

CONSULTĂRI ÎN ÎNGRIJIREA PALIATIVĂ ȘI METODE TERAPEUTICE POTENȚIALE APLICATE

Consultations in palliative care and potential therapeutic methods to be applied

Dr. Argus-Antoni Popescu

Clinica „Medicor” – Fieni, U.M.F. „Carol Davila”, București

REZUMAT

În prezent asistăm la dezvoltarea îngrijirilor paliative ca semn al societății moderne în care omul este respectat până în ultima clipă a vieții.

Este important ca progresele înregistrate să fie implementate în fiecare țară, cu scopul de a face idei de succes în fiecare loc. Menținerea calității vieții presupune formarea unei echipe multidisciplinare care să acționeze în vederea îmbunătățirii stării funcționale în sfera somatică, emoțională și socială, ținând cont de drepturile pacienților aflați în stadiul terminal. Abordarea psihoterapeutică în medicina paliativă include controlul simptomelor psihice comune (anxietatea, depresia, suicidul etc.), sensibilitatea culturală, comunicarea cu bolnavul și familia acestuia, discuții pe teme spirituale, acestea din urmă având o importanță covârșitoare, aducând pacea interioară care-i permite omului să moară demn.

Cuvinte cheie: tanatofobie, tanatoterapie, îngrijire paliativă, abordare spirituală

ABSTRACT

Presently, we assist to the developing of palliative behaviour as sign of modern society where people are respected till the last moment of their life.

It is important that the registered progress to be implemented in every country in order to make in every area successful ideas. The maintaining of life quality assumes the formation of multidisciplinary team which act to improve the functional state into somatic, emotional and social areas, taking into account the patients' rights being into the final stage. The psychic and therapeutic approach in the palliative medicine includes the control of common psychical symptoms (anxiety, depress, suicide, etc), the cultural sensitive, the communication with the ill person and his family, discussion on spiritual subjects, all these having an overwhelming importance, bringing the inner peace which allow the people to die with dignity.

Key words: tanato-phobia, tanato-therapy, palliative nursing, spiritual approach

INTRODUCERE

1. Îngrijirea paliativă – Perspective istorice

De-a lungul secolului trecut, natura și scopul tratamentului paliativ a evoluat, reprezentând mai mult decât o consolare, incluzând tehnici de îngrijire paliativă și controlul simptomatic, acordând susținere pacientului și familiei acestuia.

Tratamentul paliativ modern este un rezultat al mișcării azilurilor care a început din anii 1840 în Lyon-Franța și a progresat de-a lungul anilor 1900, până la înființarea azilului „Sfântul Iosif” în Londra,

culminând, în final, cu precursorul azilelor moderne, azilul „Sf. Christopher”, înființat în 1967.

În ultimele decenii, asistăm la creșterea treptată a prevalenței unor boli cronice. Îmbunătățirea îngrijirii pacienților în stadiul terminal este una dintre provocările cu care se confruntă societatea noastră. Măsurile pentru punerea sa în aplicare ar trebui să includă:

- implementarea resurselor specifice;
- îmbunătățirea grijei față de resursele existente;
- formare profesională;

Adresa de corespondență:

Dr. Argus-Antoni Popescu, Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila”, Str. Dionisie Lupu Nr. 37, București

- educație în societate pentru stimularea participării voluntare.

În Franța a fost adoptat un plan de dezvoltare (2002-2005), cu triplu scop:

1. Dezvoltarea de îngrijiri paliative la domiciliu, inclusiv taxele implicate în casele de dezvoltare profesionale și de voluntariat.

2. Dezvoltarea continuării în cadrul instituțiilor de sănătate, care asigură cel puțin o unitate de 10 paturi sau mai mult într-un spital universitar în fiecare regiune din Franța și stabilirea lor în misiunea triplă de *îngrijire, didactică și de cercetare*.

3. Sensibilizarea populației printr-o campanie de publicitate și crearea unui centru de documentare la nivel național.

Până în 1975, un număr mare de aziluri independente a fost creat în Marea Britanie, Canada și Australia. Primul azil în Statele Unite a fost creat în 1974, în Connecticut. Această perioadă de evoluție de la îngrijirea tradițională la cea modernă a dus la apariția de centre care acordă consultații în cadrul spitalelor.

Astfel, îngrijirea paliativă modernă a evoluat de la mișcarea de azil la un amestec al sistemelor de îngrijire, atât academice, cât și nonacademice, fiind oferite servicii bazate pe îngrijirea la domiciliu în combinație cu cele bazate pe îngrijirea în spital.

Dezvoltarea îngrijirilor paliative în Europa avansează, iar eforturile inițiale ale profesioniștilor se alătură inițiativei legislative. Este important să se prezinte progresele înregistrate de fiecare țară în scopul de a face idei de succes din fiecare loc și să încerce să le aplice în ale noastre.

România este pe locul 22 în UE din cele 27 de țări membre în ceea ce privește existența și acordarea serviciilor de îngrijiri paliative.

„Îngrijirile paliative dovedesc dacă suntem sau nu o societate în care omul este respectat. Un funcționar din minister face un calcul cât costă și la sfârșit se spune, sunt bani foarte mulți pentru un rezultat foarte mic și noi nu ne permitem. Până acum, nu s-a implicat nicio instituție medicală cu atribuții în asistența medicală în a acorda măcar puțină atenție îngrijirilor paliative“, consideră prof. dr. Vasile Astărăstoiaie.

„Nevoia de îngrijiri paliative este încă foarte mare din perspectiva pacienților, atât din perspectivă profesională, cât și din perspectiva drepturilor omului“, spune prof. dr. Win J.A. van den Heuvel, președintele REPACARO.

CARACTERISTICILE BOLILOR TERMINALE

Bolile terminale reunesc un număr de caracteristici care sunt importante nu numai pentru a defini, dar și pentru a stabili tratamentul adecvat.

Elementele semnificative sunt:

- prezența bolii avansate, progresive și incurabile;
- lipsa de șanse rezonabile de răspuns la tratamentul specific;
- prezența mai multor probleme sau simptome severe, multiple, multifactoriale și schimbătoare;
- impact emoțional major asupra pacientului, familiei și echipei terapeutice, strâns legată de iminența morții;
- prognostic mai puțin de 6 luni. Această situație complexă produce o cerere mare pentru îngrijire și sprijin, la care mai trebuie să răspundem în consecință.

COMPONENTE CARE AFECTEAZĂ CALITATEA VIEȚII

Trebuie să luăm în considerație:

- controlul simptomelor (în special durerea);
- îmbunătățirea stării funcționale, ținând cont de tendința spre incapacitatea de a „transporta“ boala la persoanele în vârstă;
- se stabilește echipa multidisciplinară care va îngriji pacientul alături de familie.

Cele mai comune simptome sunt:

- în sfera somatică: durerea, dispneea, constipația, confuzia, anorexia.
- în sfera emoțională: depresia, frica, anxietatea.
- în sfera socială: pierderea statutului social, schimbarea rolului lor, frica de dependență – de a fi o povară pentru membrii familiei.

Cele mai de temut simptome ale pacientului sunt: durerea, dispneea, dependența.

Cele mai stresante pentru cei care îi îngrijesc sunt: confuzia și incontinența.

DREPTURILE PACIENȚILOR ÎN BOALA TERMINALĂ

(sursa: w.w.w.secpal.com/medicina_paliativă)

1. dreptul de a fi tratat ca o ființă umană;
2. dreptul de a menține speranța;
3. dreptul de a-și exprima sentimentele și emoțiile în ceea ce privește modul de abordare al morții;
4. dreptul de a obține atenția medicilor și asistentelor medicale, chiar dacă *obiectivele de vindecare* sunt schimbate în *obiective de confort*;
5. dreptul de a nu muri singur;
6. dreptul de a fi lipsit de durere;

7. dreptul de a primi un răspuns sincer, indiferent de întrebarea care va fi pusă;
8. dreptul de a primi ajutor din partea familiei și acesteia de a accepta moartea sa;
9. dreptul de a muri în pace și cu demnitate;
10. dreptul de a păstra individualitatea și de a nu fi judecat pentru deciziile sale, care ar putea fi contrare convingerilor altora;
11. dreptul de a fi îngrijit de oameni competenți și de bun-simț, care vor încerca să înțeleagă nevoile lor și de a fi în stare să găsească o anumită satisfacție ajutându-i să facă față morții;
12. dreptul de a-i fi respectat corpul după moarte.

TULBURĂRILE PSIHIATRICE ÎN CONTEXTUL ÎNGRIJIRII PALIATIVE

Pacienții care suferă de boli letale manifestă o serie de tulburări psihice, cele mai frecvente fiind anxietatea și depresia, însoțite de o serie de simptome cum ar fi: neliniște sau agitație, tensiune interioară, hiperactivitate, insomnie, respirație sacadată, neîncredere, panică, paralizie etc. Deseori, manifestările fizice sau somatice ale anxietății le umbresc pe cele psihologice sau cognitive, fiind simptome manifestate cel mai frecvent de către pacient.

Consultantul trebuie să folosească aceste simptome ca indicii cu ajutorul cărora să poată investiga starea psihologică a pacientului, care este predominant o stare de teamă, neliniște și agitație.

Ipoteza conform căreia un nivel înalt de anxietate este atins în mod inevitabil pe parcursul perioadei terminale a bolii nu este corectă. Pentru a decide tratarea anxietății pe parcursul fazei terminale a bolii, clinicianul (medicul) ar trebui să ia în considerare nivelul subiectiv de suferință al pacientului, ca impuls primar pentru începerea tratamentului. Alte considerații includ comportamentul problematic al pacientului, cum ar fi *reticența* datorată neliniștii, reacțiilor din partea familiei în legătură cu suferința pacientului și balanța între riscurile și beneficiile tratamentului.

1. Anxietatea

Răspândirea anxietății în rândul bolnavilor de cancer și SIDA variază de la 15% la 28%. Studiile referitoare la prevalența anxietății, în special la persoanele care suferă de cancer, raportează ca preponderentă combinația între simptomele de depresie și anxietate, mai degrabă decât anxietatea singură. Prevalența anxietății crește odată cu avansarea bolii și cu declinul stării fizice a pacientului. Prevalența anxietății la bolnavii de SIDA variază de la 0% la 39%. Pacienții pot manifesta anxietate

față de tratament, de rezultate, de moarte, pe măsura înaintării bolii. Cu cât boala avansează, cu atât pacienții devin mai neliniștiți. Anxietatea poate avea loc sub forma unei tulburări de adaptare, a unei boli, a unei condiții impuse de tratament sau ca o exacerbare a unei tulburări preexistente. La confruntarea cu fazele terminale de boală, pacienții cu tulburări de anxietate preexistente se află în pericolul de a reactiva aceste simptome. Anxietatea sau panica pot fi recurente în prezența durerii. Persoanele care au fobii vor avea dificultăți, mai ales în cazul în care tratamentul îi determină să se confrunte cu teama de care suferă (ex. claustrofobia, teama de ace, teama de a fi izolat).

Tulburările de stres posttraumatice pot fi activate la pacienții aflați pe moarte, deoarece aceștia își pot asocia situația de o anume experiență anterioară, cum ar fi Holocaustul, un atac cerebral sau cardiac și cu teroarea asociată cu experiența respectivă.

Evaluarea. Simptomele de anxietate la pacienții aflați în ultima perioadă a vieții pot apărea datorită unor complicații medicale ale bolii sau tratamentului. Hipoxia, durerea slab controlată, reacția la anumite tratamente, cum ar fi, de pildă, akatisia și stările de respingere și reticență din partea bolnavului, pot fi prezentate ca stări de anxietate.

La pacienții pe moarte, anxietatea poate prezenta stop respirator sau cardiac iminent, embolie pulmonară, dezechilibru electrolitic sau deshidratare.

Pe parcursul fazei terminale de boală, când pacienții devin mai puțin agitați, există o tendință de a reduce folosirea sedativelor. Este foarte important de luat în considerare nevoia de a scădea treptat benzodiazepinele și opioidele, folosite în doze mari pentru ameliorarea anxietății sau durerii, cu scopul de a preveni stările acute de reticență.

Stările de respingere la pacienții în faza terminală se manifestă deseori, mai întâi, sub forma agitației și anxietății și devin evidente din punct de vedere clinic, după câteva zile, spre deosebire de stările manifestate de pacienții mai tineri și mai sănătoși, stări manifestate datorită unui metabolism slăbit.

În ciuda faptului că anxietatea manifestată în faza terminală a bolii, rezultă cel mai frecvent din complicații medicale, este important de luat în considerare factorii psiho-sociali care ar putea juca un rol, în special, la pacienții care sunt vii și care nu sunt confuzi.

Pacienții deseori suferă de teama de izolare și moarte. Pacienții claustrofobi se pot teme de ideea de a fi îngropați.

Aceste aspecte pot tulbura consultanții care s-ar putea afla într-o situație incomodă, nefind uneori capabili să găsească cuvinte de consolare pentru pacient.

Tratament farmaceutic. Pacienților li se poate administra diazepam, oral sau rectal, în situația în care nu este permisă administrarea pe altă cale, în doze similare administrării pe cale orală. Diazepamul rectal a fost folosit în mare măsură în tratamentul/terapia paliativă în vederea controlării anxietății, tulburărilor și agitației manifestate în faza terminală a bolii. Neurolepticele sunt, probabil, clasa cea mai sigură de anxiolitice, în cazul pacienților care au probleme cu respirația.

Utilitatea antidepresivelor în tulburările de anxietate este deseori limitată în cazul pacienților aflați pe moarte, deoarece acești agenți necesită săptămâni în vederea obținerii unui efect terapeutic.

Sedativele, cum ar fi analgezicele narcotice sunt folosite, inițial, pentru controlul durerii, dar sunt eficiente și în cazul dispneei și anxietății.

Administrarea intravenoasă continuă a morfinei sau a altor sedative analgezice permite dozarea atentă și controlul tulburărilor respiratorii, a anxietății, durerii și agitației.

În mod ocazional, este obligatorie menținerea pacientului într-o stare de inconștiență, indiferență pentru a maximiza ușurarea suferinței.

Când tulburările respiratorii nu reprezintă o problemă majoră, este preferată folosirea sedativelor doar pentru analgezice și adăugarea de anxiolitice specifice pentru a controla anxietatea concomitentă.

Tratament nonfarmaceutic. Intervențiile nonfarmaceutice pentru anxietate includ psihoterapia de susținere a moralului și intervenții comportamentale ce pot fi folosite separat sau în combinații.

Psihoterapia scurtă de susținere este deseori folosită atât în tratarea crizelor, cât și a problemelor existențiale cu care se confruntă bolnavul.

Ar trebui luată în considerare și includerea familiei în cadrul intervențiilor psihoterapeutice, în special pentru faptul că pacientul aflat în stare avansată de boală devine din ce în ce mai neputincios și incapabil să interacționeze.

Terapiile de relaxare, imagistică ghidată și hipnoză pot reduce anxietatea și, prin urmare, pot crește sentimentul de control din partea pacientului.

Mulți pacienți aflați în faza terminală optează pentru folosirea tehnicilor comportamentale, în ciuda neputinței fizice.

Utilitatea unor asemenea intervenții este limitată în funcție de gradul de claritate mentală a pacientului. În unele cazuri, tehnicile pot fi modificate, astfel încât să includă chiar și pacienții ușor slăbiți din punct de vedere cognitiv. Acest lucru presupune o implicare mai activă din partea terapeutului, în

orientarea pacientului, în crearea unui ambient care să inspire siguranță.

O intervenție comportamentală tipică ar putea include un exercițiu de relaxare combinat cu tehnici de imagistică și distragere.

Pacientul este mai întâi învățat să se relaxeze, folosind respirația pasivă, însoțită fie de relaxarea activă, fie de relaxarea pasivă a mușchilor. Aflat într-o stare de relaxare, pacientul poate experimenta un exercițiu de imagistică. Un studiu, făcut la întâmplare, în cadrul căruia s-a comparat tehnica de relaxare cu alprazolamul, în tratamentul anxietății bolnavilor aflați în faza terminală de cancer, a demonstrat că ambele sunt eficiente în cadrul cazurilor anxietății moderate.

Alprazolamul s-a dovedit a fi mai eficient în cazul unui nivel mai ridicat de anxietate.

2. Depresia

Două studii recente referitoare la prevalența depresiei bolnavilor de cancer aflați în faza terminală, sugerează că prevalența depresiei pacienților în timpul ultimelor săptămâni sau luni de viață, variază de la 9% la 18%. Existența unor situații depresive anterioare în familia bolnavului (ereditare), pot crește riscul dezvoltării unei asemenea stări.

Multe studii efectuate au descoperit o corelare între depresie, durere și statut funcțional. În plus, evaluarea depresiei trebuie să includă obligatoriu examinarea tratamentelor și a condițiilor fizice care ar putea reprezenta cauza depresiei.

Corticosteroizii, agenții chimioterapeutici, radiația cerebrală totală, complicațiile metabolico-endocrine la nivelul sistemului nervos central și sindroamele neoplazice, toate pot cauza simptome depresive.

Evaluarea. Stările depresive și tristețea se manifestă pe măsură ce pacientul se confruntă cu moartea. Aceste sentimente pot fi manifestările unei suferințe anticipate datorate pierderii iminente a vieții, sănătății, a unor persoane dragi și a autonomiei.

În ciuda acestui fapt, depresia majoră este comună în cadrul îngrijirii paliative unde a fost nedagnosticată și netratată. Minimalizarea simptomelor depresive, ca „reacții normale“, din partea clinicienilor și dificultățile de diagnosticare corectă a depresiei, contribuie la nedagnosticarea depresiei și neadministrarea tratamentului, se datorează în mare parte faptului că bolnavii aflați în grad sever de boală nu vor putea tolera efectele secundare ale antidepresivelor.

Diagnosticarea unui sindrom major depresiv, atât la pacienții aflați în stadiu final, cât și la pacienții bolnavi în general, se bazează mai mult pe simptome

psihologice sau cognitive, decât pe simptome neurovegetative.

Strategia bazării pe simptomele psihologice de depresie în vederea determinării specificului diagnosticului nu este una fără probleme.

Cum ar putea oare medicul să interpreteze sentimentele de disperare pe care pacientul aflat pe moarte le manifestă, în situația în care nu există nicio speranță de vindecare sau refacere?

Sentimentele de disperare, inutilitate sau ideea de sinucidere trebuie explorate în detaliu.

Deși mulți pacienți își pierd speranța de vindecare, ei sunt totuși capabili să spere într-un control al simptomelor.

Pentru mulți pacienți speranța este contingentă abilității de a găsi un sens al existenței de zi cu zi. Lipsa speranței însoțită de un sentiment de disperare și dezolare poate reprezenta un simptom de tulburare depresivă.

Asemenea pacienți afirmă că reprezintă o povară pentru familie, cauzând acesteia suferință și disconfort. Aceste sentimente au o mică probabilitate să reprezinte un simptom de depresie.

Chochinov et al. (1997) a studiat instrumentele de screening pentru măsurarea depresiei la bolnavii în faza terminală, incluzând un interviu bazat pe un singur aspect, menit să evalueze starea depresivă (Ați fost într-o stare depresivă în majoritatea timpului, în ultimele 2 săptămâni?) și un interviu bazat pe două aspecte, menit să evalueze starea depresivă și lipsa de interes pentru efectuarea anumitor activități, o scală vizuală analoagă pentru starea depresivă și un inventar al depresiei.

Interviurile semistructurate au servit drept standard în evaluarea celor patru metode de screening. Este de remarcat faptul că întrebarea din interviul bazat pe un singur aspect a putut identifica în mod corect diagnosticul fiecărui pacient, depășind substanțial chestionarul și scala vizuală analoagă.

Tratament farmaceutic. Medicația antidepresivă are un rol principal în tratarea pacienților diagnosticați cu depresie majoră, mai ales că antidepresivele prezintă, în plus, un efect marcat în combaterea durerii, prezentă frecvent în simptomatologia de bază a bolnavilor aflați în stare terminală. Factori cum ar fi prognosticul și schema temporară pentru tratament pot juca un rol important în determinarea tipului de farmacoterapie pentru tratarea depresiei la pacienții în faza terminală.

Un pacient depresiv cu o expectanță de viață de câteva luni își poate permite să aștepte 2-4 săptămâni, timpul necesar pentru a reacționa la un anti-depresiv standard.

Un pacient cu o expectanță de viață de mai puțin de 3 săptămâni ar putea reacționa cel mai bine la un psihostimulent cu acțiune rapidă.

„Pacienților aflați în ultimele zile sau ore de viață li se pot administra sedative sau perfuzii analgezice. Pentru pacienții în faza terminală, antidepresivele se administrează la început în aproximativ jumătate de doză față de doza normală din cauza sensibilității pacientului la efectele secundare.

Psihostimulentele sunt utile în mod special pentru pacienții aflați în faza terminală, deoarece au o acțiune rapidă și efecte energizante; nu cauzează anorexie, pierdere în greutate sau insomnie la dozele terapeutice. De fapt, în doze scăzute, psihostimulentele pot chiar crește apetitul.

Abuzul de psihostimulente este aproape întotdeauna irelevant în cazul acestor pacienți și medicul nu trebuie să aibă rețineri vizavi de un abuz anterior de astfel de substanțe din partea pacientului.

Ocazional, tratamentul cu stabilizator de serotonină selectivă și psihostimulant poate fi început simultan, așa încât pacientul depresiv să poată beneficia imediat de efectul psihostimulantului, deoarece stabilizatorul de serotonină are nevoie de câteva săptămâni pentru a-și face efectul. În acel moment, psihostimulentul poate fi retras. Methylphenidate și dextroamfetamina sunt administrate la început în doze mici (2,5-5 mg), dimineața și la prânz.

Rezultatele se pot manifesta în timpul primelor două zile de tratament și dozajul se crește gradual (de obicei nu se administrează mai mult de 30 mg pe zi în total). Un beneficiu adițional al stimulamentelor este că au și „efecte analgezice adjuvante“ (Bruera, 1997).

Tratament nonfarmaceutic. Depresia, la pacienții cu cancer în faza avansată, este tratată în mod optim printr-o psihoterapie de susținere, tehnici comportamental-cognitive și medicație antidepresivă.

La pacienții cu cancer avansat, intervențiile terapeutice sub forma consilierii individuale sau de grup s-au dovedit a fi foarte eficiente în reducerea tulburărilor psihologice și a simptomelor depresive. Intervențiile cognitiv-comportamentale, cum ar fi relaxarea și distragerea printr-o imagistică plăcută s-au dovedit eficiente în scăderea simptomelor depresive în cazul pacienților cu un nivel depresiv moderat. Psihoterapia de susținere, în cazul pacienților aflați în faza terminală, constă în ascultarea activă și intervenții verbale de susținere.

Chiar dacă pacientul se află într-un grad avansat de boală, psihologul sau medicul nu trebuie să așezeze o atitudine solemnă sau să fie reținut din

punct de vedere emoțional. Pacientul își poate exprima temerile în fața psihoterapeutului, acesta având rolul de a-l încuraja, determinându-l să vorbească, mai degrabă, de experiențele plăcute trăite pe parcursul vieții, decât să se concentreze asupra iminenței morții.

Pe lângă terapiile de susținere, au fost descrise și alte terapii cu un potențial benefic în tratarea simptomelor depresive ale pacienților aflați sub îngrijire paliativă. Aceste noi terapii sunt pentru tratamentul depresiei, demoralizării. Noile modalități includ psihoterapia centrată pe sensul existențial (speranța) și psihoterapia de păstrare a demnității.

OBIECTIVE DE CONFORT

La epuizarea tratamentului specific, într-o stare de progresie a bolii, se abordează obiective terapeutice pentru a promova confortul pacientului și a familiei sale.

Baza terapeutică la pacienții terminali

1. Îngrijirea ia în considerație nevoile fizice, emoționale, sociale și spirituale, în mod individualizat și continuu.
2. Promovarea de autonomie și demnitate pentru cei bolnavi trebuie să genereze deciziile de tratament. Acest principiu este posibil doar dacă este în acord cu obiectivele tratamentului pacientului.
3. Pacientul și familia formează „unitatea” de tratament. Familia necesită măsuri specifice de sprijin și educație, întrucât are o importanță deosebită în îngrijirea la domiciliu.
4. Atitudinea terapeutică să fie activă, nu ignorantă, să ducă la depășirea ideilor că „nu este nimic altceva de făcut, nimic nu este mai departe de realitate”.
5. Atmosfera să fie una de respect, confort, sprijin și de comunicare, având o influență decisivă în controlarea simptomelor.

Instrumente de bază

Calitatea vieții și confortul pacienților înainte de moarte pot fi semnificativ îmbunătățite prin aplicarea cunoștințelor existente de îngrijiri paliative, care sunt instrumente de bază:

1. Controlul simptomelor: învață să recunoască, să evalueze și să trateze în mod corespunzător multe simptome care vin și au impact direct asupra bunăstării pacienților.
2. Suport emoțional și comunicarea cu pacienții, familia și echipa terapeutică.
3. Modificările organizaționale care să permită lucru interdisciplinar și adaptarea flexibilă la schimbările obiectivelor bolnavilor.

4. Echipa interdisciplinară cu pregătire specifică și sprijin suplimentar.

Un proces semnificativ al morții este acela de-a lungul căruia pacientul este susținut din punct de vedere fizic, psihologic, spiritual și emoțional de către familie, prieteni și medici.

APLICAȚIILE PSIHOTERAPIEI

„Rolul medicului de familie crește ca valoare în îngrijirile pe care le acordă bolnavului de o boală fizică sau psihică, de o boală acută, cronică sau terminală, dar și de a participa activ la păstrarea echilibrului, a coeziunii familiale și a sănătății familiei confruntată cu boala, deoarece „bolile există din antichitate fără vreo schimbare. Noi suntem cei care ne-am schimbat, în sensul ca am învățat să surprindem în ele aspecte pe care altădată le ignoram” (2). Reacțiile emoționale ale bolnavului sunt de cele mai multe ori imprevizibile, făcând dificilă comunicarea și îngrijirea ulterioară.

Cei mai mulți pacienți, în urma aflării adevărului, vor trăi până la sfârșitul vieții într-un coșmar continuu. Diagnosticul de boală incurabilă este asimilat unei condamnări la moarte, situație pe care în mod normal nu o acceptă, dezvoltând o serie de manifestări și sentimente greu de manageriat de către medic și echipa de îngrijire paliativă.

O altă abordare este cea spirituală, care se referă la sensurile și scopul în viață a unei persoane. Se referă, de asemenea, la relația persoanei față de o putere superioară sau o energie care dă sens vieții. Către sfârșitul vieții, oamenii se gândesc din ce în ce mai frecvent la chestiunile spirituale.

Poetul Ion Lupașcu, după experiența luptei cu o boală atroce, își exprimă sentimentele însoțite în astfel de situații în cartea sa „Moarte de om. O poveste de viață”, făcând următoarea declarație: „Am spus exact ce am crezut de cuviință, cu toată ființa mea profundă, revoltată în fața primejdiei de moarte, fără să mă mai intereseze ce va zice critica. Sigur că și critica literară e foarte importantă, ca și toate teoriile estetice, dar ele nu mă pot salva de la moarte. Ori pe mine această carte, scriind-o, m-a salvat de la declinul spiritual, într-o situație limită a destinului, când puteam să mă prăbușesc fără scăpare. În încleștarea oricărei ființe umane cu boala și cu moartea, lucrul cel mai important e să nu mori spiritual, înainte de a fi învins de limitele fiziologice. Să nu cedezi spiritual. Dacă ești viu în spiritul tău și pe baricade, mai poți avea o speranță. În trupul meu nu-mi pot pune mari speranțe, pe termen lung, ci doar în spiritul meu luptător. Împreună cu el voi trece pragul lumilor spre cer, trupul

îl voi lăsa oricum pe pământ. Din clipa în care poezia mea și viața mea au înțeles acest lucru, am simțit că sunt mai sănătos și liber, nu mă mai poate atinge nimic, nici măcar moartea“.

Religia creștină respinge teoria distrugerii sufletului odată cu moartea. Sufletele asigură nemurirea noastră spirituală, după moartea fizică, biologică a trupului.

Un alt ajutor pe care credința creștină îl oferă celor aflați în pragul părăsirii vieții este modul în care ni se explică teama de moarte, sentiment aproape general și cum putem să depășim sau să diminuăm acest sentiment.

În „Jurnalul Medicina Paliativă“, vol. 8, nr. 3/2004, autorii Duran X. Busquet și T. Sabanés Pujol, publică rezultatele studiului întreprins în rândul studenților înscriși la disciplina opțională „asistență medicală de îngrijiri paliative“, având vârsta medie de 22,6 ani. Studiul a urmărit atitudinea

în fața experienței personale versus profesionale în confruntarea cu moartea. Instrumentul utilizat în această cercetare a fost „scala de anxietate-deces, DAS“ (Templer, 1970).

Majoritatea au spus că moartea cauzată de cancer produce temerile cele mai mari – fiind însoțită de dureri. O treime din ei spun că, deși, au uneori câte un gând deranjant, de cele mai multe ori nu gândesc la moarte. Percepția majoritară este că timpul trece repede și viața este scurtă; patru din cinci persoane au raportat că nu le pasă de viața de apoi.

Principalele temeri exprimate **la nivel personal** sunt: deteriorarea, suferința, durerea familiei și teama de a fi singuri și de a vedea cum toată lumea moare. **Sentimentele experienței profesionale** sunt de neajutorare și nesiguranță.

Concluzia a fost că cea mai mare temere o au față de procesul morții, decât frica de moarte în sine sau „viața după moarte“.

BIBLIOGRAFIE

1. **Nalceagian A.A.** – Enigma morții, eseuri asupra tanatologiei psihologice, Ed. EuroPress Group, București, 2004
2. **Atanasiu A.** – Tratat de psihologie medicală, Ed. Oscar Print, București, 1998
3. **Bolund C.**, associate professor, Psychosomatic Department, Radiumhemmet, Department of Oncology, Karolinska Hospital, Stockholm, Sweden, *Journal of Psychosocial Oncology*, Volume 3, Issue 1, June 1985
4. **Breitbart W., M.D., Christopher Gibson, Harvey Max Chochinov** – Palliative Care, The American Psychiatric Publishing Textbook Of Psychosomatic Medicine, Ed. Doyle, 2003
5. **Breitbart W., Tremblay A., Gibson C.** – An open trial of olanzapine for the treatment of delirium in hospitalized cancer patients. *Psychosomatics* 2002; 43:175–82
6. **Chochinov H.M., Hack T., Hassard T., Kristjanson L., McClement S., Harlos M.** – Dignity in the terminally ill; a cross-sectional cohort study. *Lancet* 2002; 360:2026-30.
7. **Chochinov H.M., Wilson K.G., Enns M., Lander S.** – Depression, hopelessness, and suicidal ideation in the terminally ill. *Psychosomatics* 1998; 39:366-70
8. **Chochinov H.M., Wilson K.S., Enns M., et al** – Desire for death in the terminally ill. *Am J Psychiatry*, 1995
9. **Hawkins R.D.** – Sinele: realitate și subiectivitate, Ed. Cartea Daath, 2006
10. **Jompan A.** – Elemente de Medicina Familiei și Ghiduri de practică, Ed. Helicon, Timișoara, 1999
11. **Kubler-Ross E.** – Despre moarte și a muri, Ed. Elena Francisc, 2008
12. **Luban-Plozza B., Iamandescu I.B.** – Dimensiunea psihosocială a Practicii Medicale, ediția a II-a, Ed. InfoMedica, București, 2003
13. **Luban – Plozza B.** – Legături de viață, Editura Medicală, București, 2001
14. **Lupsa R., Csiki C.** – Îngrijirea paliativă în practica medicală, Ed. Alutus, 2003
15. **Lupsa R., Gagyi O.B.** – Bariere în comunicarea cu bolnavii suferinzi de boala canceroasă, *BMJ*, 2003
16. **Moody A.R.Jr.** – Live After Live: The Investigation of a Phenomenon - Survival of Bodily Death, Ed. Libertas Publishing
17. **Olăroiu M.** – Compendiu – Îngrijiri paliative la domiciliu pentru echipa multidisciplinară, ediția I, Ed. Viața Medicală Românească, București, 2004
18. **Rudica T.** – Psihologie umană și paradoxuri ale existenței, Ed. Polirom, București, 2006
19. **Turcanu C.C.** – Arta de a muri – ghid practic în vederea trecerii cu succes prin experiența morții, Ed. Solaris, Iași, 2007
20. **Sursa pe internet:** www.secpal.com/medicina_paliativă