

7. Souka A. et al. *Assessment of fetal anatomy at the 11-14 week ultrasound examination*. In: *Ultrasound Obstet. Gynecol.*, 2004, nr. 24, p. 730-734.
8. Souka A. et al. *Screening for major structural abnormalities at the 11-to 14-week ultrasound scan*. In: *AJOG*, 2006, nr. 194(2), p. 393-396.
9. Michailidis G., Papageorgiou P., Economides D. *Assessment of fetal anatomy in the first trimester using two- and three-dimensional ultrasound*. In: *Br. J. Radiol.*, 2002, nr. 75, p. 215-219.
10. Ebrashy A., El Kateb A., Momtaz M. et al. *13-14-week fetal anatomy scan: a 5-year prospective study*. In: *Ultrasound Obstet. Gynecol.*, 2010; nr. 35(3), p. 292-296.
11. Benoit B., Hafner T., Kurjak A. *Three-dimensional sonoembryology*. In: *J. Perinat. Med.*, 2002; nr. 30, p. 63-73.
12. Baulon E. et al. *Diagnostic échographique des anomalies foétales du premier trimestre de la grossesse (dépistage chromosomique par mesure de la clarté nucale exclue)*. In: *EMC-Gynécologie-Obstétrique*, 2005, nr. 2(4), p. 329-342.
13. Ducarme G. et al. *Hyperclarté nucale et hygroma cervical au premier trimestre de la grossesse: diagnostic prénatal et devenir néonatal*. In: *Gynecol. Obstet. Fertil.*, 2005, nr. 33, p. 750-754.
14. Chaoui R. et al. *Assessment of intracranial translucency (IT) in the detection of spina bifida at the 11-13-week scan*. In: *Ultrasound Obstet. Gynecol.*, 2009, nr. 34, p. 249-252.
15. Lansac J. et al. *Rapport du Comité national technique de l'échographie de dépistage prénatal. L'échographie de diagnostic*. Paris, 2010, 27 p.

Prezentat la 24.01.2014

Hristiana Caproș,
GSM: 068205408, 069137161
Tel.: 022-34-63-97

PSIHOLOGIE

UNELE ASPECTE PSIHOLOGICE LA PACIENȚII ONCOLOGICI

Constantin EȚCO, Mariana CERNIȚANU,
Catedra Economie, Management și Psihopedagogie,
USMF Nicolae Testemițanu

Summary

Some of psychological oncology patients' peculiarities

The data of investigated patients revealed that more than half of patients (70%) are diagnosed with "cancer" at the age between 50-70 years. More than half of respondents (63%), confirm that they are not aware of such diagnoses to their close relatives. Most of surveyed patients consider their condition as an injustice, bad luck and / or punishment for some "sins" they have. 32% of patients consider that they are in a situation to defeat the fortune regardless of the given diagnosis. More than half (60%) of patients are not willing to cooperate actively with the doctor for his healing, but rather adopt the role of passive patient.

The described situation expose some gaps related to prophylaxis and disease prevention in our medical system.

Keywords: *oncology patients, psychological peculiarities, passive patient.*

Резюме

Некоторые психологические аспекты онкологических больных

Общий анализ данных об онкологических больных выявил, что больше чем у половины испытуемых (70%) диагноз „рак” был поставлен в возрасте от 50-ти до 70-ти лет. В то же время, имея такой диагноз (63%), испытуемые заявили, что не знают точно, кто из родственников страдает подобным недугом. Большинство испытуемых считают свое состояние как несправедливость или наказание за определенные грехи. Однако 32% отметили что намерены бороться за свое здоровье. В то же время, больше половины опрошенных (60%) не считает, что активное сотрудничество с врачом поможет их выздоровлению, предпочитая роль пассивного пациента.

Ключевые слова: *онкологические больные, психологические аспекты, пассивный пациент.*

Introducere

Impactul psihologic negativ al cancerului în conștiința publică se datorează caracterului de boală incurabilă, care continuă să reprezinte una dintre cauzele majore de deces în întreaga lume.

Severitatea bolii și agresivitatea terapiei specifice intră în rezonanță cu personalitatea subiectului, determinând diverse stări sufletești, sentimente și modificări ale stilului de viață. Mai mult de 47% din pacienții cu cancer dezvoltă tulburări psihiatrice, aproximativ 90% din acestea fiind reacții la diagnosticul și tratamentul maladiei. Tulburările emoționale

evidențiate frecvent pot fi, de asemenea, considerate răspunsuri la agresiunea psihologică [9].

Personalitatea bolnavului de cancer se conturează și se construiește în funcție de personalitatea pe care individul a posedat-o anterior îmbolnăvirii, de vârstă, sexul, cultura, contextul social și economic în care trăiește acesta. Trebuie să avem în vedere și sistemul de educație medicală, contextul familial și climatul afectiv-emoțional în care trăiesc și sunt îngrijite aceste persoane.

Odată ce diagnosticul este comunicat bolnavului de cancer, acesta prezintă, cel mai adesea, o serie de răspunsuri adaptative, cum ar fi: șoc/neîncredere, negare imediată și parțială, mânie, revoltă, anxietate, depresie etc. Paralel cu aceste reacții emotive pe care pacientul le trăiește, survin și modificări în sfera valorică a persoanei. Sentimentul de inutilitate sau de culpă poate include aprecieri negative asupra propriei valori, care nu corespund realității, ori o exagerare în autoatribuirea unor vinovății pentru eșecuri minore din trecut.

Unele persoane își pierd aproape în totalitate interesul pentru activități pe care altădată le considerau plăcute, de asemenea, disponibilitatea pentru activitățile profesionale, mergând până la retragerea din viața socială și cea profesională. Pofta de mâncare este, de regulă, scăzută, însă pot fi întâlnite și cazuri în care se înregistrează un apetit crescut (de tip compulsiv). Deseori, aceste persoane suferă de insomnie. Lipsa de energie, extenuarea și fatigabilitatea sunt simptome obișnuite pentru asemenea maladii. Boala canceroasă se însoțește de o modificare a dispoziției emoțional-afective sau chiar de reacții secundare de tip nevrotic. Deși bolnavul de cancer nu este și nici nu trebuie considerat în primul rând o persoană bolnavă psihic, el este totuși o persoană care prezintă o serie de tulburări psihologice și care se accentuează în funcție de evoluția bolii.

Reacțiile negative la aflarea diagnosticului de boală gravă se desfășoară în următoarele etape:

- **De șoc** – pacientul și familia sa par năucii, au impresia de irealitate; faza durează câteva zile.
- **Negarea diagnosticului** – angoasă, descurajare, mânie, panică, negare, revoltă. Pacientul refuză diagnosticul și aleargă din doctor în doctor, cu speranța că diagnosticul va fi infirmat. Această fază este parcursă de diverși pacienți în raport cu personalitatea lor, dar și cu soliditatea relației medic – pacient. Starea bolnavului poate fi ușurată prin asistență discretă, binevoitoare și plină de solicitudine. Este o realitate trăită, acceptată și asimilată, dar în condițiile în care pacientul poate reflecta, își poate pune întrebări, caută surse de informare.
- **De dezorganizare-organizare**. Boala este un eveniment neobișnuit, adesea necunoscut, gene-

rator de confuzii, de pierdere a controlului cognitiv. Față de boală se declanșează, concomitent, și reacția emoțională de anxietate, în care, de obicei, situația apare ca foarte alarmantă, greu de suportat.

În ciuda recentelor descoperiri în ceea ce privește remisia și posibilă vindecare a cancerului, acesta a rămas una din bolile asociate cu lipsa de speranță, cu durerea, teama și moartea. Diagnosticul și tratamentul cancerului produc stres psihologic, pe de o parte – din cauza simptomelor bolii, iar pe de altă parte – datorită percepțiilor pacientului și familiei acestuia în privința bolii și a stigmatului său [4].

Cele mai frecvente tulburări psihologice întâlnite la pacienții diagnosticați cu cancer sunt: *anxietatea, depresia, delirul, anorexia, insomnia*.

Anxietatea este descrisă de pacient ca teamă, agitație, hipervigilență, insomnie, dispnee, tahicardie, teamă, amorțeală, toropeală sau tensiune musculară. Anxietatea pacientului cu cancer variază în funcție de cauză, severitate și tratamentul aplicat. Dintr-un anumit punct de vedere, prezența anxietății la momentul diagnosticului de cancer este universală. Ca simptom, anxietatea tinde să apară în momentele critice de tranziție în diagnosticul și tratamentul cancerului precum: diagnosticul inițial, începutul și completarea terapiei sau depistarea bolii avansate ori a recidivei.

Depresia la pacienții cu cancer rezultă în urma: diagnosticului ca atare și tratamentului; medicației (steroidi, interferoni, alți agenți chimioterapici); depresiei endogene; recurenței unei tulburări bipolare de dispoziție. Aflarea diagnosticului în mod întâmplător sau într-un moment nepotrivit provoacă stupefacție, neîncredere, confuzie și multă suferință. Toate acestea ar putea fi evitate dacă persoana depistată cu cancer ar beneficia de o evaluare psihologică prealabilă (pentru a se stabili dacă este capabilă să suporte realitatea situației și, mai ales, să-și înțeleagă situația în care se află) și, de asemenea, de o minimă pregătire (suport emoțional, încurajarea unor atitudini precum speranța, curajul, răbdarea, implicarea activă în lupta cu boala etc.) [22].

Delirul este prezent în cancer ca un rezultat ai implicării directe a sistemului nervos central prin extensia tumorii și, indirect, prin efectele asupra sa a metaboliților toxici, rezultați în urma tratamentului. Pacientul aflat în delir, cu tulburări majore vizuale sau auditive, este predispus la halucinații în cazul instalării unei sedări prelungite, ca urmare a tratamentului urmat. Ca și în alte tulburări, simptomele initiale ale delirului sunt, de obicei, nerecunoscute sau nediagnosticate de către medic sau de către asistența medicală, punându-se greșit diagnosticul de depresie. Când are de-a face cu o schimbare bruscă de comportament la un pacient cu cancer, medicul trebuie să investigheze toate cauzele potențiate de

delir. În mod particular, pot apărea frecvente tulburări metabolice incluzând: hiponatremia, hipercalcemia, malnutriția și prăbușirea funcțiilor ficatului. Tiroida și statusul suprarenalelor pot fi alterate.

Anorexia este una dintre cele mai comune simptome în cancer, implicând și scăderea în greutate. Poate fi determinată de boală ca atare, de tratament sau de tulburările psihologice. Pierderea poftei de mâncare apare din cauza tratamentului chirurgical, a radioterapiei și chimioterapiei. Antibioticele, agenții antifungici și medicamentele contra durerii pot produce anorexie. Tratamentul cancerului poate altera gustul mâncării, plăcerea de a mânca și procesul metabolic normal de digestie. Sindroamele psihice și dinamica comportamentală sunt, de obicei, cauze ale pierderii poftei de mâncare. Câteodată, anorexia apare la un pacient cu depresie sau cu anxietate. În aceste cazuri, este greu să faci diferența între cauză și efect [3].

Insomnia. Încercările nereușite de a adormi pot fi asociate cu anxietatea, în timp ce trezirea în cursul nopții este mai frecvent întâlnită în depresii. Tulburările de somn pot fi determinate de diferite cauze fizice. Ciclul somn-veghe este întotdeauna perturbat la un pacient cu delir, indiferent de cauză. Durerea din cancer trezește adesea pacientul din somn. Unele medicamente trezesc bolnavul prin acțiune directă (fluoxetin) sau în mod indirect (diuretice). Mediul, temperatura, zgomotele din jur pot avea un rol major. Corectarea unor astfel de perturbări ambientale ameliorează sau chiar rezolvă problema, fără să se apeleze la tratamentul medicamentos, de care unii pacienți au totuși nevoie [9].

Factorii care vor influența persoana care află că are cancer sunt următorii:

- *tipul și clasa* (categoria) cancerului și reacția acestuia la terapie (este știut faptul că, în general, tumorile de natură benignă ridică mai puține probleme în ceea ce privește tratamentul, comparativ cu tumorile de natură malignă; acestea din urmă, proliferându-se, determină o evoluție mai rapidă a bolii și, ca urmare, pronosticul nu poate fi decât unul rezervat);
- *stadiul bolii* în momentul diagnosticului (în general, asupra unei boli canceroase, descoperite într-un stadiu incipient, se poate acționa mai eficient, existând totodată posibilitatea unui număr mai mare de opțiuni de tratament);
- *starea mentală și fizică* înainte de diagnostic (un organism tânăr va mobiliza mai multe resurse în lupta cu boala, față de un organism îmbătrânit și tarat de alte maladii care au existat sau care chiar coexistă cu boala de cancer);
- *atitudinea persoanei* față de această boala (ce crede ea despre), inclusiv acceptarea de a face

compromisuri, de a trece prin terapie și de a beneficia de servicii medicale și de sprijin (atitudini precum optimismul, curajul, speranța, credința, implicarea activă pot face adevărate minuni în ceea ce privește evoluția bolii și chiar există șansa unei vindecări mai rapide și mai spectaculoase;

- *calitatea sprijinului din partea familiei*, prietenilor și echipei medicale (chiar dacă familia trece și ea prin momente grele, trebuie să se mobilizeze și, cel puțin la patul bolnavului, să evite lamentările, jelitul, reproșurile, mila; bolnavul are nevoie să-i fie respectate demnitatea și calitățile umane, să știe că este bine îngrijit și că se face tot posibilul pentru a i se reda sănătatea);
- *măsura în care pot fi controlate efectele secundare ale tratamentului*. Lipsa unor explicații, de altfel absolut necesare, asupra tehnicilor medicale provoacă pacientului teamă și îngrijorare. Atunci când organismul nu răspunde la tratament conform așteptărilor, bolnavul se poate simți lipsit de speranță. Efectele secundare ale chimioterapiei (căderea părului, greața, vărsăturile etc.), intervențiile chirurgicale (care au ca finalitate extirparea unor organe sau amputarea unui membru) provoacă pacientului un grav traumatism psihic. Pe fondul acestor probleme se poate instala, secundar, episodul depresiv. Depresia care rezultă în urma diagnosticului ca atare și tratamentului sau a medicației sunt situațiile cele mai comune, dar este foarte dificil să determini cu certitudine când o depresie care apare în cancer este legată de o tulburare de dispoziție preexistentă.

Pacienții cu cancer au temeri fundamentale, denumite în practica medicală „**cei 6 D**”:

- drum spre moarte;
- dependență de familie, soț/soție, doctor, de personalul de îngrijire;
- desfigurare, schimbare în imaginea corporală și în imaginea de sine; pierderea sau schimbarea funcției sexuale;
- deprecierea capacității de a avea succes în muncă, în școală sau în activități libere;
- distrugerea (întreruperea) relațiilor personale;
- disconfort sau durere în stadiile terminale ale bolii.

Abilitatea pacientului de a face față acestor temeri depinde de echipa medicală, de ajutorul psihologic (emoțional) și de aspectele sociale, incluzând următoarele:

- boala în sine (localizare, simptome, aspecte clinice, tipul de tratament necesar);
- nivelul anterior psihologic și social, în special cel dinaintea bolii;
- amenințarea că boala pune în pericol atingerea țăntelor și scopurilor specifice vârștelor (adolescență, carieră, familie);

- atitudini culturale și religioase;
- prezența unei persoane suportive emoțional în apropierea pacientului;
- potențialul pe care îl are pacientul în ceea ce privește refacerea fizică și psihică;
- personalitatea pacientului și modul în care acesta face față situațiilor grele [24].

Scopul studiului este cercetarea particularităților psihologice ale pacienților oncologici și identificarea factorilor de influență asupra stării lor.

Tehnica de cercetare utilizată

Ancheta cu 10 întrebări deschise, în care pacientul trebuie să aleagă o variantă dintre cele propuse.

Eșantionul cercetat

Eșantionul chestionat a inclus 40 de pacienți din Institutul Oncologic din orașul Chișinău, secțiile de oncologie generală, mamologie, cap și gât. Vârsta pacienților – 20-70 de ani, locul de trai – oraș sau sat; timp de îmbolnăvire – de la 1 lună la 10 ani.

Rezultate obținute și discuții

La întrebarea: *De cât timp sunteți bolnav?* am obținut următoarele răspunsuri-rezultate: 1-3 ani – 45% bolnavi (respectiv 18 pers.); 4-6 ani – 25% (10); 0-11 luni – 22,5% (9) și 7-10 ani – 7,5% (3) pacienți. Analizând datele oferite de pacienți, vedem că marea majoritate au un termen de îmbolnăvire mai îndelungat, sunt deja cu experiență în trăirea maladiei date (figura 1).

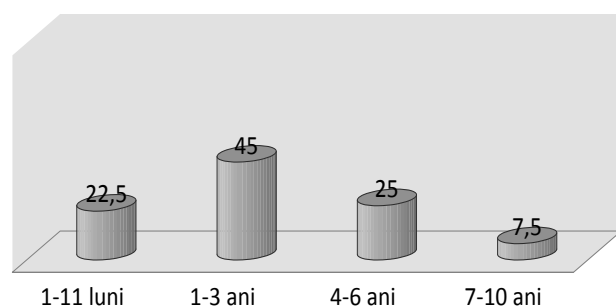


Figura 1. Timpul de îmbolnăvire (%)

Răspunsurile pacienților la întrebarea *Ce știți despre diagnosticul dumneavoastră?* s-au împărțit în următoarele categorii: 40% (16 pers.) sunt acei care știu că starea lor este destul de gravă; 35% (14) declară că medicii spun că au șanse mari pentru însănătoșire; iar 25% (10) nu prea cunosc multe despre starea lor.

Răspunsurile date au confirmat faptul că mulți pacienți cunosc și știu că starea lor este destul de gravă, dar speră că o vor învinge cu ajutorul medicilor, vor merge înainte. Cei care nu prea cunosc multe despre starea lor sunt dificili și chiar nu vor să cunoască, nu sunt interesați de starea lor (figura 2).

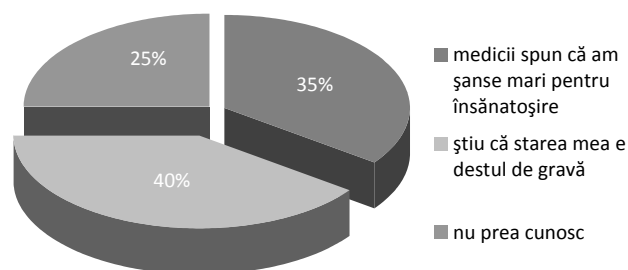


Figura 2. Diagnosticul pacientului

La întrebarea: *Cunoașteți dacă cineva din rude a suferit de aceeași boală ca și D-voastră?* pacienții au răspuns prin următoarele variante: „Nu cunosc pe nimeni” au răspuns 63% (25 pers.); rude de gradul II au menționat 25% (10) și 12% (5) – rude de gradul I. În același timp, majoritatea pacienților intervievați confirmă că nu sunt la curent cu un diagnostic ca al lor la rudele apropiate. Un procent mic (5 pacienți) cunosc despre probleme similare la rudele de gradul I. Cealaltă ne-au confirmat faptul că au rude apropiate cu același diagnostic (figura 3).

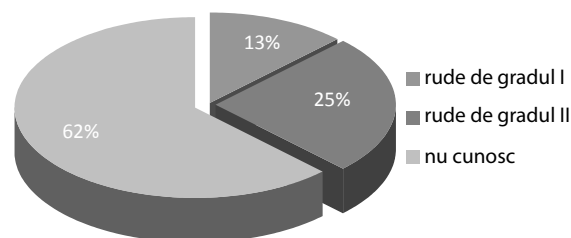


Figura 3. Rude cu aceeași suferință

La întrebarea: *Cum apreciați starea D-voastră?*, respondenții au dat următoarele răspunsuri: „Este o situație care trebuie învinsă” au menționat 32% (13 pers.); 30% (12) consideră că „E o pedeapsă”; „E un ghinion” au spus 25% (10) și „Este o nedreptate” au menționat 13% (5) dintre pacienți.

Astfel, putem conchide că mai puțin de jumătate dintre pacienții chestionați s-au arătat încrezători în sine și sunt pregătiți pentru a lupta pentru însănătoșirea lor, indiferent de diagnostic. Mai mult de jumătate au apreciat starea lor ca fiind fie o nedreptate, fie o pedeapsă sau un ghinion, totodată arătându-se descurajați și demotivați pentru a participa activ la însănătoșirea lor. Din observațiile noastre, aveau asemenea argumente pacienții mai puțin comunicabili și care fie au obosit de tratament, fie sunt dezamăgiți de rezultatele lui (figura 4).

Răspunsurile respondenților la întrebarea: *Ce așteptați de la medici?* au fost următoarele: 40% (16 pers.) spun că își doresc o vindecare bine-meritată, considerând că odată ce au venit la medic, acesta trebuie să facă maximum posibil pentru tratarea lor; 23% (9) vor să fie lăsați în pace, pentru că sunt dezamăgiți de evoluția tratamentului; 22% (9) menționează faptul că medicii au o atitudine binevoitoare

și se așteaptă la un tratament cu succes; 15% (6) sunt obosiți de procedurile dure și cer să fie tratați într-un alt mod.

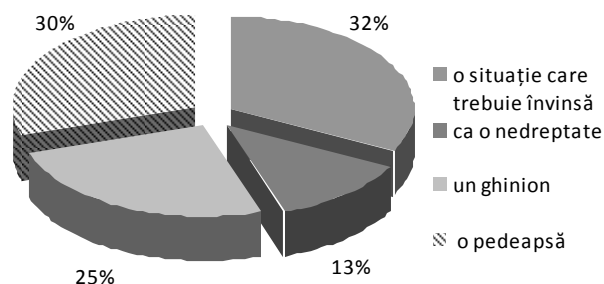


Figura 4. Starea emoțională a pacienților intervievați

Din analiza integrală a datelor, putem desprinde ideea că pacienții, în marea lor majoritate, nu sunt dispuși spre o cooperare activă cu medicul în scopul vindecării lor, ci mai degrabă preiau rolul de pacient pasiv, fapt confirmat prin datele statistice descrise. Reieșind din observațiile noastre, putem menționa că asupra acestei situații influențează și stilul de relaționare a medicului cu pacientul. Adică însuși medicul, prin stilul preponderent autoritar de relaționare favorizează pasivitatea la pacienți. Mai mult ca atât, uneori medicul nu poate implica prea activ pacientul în procesul de tratament, deoarece acesta nu întotdeauna este pregătit și își dorește acest lucru (figura 5).

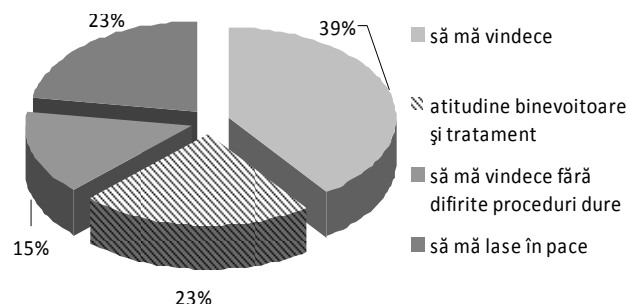


Figura 5. Așteptările pacienților din partea medicilor

La întrebarea: *Ce credeți despre însănătoșirea D-voastră?*, pacienții au răspuns diferit. Astfel, unii sunt bine-dispuși și se așteaptă la rezultate pozitive, iar alții nu mai cred că se vor însănătoși vreodată definitiv (figura 6).

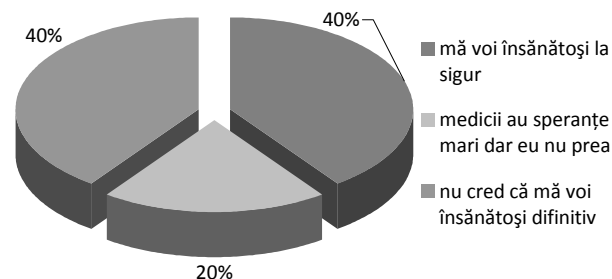


Figura 6. Speranța pacienților de însănătoșire

Concluzii și recomandări

Din analiza integrală a datelor privind pacienții anchețați rezultă că mai mult de jumătate dintre ei (70%) sunt diagnosticați cu cancer la vârsta între 50 și 70 de ani.

Mai mult de jumătate dintre pacienții intervievați au menționat faptul că cunosc situația și știu că starea lor este destul de gravă, dar speră că vor învinge maladia cu ajutorul medicilor. De cealaltă parte s-au situat pacienții care nu cunosc prea multe despre starea lor și chiar nu vor să cunoască. Astfel, mai mult de jumătate dintre respondenți (63%) confirmă faptul că nu sunt la curent cu asemenea diagnostic la rudele apropiate, probabil din motivul că nu au comunicat despre aceasta. Cei mai mulți dintre bolnavi au menționat că rudele, familia sunt preocupată de grijile lor și nu au timp să le acorde susținere; la unii dintre pacienți, rudele sunt chiar nemulțumite de îmbolnăvirea și starea de neajutoarare a lor. Situația descrisă scoate în vileag unele lacune ce țin de prevenirea și profilaxia bolilor în societatea noastră.

Referitor la faptul cum își apreciază ei starea în care se află, majoritatea pacienților consideră că e o nedreptate, un ghinion și/sau o pedeapsă pentru careva „păcate”. Totuși, 32% consideră că se află într-o situație care trebuie învinsă, indiferent de diagnostic.

Din analiza datelor obținute, putem desprinde ideea că pacienții, în marea lor majoritate (60%), nu sunt dispuși spre o cooperare activă cu medicul în scopul vindecării lor, ci mai degrabă preiau rolul de pacient pasiv. Reieșind din observațiile făcute, putem concluziona că anume prin stilul preponderent autoritar de relaționare medicul condiționează pasivitatea la pacienți. Astfel, mai puțin de jumătate din pacienți (40%) se arată optimiști și se așteaptă la rezultate îmbucurătoare, ceilalți 60% nu prea cred că vor fi vreodată sănătoși.

Bibliografie

1. Lelordf Andre C. *Cum să ne purtăm cu personalitățile dificile*. Paris: Ediția Odile Jacob, 1996.
2. Cucu C. I. *Psihologie medicală*. București: Editura Litera, 1980.
3. Iamandescu I. *Manual de psihologie medicală*. București: Editura INF Omedia, 1995.
4. David D. *Psihologie clinică și psihoterapie*. Iași: Polirom, 2006.
5. Pleșca Maria Dorina. *Comunicarea în relația medic – pacient*. București: Ediția științifică, 2012.
6. Enăchescu C. *Dialogul medic – bolnav*. Cluj-Napoca: Editura Dacia, 2007.
7. <http://abch.ro/suportul-emotional-si-psihologic-pentru-pacientul-oncologic>
8. <http://psihologia.wordpress.com/2008/01/21/personalitatea-bolnavului-de-cancer>.
9. <http://www.umfiasi.ro/Rezidenti/suporturidecurs/Facultatea%20de%20Medicina/Oncologie/>

Prezentat la 21.01.2014