

Abrevieri	7
Introducere	9
1. De ce despre cancerul de sân?	11
1.1. Scurt istoric despre diagnosticarea cancerului de sân.....	14
1.2. Cancerul de sân – noțiuni generale	16
1.3. Riscul în cancerul de sân.....	22
1.4. Particularități ale patologiei psihiatrice la pacientele cu cancer de sân..	27
2. Elemente de psihooncologie.....	33
2.1. Definiție și implicații	33
2.2. Influența factorilor psihologici asupra funcției imune: psihoneuroimunologie	35
2.3. Un model integrativ	39
2.4. Nevoile psihosociale în funcție de faza de îngrijire	44
2.5. Recunoașterea problemelor psihologice	52
2.6. Imaginea corporală în cancerul de sân	55
3. Caracteristicile adaptării.....	61
3.1. Adaptarea normală	61
3.2. Factori și situații care influențează adaptarea.....	62
3.3. Tulburarea de adaptare.....	66
3.4. Tratamentul tulburării de adaptare.....	70
4. Despre depresie în relație cu cancerul de sân	73
4.1. Diagnosticul depresiei majore la paciente cu cancer de sân	77
4.2. Elemente de diferențiere a depresiei pacientelor cu cancer de sân față de alte entități clinice.....	84

4.3. Tratamentul depresiei	86
4.4. Depresia la femeile vârstnice cu cancer de sân	98
4.5. Asocierea depresie – durere.....	99
4.6. Suicidul și cancerul	99
4.7. Problema suicidului asistat	104
5. Anxietatea în relație cu cancerul de sân	109
5.1. Tulburarea de panică	111
5.2. Fobiile specifice	112
5.3. Tulburarea obsesiv-compulsivă	113
5.4. Tulburarea de stres posttraumatic	114
5.5. Tulburarea de anxietate generalizată	119
5.6. Tulburarea de anxietate generată de alte condiții medicale generale....	120
5.7. Tratamentul tulburărilor de anxietate	121
6. Tulburări cognitive și delirium.....	123
6.1. Delirium la pacienți cu cancer de sân.....	123
6.2. Demența în comorbiditate cu cancerul de sân.....	126
7. Cancerul de sân și dependența de alcool/substanță.....	129
8. Cancer de sân la pacienți cu tulburare psihiatrică majoră – schizofrenie, tulburare bipolară	133
9. Durerea	137
9.1. Incidență și caracteristici	137
9.2. Principii de tratament.....	141
10. Oboseala asociată cancerului	149
10.1. Cauze, forme, particularități.....	149
10.2. Tratamentul oboselii din cancer	151
11. Alte suferințe psihologice	153
11.1. Implicații psihologice în screening.....	156
12. Tulburările de somn asociate cancerului de sân.....	161
12.1. Elemente de arhitectură a somnului.....	162
12.2. Tulburări ale somnului	162
12.3. Principii de igienă a somnului.....	167

12.4. Particularități ale tulburărilor de somn și principii de tratament	168
13. Implicațiile cancerului de sân asupra activității sexuale	173
14. Obiectivele și nevoile de îngrijire ale pacientei cu cancer	175
14.1. Importanța echipei terapeutice	176
14.2. Posibilitatea apariției unui al doilea cancer	177
15. De ce opțiunea pentru termenul de distres psihosocial ?	179
15.1. Definiția distresului psihologic și măsurarea acestuia	183
16. Aspecte psihosociale ale îngrijirii paliative	189
16.1. Tulburarea de anxietate	189
16.2. Tulburarea depresivă	192
16.3. Tulburările cognitive	193
16.4. Probleme existențiale	193
17. Psihoterapii cu aplicabilitate la pacienta cu cancer de sân	197
17.1. Intervenția în criză	197
17.2. Intervenții de grup pentru stadiul precoce de cancer de sân	198
17.3. Psihoterapie interpersonală	199
17.4. Psihoterapie cognitiv-comportamentală	201
17.5. Psihoterapie familială	206
18. Date despre alimentație	207
Bibliografie	209
Index	223

Hack TF și al. (2005) descriu două obiective majore: managementul medical optim al bolii și supravegherea atentă a răspunsului psihosocial față de această gravă afecțiune. În opinia acestora managementul medical optim se referă la discutarea stadiului de evoluție al bolii, a planului de tratament și la măsurarea eficienței acestor discuții prin evaluarea nivelului de înțelegere, al satisfacției și bunăstării pacientei în raport cu starea sa.

Stresul social, distresul psihologic și suportul psihosocial influențează adaptarea pacientelor cu cancer de sân și aderența lor la tratament, aspecte care pot influența chiar evoluția bolii (Spiegel D., 1997).

După cum s-a mai arătat, datele de literatură indică faptul că distresul, depresia și anxietatea sunt în mod substanțial crescute la acest tip de paciente. Aceste probleme persistă uneori de-a lungul anilor după stabilirea diagnosticului. Natura relației cu medicul afectează adaptarea la boală, satisfacția față de tratament precum și aderența la protocoalele de tratament medical, elemente ce pot influența recidiva și supraviețuirea. Suportul social și metodele de psihoterapie au un efect

benefic asupra adaptării la noua situație. Comunicarea deschisă și clară, exprimarea emoțiilor, colaborarea, implicarea în rezolvarea problemelor crește adaptarea și îmbunătățește evoluția (Spiegel D., 1997).

Walker BL (1997) a subliniat necesitatea de a privi pacienta cu cancer și pe soțul acesteia ca pe o unitate. Autorul a delimitat patru direcții pentru o evaluare clinică mai atentă:

- frică mai mare pentru recurență la femeile mai tinere;
- distres emoțional semnificativ la unii soți;
- demonstrarea mecanismelor compensatorii la un soț când celălalt trăiește sentimentul de frică intensă legată de o eventuală recurență sau distres emoțional;
- frică accentuată de o eventuală recurență în asociere cu o comunicare exacerbată despre boală.

Sunt necesare studii care să precizeze dacă comunicarea dintre soți este o problemă care necesită a fi rezolvată sau ea este expresia distresului emoțional.

Mijloacele moderne de tratament prelungesc viața pacientelor, dar riscul recu-

renței se menține. Deși frica de recurență este recunoscută, puține studii se ocupă de ea ca precursor al distresului psihologic (Lee-Jones C și al., 1997). Pacientele care prezintă o recurență se blamează, iar cele aflate în remisiune trăiesc cu frica constantă a posibilității apariției acesteia (Humphris LJ și al., 1997).

14.1. Importanța echipei terapeutice

Complexitatea problemelor psihologice cu care se confruntă femeia cu cancer de sân aduce în discuție abordarea multidisciplinară a tratamentului ei. Astfel, în afara medicului oncolog specializat în chimioterapie și terapie hormonală, inclusiv în managementul durerii și a altor simptome, a radioterapeutului, a oncologului specializat în radioterapie, a terapeutului care efectuează radioterapie, a chirurgului, a personalului mediu specializat în îngrijirea femeilor cu cancer de sân, a personalului mediu specializat în administrarea chimioterapiei în tratamentul pacientei intervine și medicul de familie. Într-un anumit moment al evoluției este implicat în procesul de asistare terapeutică și specialistul în îngrijiri paliative, fie asistent sau voluntar pregătit să ofere suport și asistență specializată.

De mare importanță este ajutorul oferit de psiholog, psihiatru specializat în a acorda suport, în a trata anxietatea, depresia și a îmbunătăți adaptarea la durere.

De ameliorarea calității vieții se ocupă asistentul social, specializat în acordarea de asistență socială și financiară, dieteticianul, terapeutul ocupațional, fizioterapeutul specializat în managementul durerii și care poate întocmi un program de exerciții adecvat, reprezentantul religios care poate furniza ajutor pastoral.

Aceștia toți reprezintă echipa terapeutică implicată în acordarea îngrijirilor complexe ale unei paciente cu cancer de sân. Între membrii echipei terapeutice trebuie să existe o comunicare deschisă. Fiecare pacientă trebuie să știe clar cine îi poate furniza informațiile de care are nevoie în orice moment al tratamentului, de aceea ea trebuie să fie informată în fiecare etapă de terapie.

Experiența tratamentului acestor paciente a evidențiat că ele trebuie să aibă un răspuns adecvat la următoarele întrebări mai frecvente pe care și le pot pune la un moment dat: pe cine pot suna dacă au o problemă; pe cine pot contacta în afara orelor de program; cine le evaluează periodic; cine organizează serviciile de suport social.

Informațiile despre teste și tratament trebuie să fie cunoscute de toți membrii echipei terapeutice, iar aceștia ar trebui să discute periodic despre situația medicală a fiecărei paciente, cu finalizare într-o concluzie de etapă și obiective terapeutice imediate.

Fiecare pacientă are dreptul la o a doua opinie de specialitate în orice moment. O a doua opinie poate fi utilă în a clarifica unele aspecte legate de boală, poate fi de ajutor în a decide cine să conducă tratamentul și cum trebuie acesta efectuat pen-

tru a spori gradul de confort psihologic al pacientei și nivelul ei de satisfacție.

14.2. Posibilitatea apariției unui al doilea cancer

O altă problemă care necesită o abordare specială este legată de apariția unui al doilea cancer.

Femeile cu neo primar de sân au un risc de 25% de a dezvolta și un al doilea cancer primar cu o altă localizare, în comparație cu femeile care nu au fost diagnosticate cu cancer de sân (Barclay L, 2005). Apariția acestuia din urmă poate fi explicată prin tratamentul aplicat pentru cancerul de sân, prin prezența factorilor de risc genetic și a factorilor de risc de mediu. Ar mai putea fi incriminate supravegherea atentă suplimentară pentru aceste paciente precum și susceptibilitatea lor generală pentru cancer.

Există date care arată că neoplasmul primar de sân se asociază cu risc crescut pentru cancer de endometru, ovarian, tiroidian și de plămân. Se mai remarcă asocierea cu sarcomul, leucemia și melanomul (Barclay L, 2005).

Incidența celui de-al doilea neoplasm crește odată cu creșterea duratei de viață după diagnosticul de cancer primar de sân, dar riscul general pentru cel de-al doilea cancer scade cu creșterea vârstei la care a fost diagnosticat pentru prima oară cancerul de sân.

În mod firesc, în fața unui asemenea diagnostic, femeile trăiesc sentimente de teamă, stare de șoc, tristețe, neîncredere sau alte simptome de distres psihosocial. Cele mai multe femei, cu sau fără suport psihosocial, se vor adapta problemelor psihologice asociate cu supraviețuirea lor. O mică proporție, în jur de 30%, vor trăi episoade de distres psihosocial persistent și ar putea beneficia de intervenții de suport emoțional, psihologic, social sau spiritual. Pentru aceste femei, distresul psihosocial interferă cu capacitatea de adaptare, cu tratamentul pentru cancer și se poate extinde de-a lungul unui continuum de la sentimente obișnuite de vulnerabilitate, tristețe și frică până la probleme cu adevărat disabilitante ca depresie vera, anxietate, panică, sentimente de izolare sau criză spirituală.

Principalele preocupări în plan psihic ale femeii recent diagnosticate cu cancer de sân sunt legate de: apariția simptomelor fizice ca oboseală, tulburări de somn, durere; modificarea imaginii corporale, chiar mutilarea; apariția disfuncției sexuale; gândurile intrusivă despre boală/anxietate persistentă; apariția dificultăților în

comunicarea maritală/cu partenerul; sentimentele de vulnerabilitate; frica de recurență; preocupările existențiale în raport cu trecerea în veșnicie. 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. De fapt, reacțiile psihologice ale femeilor cu cancer de sân generate chiar de boală se bucură de atenția cuvenită de puțin timp.

Perioada de observație de până acum a permis câteva concluzii (National Breast Cancer Centre, 2004):

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 defi-

citară 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 a bolii este de necontestat. 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). Acest ghid cuprinde recomandări pentru screeningul manifestărilor emoționale, triere, evaluare inițială, orientare și tratament pentru fiecare tip de participare în îngrijirea pacientei prin membrii echipei terapeutice: specialist din domeniul sănătății mentale (psiholog/psihiatru), asistent social, îngrijire paleativă, asistență pastorală. Perioadele cele mai probabile în care apare ca necesar screeningul acestor manifestări includ perioadele de evoluție ale bolii în care este cel mai probabil să apară distre-

sul, și anume: imediat după diagnosticarea bolii, după începerea tratamentului (chirurgical, radio sau chimioterapie), după evaluarea finală după o lungă perioadă de tratament, după evaluarea periodică posttratament și remisiune, în momentul recurenței sau în perioada tranziției spre asistență paleativă.

Deoarece termenii de emoțional, psihologic, psihiatric continuă să se asocieze cu stigma, NCCN a ales termenul de *distres* care este un concept mai potrivit și mai puțin stigmatizant. De aceea ni l-am însușit și noi. Se apreciază că există de fapt un continuum de distres de la frica normală și tristețe, îngrijorare la simptome mai grave, identificate printre criteriile diagnostice 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 devin suficient de severe și persistente influențând nivelul de funcționare și viața cotidiană, atunci acestea 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.

Cel mai frecvent s-au descris drept dificultăți asociate în aprecierea corectă a criteriilor de diagnostic pentru tulburările depresive și anxioase următoarele situații: