

CORELAREA ÎNTRE FIZIOTERAPIE ȘI PSIHOTERAPIE ÎN RECUPERAREA PACIENTULUI CU TORACOTOMIE - CAZ CLINIC

CORRELATION BETWEEN PHYSIOTHERAPY AND PSYCHOTHERAPY IN REHABILITATION OF THE PATIENT WITH THORACOTOMY - CLINICAL CASE

Isabela Lozincă¹, Doriana Ciobanu²

Key words: physiotherapy, rehabilitation thoracotomy

Cuvinte cheie: fizioterapie, reabilitare, toracotomie

Abstract

Introduction.

Chest surgery has a massive effect on the body and the organs which keep the body alive. The thoracotomy comes with risks from anesthesia, the procedure, the physical and psychical condition of the patient and many other factors. For the optimum recovery, the patient should be prepared mentally and physically before operating. This will help a speedy recovery with optimum results post-surgery

Case presentation.

We describe the case of a 63-year-old woman which was presented on its own initiative in the department of Thoracic surgery. After a thorough investigation it is decided the opportunity of surgery: partial parietal pleurectomy - the incision - lateral thoracotomy, intercostal five spaces, left side. Diagnosis: left encysted pleurisy It was also conducted functional and psychological exam. She attended daily sessions of physiotherapy and psychotherapy, applied simultaneously or successively, pre and postoperatively.

Conclusion.

The therapy association was for the benefit of the patient, preoperatively by preparing the body of psycho-somatic point of view and postoperatively by improvement functional deficit, minimizing the consequences of the operation on functional independence, fighting the state of anxiety and depression.

Rezumat

Introducere. Chirurgia toracică are un efect masiv asupra organismului și de asemenea asupra organelor care țin corpul viu. Toracotomia vine cu riscurile anesteziei, a procedurii, a condiției fizice și psihice a pacientului și a multor alți factori. Pentru o recuperare optimă pacientul ar trebui să fie pregătit psihic și fizic înainte de operație Acest lucru va ajuta o recuperare rapidă cu rezultate optime postoperator

Descrierea cazului.

Am descris cazul unei paciente de 63 de ani care s-a prezentat din proprie inițiativă în secția de Chirurgie toracică. După o investigație completă se decide oportunitatea intervenției chirurgicale: pleurectomie parietală parțială; incizia - toracotomie laterală spațiu V intercostal stâng. Diagnostic: pleurezie închistată stângă.

A fost de asemenea efectuat examen funcțional și psihologic. A urmat ședințe zilnice de kinetoterapie și psihoterapie aplicate simultan sau succesiv, pre și postoperator.

Concluzie.

Asocierea terapiilor a fost în beneficiul pacientei, prin pregătirea organismul din punct de vedere psiho-somatic, preoperator iar postoperator prin ameliorarea deficitului funcțional, minimalizarea consecințelor operației asupra independenței funcționale, combaterea stării de anxietate și depresie.

¹ conf.univ.dr., Universitatea din Oradea, Facultatea de Geografie, Turism și Sport, Departamentul de Educație Fizică, Sport și Kinetoterapie

Autor corespondent: tel. 0747057304; email: ilozinca@yahoo.com

² conf.univ.dr., Universitatea din Oradea, Facultatea de Geografie, Turism și Sport, Departamentul de Educație Fizică, Sport și Kinetoterapie

Introducere

Intervenția chirurgicală, indiferent de diagnosticul pentru care a fost făcută, determină același tip de deficite. Prin caracterul simbolic al intervenției chirurgicale, prin agresiunea pe care aceasta o reprezintă față de integritatea fizică a persoanei, operația devine un act psihosomatic.

Preoperator, întotdeauna este prezentă o stare de tensiune afectivă ilustrată în special prin anxietate și fobii, stare ce nu poate fi interpretată în sens psihopatologic. Bolnavul se prezintă de obicei deficitar din punct de vedere somatic, marcat de suferința și dezechilibrul fizic determinat de boală. Pe acest teren somatic precar, pe acest sistem nervos și neuro-vegetativ greu încercat, astenizat și deseori epuizat de boala fizică, se grefează problemele multiple ale spitalizării și spectrul operației.

Terapia psihosomatică începe propriu-zis cu aproximativ 2/3 săptămâni înaintea intervenției, având ca obiectiv aducerea pacientului în cea mai bună formă posibilă, psihică, fizică și respiratorie, în același timp fiind instruit asupra metodologiei recuperatorii ce-i va fi aplicată imediat după operație.

Etapă următoarelor 3/4 săptămâni, reprezintă perioada de tranziție între bolnavul imobilizat la pat și bolnavul așa-zis "vindecat" din punct de vedere chirurgical. Recuperarea funcțională postoperatorie se referă în primul rând la tratarea consecințelor actului chirurgical și nu ale maladiei anterioare care a determinat acest act.

Bolnavii care prezintă o stare de anxietate preoperatorie marcată au o bună evoluție postoperatorie, caracterizată prin relaxare psihică și chiar euforie. Alți bolnavi care sunt calmi, stăpâniți și înfruntă momentul preoperator cu stoicism, dezvoltă o anxietate postoperatorie și o proastă adaptare în convalescență.

Tulburările somato-psihice inerente (cel mai des insomnia, anxietatea, astenia psihică, irascibilitatea, etc.) sunt pasagere dar ele constituie, pe de o parte expresia instalării unui stres psihic generat de boala somatică, iar pe de alta parte, agravează prin cerc vicios mersul bolii. Ionescu G [1] sugerează o posibilitate de abordare a psihoterapiei de scurtă durată, abreviată, așa cum se aplică de cele mai multe ori, prototipul ei fiind "intervenția în criză: psihoterapie suportivă - când este vizată starea afectivă precară a pacientului; terapie comportamentală și biofeedback - pentru focalizare asupra simptomului sau sindromului, ignorându-se boala cu istoria și patogenia ei.

În acest studiu de caz, am examinat efectul combinat al terapiei fizice și psihice, preoperator și postoperator, la o pacientă cu pleurezie închistată stângă. Intervenția = toracotomie.

Prezentarea cazului

Pacientă de 63 ani, se internează din proprie inițiativă în secția de Chirurgie toracică în vederea tratamentului de specialitate. Motivele internării: stare generală modificată, ușor alterată; subfebrilități; dispnee de repaus, tuse seacă.

Istoricul bolii: boala actuală a debutat insidios în urmă cu 2 ani prin jenă toracică stg., tuse seacă, astenie, fatigabilitate. Se prezintă la medic, unde se pune diagnosticul de: pleurezie parapneumonică stg. Se instituie tratament antibiotic și antiinflamator. Evoluția este nefavorabilă, semnele și simptomatologia clinică persistă. Radiologic: colecție pleurală neînchistată. Este îndrumată la Spitalul Județean unde în urma tratamentului antibiotic evoluția este nefavorabilă atât clinic cât și paraclinic (radiologic și TC). Este îndrumată la Chirurgie toracică, unde după o investigație completă se decide oportunitatea intervenției chirurgicale. Diagnostic: pleurezie închistată stângă.

Examen obiectiv: Aparat respirator: torace normal conformat; MV diminuat – absent la nivelul hemitoracelui stg., rare raluri bronșice. Aparat cardiovascular: AMC – șoc apexian în limite fiziologice, zgomote cardiace ritmice, bine bătute, fără sufluri.

Operația: pleurectomie parietală parțială. Incizia: toracotomie laterală spațiu V intercostal stâng.

Examen funcțional – s-a utilizat:

- ✓ Evaluarea funcției ventilatorii: volumele pulmonare statice – CV, VEMS, VEMS/CV%
- ✓ Evaluarea capacității de efort: test de mers 6 min; aprecierea gradului de dispnee la efort, evaluarea subiectivă: a durerii - scala Kattus, a greutății efortului - scala Borg
- ✓ Evaluare psihologică – s-a utilizat:
- ✓ pentru stres - Scala de Evaluare a Mecanismelor Cognitive de Apărare (SEMCA) elaborată de Miclea.
- ✓ pentru stările de: anxietate - Scala de Anxietate Hamilton (HAS); depresie - Inventarul de Depresie Beck (BDI).

Structura generală de desfășurare a terapiei a fost următoarea: anamneză/interviu în cinci pași; construirea relației de lucru; kinetoterapie (40 min); psihoterapie suportivă și cognitiv – comportamentală (40 min) preoperator (10 zile) și postoperator (18 zile).

Kinetoterapia

Pacienta pe lângă simptomatologia aferentă bolii pulmonare este și supraponderală. Respirația este de tip costal. Algoritmul de abordare kinetică a fost următorul:

Preoperator

- Învățarea unor strategii de management a durerii: utilizarea unor elemente de relaxare, masaj și automasaj, posturări
- Dezobstrucția bronhică - Instruirea în metodele fizice care să-i asigure postoperator o bună evacuare a secrețiilor bronhice: posturi de drenaj; educarea tusei (ca tehnică de respirație tip “huffing” s-au folosit: inspiruri și expiruri superficiale, pe gură, progresiv devenind tot mai profunde, ca un gâfâit, realizate prin mobilizări toracice în special.
- Conștientizarea asupra mișcărilor respiratorii
- Tonifierea musculaturii sinergice prin exerciții de gimnastică medicală.
- Educarea respirației abdominodiafragmatice, ca și a respirației unilaterale hemitoracale pentru toracele stâng.

Postoperator imediat

- Dezobstrucția bronhică - tehnica respirației de tip “huffing”; compresia și decompresia spațiului deshabitat, drenaj bronhic adaptat
- Calmarea durerilor - masaj, repetat de 5 – 6 ori pe zi; posturarea corectă a corpului cu ajutorul unor perne sau suluri, elemente de relaxare
- Corectarea staticii vertebrale - re poziționări în pat de cel puțin 2 ori pe zi; corectarea pozițiilor deficitare din așezat, ortostatism sau mers.
- Prevenirea redorii centurii scapulare stângi - posturarea brațului; mobilizări pasive și active ale umărului;
- Ameliorarea circulației de întoarcere venoasă și prevenirea tromboflebitelor postoperatorii - poziționarea membrelor inferioare pe perne; mobilizarea picioarelor; masaj (talpă și gambe).

Postoperator precoce

- Combaterea durerii - masajul întregului hemitorace, elemente de relaxare
- Recuperarea deficitului respirator - control și coordonare a fluxului respirator; antrenarea respirației toracale inferioare și a celei abdominale.
- Combaterea tendinței de compensare ventilatorie a hemitoracelui indemn - posturare (decubit lateral); blocare cu mâna a respirației pentru îngreunarea ampliației hemitoracelui respectiv; control vizual în fața oglinzii.
- Tonifierea musculaturii respiratorii prin mișcări contra rezistenței.
- Corectarea deficitului static și scapular - ameliorarea durerii; educarea unei posturi corecte a trunchiului; manevre de întindere capsulo-ligamentară.

Postoperator tardiv

□ Recuperarea funcției respiratorii - exerciții analitice de reeducare respiratorie abdominotoracală inferioară; antrenament la efort.

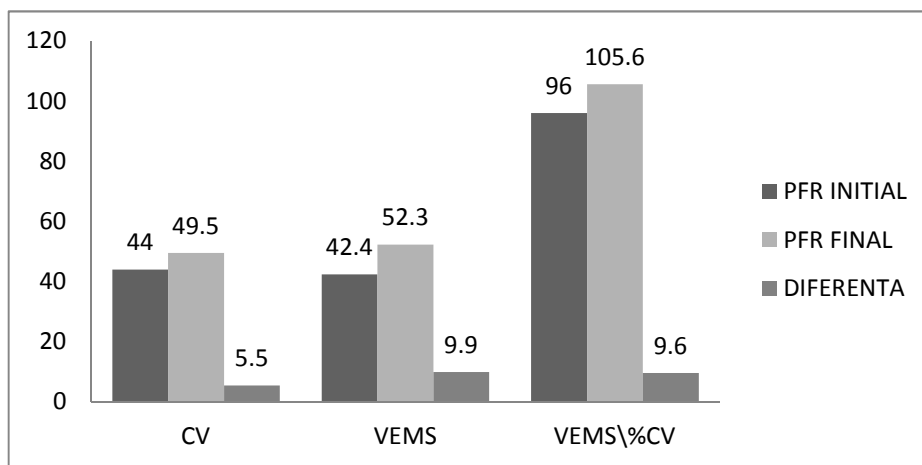
Evaluarea funcției ventilatorii

S-au utilizat volumele pulmonare statice – CV, VEMS, VEMS/CV% efectuate la internare și la externare după 18 zile postoperator.

Tabelul 1. Parametrii PFR (spirograf cu derulare rapidă a hârtiei)

PFR	INIȚIALE	FINALE	DIFERENȚA
CV	1790ml = 44%	2010ml = 49,5%	220ml = 5,5%
VEMS	1330ml = 42,4%	1640ml = 52,3%	310ml = 9,9%
VEMS/CV%	96%	105,6%	9,6%

CV = capacitate vitală (VC); VEMS = volumul expirator maxim pe secundă (FEV1)
VEMS/CV% = indicele de permeabilitate bronșică (FEV1%VC)



Graficul 1. Evoluția valorilor PFR

CV = capacitate vitală (VC); VEMS = volumul expirator maxim pe secundă (FEV1)
VEMS/CV% = indicele de permeabilitate bronșică (FEV1%VC)

Evaluarea finală evidențiază evoluția pozitivă a valorilor PFR. → Creșterea capacității vitale - CV cu 5,5% (220ml), scăzând travaliul ventilator prin ameliorarea expansiunii toracice și pulmonare, ameliorându-se ventilația pe minut (la efort); Creșterea volumul expirator maxim pe secundă - VEMS cu 9,9% (310ml) prin ameliorarea forței de contracție a mușchilor ventilatori; Creșterea permeabilitatea bronșică cu 9,6%.

Evaluarea capacității de efort (Pacienta are: vârsta 63 ani, I= 166 cm și G = 78kg).

Am utilizat test de mers 6 min; aprecierea gradului de dispnee la efort, evaluarea subiectivă: a durerii - scala Kattus, a greutateii efortului - scala Borg - la internare și la externare după 18 zile postoperator.

Test de mers 6 min: predicție pentru distanța parcursă în 6 minute = 474,5m ; Limita inferioară a normală: 335,5.

Dacă inițial pacienta prezintă 19% capacitate de efort (90m/ 6min) la testarea finală se înregistrează o ameliorare cu 10,5% (50m) (TE final = 29,5% - 140m/6min).

Dacă inițial la aprecierea subiectivă a gradului de dispnee la efort, pacienta a ales scala Kattus (durere) = 3 (Durere intensă la care de obicei bolnavul își întrerupe activitatea)/ scala Borg (greutatea efortului) = 7 (Între greu și foarte greu) la evaluarea finală a ales Kattus 2 (Durere persistentă)/ Borg 4 (Oarecum greu).

Psihoterapia

Preoperator: Gândul care-i creează probleme pacientei este legat de ceea ce se întâmplă în timpul operației, ce înseamnă ea (“Ce-mi face?”).

- inițierea psihoterapiei îndreptată atât asupra pacientei cât și asupra familiei;
- intervenția în criză și reducere a anxietății și stării depresive secundare, privitor la operație prin: terapie suportivă (încurajare, sugestie, sfat, recompense emoționale) cu accent pe explicarea diagnosticului, asigurarea complianței pentru tratamentul chirurgical și pregătirea intervenției, explicarea rostului și necesității ei; tehnica de control a respirației; tehnici behavioriste pe principiul condiționării clasice: tehnica expunerii gradate
- prezentarea sălii de operație și a anexelor sale însoțită de explicații privitoare la operația propriu-zisă și manevrele premergătoare acesteia,
- rezolvarea unor probleme limitate, scăderea conduitei maladaptative prin tehnici de accelerare (tehnica amorsării directe a procesării informaționale); decelerare a comportamentului
- planificarea rezolvării situației traumatice, căutarea de informații pentru cunoașterea exactă a parametrilor situației stresante și construirea unor strategii alternative de adaptare la stres și de modificare a cognițiilor

Postoperator imediat - problema: durerea - cu deformare a reprezentării mentale a realității prin inferență (cu deducții pripite) – “dacă durerea e așa mare înseamnă că nu a reușit operația”

- reducerea simptomatologiei specifice prin: terapia durerii (durerea „operației” și durerea „tuburilor de dren”) – descompunerea ei în elemente componente; terapie suportivă, relaxare, masaj și mobilizare activă;
- rezolvarea unor probleme limitate, scăderea conduitei maladaptative prin tehnici de accelerare (tehnica amorsării directe a procesării informaționale); decelerare a comportamentului
- modificarea opiniei eronate a pacientei despre sine și lumea înconjurătoare prin tehnica rezolvării de probleme
- modificarea mecanismelor de coping dezadaptativ emoțional – control și gestionare a stării de stres: tehnica de inoculare a stresului.

Postoperator precoce și tardiv - problema: griji pentru viitorul familial – pacienta având gospodărie mare (“dacă nu mai pot face față problemelor casnice?”)

- combaterea sentimentului de invaliditate (impresia unei funcționări mai puțin adecvate a organismului, a unei capacități de efort sau de muncă reduse) și consolidarea tendințelor sanogenetice: tehnici de accelerare (tehnica amorsării directe a procesării informaționale), decelerare a comportamentului.
- reducerea chiar anularea anxietății și stării depresive prin: terapie suportivă (încurajare, sugestie, sfat, recompense emoționale) cu utilizarea efectului sugestiv; tehnica rezolvării de probleme
- modificarea opiniei eronate a pacientei despre sine și lumea înconjurătoare prin terapie cognitiv comportamentală cu accent pe modificarea cognițiilor privitoare la imaginea de sine și reluarea activităților cotidiene: rezolvarea de probleme și tehnica de inoculare a stresului.

Evaluare psihologică

Am utilizat pentru stres - Scala de Evaluare a Mecanismelor Cognitive de Apărare (SEMCA) elaborată de Miclea [2], aplicată la internare și la externare.

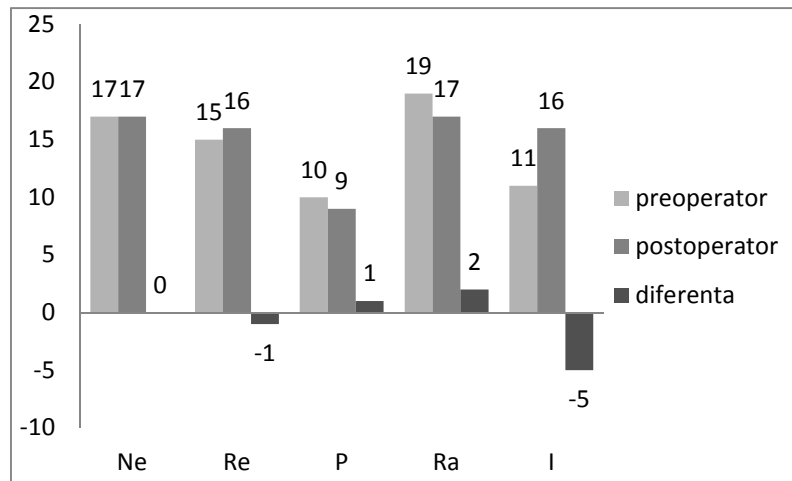
Pentru stările de: anxietate - Scala de Anxietate Hamilton (HAS); depresie - Inventarul de Depresie Beck (BDI). Scalele au fost aplicate la internare, postoperator imediat (ziua 2) și la externare.

Scala de evaluare a mecanismelor cognitive de apărare (SEMCA)

Tabelul 2. Cotele SEMCA globale și specifice obținute pre și postoperator

ETAPA	Global	Ne	Re	P	Ra	I
PREOPERATOR	72	17	15	10	19	11
POSTOPERATOR	69	17	16	9	17	16
DIFERENȚA	3	0	-1	1	2	-5

Ne – negare defensivă; Re – represie; P – proiecție; Ra – raționalizare; I – intelectualizare/izolare



Graficul 2. Evoluția cotelor specifice SEMCA

Ne – negare defensivă; Re – represie; P – proiecție; Ra – raționalizare; I – intelectualizare/izolare

Inițial, pacienta are tendința de a aborda un stil evitativ de coping cognitiv (cota globală inițială 72), mecanismele utilizate de aceasta implicând: comportament de evaziune din situația stresantă (amânarea confruntării cu problema inerentă: operația), blocarea procesării informației cu valență negativă sau prelucrarea ei selectivă (raționalizare – cota 19); precum și neutralizarea efectelor stresorului biologic, în condițiile evitării înlăturării sale (utilizarea de analgezice). Pacienta utilizează resursele cognitive pentru procesarea informațiilor neutre sau cu valență pozitivă. În terapia suportivă și cognitiv comportamentală, accentul s-a pus modificarea comportamentului defensiv – rezultat al unei intenții deliberate a pacientei de a evita confruntarea cu trauma (de a scădea reacția la stres) precum și pe modificarea mecanismelor defensive de apărare prin tehnicile de restructurare cognitivă, rezolvarea de probleme și strategii alternative de adaptare la stres.

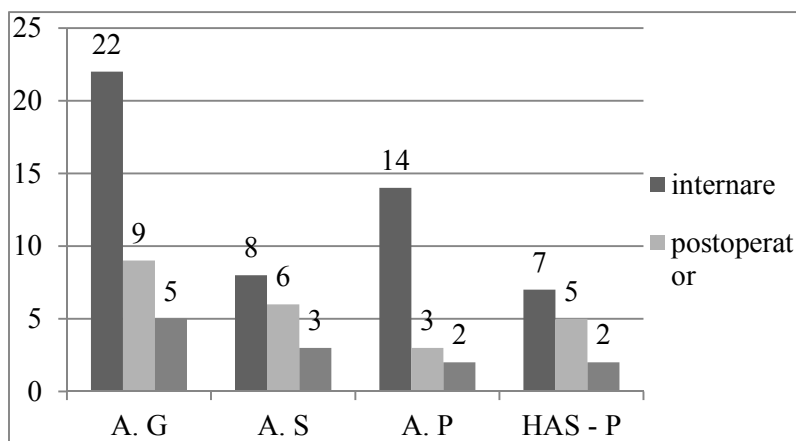
La finalul perioadei de spitalizare pacienta a înclinat spre abordarea unui stil confruntativ prin scăderea cotei globale la 69, respectiv prin tendința de a adopta atitudini rezolutive în situații problematice. În cadrul cotelor specifice, modificări importante se obțin la:

- raționalizare (abordarea de strategii cognitive care să determine construcții teoretice menite să justifice un comportament dezadaptativ și să reevalueze pozitiv situația de stres) - de la 19 la 17 - cu modificări a itemilor 3 (de la 4 la 3); și 8 (de la 3 la 2)– reevaluări pozitivă a situației traumatice.
- intelectualizării/izolării (strategii cognitive care vizează analiza informației traumatice în condițiile disocierii acesteia de consecințele ei emoționale)) - de la 11 la 16 - cu modificări notabile a itemului 20 – abordare abstractă, filozofică a traumei - de la 3 la 5.

Scala de Anxietate Hamilton (HAS)

Tabelul 3. Evoluția cotelor HAS la internare, postoperator și externare pentru anxietatea generalizată, somatică, psihică și atacul de panică

Anxietate	Internare	Postoperator	Externare
A. generalizată	22 (anxietate majoră)	9 (anxietate minoră)	5 (anxietate minoră)
A. somatică	8	6	3
A. psihică	14	3	2
HAS – P (panică)	7 (criteriile DSM nu sunt satisfăcute)	5 (criteriile DSM nu sunt satisfăcute)	2 (criteriile DSM nu sunt satisfăcute)



Graficul 3. Evoluția anxietății

A.G. = anxietate generalizată; A.S. = anxietate somatică;
A.P. = anxietate psihică; HAS – P = atac de panică

La administrarea inițială a scalei HAS, la internare pacienta prezintă cotă ridicată – 22 ceea ce demonstrează existența unei anxietăți generalizate majore explicabilă prin modalitatea de percepție a “necunoscutului” - operația. În sprijinul acestei afirmații vin de fapt și cotele anxietății specifice; psihică – 14 și somatică – 8. În urma aplicării terapierilor, accentul punându-se pe psihoterapie se obțin postoperator cote minore pentru toate tipurile de anxietate (3 – psihică; 6 – somatică), acestea păstrându-se și la externare 2 - pentru psihică, 3 – pentru anxietatea somatică.

Anxietatea generalizată postoperator – 9 (minoră); la externare – 5 (minoră) nu mai este prezentă, nefiind îndeplinite criteriile DSM.IV

HAS – P – atacul de panică prin cotele obținute: 7, 5 și 2 nu satisface criteriile DSM.IV.

□ Cotele minore postoperatorii denotă “epuizarea” fizică și emoțională a pacientei, epuizare datorată operației cu întregului ei cortegiu de activități, dar și efectului aplicării diferitelor modalități de pregătire a psihicului (psihoterapia suportivă și cognitiv comportamentală cu accent pe modificarea cognițiilor, acceptarea intervenție, strategii alternative de adaptare la stres și modalități de relaxare) și somaticului (kinetoterapia preoperatorie).

□ Postoperator și la externare, absența anxietății generalizate demonstrează eficiența strategiilor de adaptare la stres și modificarea cognițiilor. Anxietatea psihică existentă la externare – 2 (1 – la anxietate și la dispoziție depresivă) și somatică – 3 (1 – la simptome generale musculare, cardiovasculare și respiratorii) demonstrează o dată în plus impactul combinației psihoterapie/kinetoterapie asupra capacității de adaptare și de stăpânire a organismului.

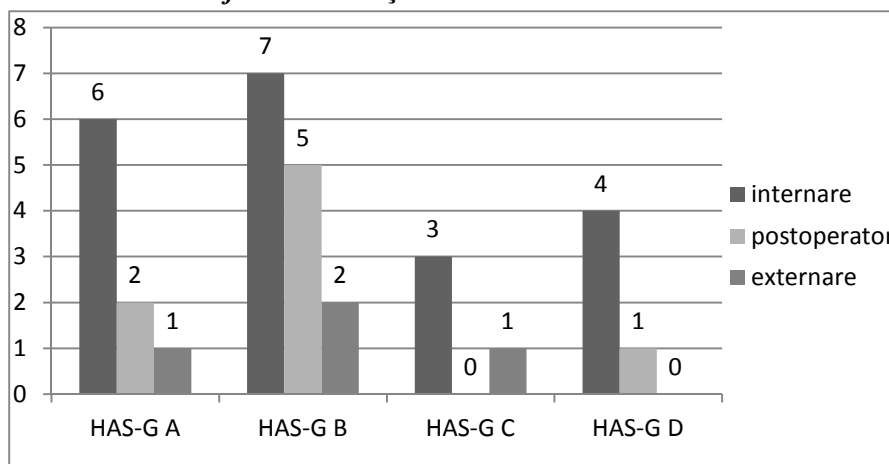
Tabelul 4. Evoluția cotelor HAS – G la internare, postoperator și externare pentru cele 4 criterii A, B, C și D.

Anxietate	Internare	Postoperator	Externare
HAS – G A.	6	2	1
HAS – G B.	7	5	2
HAS – G C.	3	0	1
HAS – G D.	4	1	0

HAS – G A. = tensiune motorie; HAS – G B. = tulburări neurovegetative;

HAS – G C. = așteptare tensionată, plină de teamă; HAS – G D. = explorare hipervigilentă a mediului înconjurător

Graficul 4. Evoluția celor 4 criterii HAS – G



HAS – G A. = tensiune motorie; HAS – G B. = tulburări neurovegetative;

HAS – G C. = așteptare tensionată, plină de teamă; HAS – G D. = explorare hipervigilentă a mediului înconjurător

Evoluția celor patru criterii A, B, C și D prin care se manifestă anxietatea generalizată este următoarea:

□ la internare mai accentuate sunt tulburările neurovegetative – 7 (2 – simptome respiratorii și genito-urinare; 1 – simptome somatice senzoriale, gastro-intestinale și ale sistemului nervos autonom) și tensiunea motorie – 6 (3 – tensiune; 2 - comportament în timpul interviului și 1 - simptome generale musculare,) apoi explorare hipervigilentă a mediului înconjurător – 4 (3 – insomniile și 1 – dificultăți de concentrare a atenției și tulburări ale memoriei) și abia la final (pacienta internându-se din proprie inițiativă pe secția de chirurgie) așteptare tensionată, plină de teamă – 3 (2 – anxietate; 1 - frica).

□ postoperator datorită deficitelor induse de intervenția chirurgicală precum și a influenței mediului (salonul de reanimare) rămân mai accentuate tot tulburările neurovegetative – 5, (2 – simptome cardiovasculare și respiratorii; 1 - simptomele sistemului nervos autonom), urmate de tensiunea motorie - 2 (1 - simptome generale musculare și comportament în timpul interviului), explorare hipervigilentă a mediului înconjurător – 1 (1 - insomnii), absentă fiind așteptarea tensionată, plină de teamă.

□ la externare cotele obținute sunt minime astfel: 2 - tulburările neurovegetative (1 - simptome cardiovasculare și respiratorii); 1 - tensiunea motorie (simptome generale musculare) și așteptare tensionată, plină de teamă (anxietate), absentă fiind explorarea hipervigilentă a mediului înconjurător.

Simptomatologia pe care pacienta o păstrează pe întreg parcursul perioadei de internare, se datorează în primul rând somaticului, la patologia de bază adăugându-se și supraponderabilitatea, care la rândul ei necesită intervenție specifică, de durată, atât psihologică cât și kinetoterapeutică.

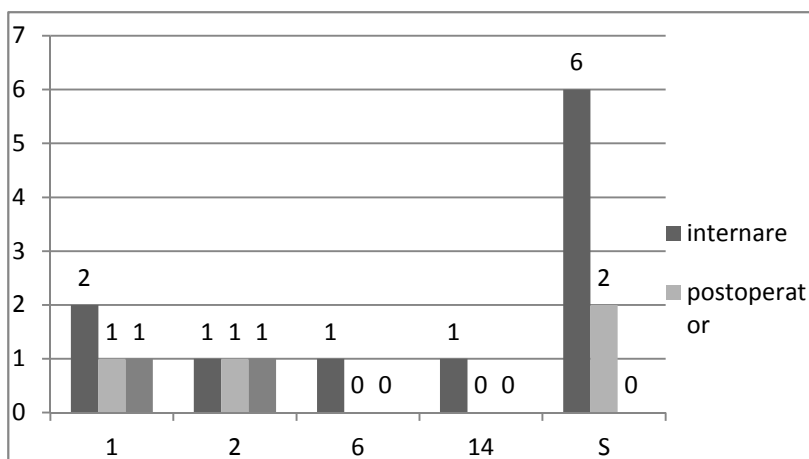
Inventarul de Depresie Beck (B.D.I.)

Tabelul 5. Evoluția cotelor BDI la internare, postoperator și externare

Depresie	Internare	Postoperator	Externare
Cota globală	19 (Depresie moderată)	4 (Depresie în remisie)	3 (Depresie în remisie)
Itemul 1	2	1	1
Itemul 2	1	1	1
Itemul 6	1	0	0
Itemul 14	1	0	0
Depresie somatică	6	2	0

Itemul 1 – tristețe; 2 – pesimism; 6 – sentimentul pedepsei; 14 – modificări în imaginea de sine

Graficul 5. Evoluția cotelor BDI la itemii 1; 2, 6; 14 și somatic



Itemul 1 – tristețe; 2 – pesimism; 6 – sentimentul pedepsei; 14 – modificări în imaginea de sine; S = simptomatologie somatică

La internare, a fost prezentă o stare depresivă moderată (scor total 19). La categoriile simptom – atitudine pe care le-am luat în calcul scorurile obținute au fost: 2 la itemul 1 - dispoziție depresivă (tristețe); 1 la itemul 2 – lipsa speranței (pesimism); 1 la itemul 6 – nevoia de pedeapsă; 1 la itemul 14 – imagine de sine negativă. Ultimele categorii care se referă la caracteristicile ce țin de partea biologică și pe care le-am cuantificat împreună sub forma simptomelor somatice scorul obținut a fost 6 (2 la itemul 16 – insomnie; 1 pentru itemii: 17 – fatigabilitate; 18 – pierderea apetitului; 20 – ipohondrie (preocupări somatice negative); 21 – modificări ale libidoului; absent fiind itemul 19 – pierderea în greutate).

Ca și la anxietate, explicația acestor scoruri poate fi modalitatea de percepție a “necunoscutului” - operația, simptomatologia fiind exacerbată în plan psihic, mai mult decât somatic, datorită gândurilor cu caracter disfuncțional.

Postoperator, efectul terapiilor combinate, poate fi constatat din rezultatele înregistrate, respectiv cota 4 – depresie în remisie (stare normală) cu scor 2 la simptomatologia somatică (1 la itemii 16 – insomnie și 20 – ipohondrie) 1 la categoriile simptom – atitudine: dispoziție depresivă (tristețe) și lipsa speranței (pesimism).

La externare cota minoră se păstrează – 3 depresie în remisie (stare normală), spre deosebire de evaluarea postoperatorie absentând și simptomatologia somatică a stării depresive.

Discuții

Se afirmă frecvent că, pentru recuperarea pacienților din chirurgie toracică sunt utilizate: respirațiile profunde, manevrele de dezobstrucție bronșică, ambulația precoce și mobilizările articulației scapulohumerale.

După toracotomie, majoritatea pacienților sunt evaluați funcțional și/sau urmează tratament kinetic, însă numai o treime sunt preluați preoperator și relativ puțini sunt urmăriți

după externare [3] Kinetoterapia postoperatorie are un rol important în combaterea durerii și menținerea funcționalității umărului [4], poate reduce perioada de spitalizare și incidența atelectaziei (cu o reducere ulterioară în costurile spitalizării), dar pare să nu aibă nici o influență asupra incidenței pneumoniei și morbidității globale. [5]

Alte cercetări au demonstrat că asocierea kinetoterapiei cu utilizarea dispozitivelor medicale (cum ar fi stimularea spirometrică) nu determină nici o diferență semnificativă la rezultate [6,7].

Stările depresive și anxioase și somatizarea sunt cele mai frecvente tulburări mintale observate în chirurgie. Cei diagnosticați cu aceste tulburări au fost în mare parte vârstnici, cei cu educație precară și mai frecvent femeile. [8] Chiar dacă prevalența acestor tulburări este ridicată, rata de detecție a acestora de către medici este scăzută. [9] Psihoterapia suportivă aplicată pacienților care suferă o intervenție chirurgicală are efecte benefice asupra ameliorării acestor tulburări, optimizarea complianței la tratament și de asemenea a prelungirii ratei de supraviețuire. [10,11]

În cazul prezentat am ilustrat posibilitatea asocierii ambelor modalități de tratament astfel încât tulburările psiho-somatice să fie abordate ca un tot indisolubil și tratate ca atare, în beneficiul tuturor participațiilor la actul chirurgical: preoperator - adaptarea bolnavului la noile condiții de viață, obținerea încrederii în personalul medical, restabilirea echilibrului psihic al bolnavului (tulburat de grija de boală și frica pentru intervenția chirurgicală, pregătirea funcțională și tratamentul unor tare biologice care pot îngreuna desfășurarea intervenției sau evoluția postoperatorie; postoperator –reechilibrarea psihică a bolnavului prin ameliorarea chiar anularea tulburărilor mentale (stări depresive și/sau anxioase), scăderea incidenței complicațiilor, ameliorarea chiar prevenirea permanentizării deficitului funcțional, precum și minimalizarea consecințelor acestuia asupra independenței funcționale și a calității vieții.

Lucrarea de față sugerează că sunt necesare studii suplimentare pentru a determina care este cea mai validă modalitate de combinare a terapiilor psiho-somatice și demonstrarea eficienței lor în chirurgie.

Concluzii

Urmărirea efectelor induse de asocierea celor două terapii nu a prea fost prezentată în literatura de specialitate. Sunt necesare studii pentru a determina prevalența acestei asocieri.

Recunoașterea importanței acestui tip de terapie psiho-somatică ar putea avea un mare impact, asigurând creșterea calității îngrijirii pacienților.

Conflict de interese

Autorii declară că nu există nici un conflict de interese.

Referințe bibliografice

- [1] Ionescu G. (1995) *Tratat de psihologie medicală și psihoterapie*. Editura Asklepios. București, 363–364
- [2] Miclea M. (1997) *Stres și apărare psihică*. Editura Presa Universitară Clujeană. Cluj – Napoca, 98
- [3] Reeve J, Denehy L, Stiller K (2007) The physiotherapy management of patients undergoing thoracic surgery: a survey of current practice in Australia and New Zealand. *Physiotherapy Research International*, 12:59-71
- [4] Reeve J, Stiller K, Nicol K, McPherson KM, Birch P, Gordon IR, Denehy L. (2010) A postoperative shoulder exercise program improves function and decreases pain following open thoracotomy: a randomized trial. *Journal of Physiotherapy*, 56: 245–252
- [5] Varela G, Ballesteros E, Jiménez M, Novoa N, Aranda J (2006) Cost-effectiveness analysis of prophylactic respiratory physiotherapy in pulmonary lobectomy. *European Journal of Cardio-Thoracic Surgery*, 29:216-220.
- [6] Chatham K, Marshall C, Campbell I, Prescott R (1993) The flutter VPR1 device for post-thoracotomy patients. *Physiotherapy*, 79:95-98.
- [7] Gosselink R, Schrever K, Cops P, Witvrouwen H, De Leyn P, Troosters T, Lerut A, Deneffe G, Decramer M (2000) Incentive spirometry does not enhance recovery after thoracic surgery. *Critical Care Medicine*, 28:679-683.

- [8] Hanel G, Henningsen P, Herzog W, Sauer N, Schaefer R, Szecsenyi J, Löwe B. (2009) Depression, anxiety, and somatoform disorders: vague or distinct categories in primary care? Results from a large cross-sectional study, *Journal of Psychosomatic Research*; 67(3), 189-97 (Sep 2009)
- [9] Li XJ, He YL, Ma H, Liu ZN, Jia FJ, Zhang L, Zhang L. (2012) Prevalence of depressive and anxiety disorders in *Chinese gastroenterological outpatients* *World Journal of Gastroenterology*, May 28; 18(20): 2561-2568.
- [10] Küchler T, Bestmann B, Rappat S, Henne-Bruns D, Wood-Dauphinee S. (2007) Impact of Psychotherapeutic Support for Patients With Gastrointestinal Cancer Undergoing Surgery: 10-Year Survival Results of a Randomized Trial. *Journal of Clinical Oncology*, Sep 20; 25(27):4328.
- [11] Heilmann C, Kuijpers N, Beyersdorf F, Berchtold-Herz M, Trummer G, Stroh AL, Schlensak C, Fritzsche K (2011), Supportive psychotherapy for patients with heart transplantation or ventricular assist, *European Journal of Cardio-Thoracic Surgery*; 39(4): e44-e50.