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 Lozincă[1], Doriana Ciobanu[2]

Key words: physiotherapy, rehabilitation thoracothomy

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.

Cuvinte cheie: fizioterapie, reabilitare, toracotomie

Rezumat

Introducere. Chirurgia toracică are un efect masiv asupra organismului si de asemenea asupra organelor care ţin corpul viu. Toracotomia vine cu riscurile anesteziei, a procedurii, a condiţiei fizice şi psihice a pacientului şi a multor alţi factori. Pentru o recuperare optimă pacientul ar trebui să fie pregătit psihic şi fizic înainte de operaţie 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 iniţiativă în secţia de Chirurgie toracică. După o investigare completă se decide oportunitatea intervenţiei chirurgicale: pleurectomie parietală parţială; incizia - toracotomie laterală spaţiu V intercostal stâng. Diagnostic: pleurezie închistată stângă.

A fost de asemenea efectuat examen funcţional şi psihologic. A urmat şedinţe zilnice de kinetoterapie şi psihoterapie aplicate simultan sau succesiv, pre şi postoperator.

Concluzie.

Asocierea terapiilor a fost în beneficiul pacientei, prin pregătirea organismul din punct de vedere psiho-somatic, preoperator iar postoperator prin ameliorarea deficitului funcţional, minimalizarea consecinţelor operaţiei asupra independenţei funcţionale, combaterea stării de anxietate şi depresie.

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

Autor correspondent: 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

Intervenţia chirurgicală, indiferent de diagnosticul pentru care a fost făcută, determină acelaşi tip de deficite. Prin caracterul simbolic al intervenţiei chirurgicale, prin agresiunea pe care aceasta o reprezintă faţă de integritatea fizică a persoanei, operaţia devine un act psihosomatic.

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

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

Etapa următoarelor 3/4 săptămâni, reprezintă perioada de tranziţie între bolnavul imobilizat la pat şi bolnavul aşa-zis "vindecat" din punct de vedere chirurgical. Recuperarea funcţională postoperatorie se referă în primul rând la tratarea consecinţelor actului chirurgical şi nu ale maladiei anterioare care a determinat acest act.

Bolnavii care prezintă o stare de anxietate preoperatorie marcată au o bună evoluţie postoperatorie, caracterizată prin relaxare psihică şi chiar euforie. Alţi bolnavi care sunt calmi, stăpâniţi şi înfruntă momentul preoperator cu stoicism, dezvoltă o anxietate postoperatorie şi o proastă adaptare în convalescenţă.

Tulburările somato-psihice inerente (cel mai des insomnia, anxietatea, astenia psihica, 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, aşa cum se aplică de cele mai multe ori, prototipul ei fiind "intervenţia în criză: psihoterapie suportivă - când este vizată starea afectivă precară a pacientului; terapie comportamentală şi biofeedback - pentru focalizare asupra simptomului sau sindromului, ignorându-se boala cu istoria şi patogenia ei.

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

Prezentarea cazului

Pacientă de 63 ani, se internează din proprie iniţiativă în secţia de Chirurgie toracică în vederea tratamentului de specialitate. Motivele internării: stare generală modificată, uşor alterată; subfebrilităţi; 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 şi antiinflamator Evoluţia este nefavorabilă, semnele şi simptomatologia clinică persistă. Radiologic: colecţie pleurală neînchistată. Este îndrumată la Spitalul Judeţean unde în urma tratamentului antibiotic evoluţia este nefavorabilă atât clinic cât şi paraclinic (radiologic şi TC). Este îndrumată la Chirurgie toracică, unde după o investigare completă se decide oportunitatea intervenţiei chirurgicale. Diagnostic: pleurezie închistată stângă.

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

Operaţia: pleurectomie parietală parţială. Incizia: toracotomie laterală spaţiu V intercostal stâng.

Examen funcţional – s-a utilizat:

- ✓ Evaluarea funcţiei ventilatorii: volumele pulmonare statice – CV, VEMS, VEMS/CV%
- ✓ Evaluarea capacităţii de efort: test de mers 6 min; aprecierea gradului de dispnee la efort, evaluarea subiectivă: a durerii - scala Kattus, a greutăţii 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 desfăşurare a terapiei a fost următoarea: anamneză/interviu în cinci paşi; construirea relaţiei de lucru; kinetoterapie (40 min); psihoterapie suportivă şi cognitiv – comportamentală (40 min) preoperator (10 zile) şi postoperator (18 zile).

Kinetoterapia

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

Preoperator

 Învăţarea unor strategii de management a durerii: utilizarea unor elemente de relaxare, masaj şi automasaj, posturări

 Dezobstrucţia bronhică - Instruirea în metodele fizice care să-i asigure postoperator o bună evacuare a secreţiilor bronhice: posturi de drenaj; educarea tusei (ca tehnică de respiraţie tip "huffing" s-au folosit: inspiruri şi expiruri superficiale, pe gură, progresiv devenind tot mai profunde, ca un gâfâit, realizate prin mobilizări toracice în special.

 Conştientizarea asupra mişcărilor respiratorii

 Tonifierea musculaturii sinergice prin exerciţii de gimnastică medicală.

 Educarea respiraţiei abdominodiafragmatice, ca şi a respiraţiei unilaterale hemitoracale pentru toracele stâng.

Postoperator imediat

 Dezobstrucţia bronhică - tehnica respiraţiei de tip "huffing"; compresia şi decompresia spaţiului 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 - repoziţionări în pat de cel puţin 2 ori pe zi; corectarea poziţiilor deficitare din aşezat, ortostatism sau mers.

 Prevenirea redorii centurii scapulare stângi - posturarea braţului; mobilizări pasive şi active ale umărului;

 Ameliorarea circulaţiei de întoarcere venoasă şi prevenirea tromboflebitelor postoperatorii - poziţionarea membrelor inferioare pe perne; mobilizarea picioarelor; masaj (talpă şi gambe).

Postoperator precoce

 Combaterea durerii - masajul întregului hemitorace, elemente de relaxare

 Recuperarea deficitului respirator - control şi coordonare a fluxului respirator; antrenarea respiraţiei toracale inferioare şi a celei abdominale.

 Combaterea tendinţei de compensare ventilatorie a hemitoracelui indemn - posturare (decubit lateral); blocare cu mâna a respiraţiei pentru îngreunarea ampliaţiei hemitoracelui respectiv; control vizual în faţa oglinzii.

 Tonifierea musculaturii respiratorii prin mişcări contra rezistenţei.

 Corectarea deficitului static şi scapular - ameliorarea durerii; educarea unei posturi corecte a trunchiului; manevre de întindere capsulo-ligamentară.

Postoperator tardiv

 Recuperarea funcţiei respiratorii - exerciţii analitice de reeducare respiratorie abdominotoracală inferioară; antrenament la efort.

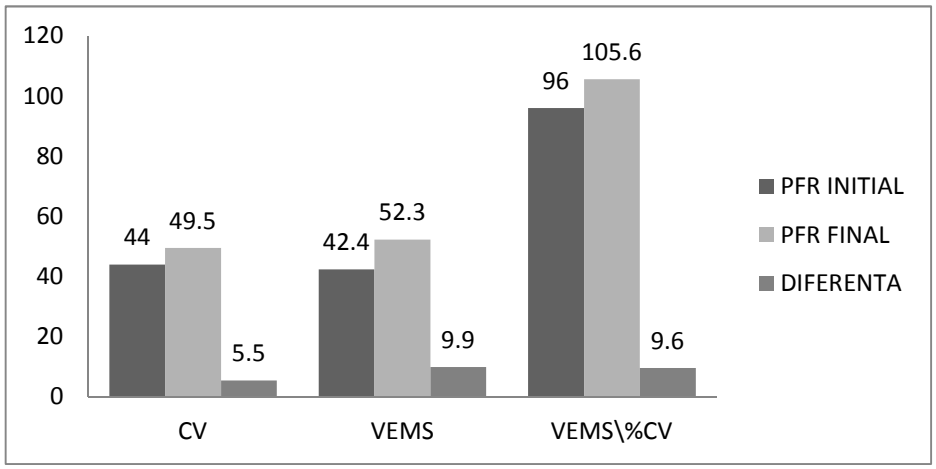
Evaluarea funcţiei ventilatorii

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

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

PFR	INIŢIALE	FINALE	DIFERENŢA
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 bronşică (FEV1%VC)



Graficul 1. Evoluţia valorilor PFR

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

Evaluarea finală evidenţiază evoluţia pozitivă a valorilor PFR. → Creşterea capacităţii vitale - CV cu 5,5% (220ml), scăzând travaliul ventilator prin ameliorarea expansiunii toracice şi pulmonare, ameliorându-se ventilaţia pe minut (la efort); Creşterea volumul expirator maxim pe secundă - VEMS cu 9,9% (310ml) prin ameliorarea forţei de contracţie a muşchilor ventilatori; Creşterea permeabilitatea bronşică cu 9,6%.

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

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

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

Dacă iniţial 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 iniţial la aprecierea subiectivă a gradului de dispnee la efort, pacienta a ales scala Kattus (durere) = 3 (Durere intensă la care de obicei bolnavul îşi întrerupe activitatea)/ scala Borg (greutatea efortului) = 7 (Între greu şi 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 operaţiei, ce înseamnă ea ("Ce-mi face?").

 iniţierea psihoterapiei îndreptată atât asupra pacientei cât şi asupra familiei;

 intervenţia în criză şi reducere a anxietăţii şi stării depresive secundare, privitor la operaţie prin: terapie suportivă (încurajare, sugestie, sfat, recompense emoţionale) cu accent pe explicarea diagnosticului, asigurarea complianţei pentru tratamentul chirurgical şi pregătirea intervenţiei, explicarea rostului şi necesităţii ei; tehnica de control a respiraţiei; tehnici behavioriste pe principiul condiţionării clasice: tehnica expunerii gradate

 prezentarea sălii de operaţie şi a anexelor sale însoţită de explicaţii privitoare la operaţia propriu-zisă şi manevrele premergătoare acesteia,

 rezolvarea unor probleme limitate, scăderea conduitei maladaptative prin tehnici de accelerare (tehnica amorsării directe a procesării informaţionale); decelerare a comportamentului

 planificarea rezolvării situaţiei traumatice, căutarea de informaţii pentru cunoaşterea exactă a parametrilor situaţiei stresante şi construirea unor strategii alternative de adaptare la stres şi de modificare a cogniţiilor

Postoperator imediat - problema: durerea - cu deformare a reprezentării mentale a realităţii prin inferenţă (cu deducţii pripite) – "dacă durerea e aşa mare înseamnă că nu a reuşit operaţia"

 reducerea simptomatologiei specifice prin: terapia durerii (durerea „operaţiei" şi durerea „tuburilor de dren") – descompunerea ei în elemente componente; terapie suportivă, relaxare, masaj şi mobilizare activă;

 rezolvarea unor probleme limitate, scăderea conduitei maladaptative prin tehnici de accelerare (tehnica amorsării directe a procesării informaţionale); decelerare a comportamentului

 modificarea opiniei eronate a pacientei despre sine şi lumea înconjurătoare prin tehnica rezolvării de probleme

 modificarea mecanismelor de coping dezadaptativ emoţional – control şi gestionare a stării de distres: tehnica de inoculare a stresului.

Postoperator precoce şi tardiv - problema: griji pentru viitorul familial – pacienta având gospodărie mare ("dacă nu mai pot face faţă problemelor casnice?")

 combaterea sentimentului de invaliditate (impresia unei funcţionări mai puţin adecvate a organismului, a unei capacităţi de efort sau de muncă reduse) şi consolidarea tendinţelor sanogenetice: tehnici de accelerare (tehnica amorsării directe a procesării informaţionale), decelerare a comportamentului.

 reducerea chiar anularea anxietăţii şi stării depresive prin: terapie suportivă (încurajare, sugestie, sfat, recompense emoţionale) cu utilizarea efectului sugestiv; tehnica rezolvării de probleme

 modificarea opiniei eronate a pacientei despre sine şi lumea înconjurătoare prin terapie cognitiv comportamentală cu accent pe modificarea cogniţiilor privitoare la imaginea de sine şi reluarea activităţilor cotidiene: rezolvarea de probleme şi 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 şi la externare.

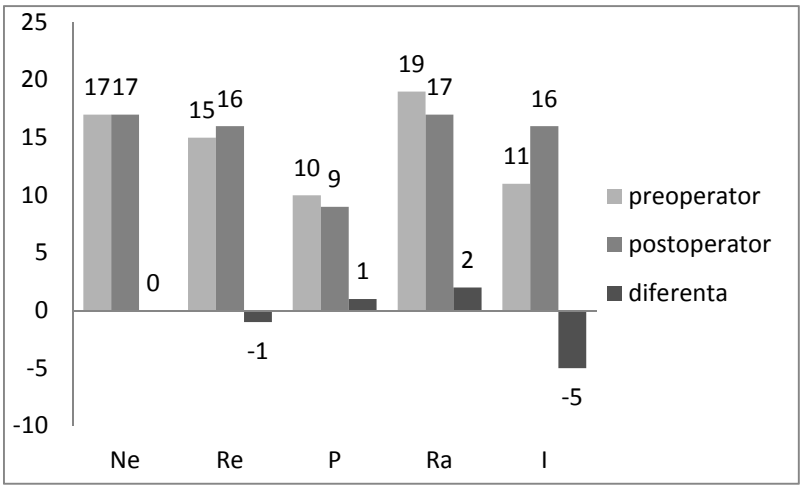
Pentru stările de: anxietate - Scala de Anxietate Hamilton (HAS); depresie - Inventarul de Depresie Beck (BDI). Scalele au fost aplicate la internare, postoperator imediat (ziua 2) şi la externare.

Scala de evaluare a mecanismelor cognitive de apărare (SEMCA)

Tabelul 2. Cotele SEMCA globale şi specifice obţinute pre şi postoperator

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

Ne – negare defensivă; Re – represie; P – proiecţie; Ra – raţionalizare; I – intelectualizare/izolare



Graficul 2. Evoluţia cotelor specifice SEMCA

Ne – negare defensivă; Re – represie; P – proiecţie; Ra – raţionalizare; I – intelectualizare/izolare

Iniţial, pacienta are tendinţa de a aborda un stil evitativ de coping cognitiv (cota globală iniţială 72), mecanismele utilizate de aceasta implicând: comportament de evaziune din situaţia stresantă (amânarea confruntării cu problema inerentă: operaţia), blocarea procesării informaţiei cu valenţă negativă sau prelucrarea ei selectivă (raţionalizare – cota 19); precum şi neutralizarea efectelor stresorului biologic, în condiţiile evitării înlăturării sale (utilizarea de analgezice). Pacienta utilizează resursele cognitive pentru procesarea informaţiilor neutre sau cu valenţă pozitivă. În terapia suportivă şi cognitiv comportamentală, accentul s-a pus modificarea comportamentului defensiv – rezultat al unei intenţii deliberate a pacientei de a evita confruntarea cu trauma (de a scădea reacţia la stres) precum şi pe modificarea mecanismelor defensive de apărare prin tehnicile de restructurare cognitivă, rezolvarea de probleme şi strategii alternative de adaptare la stres.

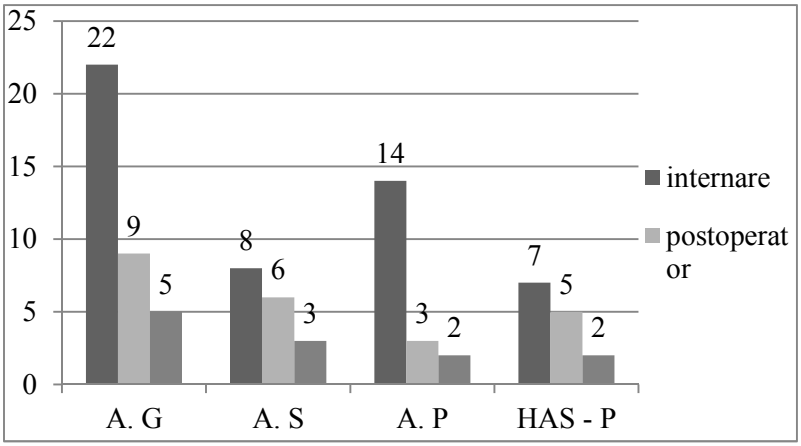
La finalul perioadei de spitalizare pacienta a înclinat spre abordarea unui stil confruntativ prin scăderea cotei globale la 69, respectiv prin tendinţa de a adopta atitudini rezolutive în situaţii problematice. În cadrul cotelor specifice, modificări importante se obţin la:

- raţionalizare (abordarea de strategii cognitive care să determine construcţii teoretice menite să justifice un comportament dezadaptativ şi să reevalueze pozitiv situaţia de stres) - de la 19 la 17 - cu modificări a itemilor 3 (de la 4 la 3); şi 8 (de la 3 la 2)– reevaluări pozitivă a situaţiei traumatice.
- intelectualizării/izolării (strategii cognitive care vizează analiza informaţiei trumatice în condiţiile disocierii acesteia de consecinţele ei emoţionale)) - 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. Evoluţia cotelor HAS la internare, postoperator şi externare pentru anxietatea generalizată, somatică, psihică şi 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. Evoluţia anxietăţii

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

La administrarea iniţială a scalei HAS, la internare pacienta prezintă cotă ridicată – 22 ceea ce demonstrează existenţa unei anxietăţi generalizate majore explicabilă prin modalitatea de percepţie a "necunoscutului" - operaţia. În sprijinul acestei afirmaţii vin de fapt şi cotele anxietăţii specifice; psihică – 14 şi somatică – 8. În urma aplicării terapiilor, accentul punându-se pe psihoterapie se obţin postoperator cote minore pentru toate tipurile de anxietate (3 – psihică; 6 – somatică), acestea păstrându-se şi 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 obţinute: 7, 5 şi 2 nu satisface criteriile DSM.IV.

 Cotele minore postoperatorii denotă "epuizarea" fizică şi emoţională a pacientei, epuizare datorată operaţiei cu întregului ei cortegiu de activităţi, dar şi efectului aplicării diferitelor modalităţi de pregătire a psihicului (psihoterapia suportivă şi cognitiv comportamentală cu accent pe modificarea cogniţiilor, acceptarea intervenţie, strategii alternative de adaptare la stres şi modalităţi de relaxare) şi somaticului (kinetoterapia preoperatorie).

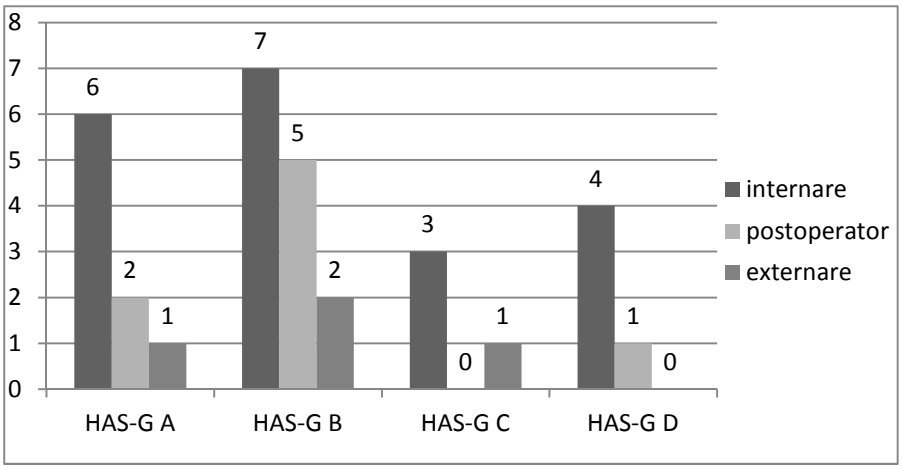
 Postoperator şi la externare, absenţa anxietăţii generalizate demonstrează eficienta strategiilor de adaptare la stres şi modificarea cogniţiilor. Anxietatea psihică existentă la externare – 2 (1 – la anxietate şi la dispoziţie depresivă) şi somatică – 3 (1 – la simptome generale musculare, cardiovasculare şi respiratorii) demonstrează o dată în plus impactul combinaţiei psihoterapie/kinetoterapie asupra capacităţii de adaptare şi de stăpânire a organismului.

Tabelul 4. Evoluţia cotelor HAS – G la internare, postoperator şi externare pentru cele 4 criterii A, B, C şi 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. = aşteptare tensionată, plină de teamă; HAS – G D. = explorare hipervigilentă a mediului înconjurător

Graficul 4. Evoluţia celor 4 criterii HAS – G



HAS – G A. = tensiune motorie; HAS – G B. = tulburări neurovegetative;
HAS – G C. = aşteptare tensionată, plină de teamă; HAS – G D. = explorare hipervigilentă a mediului înconjurător

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

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

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

 la externare cotele obţinute sunt minime astfel: 2 - tulburările neurovegetative (1 - simptome cardiovasculare şi respiratorii);1 - tensiunea motorie (simptome generale musculare) şi aşteptare 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 şi supraponderabilitatea, care la rândul ei necesită intervenţie specifică, de durată, atât psihologică cât şi kinetoterapeutică.

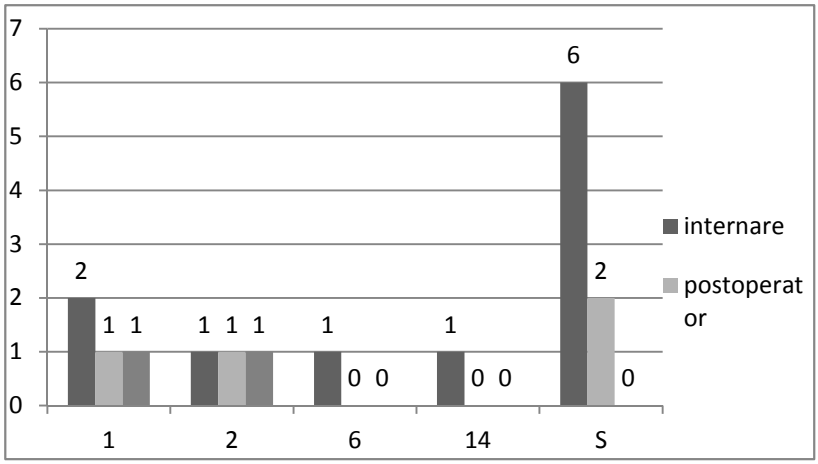
Inventarul de Depresie Beck (B.D.I.)

Tabelul 5. Evoluţia cotelor BDI la internare, postoperator şi 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 – tristeţe; 2 – pesimism; 6 – sentimentul pedepsei; 14 – modificări în imaginea de sine

Graficul 5. Evoluţia cotelor BDI la itemii 1; 2, 6; 14 şi somatic



Itemul 1 – tristeţe; 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 obţinute au fost: 2 la itemul 1- dispoziţie depresivă (tristeţe); 1 la itemul 2 – lipsa speranţei (pesimism); 1 la itemul 6 – nevoia de pedeapsă; 1 la itemul 14 – imagine de sine negativă. Ultimele categorii care se referă la caracteristicile ce ţin de partea biologică şi pe care le-am cuantificat împreună sub forma simptomelor somatice scorul obţinut 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 şi la anxietate, explicaţia acestor scoruri poate fi modalitatea de percepţie a "necunoscutului" - operaţia, simptomatologia fiind exacerbată în plan psihic, mai mult decât somatic, datorită gândurilor cu caracter disfuncţional.

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 şi 20 – ipohondrie) 1 la categoriile simptom – atitudine: dispoziţie depresivă (tristeţe) şi lipsa speranţei (pesimism).

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

Discuţii

Se afirmă frecvent că, pentru recuperarea pacienţilor din chirurgie toracică sunt utilizate: respiraţiile profunde, manevrele de dezobstrucţie bronşică, ambulaţia precoce şi mobilizările articulaţiei scapulohumerale.

După toracotomie, majoritatea pacienţilor sunt evaluaţi funcţional şi/sau urmează tratament kinetic, însă numai o treime sunt preluaţi preoperator şi relativ puţini sunt urmăriţi

după externare [3] Kinetoterapia postoperatorie are un rol important în combaterea durerii şi menţinerea funcţionalităţii umărului [4], poate reduce perioada de spitalizare şi incidenţa atelectaziei (cu o reducere ulterioară în costurile spitalizării), dar pare să nu aibă nici o influenţă asupra incidenţei pneumoniei şi morbidităţii globale. [5]
Alte cercetări au demonstrat că asocierea kinetoterapiei cu utilizarea dispozitivelor medicale (cum ar fi stimulare spirometrică) nu determină nici o diferenţă semnificativă la rezultate [6,7].

Stările depresive şi anxioase şi somatizarea sunt cele mai frecvente tulburări mintale observate în chirurgie. Cei diagnosticaţi cu aceste tulburări au fost în mare parte vârstnici, cei cu educaţie precară şi mai frecvent femeile. [8] Chiar dacă prevalenţa acestor tulburări este ridicată, rata de detecţie a acestora de către medici este scăzută. [9] Psihoterapia suportivă aplicată pacienţilor care suferă o intervenţie chirurgicală are efecte benefice asupra ameliorării acestor tulburări, optimizarea complianţei la tratament şi de asemenea a prelungirii ratei de supravieţuire. [10,11]

În cazul prezentat am ilustrat posibilitatea asocierii ambelor modalităţi de tratament astfel încât tulburările psiho-somatice să fie abordate ca un tot indisolubil şi tratate ca atare, în beneficiul tuturor participaţilor 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 şi frica pentru intervenția chirurgicală, pregătirea funcţională şi 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 şi/sau anxioase), scăderea incidenţei complicaţiilor, ameliorarea chiar prevenirea permanentizării deficitului funcțional, precum şi minimalizarea consecinţelor acestuia asupra independenţei funcţionale şi a calităţii vieţii.

Lucrarea de față sugerează că sunt necesare studii suplimentare pentru a determina care este cea mai validă modalitate de combinare a terapiilor psiho-somatice şi demonstrarea eficienţei 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 prevalenţa acestei asocieri.

Recunoașterea importanţei acestui tip de terapie psiho-somatică ar putea avea un mare impact, asigurând creşterea calităţii îngrijirii pacienţilor.

Conflict de interese

Autorii declară că nu există nici un conflict de interese.

Referințe bibliografice

[1] Ionescu G. (1995) *Tratat de psihologie medicală şi psihoterapie*. Editura Asklepios. Bucureşti, 363–364
[2] Miclea M. (1997) *Stres şi 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 VRP1 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, Schaefert 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.