

MODIFICĂRI PSIHLOGICE ȘI TULBURĂRI PSIHATRICE LA PACIENȚII TERMINALI

Psychological changes and psychiatric disorders in case of terminally ill patients

Constantin Bogdan¹, Laurențiu Bogdan²

¹Universitatea București, Facultatea de Sociologie și Asistență Socială,

Centrul Medico-Social „Sfântul Andrei“, București

²L'Hopital de Psychiatrie „Sainte Marie“ Privas, Franța

REZUMAT

Stările terminale care preced exitusul – în boli incurabile, „fin de vie des vieux“ – sunt caracterizate, între altele, și de o serie de modificări psihologice și tulburări psihiatrice care se impun a fi diagnosticate și combătute terapeutic, prin psihoterapie și medicație adecvată, în scopul ameliorării calității vieții.

Sunt prezentate studii internaționale și observațiile proprii ale autorilor lucrării privind structura entităților care pot fi întâlnite precum și ordinea de frecvență a acestora. Printre cele mai frecvente sunt anxietatea, depresia, delirul, riscul suicidar și tulburările cognitive, cu o serie de nuanțe privind intensitatea, evoluția și răspunsul terapeutic.

Anxietatea apare ca urmare a conștientizării proximității sfârșitului existențial. Managementul depresiei include medicație antidepressivă și, mai ales, psihoterapie suportivă. În ceea ce privește riscul suicidar, se impune evaluarea atentă a riscului. Tulburările cognitive sunt mai grave și mai greu de influențat terapeutic.

Cuvinte cheie: modificări psihologice, tulburări psihiatrice, pacienți terminali

ABSTRACT

The terminal stages that come prior to the exitus – in incurable diseases, „fin de vie des vieux“ – are characterised, among others, by a number of psychological changes and psychiatric disorders that need to be diagnosed and therapeutically tackled through psycho-therapy and appropriate medication, in order to improve the quality of life. International research in this field and also own observations of the authors of the study on the structure of the entities that can be found and their order frequency are presented in the paper. Among the most frequent are the following: anxiety, depression, delirium, suicidal risk, cognitive disorders that are detailed according to intensity, evolution, therapeutical response.

Anxiety occurs as a result of awareness of the proximity of the death. Management of the depression includes antidepressant medication and, especially, supportive psychotherapy. With reference to the suicidal risk, a careful assesment of the risk must be done. Cognitive disorders are more serious and difficult to be influenced therapeutically.

Keywords: psychological changes, psychiatric disorders, terminally ill patients

„A trăi înseamnă a muri.“

Claude Bernard

Stările terminale sunt etape delimitate în cursul evoluției unei boli incurabile care preced exitusul. Mișcarea „medicinii îngrijirilor paliative“ a impulsionat interesul medicinei pentru reintegrarea problematicii complexe a morții și a stării terminale care o precede, în preocupările sale de studiu teoretic, cât și de practică.

Abordarea problemelor morții trebuie să pornească de la realitatea recunoașterii că moartea este un fenomen firesc, că este naturală și ineluctabilă.

Definiția morții cea mai acceptată precizează că moartea este *starea unui organism după ce viața a încetat, fie în organele vitale (moartea clinică), fie în totalitatea celulelor sale (moartea biologică)*.

Pe de altă parte, moartea poate fi *dorită, acceptată, refuzată, subită, violentă, neașteptată, revoltătoare* (a copilului); *banală sau banalizată* (a

Adresa de corespondență:

Constantin Bogdan, Universitatea București, Facultatea de Sociologie și Asistență Socială

E-mail: c_bogdan34@yahoo.com

bătrânului). În plus, moartea geriatrică nu poate fi evitată sau prevenită, ci asumată; fiindcă dacă numai unii copii, tineri, adulți mor, *bătrânii mor toți*, exprimând legea universală a viului; moartea este premisa vieții; nu există nemurire biologică.

Termenul de moarte este utilizat pentru a desemna, dincolo de moartea definitivă, totală, „mai multe feluri de moarte“: *moartea cerebrală* (în sens clinic), *moartea socială* (retragere), *moartea familială* (instituționalizarea), *moartea amânată* (în-crâncenarea terapeutică), *moartea la termen* (în toxicomanii), *moartea psihologică* sau *psihică* (în demențe), *moartea farmaceutică* (provocată de medicamente – iatrogenă – accident medicamentos, euthanasic-activă, suicid), *moartea asistată* (euthanasic-pasivă), *moartea autoprovoacă* (suicid).

Moartea geriatrică, în cele mai multe cazuri, cumulează efectele îmbătrânirii, uzurii cronogene, unui mediu nefavorabil (factori psiho-sociali senectogeni și tanatogeni) și bolii (polipatologie).

Relativ puține studii au fost consacrate aspectelor clinice psihologice (și psihiatrice) prezente în stările terminale, printre acestea detașându-se observațiile și studiile psihiatriei americane de origine elvețiană Elisabeth Kubler-Ross, care a descris pe baza observațiilor proprii evoluția proceselor psihologice care se instalează la bolnavul terminal, descrierile sale corespunzând bolnavului neadaptat destinului său. Această neîmpăcare cu destinul, tradusă în plan psihic, se exprimă prin căutarea inconștientă a securității și îmbracă două forme:

A. Fuga de realitate, care se exprimă prin negarea morții iminente, întărită de atitudinea personalului medical, a familiei și chiar a societății, care privesc moartea, chiar la persoanele vârstnice, ca pe un eșec al medicului.

B. Lupta împotriva realității morții sale, atitudine care se exprimă prin trăiri psihologice ce parcurg diverse etape: cunoscute larg și devenite clasice – starea de revoltă, de negare, și furie, gelozia față de cei ce nu sunt sortiți unei morți iminente, tocmeala sau târguiala cu moartea, depresia și disperarea și, în final, acceptarea. Această secvențialitate nu este în mod strict obligatorie, unele etape putând lipsi, din observațiile noastre fiind mai puțin evidente la vârstnici.

În cadrul tabloului clinic al stărilor terminale, fie că acestea se instalează ca încheiere a evoluției unei boli somatice incurabile sau agravată prin complicații ce nu pot fi controlate eficient terapeutic, fie, în fine, că stările terminale survin în evoluția finală a unor afecțiuni psihiatrice, tabloul clinic include, alături de simptomatologie somatică, și simptomatologie psihologic-psihiatrică amplă care adâncește

suferința și afectează calitatea vieții subiectului respectiv, iar *îngrijirea paliativă* are drept scop tocmai menținerea unei calități a vieții cât mai bune, cât mai mult timp, evitarea suferințelor suplimentare determinate de „în-crâncenarea terapeutică“ (farmacoterapeutică, chirurgicală, nutrițională) practicate încă, din păcate, pe scară largă ca urmare, în primul rând a necunoașterii principiilor medicinei paliative și uneori și de teama unor acuze din partea anturajului familial.

Asupra pacienților terminali interacționează mulți factori psihotraumatizanți care induc perturbări psihologice și, în multe cazuri, suferințe de intensitate psihiatrică – de la modificări dispoziționale cu note negative, cu evoluție progresiv agravantă ca anxietatea și stările depresive, insomniile rebele, până la depresii grave, delir, tulburări cognitive, raptus-uri, suicid.

În mod deosebit, în raport cu incurabilitatea frecventă, a fost studiat psihismul pacienților care sufereau de cancer.

Prima etapă descrisă de Elisabeth Kubler-Ross, starea de revoltă și furie, de negare: „De ce eu?“ „Nu, nu eu/Nu e posibil/Nu mi se poate întâmpla tocmai mie“.

În această etapă, terapeutul nu trebuie să insiste ca pacientul să accepte realitatea diagnosticului, trebuie să evite să-i dea pacientului speranțe false, trebuie să repete informațiile, trebuie să-i acorde timp și sprijin emoțional pentru a accepta situația și să facă mici sugestii în direcția adevărului.

Mânia poate fi îndreptată spre sine (vinovăție, resentimente, autocritică), dar mai ales, asupra supraviețuitorilor: familie (prin acuzații, ceartă, critică, intoleranță), personal medical (prin critici, certuri, furie, protest, alienare) sau spre Dumnezeu (răzvrătire, pierderea credinței). Ca răspuns la această atitudine, de multe ori o parte a personalului medical reacționează în mod obișnuit față de bolnavul incurabil, întârziind să răspundă solicitărilor sau chiar chemărilor acestuia. Furia bolnavului incurabil reprezintă, de fapt, singura resursă de care mai dispune acesta în raport cu situația caracterizată prin incapacitate, suferință, și mai ales neputință de a schimba destinul. O asemenea situație pare cumva comparabilă cu starea de anomie individuală, definită de absența oricărei alternative (17).

A treia etapă – tocmeala, târguiala – exprimă acceptarea ideii morții, dar și negocierea pentru a mai trăi puțin. Această etapă apare în momentul în care bolnavul incurabil renunță la reacțiile sale de furie în favoarea adoptării unei conduite care ar putea extinde, cât mai mult, perioada de timp rămasă până în momentul morții. Negocierile pot avea loc

între pacient și membrii personalului medical, luând forma unui schimb cu aceștia. De exemplu, adoptarea unei conduite mai maleabile în schimbul permisiunii de a-și petrece sfârșitul de săptămână acasă, în familie, de a se plimba prin curtea spitalului etc. (17)

A patra etapă, depresia, este o reacție obișnuită și de înțeles, fiind însoțită de recunoașterea faptului că procesul negocierii s-a încheiat și urmează actul final al morții. Pacienții sunt cuprinși de sentimente de deznădejde și disperare și devin adesea retrași, izolați, refuzând orice contact cu vizitatorii, cu excepția poate a unei persoane foarte apropiate. În acest stadiu pacientul începe să se pregătească pentru pierderea persoanelor apropiate, separându-se de acestea și adoptând un gen de conduită similară unei morți simbolice, care-l desparte de toți ceilalți și de realitățile vieții. În această etapă este importantă distincția dintre depresia firească oarecum în astfel de situație și depresia clinică mai gravă. Studiul asupra psihologiei stărilor terminale a publicat la noi Ion Biberi.

R. Buckman (1994) propune ca emoțiile pacientului să fie privite ca un mozaic personal, prin intermediul căruia el răspunde într-un mod care îi este caracteristic la situația de boală, putând manifesta – spre deosebire de modelul anterior – unele emoții simultan. El descrie trei stadii:

1. Stadiul inițial: „*Față în față cu amenințarea*”

În acest stadiu pacientul poate trece printr-o serie de emoții cum ar fi: frica, șocul, negarea, umorul, ca și mânia, vinovăția, anxietatea, îndoiala, negocierea, speranța, disperarea. Acestea pot fi prezentate în totalitate sau parțial.

2. Stadiul cronic: „*Conștientizarea și recunoașterea prezenței bolii*”

În stadiul cronic are loc diminuarea în intensitate a tuturor emoțiilor din stadiul inițial și poate apărea frecvent depresia ca urmare a conștientizării și acceptării situației în care se află pacientul.

3. Stadiul final: „*Acceptarea*” este definit prin acceptarea morții de către pacient.

Un factor psihostresant puternic îl constituie pierderile. După debutul bolii, pacienții cu boli incurabile, deci și cei cu cancer, se pot confrunta cu mai multe tipuri de pierderi (I. Mitrofan, D. Buzducea, 1999), cum ar fi:

1. *Pierderea sănătății* (în sensul de „a fi bine”, „a se simți bine”).

2. *Pierderea independenței*: de multe ori pacienții oncologici devin dependenți de îngrijirile care li se acordă de către cei din jur, mai ales, în cazurile complicate sau stadiile terminale.

3. *Pierderea unor părți din propriul trup* (mastectomii sau extirpări chirurgicale ale anumitor zone afectate de cancer).

4. *Pierderea unor roluri în familie*.

5. *Pierderea sexualității*: se leagă de credința pacienților că nu mai pot funcționa sexual la fel ca înainte, deși cercetările au arătat că în multe cazuri extirpările tumorilor din zonele genitale nu afectează dorința sexuală și nici buna desfășurare a actului sexual.

6. *Pierderea viitorului*: în cazul bolnavilor de cancer o serie de planuri de viitor și de speranțe sunt distruse. Pacienții sunt confrunțați cu conștiința faptului că viitorul este anulat.

7. *Pierderea speranței*: este cea mai chinuitoare dintre multiplele și zdrobitoarele pierderi. G.N. Shrader (1992, *apud* I. Mitrofan, D. Buzducea, 1999) observă sentimentele de disperare, neputință și dispariție la cei atinși de boli incurabile, iar L. Dean și colab. (1998, *apud* I. Mitrofan, D. Buzducea, 1999) notează faptul că ei exprimă dezamăgire și demoralizare. Privind către viitor, rareori pacienții visează la remediu și la vindecare, întrucât își pierd motivația pentru viață și capacitatea de a face planuri.

8. *Pierderea securității psihosociale*: bolnavii de cancer resimt insatisfacție, nesiguranță, insecuritate, dezamăgire și constrângere în redefinirea valorilor pe care încă le mai au (K.A. Coburn, D. Malena, 1998, *apud* I. Mitrofan, D. Buzducea, 1999).

9. *Pierderea interesului pentru viață*.

10. *Pierderea statutului social și a rolurilor sociale*: atât a celor profesionale, când este cazul, cât și a celor social-cetățenești sau familiale.

11. *Pierderi materiale*: pierderea locului de muncă și implicit a venitului rezultat din acesta pentru unii dintre ei.

12. *Pierderea stimei și a respectului de sine*: respectul de sine se leagă de imaginea de sine pe care o are pacientul. În formarea imaginii de sine intervin o serie de factori precum aspectul fizic, inteligența, caracterul, capacitatea de a munci, de a fi productiv, capacitatea de a găsi mijloace compensatorii pentru o deficiență reală etc. și care, de multe ori, în afecțiunile oncologice sunt alterați provocând apariția unor stări de deprimare și dezamăgire.

Alți factori de natură psihologică și psihosocială sunt: *teama de o moarte dureroasă*, de *dizabilitate*, de *desfigurare* (cașexie, extirparea unui organ, amputații, alopecie postchimioterapie ș.a.), de *dependență*.

Nivelul afectării psihologice este variabil și depinde de: personalitate, modul în care face față (mecanisme de adaptare), suport social, factori medicali.

Prevalența tulburărilor psihologic-psihiatrice la pacienții cu cancer este apreciată în unele studii de 47% (Derek Doyle 2001), din care anxietate și depresie 68%, 13% depresie majoră, 8% delir.

Pacienții cu cancer în stadii avansate (preterminale și terminale) sunt un grup vulnerabil în mod particular; 25% din totalul pacienților neoplazici au simptome depresive severe, iar această prevalență crește la 77% la cei în stadii evolutive avansate (Derek Doyle, 2001).

Pacienții având cancer însoțite de dureri accentuate au un risc de 2 ori mai mare de a dezvolta tulburări psihologic-psihiatrice față de cei fără dureri sau cu dureri de intensitate mică, inconstante. Aceasta argumentează asupra rolului simptomului durere, simptom cardinal în psihogeneză.

Într-un studiu privind tulburările psihiatrice la pacienții vârstnici cu diferite forme de cancer, care a făcut obiectul unei comunicări la un Congres de Îngrijiri Paliative (Palermo 2000), autorii (Constantin Bogdan, Monica Crugel, Valentin Matei), au găsit următoarele: s-au evaluat 256 de pacienți cu vârste peste 60 de ani internați în ultimul an la secția de oncologie a spitalului Sf. Luca. Pacienții prezentau forme diferite de cancer și în diverse stadii (primele 5 diagnostice au fost la femei: cancer mamar, cancer de col uterin, pulmonar, de colon și ovarian și la bărbați: de prostată, pulmonar, de colon, laringian). Am utilizat *Mini International Neuropsychiatric Interview* și *Mini Mental State Examination* care au fost aplicate la toți pacienții, și, suplimentar, când a fost cazul, un interviu clinic. Am consultat, de asemenea, foile de observație în legătură cu tratamentele oncologice și antineoplazice sau tratamentele paliative urmate de fiecare pacient.

Din această populație cu diferite forme de cancer în diferite stadii, cu vârste cuprinse între 61 și 87 de ani (vârsta medie 71 de ani), 52% femei și 48% bărbați, frecvența totală a unei afecțiuni psihiatrice a fost 48,8%, iar 54% din femei și 48% din bărbați au îndeplinit criteriile DSM IV pentru cel puțin o afecțiune psihiatrică. Rezultatele au arătat că, între pacienții diagnosticați cu o tulburare psihică, distribuția diagnosticilor a fost următoarea: la femei tulburare de adaptare – 40%, tulburare de anxietate – 22%, distimie – 3%, depresie majoră – 15%, delirium – 14%, demență – 5%, schizofrenie – 1%, și la bărbați: tulburare de adaptare – 38%, tulburare de anxietate – 20%, distimie – 2%, depresie majoră – 14%, delirium – 17%, demență – 7%, schizofrenie – 0%, dependență de alcool – 7%.

Corelația dintre frecvența tulburărilor psihiatrice și diferitele stadii ale cancerului a arătat o incidență mai mare a delirium-ului și a altor tulburări

cognitive în stadiile mai avansate ale bolii, precum și o incidență mai mare pe ansamblu a tulburărilor psihice la acest segment.

Concluziile investigației prevalenței tulburărilor psihiatrice la pacienții cu cancer peste 60 de ani în studiul nostru, au arătat ca această populație are risc crescut de dezvoltare a unei tulburări psihiatrice; aproximativ o jumătate din pacienții evaluați îndeplineau criteriile DSM IV pentru cel puțin o tulburare psihiatrică, tulburarea de adaptare fiind cel mai frecvent diagnostic. Prezența unei tulburări psihiatrice este cunoscută ca având consecințe negative asupra calității vieții pacienților și complianței terapeutice și chiar asupra speranței de viață. Subliniem importanța diagnosticului precoce și a tratării viguroase a acestor tulburări la pacienții din acest grup.

Cele mai frecvente simptome de natură psihiatrică care survin în stările terminale – *anxietatea, depresia, riscul suicidal, tulburările cognitive* – se impun a fi controlate, pentru îmbunătățirea calității vieții pacienților și, în cazul riscului de suicid, prevenirea autolizei.

Anxietatea

Apare în acest context ca o componentă a unei afecțiuni asociate, a unui atac de panică, în cadrul unei anxietăți generalizate, fobii sau depresie cu agitație; conștientizarea proximității sfârșitului existenței la pacienții cu discernământ conservat este puternic anxiogenă.

În faza terminală există tendința de a minimaliza medicația sedativă (întrucât pacientul devine mai puțin alert, mai apatic); este important să se reducă progresiv medicația pentru a preveni sevrajul (cazul benzodiazepinelor); sevrajul în cazul acestora se poate prezenta ca agitație sau anxietate, iar diagnosticul este adesea omis la pacienții terminali, mai ales la vârstnici, unde dependența fiziologică la aceste medicamente este adesea ignorată; benzodiazepinele utile la pacienți vârstnici trebuie recomandate cu grijă. Tratamentul anxietății va include, pe lângă componenta farmacologică, și pe cea non-farmacologică – psihoterapie, terapie comportamentală, adesea subestimată în favoarea celei farmacologice, dar utilă și eficace în acest stadiu.

Depresia

Se poate prezenta cu simptome fizice – scăderea apetitului, consecutiv scădere în greutate, perturbări ale somnului, oboseală, scăderea capacității de concentrare, indecisivitate și simptome psihologice substitutive – expresie depresivă, insociabilitate, negativism verbal, pesimism, hipo- și areactivitate.

Evaluarea depresiei la pacienții terminali se face mai degrabă pe baza simptomelor psihologice sau cognitive decât a celor neuro-vegetative sau somatice, și anume: tristețea progresivă și profundă, lipsa de speranță, culpabilizarea exagerată fără justificare, ideile suicidare care trebuie explorate în detaliu, spre a se putea construi conduitele de combatere sau de ameliorare. De menționat că la pacienții terminali prezența semnelor și simptomelor neurovegetative (oboseala, lipsa de energie alte simptome somatice) este mai puțin utilă diagnosticului de depresie, fiind dificil de extras din multitudinea de simptome somatice.

Managementul depresiei la pacienții terminali include medicație antidepressivă, dar mai ales psihoterapie suportivă și, de asemenea, combinarea de tehnici cognitive și comportamentale.

Suicidul

Pacienții aflați în stadii terminale și cu deosebire cei suferind de cancer prezintă un risc suicidar înalt.

Factorii asociați cu riscul de suicid, considerați și factori de vulnerabilitate sunt multipli, asociați și concomitenți, ceea ce face să crească potențialul suicidogen: durerea (uneori atroce, insuportabilă, rebelă, continuă, slab influențată de terapie sau ne-tratată corespunzător din lipsă de pregătire a terapeutului sau din rezerva nejustificată față de opiaceele majore ș.a.), suferința morală, stadiul avansat al bolii (metastaze multiple), prognosticul infaust conștientizat de pacient, depresia, lipsa oricărei speranțe, delir și dezinhibiție, antecedente psihopatologice, istoric familial, lipsa suportului social, izolare socială, abandon, oboseală extremă, extenuare-epuizare, prelungirea supraviețuirii cu o calitate a vieții din ce în ce mai scăzută.

Studiile privind psihismul bolnavilor de cancer, concordante și cu observațiile noastre personale – secția de oncologie paliativă și compartimentul de oncogeriatric din cadrul Spitalului „Sf. Luca” – găsesc la o treime dintre acești bolnavi depresie, la 50% asocierea anxietate-depresie și, în sfârșit, la 20% delir. Ideile suicidare sunt frecvente („Dacă îmi va merge mai rău, am o cale de ieșire”; „Mă voi elibera de durere, de suferință” etc.).

S-a observat că prevalența ideilor de suicid, tentativelor și suicidului finalizat este mai mare la pacienții fără supraveghere medicală, decât la cei care au o relație stabilă cu medicul, care își petrec faza terminală în spital.

În ceea ce privește managementul de prevenire a suicidului la pacienții terminali se impune, în primul

rând, evaluarea atentă a riscului prin identificarea tuturor factorilor de vulnerabilitate care vor fi abordați diferențiat și specific.

Nu vom evita să chestionăm bolnavul privind eventualele idei de autoliză de teamă „că i-am putea da acestuia idei”; aceasta s-a dovedit, mai ales în cazul bolnavilor de cancer, a fi un raționament fals.

Adesea pacienții reconsideră și resping ideea sinuciderii atunci când medicul recunoaște legitimitatea opțiunii lor și necesitatea de a controla aspectele referitoare la moarte.

Unul din autori, în experiența personală, a întâlnit și cazuri de solicitare expresă și insistentă de suspendare a tratamentului și chiar de suicid medical asistat („Să termin mai repede cu această viață”), printre motivele invocate ale acestor solicitări fiind: aflarea prognosticului estimat a avea un deznodământ apropiat, durerea și alte simptome chinuitoare, tulburările somatoforme, deteriorarea corporală și fizionomică, „eliberarea familiei și personalului de îngrijiri, de povara suportării acesteia” și chiar întâlnirea dorită, dincolo, cu rude dragi dispărute anterior (partener conjugal, părinți, copii dispăruți prematur).

Tulburările cognitive

Sunt alte tulburări psihice care pot fi întâlnite la pacienții terminali, având o semnificație de severitate și de ireversibilitate în urma unor diagnostice ca: tumori cerebrale, metastaze cerebrale, encefalopatie metabolică prin insuficiență de organ, dezechilibre electrolitice, efect al insuficiențelor pluri-viscerale asociate (cardio-respiratorie, renală, hepatică), postmedicamentoase (citostatice, radioterapie, corticoizi, narcotice, antiemetice); la acestea se pot adăuga efecte ale unor infecții diverse (frecvente și grave în acest stadiu), deficiențe nutriționale, sindroame paraneoplazice diverse care agravează evoluția, tulburări hematologice.

Amnezia, stările confuzionale acute, delirul cronic și demența cu instalare de alură subacută și cu agravare cronic progresivă rapidă, sunt tulburările cognitive cel mai frecvent întâlnite; terapia non-farmacologică este evident ineficace, nu se poate aplica, rămânând la dispoziție terapia paliativă, simptomatică, sedare în caz de agitație, convulsii și chiar ceea ce unii paliatologi numesc și aplică: „sedarea terminală”, aplicată în cazurile extreme, care nu mai răspund la niciun tratament, exitusul având o prezizibilitate imediată.

BIBLIOGRAFIE

1. **Bogdan C.**, Geriatrie, Ed. Medicală, București, 1992
2. **Bogdan C.**, Durerea la subiecții vârstnici; particularități clinice, de diagnostic și terapeutice, *Durerea Acută și Cronică*, 1998, 6,2
3. **Bogdan C.**, Managementul și tehnicile îngrijirilor paliative, *Revista Medicală Română*, vol. XVII, nr. 2, 2000
4. **Bogdan C.** (coordonator) Elemente de îngrijiri paliative – oncologice și non-oncologice, Ed. Universitară, 2006
5. **Clement J.P.**, Guide pratique de Psychogeriatrie, Ed. Masson 2002
6. **Doyle D., Geoffrey W.W.C.**, McDonald N-Oxford Text of Palliative Medicine, Ed. 2-a Oxford, 2001
7. **Garfield C.A.**, Psychosocial care of the dying patient, New York, Mc Graw-Hill, 1980
8. **Kubler-Ross E.**, On death and dying, Macmilan, New York, 1969
9. **Kubler-Ross E.**, Les derniers instants de la vie, Geneve, Ed. Labors et Fides, 1975
10. **Mărșu-Păun C.**, Psihosomatica oncologică, în „Elemente de psihosomatică generală și aplicată”, sub redacția Iamandescu I.B. Ed. Infomedica, București, 1999
11. **Mitrofan I., Buzducea D.**, Psihologia pierderii și terapia durerii, București, Ed. Alvedo 1999
12. **Mogoș I., Gabriela Rahnea Niță**, Concluzii privind corelațiile între grupele de vârstă și boala canceroasă, *Medicina Paliativă*, vol. 1, nr. 3, 4, 1999
13. **Omer Ioana**, Probleme psihologice ale pacienților neoplazici în „Elemente de îngrijiri paliative”, coord. Constantin Bogdan, Ed. Universitară, 2006
14. **Oliviere D., Hargreaves R., Monroe B.**, Good practices in palliative care: a psychosocial perspective, Aldershot, England, Ashgate, 1998
15. **Popa-Velea O.**, Elemente de medicină paliativă în „Dimensiunea psihologică, a practicii medicale”, sub redacția Iamandescu I.B., Ed. Infomedica, București, 2002
16. **Popa-Velea O.**, Probleme psihologice ale asistenței muribundului în „Psihologie Medicală” sub redacția Iamandescu I.B., Ed. Infomedica, București 1996
17. **Rădulescu S.M.**, Sociologia Sănătății și a bolii, Ed. Nemira, 2002, București
18. **Symreng Ingela, Fishman S.M.**, Anxiety and pain. Pain Clinical Updates, 2004
19. **Weisman M., Worden J.W.**, Grief counseling and grief therapy. A handbook for mental health practitioner, London, Tavistock Routledge, 1992
20. *** WHO – Organisation of care in psychiatry of the elderly – Division of mental health WHO, Geneva, 1997