



VALUTAZIONE EMOZIONALE NELLE DONNE CON TUMORE AL SENO IN PRIMA DIAGNOSI E IN RECIDIVA

Maria Rosa STANIZZO, Valentina TESIO, Silvana STORTO, Rossella TOTARO, Riccardo TORTA
PSICOLOGIA CLINICA ED ONCOLOGICA E BREAST UNIT
AOU Città della Salute e della Scienza di Torino



INTRODUZIONE

Il carcinoma della mammella rappresenta il 29% di tutti i tumori maligni femminili. Si stima che complessivamente in Italia vivano circa 523.000 donne cui è stato diagnosticato un tumore al seno, pari al 46% di tutte le donne che hanno avuto una diagnosi di tumore e al 23% di tutti i lungosopravvissuti. La maggior frequenza si registra nella fascia d'età tra 0 - 49 anni (41%) rispetto al 35% nella fascia d'età tra i 50 e 69 anni (AIOM - AIRTUM, 2014). La reazione emozionale (ansia, depressione) della paziente con diagnosi di tumore al seno può rappresentare un ostacolo alla compliance ai trattamenti e nella comunicazione con gli operatori sanitari. La complessità emotiva potrebbe aumentare quando la paziente ha una recidiva, con ricadute importanti sulla sua qualità di vita. Gli effetti collaterali ai trattamenti vengono percepiti in modo amplificato. Inoltre lo stato emotivo della donna con tumore si influenza mutualmente con quello del caregiver (Bambauer, 2006).

OBIETTIVO DELLO STUDIO

Lo studio si propone di valutare la condizione emotiva di un campione di donne con tumore al seno in due momenti diversi del percorso psiconcologico: la prima diagnosi e la recidiva.

METODI

Durante le visite di pre-ricovero nella Breast Unit della Città della Salute e della Scienza di Torino sono state valutate 539 pazienti con diagnosi di tumore al seno ricevuta da massimo quattro settimane, e in attesa di effettuare, entro le due settimane successive, l'intervento chirurgico. Sono state incluse nello studio le donne di età maggiore ai 18 anni, di madrelingua italiana e con una diagnosi confermata di carcinoma mammario. Sono state escluse dallo studio le pazienti con disturbi psichiatrici o difficoltà cognitive (Mini Mental < 23).

MATERIALI

Le pazienti hanno compilato una scheda predisposta ad hoc per la raccolta dei dati socio-demografici e anamnestici. I livelli di stress, ansia e depressione sono stati valutati mediante il Termometro dello stress (DT) e la Hospital Anxiety and Depression Scale (ansia: HADS-A; depressione: HADS-D).

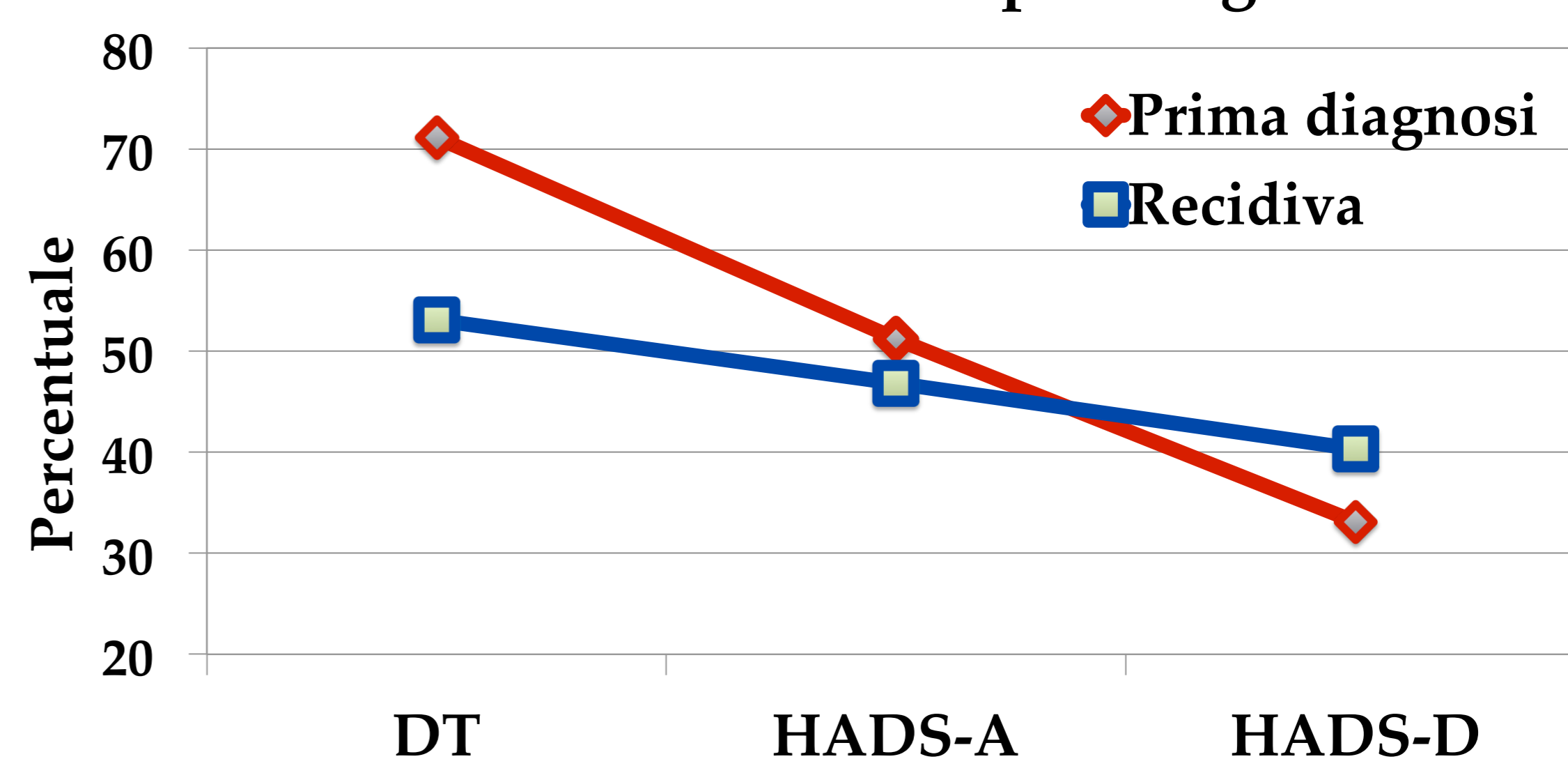
RISULTATI

I risultati del DT hanno evidenziato un'elevata presenza di disagio emotivo, riscontrabile nel 71.1% di donne in prima diagnosi e nel 53.1% di donne in recidiva. I risultati della HADS hanno mostrato che più della metà delle pazienti con prima diagnosi presenta una sintomatologia ansiosa clinicamente rilevante (51.2%) e che il 33.1% presenta una sintomatologia depressiva clinicamente rilevante. I dati relativi alle pazienti con recidiva, invece, indicano la presenza di sintomatologia ansiosa in una minor percentuale (46.8%) e mostrano la presenza di una maggior percentuale di donne con sintomatologia depressiva clinicamente rilevante (40.3%) rispetto alle pazienti in prima diagnosi.

Tab 1. Caratteristiche socio-demografiche e cliniche del campione

	Prima Diagnosi (N=476)	Recidiva (N=62)
Età (Media (DS))	57.7 (12.6)	61.8 (12.4)
Figli (%)	72.7%	79%
Scolarità (%)		
Elementare	16%	17.2%
Licenza media	34.5%	37.9%
Diploma superiore	39%	31%
Laurea	10.5%	13.8%
Stato civile (%)		
Nubile	13.9%	9.1%
Coniugata/convivente	68.8%	74.5%
Separata/divorziata	3.1%	1.8%
Vedova	14.2%	14.5%
Professione (%)		
Casalinga	20.4%	17.7%
Lavoratrice	47.4%	32.3%
Disoccupata	3.8%	8.1%
Pensionata	28.4%	41.9%
Distress psicologico (Media (DS))		
DT	4.97 (2.6)	4.33 (2.9)
HADS-A	8.03 (4.1)	7.44 (4.2)
HADS-D	5.91 (4.2)	6.26 (4.5)

Pazienti con distress psicologico



CONCLUSIONI

La perdita di controllo sul proprio corpo e l'interruzione improvvisa del progetto di vita associati alla paura rispetto al futuro immediato potrebbero essere responsabili degli elevati livelli di ansia nelle donne in prima diagnosi. L'aumento di depressione nella donna con recidiva, invece, potrebbe essere maggiormente associata al vissuto di sconfitta per essersi riammalata. L'elevata presenza di disagio emotivo sottolinea l'importanza di effettuare una valutazione che permetta di individuare le donne che presentano una maggior fragilità emotiva così da permetterne un'immediata presa in carico psiconcologica mirata a migliorare la qualità di vita e l'adattamento psicologico della donna al percorso di cura (compliance, dolore, ecc.) e ad una conseguente riduzione dei costi sanitari e sociali.