavoastră Dacă faceți schimb cu cineva pentru îngrijirea copilului este important să mențineți un contact regulat cu fiul/fiica pentru a nu se simți abandonat.</p>	<p>Strategii prin joc și artă Folosiți-le cu copilul dumneavoastră pentru a vă exprima emoțiile și pentru a-i oferi educație. Discutați cu psihologul dvs și solicitați-i diverse jocuri terapeutice pe care le puteți utiliza acasă.</p>	<p>Informați școala și profesorii Aceasta este recomandarea generală, dar depinde de decizia personală și de relația și încrederea pe care dvs o aveți în colectivul școlii la care este înscris fiul/fiica dvs.</p>	<p>Informați școala și profesorii Pentru ca fiul/fiica dumneavoastră să fie sprijinit (ă) la școală. Aceasta este recomandarea generală, dar depinde de decizia personală și de relația și încrederea pe care dvs o aveți în colectivul școlii la care este înscris fiul/fiica dvs.</p>	<p>Informați școala și profesorii Pentru ca fiul/fiica dumneavoastră să fie sprijinit (ă) la școală. Aceasta este recomandarea generală, dar depinde de decizia personală și de relația și încrederea pe care dvs o aveți în colectivul școlii la care este înscris fiul/fiica dvs.</p>
<p>Oferiți-i recompense speciale Puteți să-i citiți dintr-o carte, să înregistrați un cântec de leagăn sau să-i lăsați mesaje vocale pe telefon.</p>	<p>Timpul pentru întrebări Stabiliți o anumită oră în timpul zilei (exemplu: după-amiaza) când copilul poate să vă pună întrebări și când puteți să vă împărtășiți reciproc emoțiile.</p>	<p>Timpul pentru întrebări Răspundeți sincer la întrebările copilului dumneavoastră. De asemenea, spuneți-i că este în regulă dacă nu vrea să vorbească despre asta.</p>	<p>Timpul pentru întrebări Răspundeți sincer la întrebările copilului dumneavoastră. De asemenea, spuneți-i că este în regulă dacă nu vrea să vorbească despre asta.</p>	<p>Setați așteptări realiste Datorită faptului că și fiul/fiica dvs se află într-o perioadă ce poate presupune reacții emoționale fluctuante, e posibil să refuze anumite sarcini.</p>
<p>Povestiți-i sau arătați-i o fotografie cu locul unde vă faceți tratamentul. Lăsați copilul să vadă măcar o parte din locul unde primiți tratament. Dacă veți alege să faceți acest lucru copilul își va forma o imagine clară și va privi cu normalitate toată această situație.</p>	<p>Exprimați-vă emoțiile Asigurați copilul că exprimarea emoțiilor este sănătoasă și încurajați-l să aloce scurte perioade de timp pentru a face asta.</p>	<p>Duceți-l cu dumneavoastră la spital. Lăsați copilul să vadă unde este locul unde primiți tratament și cine este medicul care are grijă de dumneavoastră sau măcar povestiți-i sau arătați-i o fotografie cu locul unde vă faceți tratamentul.</p>	<p>Păstrați o stare de normalitate a lucrurilor. Spre exemplu, lăsați-l să participe în mod obișnuit la activități după programul școlar, activități sportive sau să petreacă timp cu prietenii.</p>	<p>Timp pentru familie. Pe cât posibil încercați să petreceți timp împreună ca și familie.</p>
<p>Asigurați-l că nu îl/o abandonați Spuneți-i că vă veți întoarce astăzi sau în câteva zile acasă (în funcție de durata tratamentului dvs.).</p>	<p>Încurajați copilul să deseneze despre această perioadă din viața familiei. Poate fi o modalitate sănătoasă de a-și exprima emoțiile.</p>	<p>Desenarea și scrierea despre cancer. Încurajați copilul să deseneze și să scrie despre această perioadă din viața familiei. Poate fi o modalitate sănătoasă de a-și exprima emoțiile.</p>	<p>Desenarea și scrierea despre cancer. Încurajați copilul să deseneze și să scrie despre această perioadă din viața familiei. Poate fi o modalitate sănătoasă de a-și exprima emoțiile.</p>	<p>Desenarea și scrierea despre cancer. Încurajați adolescentul să deseneze și să scrie despre cancer. Poate fi o modalitate sănătoasă de a-și exprima emoțiile.</p>

În concluzie, atunci când un membru al familiei este afectat de boala oncologică, toți ceilalți au de suferit. Însă de cele mai multe ori atenția este centrată asupra impactului emoțional asupra copilului și adolescentului. Mai sus puteți regăsi, în funcție de grupele de vârstă, anumite recomandări referitoare la o atitudine și un comportament sănătos din partea părinților astfel încât să reducem cât mai mult din impact. Acestea vizează păstrarea unei rutine pe cât de mult posibil, oferirea anumitor detalii despre boală și tratament, dar și sugestii care pot fi aplicate sau adaptate în funcție de relația cu școala sau deciziile parentale personale.

Referințe bibliografice

- Krattenmacher, T., Kühne, F., Ernst, J., Bergelt, C., Romer, G., & Möller, B. (2012). Parental cancer: factors associated with children's psychosocial adjustment—a systematic review. *Journal of Psychosomatic Research*, 72(5), 344-356.
- Kreitler, S. (2019). *Psycho-Oncology for the Clinician: The Patient Behind the Disease*. Springer.
- Lindqvist, B., Schmitt, F., Santalahti, P., Romer, G., & Piha, J. (2007). Factors associated with the mental health of adolescents when a parent has cancer. *Scandinavian Journal of Psychology*, 48(4), 345-351.
- McDonald, F., Patterson, P., White, K., Butow, P., Costa, D., & Kerridge, I. (2016). Correlates of unmet needs and psychological distress in adolescent and young adults who have a parent diagnosed with cancer. *Psycho-Oncology*, 25(4), 447-454.
- Morris, J. N., Martini, A., & Preen, D. (2016). The well-being of children impacted by a parent with cancer: an integrative review. *Supportive Care in Cancer*, 24(7), 3235-3251.
- Osborn, T. (2007). The psychosocial impact of parental cancer on children and adolescents: a systematic review. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 16(2), 101-126.
- Sieh, D., Oort, F., Visser-Meily, J., & Meijer, A. (2014). Mediators for internalizing problems in adolescents of parents with chronic medical condition. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 26(1), 67-82.
- Swick, S. D., Martin, A. S., & Rauch, P. (2012). When a parent has cancer: Supporting healthy child development during challenging times. *Pediatric psycho-oncology: Psychosocial aspects and clinical interventions*, 246-259.
- Visser, A., Huizinga, G. A., Hoekstra, H. J., Van Der Graaf, W. T., Klip, E. C., Pras, E., & Hoekstra-Weebers, J. E. (2005). Emotional and behavioural functioning of children of a parent diagnosed with cancer: a cross-informant perspective. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 14(9), 746-758.
- Visser, A., Huizinga, G. A., van der Graaf, W. T., Hoekstra, H. J., & Hoekstra-Weebers, J. E. (2004). The impact of parental cancer on children and the family: a review of the literature. *Cancer Treatment Reviews*, 30(8), 683-694.

CAPITOLUL 9

TERAPIE DE GRUP

**PSIHOLOG. DR. FLORINA POP, INSTITUTUL
ONCOLOGIC "PROF. DR. I. CHIRICUȚĂ" CLUJ**

COSMINA GRIGORE, PATIENT COACH

Psihoterapia de grup la pacienții oncologici

Psihoterapia de grup este eficientă și îmbunătățește calitatea vieții pacienților oncologici. (Blake-Mortimer, Gore-Felton, Kimerling, Turner-Cobb, & Spiegel, 1999; Faller et al., 2013; Farhadi, Reisi-Dehkordi, Kalantari, & Zargham-Boroujeni, 2014; Moradi et al., 2019)

Grupurile pot fi gândite în funcție de intenția terapeutică, respectiv cele care au scop informațional/psih educație, cele care vizează trainingul abilităților, cele care oferă suport social și emoțional, dar și o combinație a acestora. (Holland, 2010, pag. 410)

Grupurile pot fi gândite ca și grupuri închise sau ca și grupuri deschise.

Grupurile închise solicită ca toți pacienții să participe la ședințe în același timp pentru o perioadă de timp stabilită (de exemplu, săptămânal), fără ca pacienți noi să aibă acces. Grupurile deschise permit alăturarea membrilor oricând, fără a avea neaparat o limită de timp. Însă grupurile eficiente sunt cele închise sau semi închise. Grupurile semi închise permit să li se alătore membri noi doar dacă un pacient pleacă, decedează sau consideră că și-a atins obiectivele, dar fiecare participant trebuie să încheie un angajament de participare pentru o durată specifică. (Holland, 2010, pag. 411)

Conform literaturii de specialitate (Yalom, 1995) factorii terapeutici ai psihoterapiei de grup sunt speranța, universalitatea, împărtășirea informației și/sau a experienței, altruismul, dezvoltarea unor noi strategii de socializare, modelarea comportamentală și/sau atitudinală, coeziunea (reprezintă echivalentul relației terapeutice din intervenția psihologică individuală), ventilarea emoțională și învățarea interpersonală.

Atunci când ne propunem organizarea unui grup de suport e important să luăm în calcul factori care susțin coeziunea respectiv pregătirea anterioară (așteptări, roluri), structurarea ședințelor și selecția participanților la grup.

Dacă este să gândim practic organizarea unui grup, ajută să respectăm următorii pași:

1. Evaluarea situației clinice (evaluarea statusului psihologic al fiecărui participant la grup, a așteptărilor/expectanțelor);
2. În prima întâlnire este important să se stabilească numărul de participanți (6-8-10), durata, frecvența întâlnirilor, dar și alte aspecte specifice care pot fi utile). De asemenea, tot în această etapă se recomandă stabilirea obiectivului grupului de suport, acordul de confidențialitate și anumite reguli facilitatoare (în funcție și de tipul grupului - închis, deschis, semi-deschis).

Ceea ce e important de reținut este faptul că obiectivele ajută să fie făcute clare pentru participanți.

Colaborarea este facilitată dacă se explică sarcinile și obiectivele, dar și legătura dintre acestea. Conform recomandărilor regăsite în literatura de specialitate merită să formulăm obiective realizabile și adaptate capacității potențialului membrilor grupului de suport.

3. Formularea obiectivului principal (probleme de ordin emoțional, nutrițional, probleme practice).

În această etapă este important să abordăm eficient toată agenda stabilită pentru terapia de grup. Ajută să activăm grupul și să îl susținem activ. Terapeutul poate acorda suport direct prin ascultare empatică, acceptare necondiționată cu atenția centrată pe construirea unui grup coeziv care ulterior devine un puternic agent de susținere.

4. Stabiliți cu flexibilitate o structură a conținutului fiecărei ședințe de terapie de grup.
5. Experiența în domeniul oncologic, pregătirea profesională și dezvoltarea personală reprezintă trei elemente cheie pentru formarea grupurilor de suport.

Este nevoie ca liderii de grup să ofere grupului:

- o structură, o direcție limpede și clară;
- să întărească pozitiv participarea activă a membrilor grupului;
- să focalizeze atenția grupului asupra activității.

Recomandări pentru specialiști:

- Oferiți descrieri scrise ale activității grupului;
- Asigurați-vă că s-au înțeles limitele temporale și spațiale;
- Tehnicile de intervenție să fie bine alese; împărtășiți cu participanții motivele acțiunilor dumneavoastră;
- Structura grupului e nevoie să impună și flexibilitate, astfel încât să încurajați funcționarea autonomă a fiecărui membru.

Model program intervențional de grup, alcătuit din 10 ședințe, structurate astfel:

Ședințele 1 și 2 au constat în selecția și evaluarea participantelor.

Ședința 3 a fost una introductivă, de consolidare și de psihoeducație. În această primă ședință de grup s-au prezentat regulile grupului, s-au efectuat exerciții de familiarizare a pacienților cu scopul cunoașterii acestora și pentru crearea dinamicii de grup. De asemenea, s-a prezentat conținutul procesului terapeutic, s-au chestionat strategiile de coping și totodată expectanțele acestora în ceea ce privește terapia de grup. Fiecare pacientă a primit o mapă care conținea: un caiet de lucru, un pix și un CD audio cu înregistrarea Trainingului Autogen.

În ședințele 4-8 s-a efectuat intervenția psihologică cognitiv-comportamentală, unde au fost utilizate tehnici de restructurare cognitivă, tehnici de distragere a atenției, tehnici de rezolvare de probleme, tehnici de respirație, relaxare și imagerie dirijată, după cum urmează:

Ședința 4 a vizat inițierea pacienților în restructurarea cognitivă. În această ședință s-a prezentat și s-a exemplificat pacienților legătura dintre gânduri, emoții și comportamente. S-a introdus conceptul de gânduri automate și modalitățile de identificare, disputare și dezvoltare de răspunsuri raționale, ca modalitate de tratament. S-a prezentat lista principalelor erori de gândire și s-a exersat restructurarea cognitivă. Ședința s-a încheiat cu igiena somnului și cu sugestia de lectură a ghidului pacientului oncologic (caietul de lucru).

Ședința 5 a fost una de relaxare și autodeconectare concentrativă. În această ședință, după ce s-a verificat dispoziția fiecăreia, pacientele au învățat și au exersat metoda trainingului autogen a lui Schultz, însoțită de imagerie dirijată. După realizarea trainingului s-a oferit fiecărei participante câte o poveste terapeutică, iar după lectură poveștile au fost discutate în grup.

Ședința 6 a început printr-o recapitulare a ședinței anterioare și s-a dorit a fi o completare a acesteia, prin învățarea și însușirea unor noi tehnici de relaxare. În această ședință pacientele au învățat relaxarea prin respirația abdominală în patru timpi. Astfel, s-a efectuat o scurtă introducere a studiilor care susțin această tehnică, s-au explicat mecanismele care stau în spatele acesteia și beneficiile dovedite. S-a exemplificat tehnica, iar pentru o exersare și o deprindere mai ușoară s-a apelat la vizualizarea unei aplicații grafice. În a doua parte a ședinței s-a abordat rezolvarea de probleme și pașii utilizați în procesul de rezolvare a problemelor.

Ședința 7 a vizat procesele care influențează intensitatea, apariția, durata și exprimarea emoțiilor. Această ședință a început prin sumarizarea informațiilor discutate în ședința anterioară și a continuat cu prezentarea procesului și a strategiilor de reglare emoțională. De asemenea, s-au prezentat distorsiunile atenționale și s-a discutat în grup pe seama acestora. La final s-au efectuat câteva exerciții de respirație abdominală.

Ședința 8 a fost dedicată rezumării aspectelor legate de identificarea principalelor simptome depresive și anxiogene. S-au discutat aspecte și s-au oferit informații privitoare la natura și tratamentul problemelor afective. Totodată, s-au identificat și tehnicile deja învățate, utile în reducerea simptomatologiei afective.

Ședința 9, ultima întâlnire de grup, a constituit o ședință de sumarizare și exersare a informațiilor și deprinderilor învățate pe parcursul ședințelor anterioare. În această ședință s-au adus în discuție gândurile automate, distorsiunile cognitive și atenționale, întrebările de disputare și răspunsurile raționale. S-au reamintit tehnicile de relaxare și strategiile de reglare emoțională și s-a efectuat un exercițiu cu post-it-uri, care prevedea ca fiecare participantă a grupului să exprime și să noteze

pe câte un post-it trei calități observate la fiecare dintre celelalte participante, pe parcursul întâlnirilor de grup.

În ședința 10 s-a efectuat individual reevaluarea psihologică, care a constatat în reaplicarea scalelor aplicate inițial.

Ședințele de grup, au fost programate de două ori pe săptămână, cu o durată de două ore. La finalul fiecărei întâlniri pacientele completau un raport de evaluare a ședinței și a terapeuților. Comprinderea ședințelor a fost gândită astfel încât pacientele care au intrat în grupul experimental să poată participa pe toată perioada spitalizării din timpul tratamentului radioterapeutic. Întreaga intervenție de grup a fost condusă de doi terapeuți. Principiile care au stat la baza tehnicilor au fost cele cognitive comportamentale, iar pentru gestionarea interacțiunii între membrii grupului am respectat recomandările pe care le regăsim în terapia experiențială referitoare la terapia de grup (Yalom, Leszcz, Reghintovschi, & Reghintovschi, 2013).

În concluzie, terapia de grup pentru pacienții oncologici poate fi utilă pentru îmbunătățirea calității vieții. Marea majoritate a tratatelor de psiho-oncologie și numeroase studii din literatura de specialitate recomandă formarea grupurilor închise de suport psiho-oncologic pentru pacienții oncologici. Dacă dorim să ne asigurăm că formăm un grup de suport eficient trebuie să respectăm liniile directoare minime, modelul de lucru și principiile din literatura de specialitate.

Ilustrarea pacient coach-ului

Grupurile de suport sunt, într-adevăr, foarte importante în viața post-diagnostic. Contează mult dinamica grupului, contează mult cum sunt ghidate, însă, per ansamblu, pacienții simt foarte tare nevoia să fie în astfel de grupuri. Am observat, inclusiv la pacienții mai reticenți, o deschidere ceva mai mare de a împărtăși ce simt și o dorință tot mai mare de a fi parte a unui astfel de grup, pe măsură ce participă. Drept urmare, cred că este necesar să încurajăm pacienții să participe la astfel de grupuri de sprijin.

Atât în cadrul grupurilor închise - unele gândite sub structura unui program coerent, cu obiective și raport de monitorizare/evaluare a rezultatelor sau doar închise pentru intimitatea discuțiilor -, cât și în cazul grupurilor deschise - cele dedicate unor teme de interes comun pentru pacienți (cum ar fi somnul, sportul, alimentația, relațiile intime) -, feedback-ul pacienților a fost în general foarte bun. Un grup suport bine organizat, condus cu empatie, cu compasiune, care creează acea zonă de siguranță ce permite pacienților să se deschidă, poate face diferența atât în ceea ce privește complianța la tratament, cât mai ales modul în care pacientul se raportează la diagnostic și chiar la relația sa cu viața și cu moartea.

Dinamica este foarte importantă, de asemenea, pacienților fiindu-le este necesar un mix între tristețe și bucurie. Și anume, simt nevoia să își împărtășească durerea, trauma, animozitățile din relațiile cu medicii, trăirile în relația de cuplu și relația

cu propria persoană, și vor căuta să conducă discuția în mod natural și către aceste teme chiar dacă facilitatorul nu permite asta. Pe de altă parte însă, deși este esențial să le facilităm această împărtășire - care va crea o coeziune de grup, îi va face să rezoneze, să se inspire, să simtă că aparțin unui grup, unei familii chiar, este totodată important să asezonăm aceasta cu discuții și exemple inspiraționale. Care să îi scoată din negrul diagnosticului, din doliu, din traumă, din depresie, și să le activeze dorința de a lupta, de a trăi, de a se responsabiliza. Facilitatorul poate conduce discuțiile astfel încât pacienții să plece de acolo cu sentimentul că vor putea trece peste și prin asta, că vor fi bine dincolo de această etapă, că se vor vindeca, poate chiar vor înflori după. Că sunt resurse, că vor avea acces la ele, că, iată, și alți pacienți au reușit și că este totul posibil și pentru ei.

Acest mix de emoții, libertatea de a se deschide, cadrul pe care îl creăm - locația, ambientul, cât de viu sau steril este mediul în care facilităm discuțiile - totul trebuie gândit astfel încât să le permită să fie așa cum sunt în acea etapă post-diagnostic, dar, totodată să le permită să își imagineze o versiune a lor cu o stare mult mai bună, învingătoare.

Grupurile de suport pot fi totodată dedicate și procesului de doliu. Și pot fi dedicate pacienților care au pierdut alți pacienți care le deveniseră prieteni sau aparținătorilor. Consider grupurile de suport pentru aparținători, la fel de importante. Și ei simt nevoia să împărtășească - în special informații -, să se sfătuiască cu alte persoane care se află în aceeași situație cu a lor și să discute totodată despre trăirile pe care le au. Despre frica majoră și anume că vor pierde persoana dragă lor, că nu vor fi știut/putut/apucat să facă totul pentru ea.

Grupurile de suport vor permite terapeutului să înțeleagă mult mai bine și mult mai repede condiția pacientului oncologic. Prin expunerea la discuțiile lor de grup, psiho-oncologului îi va fi din ce în ce mai clar cum să abordeze apoi pacientul în terapia personalizată.

Referințe bibliografice

- Blake-Mortimer, J., Gore-Felton, C., Kimerling, R., Turner-Cobb, J. M., & Spiegel, D. (1999). Improving the quality and quantity of life among patients with cancer: a review of the effectiveness of group psychotherapy. *European Journal of Cancer*, 35(11), 1581-1586.
- Faller, H., Schuler, M., Richard, M., Heckl, U., Weis, J., & Küffner, R. (2013). Effects of psycho-oncologic interventions on emotional distress and quality of life in adult patients with cancer: systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Oncology*, 31(6), 782-793.
- Farhadi, M., Reisi-Dehkordi, N., Kalantari, M., & Zargham-Boroujeni, A. (2014). Efficacy of group meaning centered hope therapy of cancer patients and their families on patients' quality of life. *Iranian journal of nursing and midwifery research*, 19(3), 290.
- Holland, J. C. (2010). *Psycho-oncology*: Oxford University Press.
- Moradi, P., Fatemizadeh, M., Ghavasi, F., Hesari, B. S., Akbarzadeh, I., & Ghezelghabr, R. M. (2019). Effectiveness of acceptance and commitment group therapy on quality of life and physical symptoms in gastrointestinal cancer patients.
- Yalom, I. D. (1995). *The theory and practice of group psychotherapy*: Basic books (AZ).
- Yalom, I. D., Leszcz, M., Rehintovschi, S., & Rehintovschi, A. (2013). *Tratat de psihoterapie de grup: teorie și practică*: Editura Trei.

CAPITOLUL 10
ÎNREGISTRAREA REZULTATELOR INTERVENȚIEI
ȘI URMĂRIREA EVOLUȚIEI CAZULUI

PSIHOLOG. DR. FLORINA POP, INSTITUTUL
ONCOLOGIC "PROF. DR. I. CHIRICUȚĂ" CLUJ

OANA HETEA, PSIHOLOG CLINICIAN,
PSIHOTERAPEUT LA CLINICA AMETHYST
RADIOTHERAPY CLUJ

Motivarea importanței înregistrării rezultatelor intervenției

Așa cum am recomandat și în primul ghid de bune practici din domeniul psiho-oncologiei realizat în 2016 (Pop, Postolica, Lupău, & Dégi, 2016) notițele din ședințele de screening, evaluare și intervenție psiho-oncologică se recomandă a fi păstrate.

O fișă psihologică a pacientului oncologic este indicat să conțină următoarele secțiuni:

- Numele și Prenumele Pacientului/Datele de contact
- Motivul solicitării serviciilor psiho-sociale
- Sumarul diagnosticului malign și a tratamentului oncologic
- Principalele nevoi psiho-sociale
- Suportul social
- Strategiile de coping
- Evaluarea din prima ședință de intervenție (inclusiv prin scoruri obiective)
- Evaluarea de la finalul intervenției (inclusiv prin scoruri subiective)
- Materialele oferite
- Numărul de ședințe
- Alte observații relevante (de exemplu, resursele pacientului, motivația pentru schimbare).

Mai jos puteți regăsi un model al unei fișe psihologice.

FIȘĂ PSIHOLOGICĂ

Nume pacient:

Data: Vârsta:

Istoric personal și familial:.....

Problema cu care se confruntă pacientul/pacienta:

.....

Convingerile privind propria persoană, credințe disfuncționale:

.....

.....

Strategii de coping cu boala în general:

.....

.....

Starea afectivă actuală: autoraportare sau observație:

.....

.....

Lipsa de speranță și ideatie suicidară:

.....

.....

Resurse/suport și performanță socială:

.....

.....

Lista de probleme și obiective:

.....

.....

Tehnici și metode utilizate:

.....

.....

Înregistrarea rezultatelor intervenției și urmărirea evoluției cazului

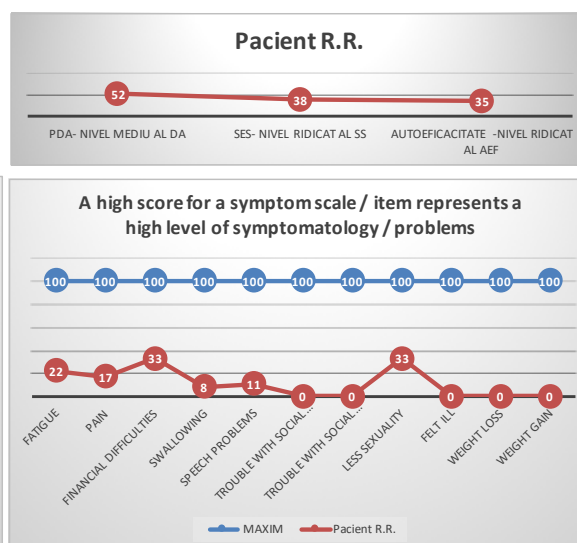
Înregistrarea rezultatelor intervenției și monitorizarea evoluției psihologice a pacientului are în principal rolul de a:

- evalua răspunsul psiho-comportamental al pacientului la anumite măsuri stabilite în cadrul procesului de intervenție psihologică;
- stabili statusul mental al pacientului;
- evalua recăderile din punct de vedere emoțional (simptomatologia depresiv-anxioasă) și dezvoltarea posttraumatică;
- identifica prezența problemelor psihologice și în consecința de a oferi suportul necesar.

Cu scopul de a exemplifica și mai mult monitorizarea evoluției unui caz, mai jos regăsiți o astfel de descriere.

Exemplu de monitorizare a evoluției cazului:

Pacient: **R.R.**
 Vârsta: 46
 Gen: Masculin
 Diagnostic: Carcinom scuamos necheratinizant diferentiat cT3N2M0
 Tratament: Radioterapie, Chimioterapie



Pacient: R.R.

Instrumente folosite:

- Interviu clinic;
- Profilul Distresului Afectiv (PDA);
- Scala Stimei de Sine;
- Chestionarul Autoeficacității;
- EORTC QLQ-C30, EORTC QLQ – H&N35.

Pacientul R.R. este în vârstă de 46 de ani, a suferit de tumoră malignă la nivelul rinofaringelui și a urmat radio-chimioterapie. După șase luni de la finalizarea tratamentului pacientul și-a reluat activitățile profesionale, cu scopul reactivării

resurselor personale și a sentimentului de utilitate. Pe durata tratamentului pacientul s-a aflat în concediu medical.

Din punct de vedere emoțional am identificat răspunsuri la evenimentele psihotraumatizante precum prezența simptomelor de anxietate asociate evoluției stării de sănătate, susținute de convingerile cu caracter disfuncțional, precum catastrofarea și abstragerea selectivă (recepționarea fragmentată a informațiilor compatibile cu propriile vulnerabilități și căutarea de reasigurări), rumațiile asociate comportamentelor dezadaptative care au contribuit la dezvoltarea bolii și hipervigilența la stimulii interni.

Deși în perioada tratamentului a acceptat să interacționeze doar cu membrii familiei și refuza să consume alimente în public, din cauza sentimentului de inadecvare, odată cu remediarea simptomatologiei somatice s-au redus și simptomele de anxietate socială și cele de autoevaluare negativă.

Scorul redus al funcționării sociale este cauzat de reevaluarea rolului persoanelor semnificative din viața pacientului și a timpului petrecut cu familia, în defavoarea activităților sociale. Totodată, experiența bolii a determinat o reevaluare a responsabilităților familiale și orientarea atenției asupra priorităților personale.

Se observă un nivel crescut al acceptării necondiționate și al autoeficacității, materializat în strategii de coping adaptative, orientate în direcția îmbunătățirii stilului de viață, inclusiv a comportamentului alimentar și a activităților fizice.

În concluzie e important să păstrăm o coerență în munca noastră și în activitatea cu fiecare pacient. Mai sus aveți prezentate câteva linii directoare și un exemplu de monitorizare a evoluției unui caz cu scopul de a exemplifica un model de înregistrare a rezultatelor intervenției și urmărirea evoluției acestuia.

Bibliografie:

Andrykowski &M,Floyd A, (2008) *Psychological Health in Cancer Survivors*,Semin Oncol Nurs. 2008 August; 24(3): 193–201. doi:10.1016/j.soncn.2008.05.007.

Pop, F., Postolica, R., LUPĂU, C., & Dégi, C. L. (2016). CLINICAL PRACTICE GUIDE IN PSYCHO-ONCOLOGY. *Cognitie, Creier, Comportament/Cognition, Brain, Behavior*, 20(4).

CAPITOLUL 11
ETICA ÎNGRIJIRII: O ABORDARE A DILEMELOR
ETICE ÎN PRACTICA PSIHO-ONCOLOGICĂ

PSIHOLOG. DR. FLORINA POP, INSTITUTUL
ONCOLOGIC "PROF. DR. I. CHIRICUȚĂ" CLUJ

Codul etic al intervenției psiho-oncologice

Existența și respectarea unui cod etic în activitatea de suport psiho-oncologic este o condiție fundamentală. Standardele etice reprezintă o serie de principii generale care ghidează practica profesională și delimitează responsabilitățile care corespund acesteia. Codul deontologic ghidează activitatea psihologului/psiho-oncologului/psihoterapeutului, asigură calitatea suportului, luarea unor decizii în conformitate cu nevoile și interesele pacientului, protecția și starea de bine a pacientului.

Codul etic include:

- Responsabilitățile și drepturile specifice profesiei psiholog;
- Cerințele legate de coordonarea activității și protejarea drepturilor psihologilor;
- Declarațiile de responsabilitate a consilierilor în ceea ce privește raportarea încălcării standardelor etice.

Principiile etice ale psihologului pot fi sintetizate în următorii factori:

- Competență profesională;
- Integritate;
- Responsabilitate față de profesie;
- Respectarea drepturilor celui alt;
- Preocupare pentru starea de bine a celorlalți;
- Asigurarea confidențialității;
- Evitarea comportamentelor negative.

Codul etic oferă un cadru general care permite luarea de decizii în practica profesională, dar nu oferă soluții la aspectele particulare legate de ceea ce trebuie să facă sau să spună psihologul/psiho-oncologul într-o anumită conjunctură. În unele situații pot apărea dileme etice, deoarece există argumente contradictorii privind intervenția psihologică. În aceste cazuri se recomandă consultarea codului etic și a altor profesioniști și supervizarea pentru a facilita luarea deciziei.

Deoarece la noi în țară încă nu a fost adoptat legal codul etic al psiho-oncologiei, psiho-oncologii își desfășoară activitatea după normele deontologice generale care ghidează activitatea de psiholog (www.copsi.ro, www.apsi.ro). De asemenea, codul deontologic al „Asociației Psihologilor Americani” poate fi consultat la adresa: <http://www.apa.org>.

În ceea ce privește aspectele etice din domeniul psiho-oncologiei recomandăm capitolul 89 (pag. 619-623) din *Psycho-Oncology* (Holland, 2010)

În concluzie, fiecare decizie terapeutică pe care o luăm are la bază o etică a îngrijirii dictată de un cod deontologic al profesiei de psiholog în acest moment în țara noastră. Cu siguranță, în practica de zi cu zi întâlnim multe dileme pentru care poate fi nevoie de o analiză atentă și de a avea grijă la principiul „înainte de a face bine să nu facem rău”.

Referințe bibliografice:

Holland, J. C. (2010). *Psycho-oncology*: Oxford University Press.

Publicat de

Roche România

013702 București, România

© 2021

Toate mărcile menționate beneficiază de protecție legală

www.roche.ro

RO_PR_2021_01