

CZU:616-006-089-05:159.97

<https://doi.org/10.52692/1857-0011.2021.3-71.06>

IMPACTUL EMOȚIONAL ÎN CANCER ȘI ORIENTAREA PACIENȚILOR LA OPERAȚII RECONSTRUCTIVE

Natalia COȘCIUG, doctor în științe psihologice,
Diana PREPELIȚA, doctor în științe medicale,
Corneliu COJOCARU, doctor în științe medicale,
Liliana PRODAN, cecetător științific stagiar,
Rodica TARNARUȚCAIA, cercetător științific stagiar,
Rodica GUTIU, cercetător științific stagiar,
Evghenia CRUPENECOVA, cercetător științific stagiar
Instituția Medico-sanitară Publică Institutul Oncologic,
Laboratorul științific Psihooncologie

Rezumat.

Rezultatele obținute permit de a constata, că particularitățile individuale ale pacienților, stereotipurile obișnuite de comportament în împrejurări stresante, diferite evenimente din viața lor personală sunt în raport direct și influențează nemijlocit cât asupra procesului de tratament, atât și caracterului obiectivului referitor la operația reconstructivă.

Cuvinte-cheie: particularități individuale, situații de stres, obiectiv, stereotipuri de comportament, operații reconstructive, starea emoțională, suport psihologic, atracția fizică.

Summary. The emotional impact in cancer and the orientation of patients to reconstructive operations.

The results obtained show that the individual characteristics of patients, common stereotypes of behavior in stressful circumstances, various events in their personal lives are directly related and directly influence both the treatment process and the nature of the goal of reconstructive surgery.

Keywords: individual peculiarities, stressful situations, objective, behavioral stereotypes, reconstructive operations, emotional state, psychological support, physical attraction

Резюме. Эмоциональный стресс и установки экологических больных на реконструктивные операции.

Полученные результаты позволяют сделать вывод, что индивидуальные особенности пациентов и их привычные способы реагирования в стрессовых ситуациях, а также различные события в их жизни будут оказывать непосредственное влияние как на процесс лечения, так и на принятие решения по поводу реконструктивной операции.

Ключевые слова: индивидуальные особенности, стрессовые ситуации, объективные, поведенческие стереотипы, реконструктивные операции, эмоциональное состояние, психологическая поддержка, физическая привлекательность.

Scopul

Determinarea factorilor de ordin psihologic, care influențează decizia pacienților la intervenția reconstructivă.

Material și metode

Interviul clinic, observația clinică, chestionarea, Scala de anxietate J. Taylor, Inventarul Fobiei Sociale SPIN, Inventarul de Depresie Beck II, scalarea valorilor, alegerea afirmațiilor, Videoelectroencefalografie.

Rezultatele obținute

În scopul realizării sarcinilor înaintate au fost examinați 55 pacienți, 43 sufereau de cancer mamar, 12 - cancer regiunii cap/gât.

Studiul a început prin diagnosticul statutului psihic, identificarea cauzelor tulburării prezente și testarea psihologică. Au fost examinate orientările valorice, obiectivele individuale și caracterul situației familiale.

Obiectivizarea datelor a fost efectuată prin videoelectroencefalografie.

Fiecărui pacient i-a fost oferită o broșură special editată, care informa referitor la scopurile și posibilitățile studiului actual, prezența unei echipe multidisciplinare, care va monitoriza starea de sănătate somatică și emoțională pe tot parcursul tratamentului.

Toți pacienții dispuneau de un program individual de reabilitare medicală și psihologică. Corecția obiectivelor neadecvate se realiza în comun cu medicii, care informau pacienții privind riscurile existente a intervenției chirurgicale reconstructive.

Pentru efectuarea unei analize mai clare și adecvate vom analiza separat grupul de pacienți cu cancer mamar și regiunii cap/gât.

Grupul de pacienți cu cancer mamar.

Toți pacienții au fost repartizați în 3 grupuri în funcție de caracterul obiectivului, referitor la operația reconstructivă: stabil pozitiv, stabil negativ și obiectiv instabil, când pacientul n-a luat o decizie definitivă.

Grupul de pacienți cu un obiectiv stabil negativ este cel mai numeros (22 paciente din cele 43 cu cancer mamar) și cel mai stabil din punct de vedere psihologic.

Vârsta pacientelor cuprinsă între 40-60 ani, 14 sunt căsătorite, 8 – divorțate, 16 – au studii superioare, restul – medii speciale, 18 – sunt încadrate în câmpul de muncă. Majoritatea au studii superioare, muncesc și sunt căsătorite. Toate primesc suport psihologic, în jumătate de cazuri este prezent un stres suplimentar, care nu este legat de starea de sănătate.

Aproape toate au menționat necesitatea suportului psihologic și numai într-un singur caz pacienta a încercat să se izoleze.

După depistarea tumorii s-au adresat îndată la medic, menționând faptul că în prioritate a fost cât mai repede de început tratamentul pentru a supraviețui, în 3 cazuri adresarea a avut loc ceva mai târziu. Pentru 2 paciente defectul cosmetic era în prioritate. Însă, după acceptarea situației obiectivul principal a devenit finisarea cu succes a tratamentului.

În 10 cazuri tulburările nevrotice lipseau sau erau ușor pronunțate.

Rezultatul testării după Scala de Anxietate J. Taylor au demonstrat un grad scăzut de anxietate sau mediu cu tendință spre scăzut, anxietatea socială conform Inventarului Fobiei Sociale SPIN lipsea, nivelul de depresie după Inventarul de Depresie Beck II era normal.

Lipsa tulburărilor afective a fost înregistrată și în rezultatele investigațiilor obiective, în concluziile videoencefalografiei (VEEG).

În cazul unor tulburări ușoare după cure de reabilitare psihologică starea emoțională a devenit stabilă, fapt ce a fost înregistrat și la VEEG, când manifestările iritative ușoare, înregistrate anterior, au dispărut.

12 paciente au demonstrat tulburări nevrotice pronunțate, în 9 cazuri ele erau determinate de un stres familial cronic, în 3 – de avansarea procesului neoplazic. Rezultatele testării au demonstrat un grad ridicat de anxietate, fobie socială ușor pronunțată.

Curele de reabilitare medicală și psihoterapie au contribuit la diminuarea intensității emoțiilor negative, fapt ce a fost înregistrat în concluziile VEEG. Modificările iritative difuze, înregistrate anterior, au devenit mai puțin pronunțate, în unele cazuri au dispărut sau au fost înlocuite cu suprapuneri vasculare.

Mastectomia și defectul cosmetic au un puternic impact psihologic. Recăpătarea echilibrului emoțional depinde de mai mulți factori, unul din ei, după părerea noastră, este decisiv.

Una din problemele principale a oricărei dezadaptări sunt situații neîncheiate, nefinisate din punct de vedere psihologic, care nu au atins un final logic și

prezintă „un ciclu nesubstituit”. Așa situații provoacă iritarea acelor centre a creierului, care răspund de „deservirea” situațiilor nefinisate, anume ele prezintă cauza diferitor nevroze.

Momentul, care duce la finisarea psihologică a situației pentru a încheia ciclul poate servi luarea unei decizii clare și neîndoelnice. Luarea deciziei prezintă finisarea psihologică a situației. Acest grup de pacienți a luat o decizie definitivă referitor la posibilitatea unei operații reconstructive. Ca exemplu, expresiile pacientei T. “I-am spus soțului că este viața mea, va fi așa cum am decis”; pacientei P. “Principalul să termin tratamentul și să închid tema”, pacientei T. “Îmi pun proteza și gata”.

Capacitatea repede și destul de ușor de a schimba comportamentul în funcție de condițiile existente este baza adaptabilității. Din spusele unei paciente: “Este ceea ce îmi trebuie acum, mă aranjează exoproteza”.

Acest grup de pacienți a reușit să-și creeze un mecanism de protecție psihologică sigur, care îi ajută în adaptarea la schimbările apărute și la depășirea identității sexuale afectate, evident prezintă după o operație radicală. În comunicare cu pacienții această formă de protecție trebuie să fie respectată și protejată atâta timp, cât pacientului este confortabil de a se afla în ea, intervenția psihologică trebuie să fie bazată anume pe forma dată a protecției psihologice.

Pacientele care prezentau tulburări emoționale pronunțate (9 paciente) se aflau în situație de incertitudine, legate de diferite domenii ale vieții. Ca exemplu: Pacienta L. “Trăiesc în stres cronic permanent. Nu vreau să merg acasă”.

În 3 cazuri emoțiile negative pronunțate erau determinate de avansarea procesului și prezența unui pericol vital.

Pentru acest grup de bolnavi valoarea “atracția fizică” nu are prioritate, se plasează pe locurile 6-8 în efectuarea metodei “Scalarea valorilor”, în majoritatea cazurilor pacienții sunt de părere, că sănătatea este cel mai important lucru, fără ea totul își pierde sensul.

Grupul de pacienți cu un obiectiv instabil referitor la operația reconstructivă se caracterizează printr-un nivel cel mai ridicat al tulburării afective și include 12 paciente. Vârsta pacientelor cuprinsă 35-60 ani, căsătorite, 6 – au studii medii speciale, celelalte superioare, 5 din 12 lucrează. Toate primesc suport psihologic, în 5 cazuri a fost menționat un stres suplimentar.

Comparativ cu grupul precedent pacientele au încercat să se izoleze (10 din 12 paciente) și majoritatea nu s-au adresat îndată la medic după depistarea tumorii. Acest fapt demonstrează un moment important: pacienții din acest grup cu greu își schimbă stereotipul obișnuit de comportament sub influența condițiilor din exterior și au nevoie de mai mult timp pentru

a lua decizii concrete. Pentru aceste paciente trauma psihologică a prezentat atât pericolul vital, indus de boală, cât și defectul cosmetic în urma operației.

La toate pacientele din acest grup s-au depistat tulburări nevrotice de intensitate moderată și pronunțată de exprimare. Toate menționează prezența sentimentului de inferioritate, defectul estetic, probleme sexuale și frica singurătății. Rezultatele testării au demonstrat aproape în toate cazurile un grad ridicat de anxietate, prezența unei fobii sociale, diferit pronunțate, în 4 cazuri era depistată o depresie moderată.

Tulburările nevrotice erau înregistrate și la efectuarea VEEG și caracterizate ca modificări iritative moderate, accentuate sau disfuncția structurilor diencefalice.

După cure de psihoterapie, suport psihologic și reabilitare medicală starea emoțională s-a ameliorat, intensitatea emoțiilor negative s-a diminuat, fapt ce a fost înregistrat și la VEEG, când modificările iritative, depistate anterior, au scăzut ușor. Dar, nici într-un caz nu s-a depistat revenirea la normă a tulburării afective, fapt înregistrat și la VEEG. Pacientele au menționat că nu au luat o decizie definitivă și ar putea fi interesate de posibilitatea unor operații reconstructive. Două paciente din acest grup și-au schimbat obiectivul la unul negativ, ca consecință a apărut o anumită stabilizare a statutului psihic, a scăzut nivelul de anxietate și de fobie socială, depresia nu a fost depistată. În celelalte cazuri așa și nu s-a luat o decizie definitivă, fapt, care nu a permis de a încheia psihologic situația. Situațiile neîncheiate reântorc pacientul în trecut și provoacă suferință emoțională. Din spusele pacientei T. "Des îmi aduc aminte cum arătam în trecut, privesc hainele pe care acum nu pot să le îmbrac".

Pentru acest grup valoarea "atracția fizică" este mai importantă și se plasează pe locurile 4-6, în majoritatea cazurilor pacienții consideră că sănătatea este importantă, dar sunt lucruri nu mai puțin importante (familia, serviciul, atracția fizică ș.a.). Acest grup de pacienți este cel mai vulnerabil din punct de vedere emoțional. Au nevoie de un suport psihologic sistematic pentru a-și identifica necesitățile reale, care des se află la un nivel subconștient. Putem presupune, că în acest grup au intrat pacienții cu un tip slab al sistemului nervos. În situația unui stres sever, ei nu pot repede să se orienteze și să ia decizii necesare.

O importanță deosebită în acest caz o are poziția familiei.

Din grupul de paciente cu un obiectiv stabil pozitiv fac parte 9 paciente, la care de asemenea au fost identificate reacții psihogene, însă intensitatea lor este mai puțin pronunțată, decât în grupul precedent analizat. Vârsta pacientelor cuprinsă între 40-60 ani, căsătorite, 4 – muncesc, toate, în afară de o pacientă

au studii superioare, fapt observat și în grupul de pacienți cu un obiectiv stabil negativ.

Majoritatea s-au informat singure despre posibilitatea reconstrucției glandei mamare sau au aflat din rețele de socializare. Putem presupune că capacitatea de a-și modifica cognițiile, lua decizii concrete și schimba stereotipul obișnuit de comportament sub influența împrejurărilor este în dependență de nivelul de educație.

Deasemenea, ca și în grupul precedent, este prezent sentimentul de inferioritate și pierdere a feminității.

Conform testării a fost identificat un grad mediu de anxietate. Fobia socială și depresia ușoară era prezentă doar în 2 cazuri.

Tulburările nevrotice erau prezente și în rezultatele VEEG și caracterizate ca tulburări iritative ușoare sau moderate, într-un caz ca tulburări ce caracterizează iritația structurilor corticale.

Curele de reabilitare medicală și psihologică au avut un efect pozitiv asupra sănătății emoționale, fapt menționat de paciente și înregistrat la VEEG. Pacientele din acest grup au făcut o alegere conștientă și au luat o decizie clară referitor la operația reconstructivă. Psihologic au încheiat situația, fapt ce a avut ca consecință o anumită stabilizare a stării emoționale. Însă, din diferite motive, des obiective (dificultăți financiare, contraindicații medicale, împotrivirea familiei ș.a) nu puteau întreprinde acțiuni concrete pentru a rezolva problema existentă. În așa situație apare un conflict între necesitățile pacientului și posibilitățile existente de a satisface aceste necesități, fapt ce menține neliniștea și încordarea.

Câteva exemple din discuții cu pacienții: Pacienta P. "Dorința la operația reconstructivă rămâne. Dacă aș putea, aș face. Mă împiedică dificultățile financiare și poziția familiei. Nu am încotro: trebuie să mă accept așa cum sunt", pacienta M. "Operația ar schimba cardinal viața mea".

Valoarea "atracția fizică" în acest grup se plasează pe locurile 3-6, devine și mai prioritară.

O pacientă a realizat operația reconstructivă. Din spusele ei, a depășit sentimentul de inferioritate, se simte mai încrezută în sine, tulburările nevrotice au dispărut. Duce o viață socială activă, muncește, nu există bariere în viața intimă. Așteptările pe care le-a avut de la operația reconstructivă au fost realizate. Reconstrucția glandei mamare cu condiția lipsei unor contraindicații medicale, este o alegere conștientă a pacientelor din acest grup în scopul depășirii sentimentului de inferioritate și restabilirii identității sexuale.

Grupul de pacienți cu tumori a regiunii cap/gat

În acest grup au intrat 12 pacienți, vârsta cuprinsă între 25-70 ani. Toți au studii medii speciale sau superioare, casatoriți.

Primeau suport psihologic în familie, nimeni nu a menţionat prezenţa unui stres cronic în alte domenii ale vieţii.

După depistarea tumorii bolnavii îndată s-au adresat la oncolog şi au menţionat faptul că emoţiile negative prezente sunt determinate de pericolul indus de boala şi cel mai important a fost de început cât mai repede tratamentul pentru a supravieţui.

Aici putem constata o abordare destul de adecvată şi raţională a situaţiei, în cazul apariţiei unor schimbări stresante în exterior se iau decizii şi se întreprind acţiuni concrete pentru a rezolva problema.

La nimeni n-a apărut tendinţa de izolare, acest fapt este confirmat şi în rezultatele testării psihologice, punctele acumulate de pacienţi n-au demonstrat prezenţa unei fobii sociale. În 2 cazuri s-a depistat o depresie usoară, în celelalte nivelul de depresie era normal.

În schimb, aproape la toţi pacienţii s-a depistat o intensitate moderată de exprimare a anxietăţii, în 2 cazuri, conform Scalei de Anxietate J.Taylor, anxietatea era pronunţată. Acest fapt a fost confirmat şi în concluziile VEEG, când modificările înregistrate erau determinate ca modificări difuze iritative, modificări, ce caracterizează iritaţia structurilor corticale sau disfuncţia moderată a structurilor trunchiulare, deasemenea suprapuneri vasculare pronunţate.

Toţi pacienţii erau orientaţi la operaţia reconstructivă. Însă, spre deosebire de bolnavii cu cancer mamar, aşteptările pacienţilor de la aceste operaţii nu constau în depăşirea sentimentului de inferioritate sau înlăturarea defectului estetic, cel puţin el nu era pe prim plan. În primul rând s-a menţionat că operaţia reconstructivă va restabili funcţia afectată, funcţia ce poartă caracter vital (respiraţia, glutiţia, ameliorarea vorbirii). Restabilirea funcţiei afectate, vital necesare, este strâns legată cu supravieţuirea, cu posibilitatea de a se integra în viaţa socială şi a se încadra în câmpul de muncă. Aducem câteva exemple din discuţiile cu pacienţii: Pacientul C “Operaţia reconstructivă îmi trebuie ca să pot vorbi mai liber şi mai uşor”, pacientul M “Mi-i greu să vorbesc, fizic este foarte incomod”, pacientul G “Mă enervează faptul că nu pot lucra”, pacienta L “Eu lucrez cu oamenii, îmi este important să vorbesc”.

Valoarea “atractivă fizică” se plasează pe locurile 6-8, putem presupune, că în cazul afectării unei funcţii fundamentale are loc reevaluarea valorilor vieţii.

Tratamentul chirurgical mutilant, efectuat pacienţilor, provoacă afectarea anumitor funcţii la ambele grupuri de bolnavi, operaţia reconstructivă contribuie la restabilirea acestor funcţii.

În cazul pacienţilor cu cancer mamar funcţiile afectate nu sunt fundamentale, esenţiale pentru viaţa,

nu afectează organele vitale. Una din funcţiile principale ale sânelui este identificarea sexuală, deaceia înlăturarea glandei mamare produce senzaţii de pierdere a feminităţii şi inferioritate. Reconstrucţia glandei mamare permite de a restabili identitatea sexuală. Este schimbată şi amplitudinea mişcărilor în regiunea braţului pe partea operaţiei. Curele de reabilitare medicală, efectuate pacientelor, restabilesc funcţia alterată, dar nici în acest caz nu putem vorbi despre afectarea unei funcţii vitale.

În schimb, operaţiile efectuate în regiunile cap/gât au ca consecinţă dificultăţi în respiraţie, glutiţie, vorbire, sunt alterate funcţiile vitale ale organismului. Afectarea acestor funcţii este percepută ca pericol pentru viaţă şi atunci motivarea pentru operaţia reconstructivă constă în restabilirea funcţiilor, ce poartă un caracter esenţial şi este prezentă la toţi pacienţii din acest grup.

Analizând rezultatele obţinute am putut observa o abordare mai raţională a situaţiei în grupul pacienţilor cu tumori a regiunii cap/gat. Ei mai repede iau decizii şi întreprind acţiuni concrete pentru a rezolva problema. În situaţia în care trebuie salvată viaţa şi restabilită funcţia vitală numai o abordare raţională permite cu succes de a depăşi problema apărută.

Pacienţii cu cancer mamar pot să-şi permită o abordare mai emoţională a situaţiei. Restabilirea identităţii sexuale nu este o funcţie vitală, ea în genere poate să nu fie restabilită şi atunci se creează un obiectiv negativ referitor la operaţia reconstructivă. Situaţia psihologică se finalizează.

La pacienţii cu un obiectiv pozitiv rămâne actuală sarcina restabilirii identităţii sexuale, decizia este luată.

Pacienţii care refuză tratamentul chirurgical radical în general nu vor să se despartă de identitatea sa sexuală.

Interpretând rezultatele obţinute noi vorbim despre tendinţele generale care au fost observate. Evident, în unele cazuri putem observa şi reacţii emoţionale pe prim plan din partea bolnavilor cu tumori a regiunii cap/gât şi o abordare raţională la bolnavii cu cancer mamar.

Concluzii

1. Particularităţile individuale ale pacienţilor, stereotipurile obişnuite de comportament în situaţii de stres, diferite evenimente din viaţa lor personală sunt în raport direct şi influenţează nemijlocit cât asupra procesului de tratament, atât şi caracterului obiectivului la operaţia reconstructivă.

2. Grupul de pacienţi cu un obiectiv stabil negativ referitor la operaţia este cel mai numeros şi cel mai stabil din punct de vedere psihologic. În cazul unei stări emoţionale stabile, adecvate situaţiei, pacientele

mai repede se orientează în împrejurări stresante, iau decizii și întreprind acțiuni necesare. Prioritatea în acest caz este sănătatea și bunăstarea somatică.

3. Pacienții cu tulburări afective au nevoie de suport, susținere și un timp mai îndelungat pentru a lua o decizie și psihologic a finaliza situația. În cazul acestor pacienți colaborarea cu asistența psihologică este absolut necesară pe tot parcursul tratamentului, având ca scop identificarea și lărgirea posibilităților pacientului în crearea unor stereotipuri adaptive de comportament.

4. Pacientele, orientate la operația reconstructivă, de la bun început au ca prioritate atracția fizică și sunt orientate la susținerea atractivității feminine. Acest fapt are un impact direct asupra atitudinii inițiale față de boală, tratament și caracterul deciziei referitor la operația reconstructivă.

5. La pacienții cu tumori a regiunii cap/gât orientarea la operația reconstructivă nu intră în categoria alegerii. De la bun început ea are un rol fundamental, este fizic vital necesară, așteptată de bolnavi și nu cere susținere suplimentară din partea specialiștilor. O importanță deosebită o are colaborarea cu fizioterapeuții și logopezii în scopul restabilirii funcțiilor vitale afectate.

6. În cazul când imaginea de sine, imaginea fizică constituie un element fundamental, esențial a unei vieți calitative (pacienții cu un obiectiv stabil pozitiv la operația reconstructivă și bolnavii cu tumori a regiunii cap/gât) decizia referitor la operația reconstructivă se ia mult mai repede, practic de la primele etape ale tratamentului.

7. În situația când pacientul este nehotărât, greu se orientează în împrejurările existente este necesară însoțirea specialiștilor (psihologii, medicii) și informarea suplimentară referitor la particularitățile operațiilor reconstructive.

Bibliografie

1. Aragona M., Muscatello M.R.A., Mesiti M. Depressive mood disorders in patients with operable breast cancer // *Journal of experimental and clinical cancer researches*. – 1997. – V.16. – № 1.

2. Greer, S. Psychooncology: its aims, achievements and future tasks. / S. Greer // *Psychooncology*. – 1994. – Vol. 3, No 2. – P. 87–101. 12. Manne, Sh. L. Coping with Breast Cancer / Sh. L. Manne, J. S. Ostroff. – Oxford, 2008.

3. Балабуха О.С. Качество жизни как основа программ реабилитации онкологических больных. *Международный медицинский журнал*. 2010; 3: 11-13.

4. Ткаченко Г.А., Воротников И.К., Буйденюк Ю.В. Роль психотерапии в лечении больных раком молочной железы. *Вестник РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН*. 2010; 21: 61-64.

5. Русина, Н. А. Диагностика и коррекция онкологических больных с калечащими операциями/Н. А. Русина//*Психология: современные направления междисциплинарных исследований*. – М., 2003. – С. 236-250.

6. Саймонтон, К. Психотерапия рака / К. Саймонтон, С. Саймонтон. — СПб., 2001.

7. Чулкова, В. А. Психологические исследования личностных реакций на болезнь при раке молочной железы: автореф. дис. ... канд. психол. наук / В. А. Чулкова. — СПб., 1999.