

ALGORITM DE ABORDARE PSIHOTERAPEUTICĂ A BOLNAVELOR CU NEOPLASM MAMAR

Algorithm for psychotherapeutic approach of the patients with breast cancer

Psiholog Drd. Elena Soare (Gorianoiu)

Direcția Generală de Asistență Socială și Protecția Copilului Sector 1, București

REZUMAT

Cancerul este o maladie complexă care antrenează o multiplicare rapidă și incontrollabilă de celule și care este asociată unui distres și unei angoase profunde. Femeile cu cancer de sân conviețuiesc cu povara bolii lor, a tratamentului, a consecințelor psihosociale ale bolii, toate acestea contribuind la trăirea unei severe suferințe psihologice care implică adaptarea la statutul de bolnav de cancer, la dimensiunea existențială a bolii, relația cu familia, căutarea unei credințe spirituale sau religioase care să-i confere un sprijin moral și o explicație a sensului vieții și al morții. În acest context, se propune un algoritm de intervenție psihologică constând în două categorii de demersuri – de ordin psihodiagnostic (evaluarea evenimentelor psihotraumatizante din ultimele șase luni de viață, a calității vieții bolnavelor, cuantificarea anxietății, depresiei și distresului psihosocial) – precum și de ordin psihoterapeutic (psihoterapie individuală și de grup ce urmărește corectarea modificărilor cognitive, afective, comportamentale relevate de investigațiile psihodiagnostice). Prezervarea unei calități a vieții bolnavelor la un nivel cât mai ridicat necesită instituirea unor măsuri pentru îmbunătățirea stării psihice și emoționale, a nivelului funcționalității cognitive și sociale, a îndeplinirii rolurilor sociale. Un studiu ce își propune evidențierea rolului psihoterapiei în creșterea calității vieții bolnavelor cu neoplasm de sân este pe deplin justificat.

Cuvinte cheie: psihoterapie, calitatea vieții, neoplasm de sân, distres

ABSTRACT

Cancer is a complex disease that causes a rapid and uncontrolled multiplication of cells, which is associated with a profound distress and of anguish. Women with breast cancer living with their disease burden, treatment, psychosocial consequences of the disease, all contributing to living a severe psychological distress that involves adaptation to cancer patient status at the existential dimension of the disease, family relationships, search a spiritual or religious beliefs that would provide moral support and an explanation of the meaning of life and death. In this context, we propose an algorithm psychological intervention consisting of two types of approaches – some psychological diagnosis (evaluation psychotraumatizante events of the last six months of life, the quality of life of the patients, measuring anxiety, depression and psychosocial distress) – and order psychotherapy (individual and group psychotherapy that aims to correct changes cognitive, affective, behavioral investigations revealed the psychodiagnostic). Preserving the quality of life of patients suffering from a highest level requires the establishment of measures to improve the mental and emotional state, cognitive and social functioning level, the fulfillment of social roles. A study that aims to highlight the role of psychotherapy in the quality of life of the patients with breast cancer is fully justified.

Key words: psychotherapy, quality of life, breast cancer, distress

Cancerul este o maladie complexă care antrenează o multiplicare rapidă și incontrollabilă de celule și care este asociată unui distres și unei angoase profunde. Conform National Comprehensive Cancer Network (NCCN), distresul legat de cancer este o stare psihică (cognitivă, emoțională, com-

portamentală), socială și spirituală de natură dezagabilă, susceptibilă să diminueze capacitatea bolnavului de a face față în mod eficace cancerului, simptomelor fizice și tratamentului. NCCN (2010) remarcă faptul că, dintre pacienții cu un nivel ridicat de distres, adică între 20 și 40% din persoanele

Adresa de corespondență:

Psiholog Drd. Elena Soare (Gorianoiu), Catedra de Psihologie Medicală, Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila”, B-dul Eroilor Sanitari nr. 8, București
e-mail: ela_gorian@yahoo.com

diagnosticate cu cancer, numai jumătate se adresează unui specialist în probleme psihosociale. La pacienții cu un nivel crescut al distresului se observă o afectare semnificativă a nivelului calității vieții (28) și o complianță terapeutică inferioară (12,22).

Stresul social, distresul psihologic și suportul psihosocial influențează adaptarea pacienților cu cancer de sân și aderența lor la tratament, aspecte care pot influența chiar evoluția bolii (25). Comunicarea deschisă și clară, exprimarea emoțiilor, colaborarea, implicarea în rezolvarea problemelor crește adaptarea și îmbunătățește evoluția (25). Mijloacele moderne de tratament prelungesc viața pacienților, dar riscul recurenței se menține. Deși frica de recurență este recunoscută, puține studii se ocupă de ea ca precursor al distresului psihologic (Lee-Jones și al., 1997).

Paciențele care prezintă o recurență se blamează, iar cele aflate în remisiune trăiesc cu teama constantă a posibilității apariției acesteia (13). Femeile cu cancer de sân conviețuiesc cu povara bolii lor, a tratamentului, a consecințelor psihosociale ale bolii, toate acestea contribuind la trăirea unei severe suferințe psihologice care implică adaptarea la statutul de bolnav de cancer, la dimensiunea existențială a bolii, relația cu familia, căutarea unei credințe spirituale sau religioase care să-i confere un sprijin moral și o explicație a sensului vieții și al morții (2).

A fost oferit un model integrativ de adaptare la stresul bolii neoplazice (14) pornind de la ideea că fiecare persoană își dezvoltă un sistem de aprecieri cu „semnificație generală” în ceea ce privește imaginea de sine, convingerile, opiniile, valorile, scopurile și semnificația generală a evenimentelor, sistem care este propriu persoanei și nu se modifică pe parcursul vieții. Semnificația atribuită acestor valori globale, generale, se modifică însă în cazul apariției unui eveniment dramatic cum ar fi diagnosticarea unui cancer sau dispariția unei persoane importante pentru pacientă, evenimente care au o „semnificație situațională”. Capacitatea de adaptare sau copingul este orientată spre reconcilierea semnificației globale, generale, achiziționate pe viață, cu semnificația situațională prin valorificare și revalorificare, adoptând ca metode controlul emoțional, rezolvarea de probleme, „crearea semnificației”, toate acestea având ca scop realizarea unui nou echilibru între global și emoțional, ceea ce ar permite continuarea adaptării. Orientarea spirituală sau religioasă poate contribui la crearea unor noi semnificații, odată cu utilizarea strategiilor de coping și aplicarea intervențiilor psihologice și sociale (14).

A fost prezentat și un model aplicabil în psihooncologie (11), model ce și-a dovedit utilitatea în

orientarea cercetărilor în anii ‘90. În modelul prezentat de Holland, cancerul și tratamentul acestuia reprezintă variabila independentă, iar calitatea vieții, în toate aspectele și dimensiunile sale, precum și supraviețuirea, sunt efectele. Variabilele intermediare, care cuprind și modalitățile de intervenție care le pot influența, reprezintă obiectul cercetării în psihooncologie. Astfel, se consideră că studiile ar trebui să exploreze (11):

- variabilele personale – sociodemografice, personalitate și stil de coping, credința religioasă sau spirituală, adaptarea anterioară;
- variabilele asociate cu stadiul bolii, opțiuni de reabilitare, comportamente în relație cu evoluția bolii, relația cu echipa terapeutică;
- disponibilitatea unui suport social din partea familiei, prietenilor, comunității;
- prezența unui stres simultan care adaugă încărcătură psihologică suplimentară și noi solicitări de adaptare.

Au fost identificate cinci probleme emoționale prezente la paciențele cu neoplasm mamar (24):

- încărcătura emoțională a cuvântului *cancer*;
- lipsa de control asupra propriei existențe percepută de bolnavă;
- incertitudinea privitoare la evoluția bolii;
- problemele emoționale create de tratamentul în sine;
- efectul debilitant al terapiilor aplicate.

De fapt, reacțiile psihologice ale femeilor cu cancer de sân generate de afecțiunea în sine au fost tratate cu atenție de puțin timp. Perioada de observație de până acum a permis câteva concluzii (18):

1. Detresa psihologică este un factor comun, dar nu și omniprezent la femeile cu cancer de sân.
2. Distresul psihologic este adesea nerecunoscut și subraportat în unitățile de îngrijire ambulatorie.
3. Identificarea precoce și managementul suferinței psihologice sunt fundamentale pentru o îngrijire optimă psihosocială.
4. Identificarea unui nivel semnificativ de distres pune probleme speciale pentru clinician.
5. Factorii de risc pentru o evoluție deficitară psihosocială au fost identificați. Aceștia trebuie analizați atunci când este evaluată o femeie cu cancer de sân care trăiește distresul legat de acest diagnostic.
6. În psihooncologie au fost utilizate numeroase instrumente de screening, dar datele care susțin utilizarea lor sunt contradictorii.
7. Selectarea anumitor instrumente pentru screening depinde de natura obiectivelor urmărite.

Distresul trăit în fiecare stadiu de evoluție al bolii are un nivel ridicat. Totuși, nivelul de distres

poate fi diferit, uneori interferând cu capacitatea de adaptare la existența cancerului respectiv, la simptomele sau tratamentul acestuia, în detrimentul calității vieții pacientei. Barierele în comunicarea distresului sunt cele care împiedică descoperirea sa. Costul distresului psihologic neidentificat se apreciază a fi foarte mare. National Comprehensive Cancer Network (NCCN) a elaborat ghiduri practice în oncologie (2002). Aceste ghiduri cuprind recomandări pentru screeningul manifestărilor emoționale, triere, evaluare inițială, orientare și tratament. Perioadele în care apare ca necesar screeningul acestor manifestări includ etapele de evoluție ale bolii în care este cel mai probabil să apară distresul, și anume: imediat după diagnosticarea bolii, după începerea tratamentului (chirurgical, radio- sau chimioterapie), după evaluarea finală a unei perioade lungi de tratament, după evaluarea periodică post-tratament și remisiune, în momentul recurenței sau în perioada tranziției spre asistență paliativă.

Deoarece termenii „emoțional“, „psihologic“ sau „psihiatric“ continuă să fie asociați cu stigma, NCCN a ales termenul de *distress*, care este un concept mai potrivit și mai puțin stigmatizant. Se apreciază că există, de fapt, un continuum de stres de la frica normală și tristețe, îngrijorare la simptome mai grave, identificate printre criteriile de diagnostic ale unor afecțiuni psihiatrice precum depresia sau anxietatea. Perioadele de dispoziție tristă, teamă și îngrijorare sunt frecvent întâlnite. Există tendința de a aprecia reacțiile emoționale ale pacientei cu cancer de sân ca pe un răspuns normal într-o situație foarte dificilă, care uneori este numită „tristețe adecvată“. Cel mai adesea reacția este tranzitorie. Când dispoziția depresivă și anxioasă devine suficient de severă și persistentă, influențând nivelul de funcționare și viața cotidiană, atunci aceasta necesită atenție și tratament. Când trăirile se organizează în clustere de semne și simptome ele pot contura entități diagnostice conform DSM IV-TR sau ICD 10 (2).

În acest context, prezervarea unei calități a vieții bolnavelor la un nivel cât mai ridicat necesită instituirea unor măsuri pentru îmbunătățirea stării psihice și emoționale, a nivelului funcționalității cognitive și sociale, a îndeplinirii rolurilor sociale. Considerăm că un studiu ce își propune evidențierea rolului psihoterapiei în creșterea calității vieții bolnavelor cu neoplasm de sân ar trebui să urmărească următoarele obiective generale:

1. Validarea, ca factor determinant în creșterea calității vieții bolnavelor cu neoplasm mamar, a complexului tehnic și strategic constituit de psihoterapia cognitiv-comportamentală, terapia ericksoniană, relaxarea și muzicoterapia.

2. Elaborarea unui protocol de intervenție cognitiv-comportamentală, ericksoniană și muzicoterapeutică pentru asistarea psihologică a persoanelor cu neoplasm mamar care au dezvoltat tulburări psiho-emoționale, în special depresie și anxietate.

3. Realizarea unui program de intervenție riguros, eficient, ușor de aplicat.

4. Contribuția la literatura de specialitate care analizează/investighează comparativ eficiența diferitelor metode de terapie.

5. Identificarea schemelor comportamentale individuale repetitive cu finalități asemănătoare, blocante, nevrotice.

Ca obiective specifice ale studiului propunem:

1. Conștientizarea și exprimarea emoțiilor bolnavelor corelate cu momentul aflării diagnosticului (anxietate, panică, furie, ură, deznădejde, neajutorare).

2. Angajarea participantelor la travaliul psihoterapeutic și încurajarea acestora să-și modifice activ credințele dezadaptative și să asimileze credințe mai eficiente, adaptative și raționale, cu impact pozitiv asupra răspunsurilor lor emoționale, cognitive și comportamentale.

3. Deblocarea mecanismelor defensive ale organismului la aflarea diagnosticului.

4. Remiterea dependențelor instalate – de anumite persoane, de anumite activități, de anumite substanțe (analgezice, sedative).

5. Îmbunătățirea imaginii de sine după mastectomie, deoarece aceasta este percepută ca o mutilare și afectează imaginea de sine.

6. Restructurarea relațiilor cu persoanele aflate în planul existențial al bolnavei.

7. Deblocarea resurselor personale.

8. Valorizarea iertării ca factor reparator al scenariului de viață.

De asemenea, ne-am propus să analizăm dacă complexul tehnic și strategic constituit de psihoterapia cognitiv-comportamentală, terapia ericksoniană, relaxarea și muzicoterapia conduc la:

A. reducerea

- gradului de depresie;
- nivelului anxietății;
- distresului psiho-social.

B. creșterea factorilor protectivi pentru sănătatea mentală: acceptarea necondiționată a propriei persoane, autoeficacitatea, stima de sine.

Intervenția psihoterapeutică în cazul bolnavelor cu neoplasm mamar își mai propune:

- însușirea unor tehnici de gestionare a emoțiilor;
- exersarea unui set de abilități de a face față stresului;

- însușirea unor tehnici de relaxare;
- învățarea tehnicilor de autohipnoză pentru controlul durerii;
- administrarea, în transă hipnotică sau relaxare profundă, a unor sugestii:
 - pentru întărirea eului, a încrederii în sine și a stimei de sine;
 - pentru amplificarea și stimularea resurselor și disponibilităților latente ale persoanei;
- împăcarea cu sine și cu trecutul; sentimentele de vinovăție; reprimarea amintirilor traumatice cu ajutorul relaxării, proiecției, restructuringii, regresiei de vârstă, a inhibării imaginilor intruzive;
- reordonarea priorităților de viață;
- distrugerea, prin hipnoterapie, a structurilor psihice dezadaptative și cu un caracter limitativ și înlocuirea acestora cu mecanisme psihologice sănătoase și eficiente;
- identificarea și modificarea schemelor cognitive distorsionate sau disfuncționale care direcționează procesarea informațiilor și interpretarea experiențelor de viață;
- identificarea cognițiilor negative și a ipotezelor eronate;
- dezvoltarea și testarea unor scheme cognitive mai flexibile și mai realiste;
- identificarea și utilizarea modalităților personale de organizare a experienței subiective pentru a le direcționa în mod constructiv (principiul „utilizării” din psihoterapia ericksoniană);
- combaterea anxietății și a atacurilor de panică:
 - stabilizarea și reducerea simptomatologiei;
 - dobândirea unei mai mari flexibilități în cadrul rolurilor sociale și dezvoltarea unei optici mai adecvate din punctul de vedere al adaptării la viața de zi cu zi;
 - facilitarea accesului bolnavei la propriile resurse interioare;
 - reintegrarea și reechilibrarea personalității;
 - reîncadrarea, reinterpretarea anxietății ca pe o energie creatoare, esențială supraviețuirii;
- schimbarea atitudinii prin identificarea și modificarea schemelor cognitive care direcționează procesarea informațiilor și interpretarea experiențelor de viață.

Teste psihologice de evaluare a eficienței psihoterapiei

Analiza dinamică a eficienței terapeutice la nivelul psihoterapiilor impune evaluarea la începutul, în timpul și la sfârșitul actului terapeutic, marcând astfel probitatea științifică și eficiența clinică a metodei. Evaluarea persoanelor înscrise în studiu s-a realizat utilizându-se mai multe instrumente.

Inventarul de Simptome Rotterdam (Rotterdam Symptoms Check List), autor principal Johanna de Haes (1983, 1990), este unul din cele mai cunoscute și folosite instrumente de măsurare a calității vieții pacienților cu cancer. Inițial a fost contruit pentru a măsura în mod obiectiv simptomele raportate de pacienții participanți la studii clinice, dar și-a dovedit rapid utilitatea și în monitorizarea nivelurilor de anxietate și depresie ale acestora, precum și în constatarea prezenței tulburărilor psihice (27).

Instrumentul conține itemi ce se referă la simptome atât fizice, cât și psihice, pacientul fiind solicitat să indice în ce măsură au fost deranjate de fiecare simptom, pe o scală cu 4 grade. Pentru a evalua gradul de funcționare a pacientului, au fost adăugați itemi ce se referă la activitățile zilnice și încă un item de evaluare globală a calității vieții.

Întrucât utilizarea instrumentului nu a fost limitată prin drepturi de autor, iar reputația lui era extrem de bună, au apărut numeroase variante ce au fost folosite de-a lungul timpului, născând confuzie în legătură cu scorarea și validitatea rezultatelor. Ca răspuns la această situație, Centrul Nordic pentru Cercetări legate de Sănătate din Olanda, în cooperare cu Universitatea din Groningen și Departamentul de Psihologie Medicală a Spitalului Universitar din Amsterdam a publicat în 1996 un manual al testului pentru a servi ca bază în aplicarea, modificarea și scorarea itemilor („Measuring the quality of life of cancer patients with the Rotterdam Symptom Checklist: a manual” – J.C.J.M. de Haes, M. Olschewski, P. Fayers, M.R.M. Visser, A. Cull, P. Hopwood, R. Sanderman. Groningen: Noordelijk Centrum voor Gezondheidsvraagstukken /Northern Centre for Healthcare Research 1996, series no. 9).

Calitatea vieții este definită ca o relatare subiectivă a modului în care pacientul resimte suferința și tratamentul. RSCL este un instrument autoaplicat, care evaluează calitatea vieții la pacienții cu cancer, acoperind 4 domenii mari, reprezentând cele 4 scale ale testului: suferința cauzată de simptome fizice, suferința psihică, nivelul de activitate și calitatea globală a vieții. Pentru a evita răspunsurile automate, precum și posibilitatea de inducere a unei stări de

tensiune și suferință prin gruparea lor, itemii legați de suferința psihică au fost intercalați printre ceilalți.

1. Scala suferinței cauzate de simptome fizice conține 23 de itemi. Unele simptome cum ar fi cele legate de durererile de cap sau oboseală pot fi resimțite și de oamenii sănătoși în general în aceeași măsură ca de pacienții cu cancer. Alte simptome sunt în mod specific legate de cancer sau tratamentul cancerului, de ex. simptomele gastrointestinale sau cele legate de chimioterapie.

2. Scala suferinței psihice abordează diferite simptome resimțite atât de pacienții cu cancer, cât și de populația generală, fără vreo componentă fizică explicită și fără să includă simptome ce ar putea fi considerate psihosomatice (dureri de cap, probleme de somn).

3. Scala Nivelului de activitate evaluează atât mobilitatea, cât și activitățile sociale, fără să fie limitată specific la pacienții cu cancer. Itemul legat de mersul la serviciu poate fi eliminat din test dacă nu se potrivește cu situația specifică a respondenților (de ex., dacă sunt pensionari). De asemenea, manualul testului atrage atenția că acest item e posibil să nu fie valabil nici pentru pacientele femei (cu cancer la sân sau ginecologic, de ex.) care nu aveau o ocupație nici înainte de boală. Soluțiile sunt înlocuirea lui cu ceva specific, sau eliminarea lui.

4. Evaluarea Globală a Vieții sau Calitatea Globală a Vieții conține un singur item, derivat din studiile legate de calitatea vieții pe populația generală. A fost preferată o operaționalizare afectivă pentru acest item, pentru că această abordare s-a dovedit a fi mai sensibilă la schimbările clinice. (7).

Pentru cele două scale legate de simptome fizice și psihice, măsura în care pacientul este afectat din cauza lor e cotată pe o scală cu 4 trepte, de la „deloc” până la „foarte mult”.

Pentru scala de activitate, cele 4 grade de afectare se întind de la „incapabil” să execute o anumită activitate până la capabil să o facă „fără ajutor”.

Itemul de evaluare globală a calității vieții conținează pe o scală în 7 trepte, de la „excelentă” la „foarte proastă”. În scala de activitate, respondenții sunt întrebați în ce măsură pot desfășura activitățile respective. La început, itemii vizau simptomele resimțite în ultimele 3 zile, perioada fiind extinsă ulterior la o săptămână, fără a depăși însă o perioadă ușor de amintit de către pacient.

Per total, un scor mare se referă la o suferință mare raportată de pacient, și invers, un scor mic corespunde unei vieți mai bune, cu puțină suferință până la deloc.

Chestionarul pentru evaluarea simptomelor anxietății ASQ a fost construit și validat de Lehrer și Woolfolck în 1982. El conține 36 de itemi și evidențiază 3 dimensiuni ale anxietății:

- dimensiunea cognitivă;
- dimensiunea somatică;
- dimensiunea comportamentală.

Răspunsurile se dau pe o scală cu 9 trepte, 0 indicând manifestarea minimă, iar 8 manifestarea maximă. Se calculează un scor pentru fiecare din cele 3 dimensiuni și un scor global pentru anxietate, obținut prin însumarea scorurilor parțiale.

Lehrer și Woolfolck (1982) au arătat că scalele solicită anumite răspunsuri dezirabile social. Într-un eșantion de studenți care au completat scala ASQ și un alt chestionar de evaluare a răspunsurilor dezirabile, s-a relevat că scala ASQ este susceptibilă la răspunsuri dezirabile social.

Scholing și Emelkamp (1992) au arătat că într-un grup de pacienți cu fobie socială și într-un alt grup de adolescenți, subscala somatică ASQ corelează mai mult cu scala de somatizare SCL-90-R decât scalele comportamentală și cognitivă.

Indicele global de anxietate se calculează prin însumarea valorilor celor 36 de itemi sau prin însumarea valorilor celor 3 dimensiuni. Plaja de valori este cuprinsă între 0 și 288 de puncte. Un punctaj situat între 0 și 131 puncte semnifică un scor scăzut, un punctaj cuprins între 132 și 228 puncte reprezintă un scor mediu, iar un punctaj situat între 229 și 288 puncte semnifică un scor ridicat.

Scala de depresie Hamilton. Hamilton (1960, 1967) a construit această scală, descrisă de Berndt (1990) ca fiind cea mai larg utilizată scală pentru depresie. Autorul a recomandat ca scala să fie utilizată de către specialiști clinicieni cu experiență sub forma unui interviu relaxat, completat atunci când este posibil cu informații obținute de la familia și prietenii pacientului, de la asistente medicale sau din documente. Se urmăresc simptomele (manifestările) pacientului din ultimele 7-10 zile (Hamilton, 1986), iar informația folosită pentru evaluarea unui item nu trebuie să mai fie urmărită și prin alt item. Nu există întrebări prestabilite, preformulate pentru interviu. Hamilton a modificat ulterior puțin formularea variantelor de cotare, atât pentru itemii care primesc maximum 2 puncte, cât și pentru itemii care primesc maximum 4 puncte. Altshuler, Post și Fedio (1991) au recomandat următoarea etalonare: un scor situat între 0 și 6 puncte indică normalitatea, un scor situat între 7 și 17 puncte indică o ușoară depresie, scorul situat între 18 și 24 de puncte indică o depresie moderată, iar scorul care depășește 24 de puncte indică o depresie severă.

Altshuler ș.a. (1991) a arătat că 18 este scorul minim pentru ca o persoană să fie inclusă într-o cercetare legată de depresie. Rehm (1985), în urma mai multor studii, a ajuns la concluzia că indivizii normali obțin un scor în jur de 16, pacienții depresivi care nu sunt internați scorează între 24 și 27, iar pacienții internați între 32 și 42.

Scala de Depresie Hamilton a devenit un standard la care se raportează alte instrumente care măsoară depresia (20). Scorurile obținute prin acest test au corelat semnificativ (între 0,58 și 0,84) cu diagnosticele psihiatrilor și, de asemenea, au corelat cu alte instrumente de autoevaluare (26). S-a demonstrat că această scală face distincția între pacienții depresivi care au lucrat în domeniul medical și ceilalți pacienți depresivi (tratați ambulatoriu sau internați) (26). Alte studii au arătat că scorul obținut de pacienți scade în urma tratamentului, iar schimbarea este direct proporțională cu creșterea performanței cognitive.

Pe baza datelor din literatură prezentate, vom încerca să propunem un algoritm de intervenție psihologică la bolnavele cu cancer la sân:

1. Anamneza medicală cu date generale privind debutul și evoluția bolii, atestate de documente medicale.

2. Analiza evenimentelor psihotraumatizante din ultimul an de viață al pacientei, cu centrare pe ultimele șase luni și corelarea lor cu debutul și agravarea evoluției bolii (15).

3. Evaluarea calității vieții cu sublinierea indicilor celor mai afectați de boală.

4. Utilizarea unor scale și chestionare pentru cuantificarea simptomatologiei depresiei, anxietății și distresului psihosocial.

5. Investigarea modificărilor, în special a celor de natură cognitivă, afectivă, somatică și comportamentală.

6. Stabilirea obiectivelor psihoterapiei, obiective adaptate la particularitățile evolutive ale bolii, la circumstanțele psihosociale și în special la modificările survenite în plan cognitiv, afectiv, somatic și comportamental.

7. Efectuarea intervenției psihoterapeutice vizând aceste obiective (în ceea ce ne privește, am utilizat un complex tehnic și strategic constituit din psihoterapie cognitiv-comportamentală, terapie ericksoniană, relaxare și muzicoterapie).

8. Evaluarea periodică a modificărilor apărute la nivelul indicilor calității vieții, a scorului simptomatic medical, precum și a scorurilor scalelor utilizate pentru evidențierea modificărilor în plan cognitiv, somatic sau comportamental.

O astfel de evaluare cuantificată asigură un grad de obiectivitate analog medicinei bazate pe dovezi (evidence-based medicine), ceea ce va putea face să crească nivelul aprecierilor corpului medical referitor la utilitatea intervenției psihologice la această boală gravă.

BIBLIOGRAFIE

1. **Altshuler L.L., Post P.M., Fedio P.** Assessment of affective variables in clinical trials. In: Mohr E., Brouwers P., editors Handbook of Clinical trials: The Neurobehavioral Approach, Lisse, Netherlands Publishers; 1991, pp.141-164.
2. **Baloescu A., Grigorescu G.** Managementul psihiatric și psihologic în cancerul de sân, Editura Farmamedia, 2009.
3. **Berndt E.R.** Ipsapirone – evidence for efficacy in depression, *Psychopharmacology Bulletin*, vol. 26 (2), 1990, pp. 219-222.
4. **Cronbach, L.J.** Coefficient alpha and the internal structure of tests, *Psychometrika*, 1951; 16: 297-324.
5. **De Haes J.C.J.M., Pruyjn J.F.A. & Van Knippenberg F.C.E.,** 1983. Klachtenlijst voor kankerpatienten. Eerste ervaringen. *Ned Tijdschr Psychol*, 38, 403-422.1.
6. **De Haes J.C.J.M., Van Knippenberg F.C.E., Nejit J.P.,** Measuring psychological and physical distress in cancer patients: structure and application of the Rotterdam Symptom Checklist, *British Journal of Cancer*, 62, 1034-1038, 1990.
7. **De Haes J.C.J.M., De Ruiter J.H., Tempelaar R. & Pennink B.J.W.,** 1992. The distinction between affect and cognition in the quality of life of cancer patients – sensitivity and stability. *Qual Life Res*, 1, 315-322.
8. **Fudge J.L., Perry P.Y., Garvey M.J., Kelly M.W.,** A comparison of the effect of fluoxetine and trazodone on the cognitive functioning of depressed outpatients. *Journal of Affective Disorders*, Volume 18, Issue 4, April 1990, pp. 275-280.
9. **Hamilton M.** (1960) A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 23, 56-62.
10. **Hamilton M.** (1967), Development of a rating scale for primary depressive illness. *Br. J. Clin. Psychiatry*, 6: 278-296.
11. **Holland J.C.** History of psycho-oncology: overcoming attitudinal and conceptual barriers. *Psychosomatic Medicine*, 64:206-221, 2002.
12. **Holland J.C., Kelly B.J. et Weinberger M.I.** (2010). «Why Psychosocial Care is Difficult to Integrate into Routine Cancer Care Stigma is the Elephant in the Room» [version électronique]. *The Official Journal of the National Comprehensive Cancer Network*, 8(4),362-366.
13. **Humphris I.J., Hatcher D.R.** Fear of cancer recurrence – a literature review and proposed cognitive formulation to explain exacerbation of recurrence fears. *Psycho-Oncology*, 6(2):95-105, 1997.
14. **Folkman S.** Positive psychological states and coping with severe stress. *Soc Sci Med*, 45: 1207-1221, 1997.
15. **Iamandescu I.B.,** Psihologie medicală, Editura Infomedica, 2009.
16. **Lee-Jones C., Humphris G., Dixon R. et al.** A Literature Review and Proposed Cognitive Formulation to Explain Exacerbation of Recurrence Fears. *Psycho-Oncology*, 6(2): 95-106, 1997.
17. **Lehrer P., Woolfolck R.,** 1982, Self report assessment of anxiety: somatic, cognitive, and behavioral modalities. *Behavioral assessment*, 4, 167-177.
18. **National Breast Cancer Centre** – The identification of psychological distress in women with breast cancer, April 2004, www.nbcc.org.au.

19. **National Comprehensive Cancer Network** – Practice Guidelines in Oncology: Distress management. Retrieved June 2002, www.nccn.org/physician_gls/index.html.
20. **Rabkin J.G., Klein D.F.**, 1987. The clinical measurement of depressive disorders. In Marsella A., Hirschfeld R. & Katz M. (Eds). The measurement of depression (pp. 30-83). New York: Guilford Press.
21. **Rehm L.P. & O'Hara M.W.**, 1985. Item characteristics of the Hamilton Rating Scale for Depression. *Journal of Psychiatric Research*, 19, 31-41.
22. **Rodin G., Lo C., Mikulincer M., Donner A., Gagliese L. et Zimmerman C.** (2009). «Pathways to distress: the multiple determinants of depression, hopelessness, and the desire for hastened death in metastatic cancer patients». *Social Science & Medicine*, 68(3). DOI:10.1016/j.socscimed.2008.10.037.
23. **Scholing A., Emelkamp P.** Self report assessment of anxiety. A cross validation of the lehrer wolfolk anxiety symptom questionnaire in three population. Published in *Behaviour Research and Therapy*, 1992.
24. **Silberfarb P.M.**, Psychiatric problems in breast cancer. *Cancer*, 53(3 Suppl.): 820-824, 1984.
25. **Spiegel D.**, Psychosocial Aspects of Breast Cancer Treatment. *Seminars in Oncology*, 24 (1 Suppl 1): S1-36-S1-47, 1997.
26. **Thompson W.M., Harris B., Lazarus J., Richards C.** A comparison of the performance of rating scales used in the diagnosis of postnatal depression. *Acta Psychiatr Scand* 1998; 98: 224-227.
27. **Trew M. & Maguire P.** (1982). Further Comparison of two instruments for measuring quality of life in cancer patients. In: *Quality of life*, Beckmann J. (eds) Proc Third workshop of the EORTC Study group on Quality of Life, Paris, 1982: 111-127.
28. **Vitek L., Rosenzweig M.Q. et Stollings S.** (2007). «Distress in Patients With Cancer: Definition, Assessment, and Suggested Interventions». *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 11(3). DOI:10.1188/07.CJON.413-418.
29. **World Health Organisation.** The ICD 10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Description and Diagnostic Guidelines, Geneva: World Health Organisation, 1992.
30. **American Psychiatric Association:** Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV-TR, 4th rev. Ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2000.