

## PSIHOLOGIE CLINICĂ

### ABORDAREA TULBURĂRILOR PSIHOEMOȚIONALE LA PACIENȚII ONCOLOGICI

### THE APPROACH OF PSYCHOEMOTIONAL DISORDERS IN ONCOLOGICAL PATIENTS

CZU: 159.9:616-006.36

DOI: 10.46728/pspj.2022.v41.i2.p71-82

#### Olga CARA

Psiholog clinician, medic epidemiolog IMSP Institutul Oncologic

e-mail: [cara.olea999@gmail.com](mailto:cara.olea999@gmail.com)

<https://orcid.org/0000-0001-5111-5535>

#### Veronica CALANCEA

dr. în psihologie, USM; Psiholog clinician categoria superioară, IMSP SCR „T.Moșneaga”

e-mail: [v.calancea@yandex.ru](mailto:v.calancea@yandex.ru)

ORCHID: <https://orcid.org/0000-0001-6994-8279>

#### Rezumat

*Diagnosticul de cancer rămâne un diagnostic devastator; o catastrofă emoțională, care împiedică funcționarea mecanismelor importante de adaptare create în timpul vieții, este o lovitură, care distruge imaginea de sine a oricărei persoane.. Studiul este de tip descriptiv transversal, în care au fost utilizate scale, inventarii și chestionare standardizate de evaluare psihologică aplicate pacienților internați primar (etapa de diagnosticare/screening psihologic). În lotul de cercetare au fost incluse 52 pacienți Programul de intervenție psihoterapeutică s-a dovedit a fi eficient în ceea ce privește gândirea funcțională, a sentimentului de autoeficiență, precum și a coping-ului adaptativ.*

**Cuvinte-cheie: cancer; depresie; disperare; distres; pacienți oncologici; paliativ.**

#### Abstract

*The diagnosis of cancer remains a devastating diagnosis, an emotional catastrophe that prevents the functioning of important coping mechanisms created during life, it is a blow that destroys the self-image of any person. The purpose of the study is to determine the level of despair in oncology patients at the diagnostic stage. The study was of a cross-sectional descriptive type, using scales, inventories and standardized psychological evaluation questionnaires applied to primary hospitalized patients (diagnosis/psychological screening stage). The study group included 52 patients. The psychotherapeutic intervention program proved to be effective in terms of functional thinking, sense of self-efficacy, and adaptive coping.*

**Keywords: cancer; cancer patients; depression; despair; distress; palliation.**

### Introducere

Cancerul este o problemă de sănătate publică majoră atât la nivel global, cât și național. Diagnosticul de cancer rămâne un diagnostic devastator, o catastrofă emoțională, care împiedică funcționarea mecanismelor importante de adaptare, create în timpul vieții, este o lovitură, care distruge imaginea de sine a oricărei persoane [2], [3]. Diagnosticarea unei afecțiuni maligne, evoluția bolii și multitudinea de investigații și tratamente pe care le parcurge un pacient oncologic reprezintă surse de stres emoțional și afectiv. Boala malignă, cu toate aspectele acesteia, ar trebui să reprezinte doar un episod în existența persoanei diagnosticate cu cancer, și nu centrul unor preocupări obsesive [8]. Împreună cu tratamentele specifice cancerului, o abordare psihică optimistă, încrezătoare și rațională ar spori șansele de curabilitate și, de asemenea, ar determina o creștere a calității vieții la pacienții incurabili (din cauza diagnosticării tardive sau a evoluției nefavorabile sub tratament).

Psiho-Oncologia este definită drept o subspecialitate clinică a oncologiei ce se raportează la două dimensiuni: reacțiile psihologice ale pacienților cu cancer și ale familiilor acestora în toate stadiile bolii, precum și factorii psihologici, sociali și comportamentali care pot fi considerați cauze ale cancerului și ale supraviețuirii“ [5, 4].

Bordea (2005) și Peltecu ș.a. (2004) menționează următorii factorii de risc privind disperarea în cancer: vârsta tânără, femeie, sub tratament paliativ, simptome active ale bolii, boală avansată, handicap sau disconfort mediu spre grav, izolare socială, pierderi recente/experiențe traumatizante recente, tendința de pesimism

exagerat, prezența durerii necontrolate, alcoolism sau abuz de substanțe/droguri, istoric de schimbări bruște de dispoziție, tentative de suicid. Tulburările depresive sunt legate de numeroase afecțiuni medicale. Bolile cronice care cauzează dureri și limitează interacțiunile sociale sunt frecvent acompaniate de demoralizare și tulburări depresive [1]. Stresul este unul dintre elementele care pare să crească probabilitatea apariției depresiei.

**Valoarea teoretică a cercetării.** A fost elaborat modelul conceptual al studierii gradului de disperare a pacienților cu maladii oncologice, utilizarea metodelor de psihoeducație și psihoterapie și influența lor asupra stărilor emoționale la acești pacienți. Identificarea stărilor afective pe care le suportă pacienții oncologici în cadrul tratamentului, stabilirea strategiilor de management al disperării și tratamentului asupra capacității de însănătoșire.

**Valoarea practică a cercetării.** Rezultatele obținute în urma studiului prezent, despre factorii implicați în stările psihoemoționale care includ atitudinile disfuncționale, disperarea, gândurile disfuncționale și profilul distresului emoțional la pacienții cu maladii oncologice, au fost sistematizate și permit planificarea ședințelor de psihoterapie. În limitele paradigmei biopsihosociale s-a efectuat evaluarea sistemică a influenței factorilor somatici, psihici, sociali și de mediu a stării emoționale a pacienților diagnosticați oncologic. S-au îmbogățit considerabil reprezentările despre interrelațiile somatopsihice, a fost demonstrată relația dintre gândurile automate și atitudinea disfuncțională. La fel, a fost determinat gradul de disperare a pacienților studiați cu parametrii clinico-biochimici, stadiul bolii, speci-

ficul maladiei oncologice.

**Scopul cercetării.** Determinarea gradului de disperare la pacienții cu profil oncologic și elaborarea unui program de management al disperării.

**Obiectul cercetării.** Fenomenul disperării la pacienții oncologici.

**Obiectivele studiului.** Un prim obiectiv este de a determina gradul de disperare la pacienții oncologici. E din considerentul că în Republica Moldova nu s-a cercetat fenomenul disperării la pacienții oncologici, deși din punct de vedere clinic s-a observat că la etapa de diagnosticare a cancerului aceștia manifestă nu doar frică de moarte, anxietate, furie, ci manifestă și starea de disperare.

Al doilea obiectiv constă în elaborarea și implementarea programului formativ (program de management al disperării) la pacienții cu profil oncologic în scopul diminuării tulburărilor psihoemoționale.

#### **Ipotezele cercetării**

**Ipoteza generală:** Emoțiile negative intense și prelungite (disperarea, fobia, anxietatea, frustrarea, depresia etc), precum și anumite trăsături de personalitate, pot fi incriminate atât în declanșarea unei boli neoplazice, pe cât și direct dependente de efectul tratamentului.

#### **Ipoteze specifice:**

- Presupunem că există o diferență semnificativă între nivelul disperării identificat înainte și după intervenția psihologică din domeniul cognitiv-comportamental;

- Presupunem că există o corelație pozitivă între disperarea pre-intervenție și post-intervenție cu forme ale gândirii disfuncționale (gândurile automate, atitudinile disfuncționale, scheme/credințele iraționale).

#### **Metodologia cercetării.**

Studiul, pe care l-am efectuat personal, s-a desfășurat la Institutul Oncologic din Chișinău în intervalul de timp octombrie 2020 - martie 2021. Studiul este de tip descriptiv transversal, în care au fost utilizate scale, inventarii și chestionare standardizate de evaluare psihologică, auto-aplicate pacienților internați primar (etapa de diagnosticare/ screening psihologic), incluși în lotul de studiu.

- *Metode teoretice:* analiza literaturii de specialitate, sinteza, sistematizarea, generalizarea;

- *Metode empirice:* 1. Scala de disperare (Beck) [7 ]; 2. Scala atitudinilor disfuncționale (Weismann); 3. Chestionarul de gânduri automate (Hollon, Kendall); 4. Profilul distresului emoțional

- Metode statistico-matematice de prelucrare a datelor: 1. Calcule matematice: media, valoarea absolută, %; 2. Testul „t - Student” pentru compararea a două medii; 3. Metoda calculării coeficientului de corelație (Brawais - Pearson).

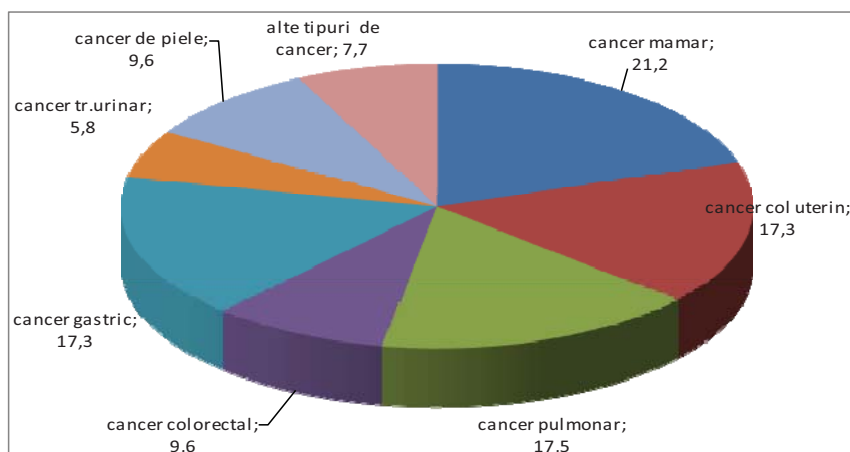
**Lotul de cercetare.** Lotul a fost constituit din 52 pacienți, cu diagnosticul de boală neoplazică cu diverse localizări și diverse stadii evolutive, fiind internați primar pentru tratamentul radio-chimioterapic și/sau chirurgical. Pacienții sunt la prima etapă de diagnosticare în Instituția Medico-Sanitară Publică (IMSP) - Institutul Oncologic din Chișinău.

Analizând structura lotului supus studiului după criteriul de gen, am observat că femeile – 29 paciente, prevalează cu o pondere neînsemnată, acestea sunt mai predispuse la consultații și asistența psihologului. La etapa de diagnosticare, bărbații – 23 pacienți, sunt mai reci, panicați, pe fundalul etapei de șoc se opun la consultațiile psihologului, argumentând

ca la această etapă au nevoie de un medic oncolog chirurg, ei nu au probleme la nivel psihoemoțional. După criteriul de vârstă al pacienților la momentul intervenției chirurgicale și/sau chimio-radioterapiei, eșantionul a fost distribuit de la 23 la 84 de ani,  $m=46,69$  ani, iar abaterea standard 14,66. Intervalul de vârstă a făcut posibilă împărțirea eșantionului în trei grupuri de vârstă, după cum urmează: adult/apt de muncă (23-45 ani), vârsta prepensionară (46-65 ani) și pensionară (66-84 ani).

#### Analiza rezultatelor studiului constatativ.

În corespundere cu gruparea pacienților conform formelor clinice de boală neoplazică diagnosticată primar, am determinat că cancerul mamar constituie 21,2%, cancerul de col uterin - 17,3%, cancerul pulmonar - 17,5%, cancerul gastric - 17,3%, cancerul colorectal și de piele câte 9,6% respectiv, cancerul tractului urinar - 5,8% și în 7,7% au fost determinate alte forme clinice a cancerului (fig.1).

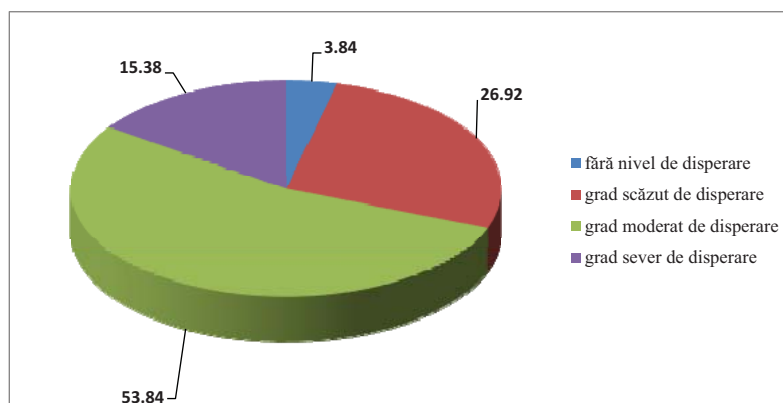


**Fig.1. Repartizarea formelor nosologice la pacienții primar diagnosticați incluși în studiu (%)**

Rezultatele obținute la Scala disperării lui Beck (fig. 2) la etapa de evaluare inițială (test) ne relatează că pesimismul, emoțiile negative, deznădejdea și absența gândurilor pentru viitor la pacienții diagnosticați cu o maladie oncologică se regăsesc la acești pacienți cu o pondere mai mare. Această stare de disperare este manifestă la toți pacienții oncologici la etapa de diagnosticare, însă cu diferite grade de severitate. 53,84% din subiecții experimentali manifestă nivel mode-

rat de disperare. La 26,92% din subiecți s-a determinat grad scăzut de disperare, la 15,38% din subiecții supuși studiului manifestă grad sever de disperare, iar la 3,84% subiecți experimentali nu s-au determinat manifestări de disperare. Media gradului de disperare manifestat la pacienții oncologici supuși testării după scala de disperare al lui Beck este egală cu 10 ( $Media=(S1+S2+S3+S52)/nr.$  subiecților). Astfel, scorul mediu de 10, obținut la subiecții cu o maladie oncologică, atestată

în eșantionul supus cercetării, are un grad sever de disperare și ulterior, pe termen lung, poate surveni o tentativă de suicid.



**Fig.2. Distribuția pacienților în funcție de gradul de disperare (scala de disperare al lui Beck), %.**

Analizând rezultatele obținute în urma aplicării scalei atitudinilor disfuncționale (Weismann) la pacienții primar diagnosticați cu o maladie neoplazică, observăm că la circa 84,6% din subiecții experimentali atitudinile disfuncționale se manifestă la un nivel scăzut și moderat (câte 42,3% la fie-

care categorie). Nivelul foarte scăzut a atitudinilor disfuncționale se atestă la 3,84% din subiecți. Nivelul ridicat a atitudinilor disfuncționale se manifestă la 3,84%, și, respectiv, cu un nivel foarte ridicat a atitudinilor disfuncționale se arată la restul 7,49% din subiecții experimentali. (tab. 1)

**Tabelul 1.**

**Distribuția pacienților în funcție de nivelul atitudinilor disfuncționale**

Descriere	Nr.abs.	%
Nivel foarte scăzut al atitudinilor disfuncționale	2	3,84
Nivel scăzut al atitudinilor disfuncționale	22	42,3
Nivel mediu al atitudinilor disfuncționale	22	42,3
Nivel ridicat al atitudinilor disfuncționale	2	3,84
Nivel foarte ridicat al atitudinilor disfuncționale	4	7,49
Total	52	100

Cercetările clinice și psihologice au făcut posibilă identificarea unor astfel de componente ale atitudinilor față de boală ca reacție psihologică la diagnostic și tratament, percepția subiectivă a bolii, per-

cepția modificărilor asociate cu această boală, modificările legăturilor de familie.

În urma aplicării chestionarului de gânduri automate (Hollon, Kendall) la subiecții vizați în studio, am evaluat cre-

dibilitatea pacienților în gândurile negative. Prin urmare, media eșantionului este egală cu 53,38 din maximum 150 puncte. Analizând cele 4 aspecte ale acestor gânduri automate obținem: media per eșantion a inadapării personale și a dorinței de schimbare (PMDC) egală cu 20,21; conceptele de sine negative și așteptările

negative (NSNE) cu media per eșantion – 27,76; stima de sine scăzută (LSE) cu media – 2,71 și media la aspectul neputința – 2,69 (tab.2).

În urma analizei am obținut un scor total mediu ce indică un nivel moderat de afirmații de sine negative automate.

**Tabelul 2.**

**Valorile medii per eșantion la aplicarea chestionarului de gânduri automate**

PMDC		NSNE		LSE		Neputința		Scor total mediu pe eșantion	
suma	1051	suma	1444	suma	141	suma	140	suma	2776
media	20,21	media	27,76	media	2,71	media	2,69	media	53,38

Scorul mediu al eșantionului cercetat la chestionarul gândurilor automate egal cu 53,38, demonstrează manifestarea gândurilor automate disfuncționale/iraționale

la un nivel ridicat (subiecții au un nivel al gândurilor automate >69,1% din populația generală) (fig.5).

**Tabelul 3.**

**Profilul distresului emoțional (media)**

Scor global PDE		Disfuncționale				Funcționale			
		Tristețe/deprimare		Frica		Tristețe/deprimare		Frica	
Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.
85,60	86,64	20,17	20,33	26,80	27,11	20,13	20,33	18,5	18,86
86,84		20,4		27,21		20,38		18,84	
Nivel ridicat de distres		23,8 - nivel mediu de emoții negative disfuncționale				19,61 - nivel scăzut de emoții negative funcționale			

Conform profilului distresului emoțional, am avut intenția de a măsura emoțiile negative disfuncționale și emoțiile negative funcționale din categoriile „frică” și „tristețe/ deprimare”.

Scala a permis calcularea unui scor general de distres, dar și a scorurilor separate pentru „frică funcțională, „frică

disfuncțională, „tristețe/deprimare funcțională” și „tristețe/deprimare disfuncțională”, astfel am obținut următoarele (tab.3):

Bărbații au un nivel mai scăzut al emoțiilor negative disfuncționale și al emoțiilor negative funcționale decât femeiele. Scorul global PDE la bărbați (85,60) nu diferă mult de scorul global PDE la femei

(86,64), astfel la ambele sexe (PDE global=86,84) se manifestă un nivel ridicat de stres (tab.3). Analizând scorurile separate la femei, determinăm scorul PDE funcțional egal cu 19,59, ceea ce se manifestă printr-un nivel scăzut al emoțiilor negative funcționale, și scorul PDE disfuncțional egal cu 23,72, adică nivelul mediu de emoții negative disfuncționale. Analizând scorurile separate obținute la bărbați în urma aplicării chestionarului PDE am obținut: scorul PDE disfuncțional egal cu 23,48 care se manifestă prin nivel mediu de emoții negative disfuncționale, și scorul PDE funcțional egal cu 19,31 care se reprezintă prin nivelul scăzut de emoții negative funcționale. Scorul total al PDE disfuncțional (23,8) la ambele sexe relatează despre manifestarea emoțiilor negative disfuncționale la un nivel mediu, pe când scorul total PDE funcțional (19,61) la ambele sexe relatează despre manifestarea emoțiilor negative funcționale la un nivel scăzut.

În tabelul 4 sunt prezentate corelații-

le între diagnosticul de cancer, atitudinile disfuncționale, gândurile automate, distresul emoțional și disperarea pentru întregul eșantion.

S-a înregistrat corelație pozitivă puternică între gradul de disperare și nivelul gândurilor automate negative. Nivelul de disperare la pacienții oncologici corelează puternic pozitiv cu prezența emoțiilor negative disfuncționale, emoții negative funcționale și scorul total PDA. Disperarea pacienților oncologici corelează pozitiv cu scorul total al profilului distresului afectiv, cu emoțiile pozitive și emoțiile negative disfuncționale.

Rezultatele pot fi interpretate în termenii dezadaptativității pe care o produc mecanismele de apărare, indiferent de stilul defensiv utilizat de persoană.

Se remarcă, de asemenea, o corelație pozitivă a disperării cu profilul distresului afectiv, ceea ce indică un nivel ridicat al emoțiilor (în special emoții negative disfuncționale) la pacienții cu cancer care prezintă apărare psihică mare.

**Tabelul 4.**

**Studiul corelației între scala disperării, PDA, distresul emoțional și emoții negative funcționale la pacienții cu cancer diagnosticați primar**

Variabile	Coeficientul de corelații, r	Pragul de semnificații, p	
Atitudini disfuncționale	r = 0.327	p = 0,018	semnificativ
Gânduri automate	r = 0.374	p = 0.006	nesemnificativ
Distresul emoțional	r = 0.282	p = 0.43	semnificativ

\*p≤0,05 \*\*p≤0,01

Conform tabelului 4 Scala disperării lui Beck, din punct de vedere statistic, prezintă o corelație semnificativă pozitivă, direct proporțională, la un prag de semnificații p≤0.018 cu: atitudinile disfuncțio-

nale (r = 0,327, p = 0,018); cu distresul emoțional (r = 0.282, p = 0,43); corelație nesemnificativ pozitivă, direct proporțională la un prag de semnificații p≤0.05 cu chestionarul gândurilor automate (r =

0.374,  $p = 0,006$ ).

Astfel, odată cu creșterea nivelului disperării, va crește și distresul emoțional, nivelul de atitudinilor disfuncționale, suferința cauzată de simptome, suferința psihică, dar și impactul asupra evaluării globale a vieții (unde valorile ridicate, conform scalei, denotă o calitate proastă a vieții, în viziunea pacienților).

Atitudinea pacienților față de diagnosticul primit de boală neoplazică este diferită în funcție de echilibrul psihic al fiecăruia, dar și de importanța pe care o acordă aspectului fizic, tulburările fiind mai grave în cazul pacienților tineri, unde se adaugă și șocul unei boli grave, incurabile, cel din urmă alterând și mai mult echilibrul psihic al pacienților.

Astfel, putem afirma că diagnosticul de cancer este o situație stresantă care afectează calitatea vieții persoanei, reducând-o semnificativ și contribuind la apariția disperării și depresiei.

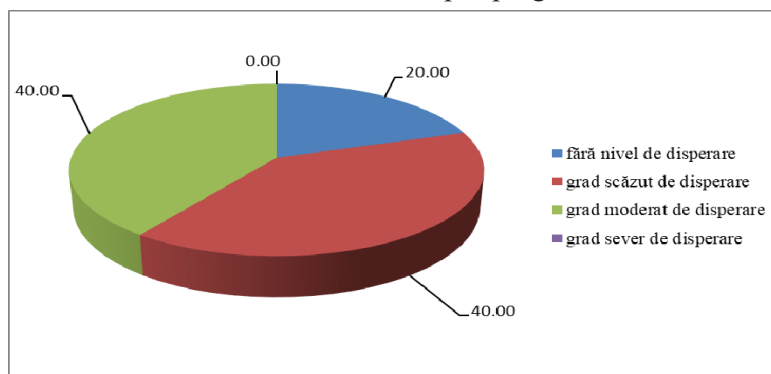
Considerații de management.

Conform Ghidului de bune practice al psiho-oncologului, scopul principal al intervențiilor psiho-sociale la persoanele recent diagnosticate cu cancer este reducerea distresului, oferirea suportului în ajustarea socială eficientă la stresorii cu

care se confruntă și menținerea unei calități a vieții la parametric normali [6].

Principalele responsabilități ale psihologului clinician/psiho-oncologului față de pacient, după ce acesta a fost diagnosticat cu boala neoplazică, se referă la: menținerea unei relații terapeutice cu pacientul, care să faciliteze oferirea suportului emoțional (intervenția suportivă); conștientizarea opțiunilor terapeutice; evaluarea simptomatologiei depresive sau/ și a altor tipuri de patologii care se pot declanșa, normalizarea reacțiilor emoționale, apelul la strategiile de coping adaptative și adaptarea la nevoile pacientului cu care se lucrează [5].

Etapa de evaluare a aplicării programului formativ de diminuare a disperării, ne relatează că pesimismul, emoțiile negative, deznădejdea și absența gândurilor pentru viitor la pacienții diagnosticați cu o maladie oncologică a diminuat semnificativ. Astfel, 40,0% din subiecții supuși programului formativ manifestă nivel moderat de disperare, la 40,0% din subiecți s-a determinat grad scăzut de disperare, la 20,0% subiecți nu s-au determinat manifestări de disperare și grad sever de disperare nu s-a manifestat nici la un subiect supus programului formative (fig.2).

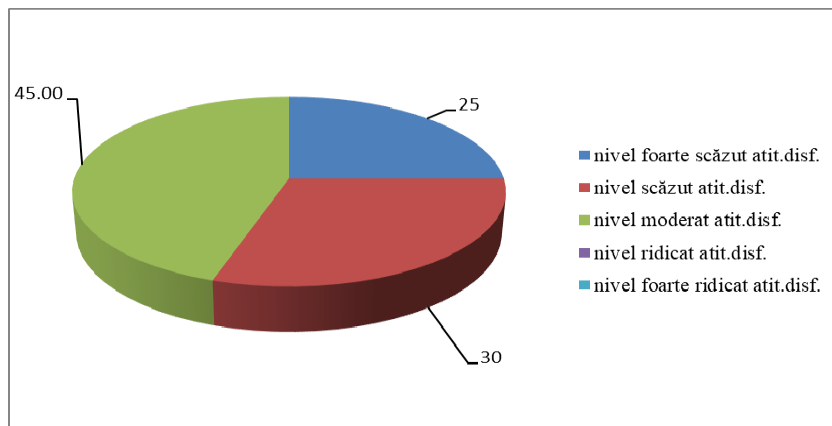


**Fig. 3. Distribuția pacienților supuși programului formativ în funcție de gradul de disperare (scala de disperare al lui Beck), %**



Rezultatele obținute în urma aplicării scalei atitudinilor disfuncționale (Weissmann) la pacienții care au fost supuși programului formativ observăm că la circa 75,0% din subiecți atitudinile disfuncționale se manifestă la un nivel scăzut și mediu (30,0% și respectiv 45,0%), nivelul

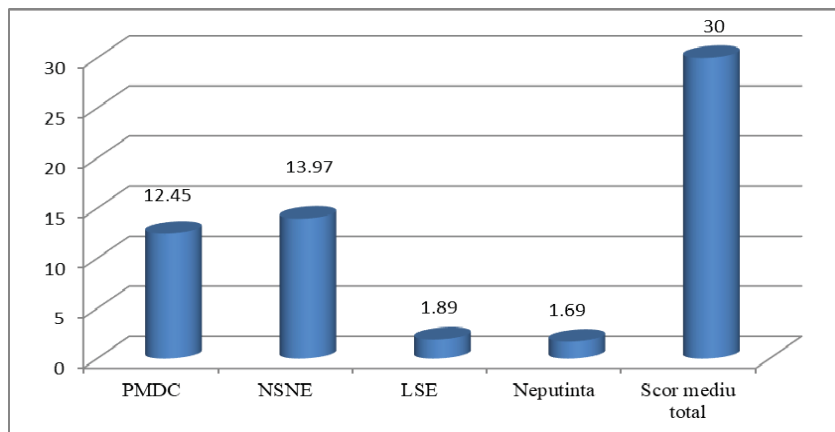
foarte scăzut a atitudinilor disfuncționale se manifestă la 25,0% din subiecți, iar la nivel ridicat și foarte ridicat a atitudinilor disfuncționale nu s-a manifestat nici la un pacient după aplicarea scalei post program formative (fig.3).



**Fig. 4. Distribuția pacienților supuși programului formativ în funcție de nivelul atitudinilor disfuncționale (%)**

Scorul mediu al eșantionului cercetat la chestionarul gândurilor automate egal cu 30,0 demonstrează manifestarea gândurilor automate disfuncționale/iraționale

la un nivel scăzut (subiectul are un nivel al gândurilor automate >6,7% din populația generală), aflându-se la limita nivelului moderat al gândurilor automate (fig.4).



**Fig. 5. Repartizarea aspectelor gândurilor automate la pacienții oncologici după aplicarea programului formativ, nr.abs (media)**

Scorul total mediu al atitudinilor disfuncționale indică un nivel scăzut de afirmații de sine negative automate la pacienții oncologici cărora li s-a aplicat programul formativ integru de 10-12 ședințe. Scorul total al PDE disfuncțional (21,75)

la ambele sexe relatează despre manifestarea emoțiilor negative disfuncționale la un nivel mediu, iar scorul total PDE funcțional (32,35) la ambele sexe relatează despre manifestarea emoțiilor negative funcționale la un nivel ridicat.

Tabelul 5.

**Rezultatele conform testului T perechi, post-intervenție psihologică**

Variabile	t	Grad de libertate	p
1. grad.disperare test 2. grad.disperare re-test	5,95 4,25	19	0.000 - semnificativ
1.atitudini disfuncționale test 2.atitudini disfuncționale re-test	120,15 104,55	19	0.000 - semnificativ
1.gânduri automate test 2.gânduri automate re-test	54,7 30	19	0.000 - semnificativ
1.PDE test 2.PDE re-test	81,2 54,1	19	0.000 - semnificativ

Tabelul 6.

**Rezultatele conform testului T perechi, post-intervenție psihologică PDE**

PDE	Test	re-test	t	p
Frica funcțională	17,5	11,95	8,424	0,000
Frica disfuncțională	25,00	17,45	8,484	0,000
Deprimare funcțională	19,7	13,1	8,361	0,000
Deprimare disfuncționașă	19,00	11,55	7,364	0,000
Total	81,2	54,1	10,27	0,000

**Tabelul 7.**  
**Rezultatele conform testului T perechi, post-intervenție psihologică ATQ**

ATQ	test	Re-test	t	p
PMDC	20,20	10,25	19,9	0,000
NSNE	29,00	17,00	15,36	0,000
LSE	2,85	1,55	8,85	0,000
NEPUTINȚA	2,85	1,25	6,84	0,000

Conform testului T perechi, la test și re-test, pentru gradul de disperare:  $m_1 = 5,95$ ,  $m_2 = 4,25$ ,  $t(19) = 6,74$ ,  $p \leq 0,001$ ; atitudinile disfuncționale:  $m_1 = 120,15$ ,  $m_2 = 104,55$ ,  $t(19) = 9,35$ ,  $p \leq 0,001$ ; ATQ scor total (gândurile automate):  $m_1 = 57,7$ ,  $m_2 = 30,00$ ,  $t(19) = 23,83$ ,  $p \leq 0,001$ ; PDE scor total:  $m_1 = 81,2$ ,  $m_2 = 54,2$ ,  $t(19) = 10,27$ ,  $p \leq 0,001$ ; ATQ – PMDC:  $m_1 = 20,20$ ,  $m_2 = 10,250$ ,  $t(19) = 19,9$ ,  $p \leq 0,001$ ; ATQ - NSNE:  $m_1 = 29,00$ ,  $m_2 = 17,00$ ,  $t(19) = 15,36$ ,  $p \leq 0,001$ ; ATQ – LSE:  $m_1 = 2,85$ ,  $m_2 = 1,55$ ,  $t(19) = 8,85$ ,  $p \leq 0,05$ ; ATQ - neputința:  $m_1 = 2,85$ ,  $m_2 = 1,25$ ,  $t(19) = 6,83$ ,  $p \leq 0,05$ ; PDE – frica funcțională:  $m_1 = 17,5$ ,  $m_2 = 11,95$ ,  $t(19) = 8,424$ ,  $p \leq 0,001$ ; PDE – frica disfuncțională:  $m_1 = 25,00$ ,  $m_2 = 17,45$ ,  $t(19) = 8,484$ ,  $p \leq 0,001$ ; PDE – deprimarea funcțională:  $m_1 = 19,7$ ,  $m_2 = 11,55$ ,  $t(19) = 7,364$ ,  $p \leq 0,05$ ; PDE – deprimarea disfuncțională:  $m_1 = 19,00$ ,  $m_2 = 11,55$ ,  $t(19) = 7,364$ ,  $p \leq 0,05$ ; există diferențe semnificative, între rezultatele subiecților.

#### Concluzii

Cancerul este o maladie complexă care antrenează o multiplicare rapidă și incontrollabilă de celule maligne și care este asociată unui distress și unei anxietăți profunde. Pacienții oncologici 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. Anual în Republica Moldova decedează circa 8508 de persoane din cauza cancerului, iar rata îmbolnăvirilor este în fiecare an în continuă creștere [5].

Din cauza prăpastiei dintre cele două corpusuri ale literaturii, pe o parte cea medicală, pe cealaltă psihologia și psihiatria, în ziua de astăzi diferențele majore între reacțiile oamenilor la tratamente convenționale împotriva cancerului ne sunt aproape inexplicabile [6]. Din ce în ce mai mulți medici oncologi susțin că durata de viață a pacienților oncologici este prezisă mai fidel de starea de spirit a bolnavului, de atitudinea sa, de percepția și gândirea acestuia, decât de prognosticul medical al bolii, și totuși aceste cunoștințe rămân în mare măsură ignorate în planificarea tratamentului.

Evaluarea studiilor de caz investigate a confirmat existența efectului benefic pe care intervenția psihoterapeutică îl are asupra calității vieții pacienților cu neoplasm și chiar asupra evoluției favorabile a bolii [1]. Programul de intervenție psihoterapeutică s-a dovedit a fi eficient și în ceea ce privește gândirea funcțională, a

sentimentului de autoeficiență precum și a strategiilor de coping adaptative.

În concluzie, asistarea psihoterapeutică de care a beneficiat lotul de pacienți, a contribuit la reducerea semnificativă a percepției insatisfacției legată de diferite domenii ale funcționării personale, la reducerea semnificativă a blocajelor în exprimarea emoțiilor, la creșterea semnificativă a optimismului, încrederii în propriile forțe și a nivelului stimei de sine precum și la schimbarea stilului atribuțional, care a evoluat dinspre extern spre intern. Beneficiile terapiei sunt vizibile în plan concret în recuperarea precoce, diminuarea durerii, controlul anxietății și în general ameliorarea calității vieții acestor pacienți.

Studiul realizat și-a îndeplinit obiectivul propus. Rezultatele cercetării indică un puternic aport al psihoterapiei de grup și a tehnicii de relaxare corporală în tra-

tamentul bolnavului oncologic, în sensul creșterii calității vieții, exprimate prin dezvoltarea personală, percepția bolii, anxietatea de moarte și disperarea existențială.

Tratamentul acordat a adus la scăderea expresiei reacțiilor observate, a tulburărilor afective prezente, la diminuarea suferințelor. În majoritatea cazurilor analizate, a scăzut încordarea psihică, somnul a devenit mai liniștit, mai odihnitor, reacțiile psihologice ale pacienților au căpătat o formă mai adecvată. Reabilitarea psihologică a bolnavului oncologic trebuie să fie orientată la schimbările prezente ale structurilor motivaționale. Tratamentul de recuperare trebuie să includă crearea și folosirea unor obiective, personal-semnificative, care, ulterior, vor reuși să reințoarcă bolnavul la o viață activă, împlinită și realizată.

### Bibliografie:

1. ARHIP Georget T. Rolul psihoterapiei în tratamentul bolnavului oncologic, Iași, Universitatea "Alexandru Ioan Cuza", 2019.

2. CATRINICI L., COȘCIUG N., PRODAN L. ș.a. Aspecte medico-psihologice și principiile de reabilitare ale pacienților oncologici, CZU: 616-006-036.82-052-159.9

3. COȘCIUG N., PREPELIȚA D., CARA O. ș.a. Impactul emoțional în cancer și orientarea pacienților la operații reconstructive. Buletinul Academiei de Științe a Moldovei. N4, 2022 (în ediție)

4. EȚCO C., CERNIȚANU M. Unele aspect psihologice la pacienții oncologici. Catedra Economie, Management și Psihopedagogie, USMF Nicolae Testemițanu, 2014

5. Programul Național de Control al Cancerului pentru anii 2016-2025, anexa nr.1 la Hotărârea Guvernului nr.1291 din 2 decembrie 2016

6. POP F., HETEA O., NEAG C., GRIGORE C., Ghidul de bune practice al psiho-oncologului, București, 2021

7. SAVCA L., VÎRLAN M., Psihoteste. vol. 2. Univers Pedagogic, Chișinău, 2008, ISBN 978-9975-48-062-8.

8. ГНЕЗДИЛОВ А. В. Психология и психотерапия потери. Пособие по паллиативной медицине для врачей, психологов и всех интересующихся проблемой. СПб.: Издательство «Речь», 2007. ББК 88.48 53.57

Primit la redacție 20.08.2022