

ASISTENȚA PSIHOLAGICĂ ÎN ONCOLOGIE

Larisa Catrinici, director IMSP Institutul Oncologic

Natalia Coșciug, doctor în psihologie

e-mail: natalia.cosciug17@gmail.com, tel 069134426

Rezumat

Asistenta psihologică profesională trebuie să fie acordată pacienților sistematic, la orice etapă de tratament, la solicitarea medicului sau la dorința oricărui bolnav. Suportul psihologic este o parte componentă a etapei de diagnostic și trebuie să fie inclus în programul individual de tratament și reabilitare.

Cuvinte-cheie: tulburări afective, stabilitatea psihică, mecanisme de adaptare, protecție psihologică, calitatea vieții.

Summary: Psychological assistance in oncology

Professional psychological assistance should be offered to patients systematically, at any stage of treatment, at the request of the physician, as well as at the request of any patient. Psychological support is a part of the diagnostic phase and must be included in the individual treatment and rehabilitation program.

Words-keys: mental status, rational psychotherapy, behavioral psychotherapy, life quality.

Резюме: Психологическая помощь онкологическим больным.

Ситуация тяжелого соматического заболевания, фрустрирующая человеческие потребности как физического, так и социального характера, неопределенность прогноза, весь спектр отрицательных эмоциональных состояний формирует единую картину эмоционального стресса, в котором находится онкологический больной.

Психологическая поддержка онкологического больного должна проводиться с момента первой встречи с онкологом, сопровождать больного на последующих этапах лечения и быть составной частью индивидуальной программы лечения и реабилитации для каждого пациента.

Игнорирование эмоциональных проблем пациента ставит под сомнение не только его качество жизни и психологический комфорт, но и успех проводимого специального лечения, повышает риск неблагоприятного течения болезни.

Ключевые-слова: эмоциональные нарушения, психологическое равновесие, адаптационные механизмы, качество жизни.

Omul, bolnav de cancer, se află în fața unui pericol vital, de aceea el este cuprins de frică și disperare. Nici o boală nu determină perturbări de ordin emoțional, mai severe, mai puternice decât afecțiunea neoplazică, chiar și în cazul indivizilor cu sistem nervos perfect echilibrat. Tulburarea afectivă în mare măsură, este determinată de obiectivele sociale, referitor la imposibilitatea tratamentului acestei maladii și inevitabilitatea suferinței fizice. În concepția oamenilor a rămas întipărită ideea că cancerul este o boală incurabilă.

De la prima întâlnire cu medicul oncolog începând de la etapa de diagnostic la toți pacienții sunt prezente tulburări psihoemoționale, care diferă atât după caracter, cât și după intensitatea lor de exprimare.

Și cea mai traumatizantă, cea mai încordată din punct de vedere psihologic este etapa de diagnostic, când bolnavul prima dată se întâlnește cu faptul unei suspiciuni sau prezenței unei maladii canceroase și necesității de a da acordul la tratament specific.

În ultimul timp, în clinicile oncologice se efectuează programarea prealabilă a bolnavului pentru consultația unui medic oncolog sau pentru investigații suplimentare în scopul confirmării sau infirmării

diagnosticului de cancer. Acest fapt mărește perioada de incertitudine în care se află pacientul și conduce la o încordare emoțională extremă, care deseori devine insuportabilă.

Principale tulburări psihice și de comportament la această etapă de tratament sunt: anxietatea, care este caracterizată printr-un sentiment de insecuritate, neliniște, frică, panică patologică, depresie. În situația unui pericol vital pe prim plan apare frica, neliniștea și depresia. În acest caz alte exprimări ale tulburărilor afective, caracteristice pentru diferite tipuri de personalitate, devin puțin pronunțate, se nivelează.

La unii pacienți în această perioadă sunt prezente reacții de iritabilitate ridicată, reacțiile de agresivitate capătă un caracter brutal. Unii din pacienți scriu plângeri, se adresează în instituțiile ierarhic superioare, apelează la linia verde. Intră în conflict cu alți pacienți, cu medicii, cu toți cei care, după părerea lor, n-au fost destul de operativi în stabilirea diagnosticului.

Toți acești factori creează o atmosferă încordată. Se reflectă negativ asupra stării sănătății bolnavilor și împiedică activitatea cotidiană a personalului medical.

Evident, că un astfel de comportament este deter-

minat de faptul, că agresivitatea este o emoție secundară și provine de la manifestări de frică și durere.

Etapele ulterioare de tratament, care presupun necesitatea administrării chimioterapiei, deseori operații mutilante, schimbarea statutului social al pacientului, invalidizarea, apariția dependentei financiare de alți membri ai familiei și multe altele conduc la apariția unor motive noi pentru instalarea unui stres psihic sever.

Este absolut necesar ca fiecare bolnav, începând de la etapa de diagnostic să poată dispune de o asistență psihologică profesională, care constă în diagnosticul stării psihice și elaborării unui program individual de reabilitare psihologică.

Lipsa unei asistențe psihologice, acordate la timp, favorizează creșterea intensității de exprimare a emoțiilor negative, pacientul devine inactiv social, nervos, incapabil la un efort concentrat.

Apar disperarea, senzația de singurătate, mulți din pacienți își găsesc refugiu în boală, fapt care conduce la degradarea socială și la apariția unor grupuri de pacienți nemotivați, care încearcă să obțină diferite înlesniri din statutul său social de invalid.

O atenție deosebită o acordăm faptului, că stresul psihic, generat de boală, agravează prin cerc vicios mersul bolii.

Neglijarea problemelor emoționale pune la căpână nu numai echilibrul sufletesc și calitatea vieții, dar și reușita tratamentului specific, deoarece stresul rețrăit prezintă un factor adjunct în crearea unei insuficiențe imuno-deficitare secundare. Încordarea, depresia, frica, ca consecință apariția neurozei, pot spori apariția evoluției nefavorabile a bolii, conduc la diminuarea eficacității tratamentului și provoacă metastazarea. Tulburările somatice, la rândul lor, provoacă disperare și multă suferință.

De aceea este extrem de important ca fiecare bolnav la orice etapă de tratament în scopul corecției statutului psihic să poată beneficia de un tratament farmacoterapic și psihoterapic.

Normalizarea statutului psihic, corecția la timp a dereglărilor emoționale permite efectuarea tratamentului specific în volum deplin și cu o eficacitate mai înaltă.

Există și multe alte aspecte, care presupun neapărat prezența unei asistențe psihologice în orice clinică oncologică. Menționăm doar câteva cazuri de refuz a tratamentului:

1. Bolnavii care au renunțat la tratamentul chirurgical sau chimioterapic după ce au conștientizat diagnosticul de cancer, consecințele unei operații mutilante, invalidizarea, posibilitatea recidivelor – refuzul de la tratament poate fi tratat ca un „suicid pasiv”. Pacienții care refuză tratamentul prezintă tulburări de

depresie. Ei pierd sensul și rațiunea de a mai trăi, se simt străini și nu pot înțelege realitatea în care trăiesc.

2. Problema comunicării diagnosticului de cancer. Un aspect important a asistenței oncologice. Nu există rețete universale referitor la faptul trebuie sau nu de comunicat diagnosticul de cancer. Problema se rezolvă întotdeauna absolut și strict individual. Este necesar de ținut cont de particularitățile conștientizării bolii la bolnavii oncologici și prezența mecanismelor de protecție psihologică. Sistemul de protecție psihologică este strict individual și atât de perfect încât reacția de adaptare se produce spontan. Tendința de a influența nedorit asupra lui poate fi periculoasă. Abordarea acestei probleme presupune prezența unor cunoștințe speciale a psihologiei bolnavului de cancer și modificările acesteia, începând de la etapa de diagnostic. Deseori, informația referitor la boală și pronostic nu se discută cu pacientul. Noi vorbim despre posibilitatea omului de a percepe informația non-verbal, prin înțelegerea situației și nu verbal.

3. Una din problemele de bază în oncologie constă în controlul durerii: În afară de aspectul fizic durerea are și aspect psihologic, care include un șir de probleme – durere socială, emoțională, provocată de pierderea propriei atracții. La pacienți în faze terminale a bolii este necesară o înțelegere a disperării bolnavului, o susținere în plan afectiv cu un tratament simptomatic pentru înlăturarea în special a durerii fizice.

Una din sarcinile importante ce îi revine psihologului este aceea de a ajuta pacientul să accepte noua situație, să se obișnuiască cu ea.

Astfel, asistența și suportul psihologic a bolnavilor oncologici trebuie incluse la toate etapele de diagnostic și tratament.

De la prima vizită la medicul oncolog, pacientul pe lângă tratamentul specific, trebuie să beneficieze de suport psihologic, acordat la nivel profesional. Asistența psihologică trebuie să fie accesibilă pacienților sub cele mai diverse forme: grupuri de suport care să încurajeze exprimarea emoțională, tehnici cognitive care să modifice percepția bolii, a tratamentului, a imaginii corporale, tehnici comportamentale, tehnici de relaxare, consilierea integrării socio-profesionale.

Acest fapt va permite creșterea calității vieții, normalizarea echilibrului sufletesc, asigurarea stabilității psihice, factori importanți pentru succesul tratamentului specializat aplicat și a reducerii riscurilor progresării bolii.

Bolnavul devine conștient de importanța efortului și a rolului său, de faptul că deciziile și responsabilitatea în lupta cu boala îi aparțin. Această nouă conștiință de sine conduce la apariția sentimentelor de stabilitate și suport psihologic, de încredere în propriile

forțe. Astfel se normalizează procesele de funcționare a mecanismelor de adaptare și se cristalizează sistemul de protecție psihologică.

Bibliografie:

1. Adriana Mihaela David., Sorina Nastase. Calitatea vieții la pacienții cu afecțiuni oncologice și patologie depresiv-anxioasă comorbidă. Revista „Calitatea vieții”, XXIII, nr. 1, p. 45-62.

2. Dinoff Bl., Shuster I.L. Psychological issues. In: De Vita VI Jr, Helmann S., Rosenberg SA, Eds. Cancer: principles&practice of oncology. &the d. Philadelphia: Lippincott Williams&Wilkins 2005: 2683-2691.

3. Massie M-J, Chertcov L., Roth A.J. Psychological issues. In: De Vita VT Jr, Helmann S., Rosenberg SA, Eds. Cancer: principles&practice of oncology. &the d. Philadelphia: Lippincott Williams&Wilkins 2001: 3058-3066.