

## DUREREA SI PROBLEMELE PSIHOsocIALE ALE BOLNAVILOR INCURABILI

### 1. DUREREA

#### A. Definiție și clasificări :

Durerea = experiență senzorială și emoțională dezagreabilă determinată de o leziune tisulară reală sau potențială. Presupune o componentă corticală.

Nocicepția = reprezintă mecanismele de captare, transmitere și interpretare a durerii (receptori, căi de transmitere, mediatori, arii de proiecție). Se referă în general la durerea acută

Algia = durere localizată. (ex. Lombalgie = durere fizică localizată la nivel lombar, epigastralgie= durere localizată în epigastriu, etc)

#### Clasificări

Durată

- acută : intensitate mare, +/-apariție bruscă, durată relativ scurtă de timp – trece pe primul plan înaintea cauzei bolii, dominând tabloul clinic (ex. durerea din pancreatita acută – considerată cea mai intensă durere, durerea din travaliu)
- cronică : intensitate mică-medie, uneori cu paroxisme (momente de mare intensitate), instalare de obicei treptată, uneori pacientul se poate « acomoda » cu ea, însă cu prețul scăderii calității vieții. (ex. durerea articulară, durerea bolnavilor neoplazici).

Cauză :

- a) somatică – rezultă din acțiunea unor stimuli potențial nocivi asupra receptorilor (ex. înțeparea, tăierea, arsura)
- b) neuropată – rezultă din lezarea/ degenerarea căilor somatosenzoriale ceea ce duce la existența senzațiilor senzoriale (ex. nevralgia de trigemen – cauză de suicid)
- c) psihogenă – în apariția lor nu se pot pune în evidență nici un fel de modificări organice sau care țin de acțiunea vreunui stimul int/ext
  - tulburări somatoforme (de somatizare, conversie, ipohondriace): ex. pseudocyesis (sarcina falsă, mimată)
  - cenestopatiile : percepții anormale, atipice, mobile
  - durerea morală : stare afectivă cu o intensă încărcătură emoțională, caracterizată prin trăiri autodepreciative al căror fundal este tristețea vitală.

#### B. Evaluarea durerii

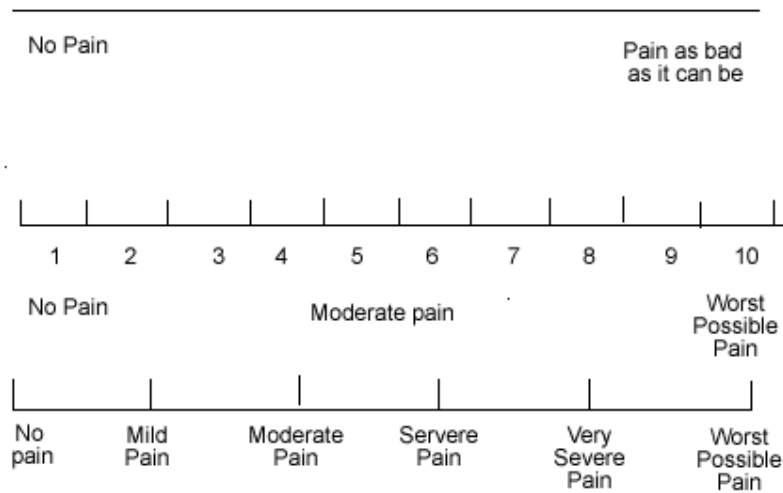
Există o variabilitate a percepției durerii:

- interindividuală: există persoane care percep durerea exacerbat față de alte persoane și există oameni care percep o durere importantă ca fiind de intensitate mai redusă
- intersexuală: bărbații au un prag mai scăzut decât femeile
- între vârste : tinerii suportă mai ușor durerea decât vârstnicii

=> **NU putem judeca durerea unei persoane**

Se utilizează scala analogică a durerii : ce notă îi dai durerii tale între 1-10 ?

### Visual Analog Scale (VAS)



### C. Managementul durerii

- ii. Antalgice
- iii. Mijloace psihologice : terapii cognitiv-comportamentale, tehnici de relaxare, hipnoză

## 2. BOLNAVUL NEOPLAZIC – elemente de psihooncologie

### A. Cunoașterea diagnosticului

Postulate:

Scoala anglo-saxonă : Intotdeauna comunicăm diagnosticul !!!

Scoala franceză : Comunicăm diagnosticul dar cu prudență și după ce am verificat că pacientul dorește să știe!!!

România (prof. IB Iamandescu): Cunoașterea diagnosticului poate agrava evoluția pacientului !

De la vest spre est : variabilitate culturală. Societățile estice privesc boala ca o problemă a familiei, nu numai a individului. Societățile vestice sunt mai orientate spre individual.

Argumente pro și contra

- Pro :
  - i. 95% dintre pacienți doresc să își cunoască diagnosticul.
  - ii. Pacientul are dreptul să hotărască singur în ceea ce privește viața lui (ex. face sau nu chimioterapie, face sau nu intervenția chirurgicală)
  - iii. Pacientul are dreptul să își organizeze ultimele clipe de viață, să își îndeplinească ultimele dorințe (ex. să-și revadă o rudă din străinătate)
  - iv. Pacientul are dreptul să decidă în problemele administrative care îl privesc nemijlocit (ex. Redactarea testamentului)
- Contra :
  - i. Stresul psihic deprimă imunitatea

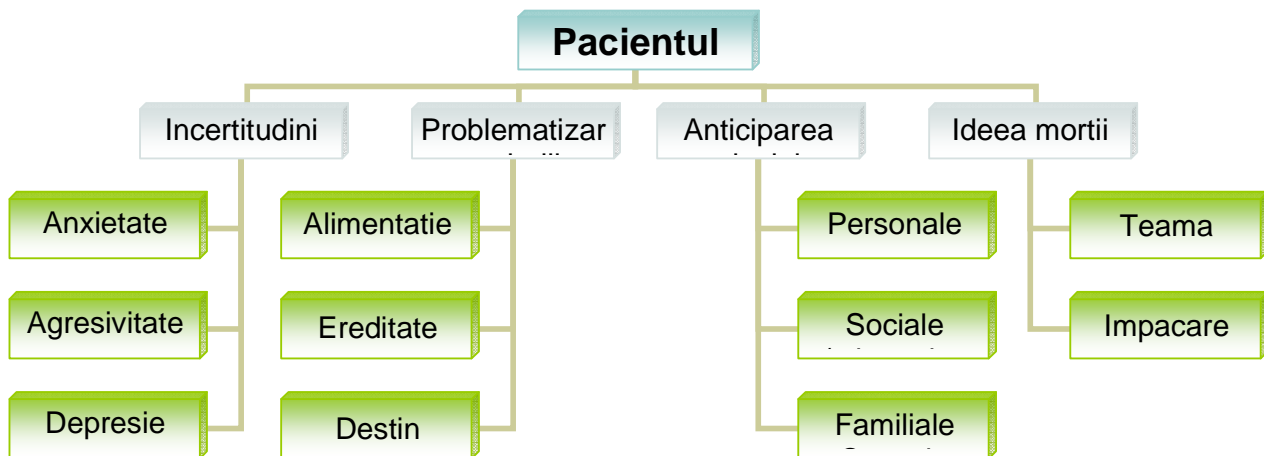
- ii. Există unele dovezi epidemiologice că pacienții care își cunosc diagnosticul trăiesc în medie cu 6 luni mai puțin decât cei care nu îl cunosc.

Cum să comunicăm veștile proaste ? Algoritm **SPIKES**

- S** = Setup – alege un scenariu, adună datele medicale necesare, fă un plan
- P** = Perception – investighează percepția pacientului asupra bolii
- I** = Invitation – invită pacientul să dezvăluie cât vrea să știe
- K** = Knowledge – adaptează informația la cunoștințele pacientului
- E** = Empathize – adoptă o atitudine empatică
- S** = Summarize and strategize – rezumă informația medicală și adoptă strategii pt viitor

1. Atitudinea globală a medicului – caldă, apropiată, empatică dar și protecție pt propria persoană
2. Atitudini în comunicare:
  - a. Ask-tell-ask : încurajează pacientul să pună întrebări
  - b. Tell me more: lasă pacientul să solicite mai multă informație (îi spunem NUMAI DACA vrea să știe)
  - c. Răspunde emoțiilor pacientului prin NURSE (Naming-Understanding-Respecting-Supporting-Exploring)
3. Atitudini de evitat:
  - a. Blocajele
  - b. Conferințele/predicile
  - c. Delegarea responsabilității
  - d. Reasigurarea prematură

**B. Probleme care decurg din condiția de bolnav neoplazic**



Strategii utilizate de medic:

- Centrare pe disconfort somatic
- Susținerea dialogului (încurajare, consolare)
- Mobilizarea resurselor pacientului
- Apel la rețeaua de suport social (instituții: familia, biserica, asistența socială, medicina)

Strategii psihoterapeutice:

- Comunicare permanentă: adevărul, încurajarea/consolarea, prezența fizică (pacientul poate avea nevoie să fie ținut de mână – psiholog, asistentă)
- Apelul la: sentimente religioase, susținerea celor apropiați, autocentrare pe realizări
- Mijloace de relaxare : autorelaxare, muzicoterapie

### **3. INGRIJIRI TERMINALE – elemente de medicină paliativă**

#### **A. Modalități de eutanasi**

- Eutanasia activă cu consimțământ – ilegală
- Eutanasia activă fără consimțământ – ilegală
- Eutanasia pasivă = moarte provocată de către medic, prin retragerea mijloacelor de menținere în viață a pacientului sau prin suprimarea tratamentului de fond – legală dar cu consimțământul informat al pacientului (pacienții DNR Do-Not-Resuscitate – pacienți grav bolnavi care la următoarea comă nu mai vor să fie resuscitați)
- Double effect – administrarea de medicamente care ușurează suferința dar grăbesc moartea – ilegală
- Sinuciderea asistată – medicul îi procură pacientului mijloace pt a-și sfârși viața, la cererea acestuia – ilegală în majoritatea statelor.

#### **B. Profilul pacienților (vezi articol)**

- Mai frecvent : rasă albă, creștini dar nu catolici, vârstă între 46-75 ani, clasa de mijloc, educație medie/superioară.
- Pacienți cu cancer, cu dureri și disconfort severe, cu speranță de viață <1 lună

#### **C. Asistența medicală și psihologică**

- Model tradițional : tratament curativ și psihoterapie suportivă simplă în faza de diagnostic. De îndată ce boala a fost documentată, se menține tratamentul paliativ și asistența psihologică pentru asumarea deznodământului. Este un model care lasă pacientul descoperit din momentul apariției fazei de recurență a bolii, inclusiv în faza preterminală.
- Model alternativ : oferă tratament curativ doar în faza diagnostică, tratament paliativ și simptomatic pe toată durata bolii, asistență psihologică doar din momentul apariției recurenței și support familial pe toată durata bolii. Poate alimenta dependența și lipsa de speranță.
- Model eclectic : pe toată durata bolii, îi oferă pacientului tratament curativ, tratament paliativ și simptomatic, asistență psihologică și support familial. Post-mortem familiei : terapia de doliu. Este cel preferabil astăzi.

## PREZENTARE CAZ – Psihoterapie cognitiv-comportamentală în cancer colorectal

Pacientul **JST**, în vârstă de 59 de ani, de profesie economist, s-a internat în Clinica Spitalului Universitar Bellvitge, Barcelona cu diagnosticul de neoplasm colo-rectal situat la 6 cm deasupra porțiunii terminale a anusului și detectat endoscopic în timpul screeningului pentru cancer colo-rectal. Pacientul a fost operat și consultat psihologic în aceeași perioadă în ambulatorul spitalului. S-a practicat hemicolectomie stângă cu colostomă.

Tatăl pacientului a avut de asemenea cancer colo-rectal ceea ce a făcut ca JST să fie urmărit pentru această afecțiune.

### Sedința 1

Se realizează anamneza pacientului. Se reține istoricul familial de boală neoplazică cu decesul tatălui în urma metastazării cerebrale a neoplaziei localizate inițial colorectal. Pacientul dispune de un puternic suport social – familia alcătuită din soție cu care se înțelege foarte bine și cei doi fii. Se observă însă simptome depresive, gânduri cu conținut negativ legate de decesul tatălui și de vinovăția de a fi transmis copiilor riscul de a face cancer colorectal. De asemenea, se observă depresia legată de modificarea schemei corporale și de îngrijirea colostomei.

Dintre gândurile negative reperate, se pot menționa « voi muri la fel ca tatăl meu », « sunt vinovat pentru că le-am transmis copiilor mei riscul de boală » și « din cauza colostomei sunt respingător și soția mea nu mă va mai iubi cu adevărat ».

Obiectivele terapiei, stabilite de comun acord cu pacientul, sunt suportul psihologic pe parcursul internării ce presupune nu numai intervenția chirurgicală dar și cura chimioterapică, diminuarea depresiei și gândurilor negative legate de boală.

### Sedința 2

Se începe prin acomodarea pacientului cu discuția, întrebări asupra evoluției simptomatologiei fizice. Se exclud tehnicile de relaxare, pacientul fiind considerat nesugestionabil după ce și-a exprimat dezacordul în legătură cu astfel de metode.

Se trece la discuția asupra reverberației bolii în plan psihologic, încurajând pacientul să ajungă la ceea ce îl frământă. Pacientul deschide rapid subiectul legat de boala tatălui său care la vârsta de 64 de ani a fost diagnosticat cu un cancer colorectal de nivel avansat, cu metastazare hepatică. După rezeceție la aproximativ 2 luni a început să aibă tulburări de comportament și la examenul medical s-au descris metastaze cerebrale. La un scurt interval de timp, a decedat. S-a identificat o distorsiune cognitivă cu legătură de tip cauză-efect « dacă tatălui meu i s-a întâmplat asta, atunci și mie mi se va întâmpla la fel ».

Discuția psihoterapeutică încearcă să orienteze pacientul asupra diferenței de 25 de ani între momentul în care tatăl a făcut boala și cea în care pacientul a făcut boala și asupra evoluției medicinei care are în acest moment soluții mai bune puse la punct, standardizate pentru astfel de cazuri. Prin întrebări pacientul este condus să formuleze singur această concluzie.

Punctul pe care îl abordează imediat apoi este riscul copiilor săi de a face boala. Se observă o tendință accentuată de învinovățire «sunt vinovat pentru că le-am transmis acest risc copiilor mei». Se discută pe marginea acestei idei și se încearcă mai multe abordări :

- Pacientul nu este « vinovat » pentru că nu a făcut acest lucru voluntar și nici nu avea cum să-l controleze
- Riscul copiilor este diminuat pentru ca ei ar putea beneficia de genele mamei
- Metodele de urmărire precoce îi vor plasa pe copii la adăpost
- Stilul de viață este și el important.

Pentru următoarea întâlnire, pacientul este rugat să țină un mic jurnal al gândurilor negative legate de boală. Psihoterapeutul speră să poată aborda și problema colostomei în ședința viitoare deoarece este o problemă delicată și necesită o relație caldă terapeut-pacient.

### Sedința 3

Pacientul se prezintă la terapeut și discuția pornește de la temă. Pacientul se simte bine, este afectat fizic de efectele secundare ale chimioterapiei (greață, vărsături, alopecie) dar este preocupat de problemele legate de colostomă. Modificarea de schemă corporală, prezența pungii cu care nu este obișnuit și se pare dezgustătoare și se teme că acest lucru îl va face mai puțin iubit de familie și respins de soție. Întrebările privind relația cu soția, afecțiunea reciprocă îl fac să realizeze că există alte baze ale relațiilor sale însă nu își poate înfrâna teama. Strategii clare privind curățarea și schimbarea pungii îi par utile pentru a preveni situațiile cu adevărat neplăcute precum mirosurile deranjante sau alte inconveniente.

### Sedința 4

Este ultima ședință înaintea externării, după care pacientul se va atașa unui grup de suport social alcătuit din alți bolnavi stomizați cu vârste echivalente și de același sex. Scopul acestei ședințe este dobândirea autonomiei pacientului, discutarea unor repere și strategii pentru continuitatea tratamentului și pentru reintegrarea socială.

Pacientul este anxios, temător că în societate va fi stigmatizat, că nu va reuși să se descurce cu managementul colostomei. El dorește să își reia slujba după concediul medical și își pune probleme asupra modalității în care se va descurca la servicii cu îngrijirea stomei. Terapeutul discută despre facilitățile pe care le are la servicii, asupra colectivului de muncă, asupra orarului, asupra posibilității de a-și lua scurte pauze atunci când are nevoie de acest lucru. Treptat pe parcursul ședinței aspectele care păreau problematice pentru pacient se clarifică și pare plauzibil pentru el să se descurce cu îngrijirea stomei.