



UNIVERSITATEA BABEȘ-BOLYAI
FACULTATEA DE PSIHLOGIE ȘI ȘTIINȚE ALE EDUCAȚIEI
ȘCOALA DOCTORALĂ „PSIHODIAGNOSTIC ȘI INTERVENȚII
PSIHOLOGICE VALIDATE ȘTIINȚIFIC”



REZUMATUL TEZEI DE DOCTORAT
DISTORSIUNI ATENȚIOANLE ȘI EXPECTANȚE DE RĂSPUNS LA FEMEILE CU
CANCER MAMAR AFLATE ÎN CHIMIOTERAPIE

DOCTORAND: OANA COBEANU

COORDONATOR ȘTIINȚIFIC:

PROF. UNIV. DR. DAVID DANIEL (UNIVERSITATEA BABEȘ-BOLYAI)

CLUJ-NAPOCA

2013

MULȚUMIRI

Aș dori să îmi exprim gratitudinea față de coordonatorul meu științific: Prof. univ. dr. Daniel David, de la Universitatea Babeș-Bolyai, ale cărui idei inovative și contribuții științifice m-au motivat și m-au ajutat să ajung până la acest punct. Mulțumesc, de asemenea, colectivului Școlii Doctorale "Psihodiagnostic și intervenții psihologice validate științific" pentru contribuția lor valoroasă în diferite puncte de-a lungul drumului, precum și pentru sprijinul constant acordat. Mulțumesc colegilor din Școala Doctorală pentru încurajările și prietenia lor. Mulțumiri speciale Prof. Myra Hunter, de la Universitatea Kings College, Londra, pentru interesul acordat lucrării mele și sprijinului valoros în această cercetare. Nu în ultimul rând, aș dori să mulțumesc familiei și prietenilor mei, care au făcut ca această călătorie să pară mai ușoară în anumite momente și să merite efortul.

Această cercetare a fost sprijinită financiar din programe cofinanțate de Programul operațional sectorial dezvoltarea resurselor umane, Contract POSDRU/107/1.5/S/76841 cu titlul "Studii doctorale moderne: internaționalizare și interdisciplinaritate".

Note: _____

(1) Prin aceasta se certifică de către Oana Cobeanu următoarele:

1. Teza include contribuția originală a Oanei Cobeanu (autor) în vederea obținerii titlului de Doctor;
2. Părți ale acestei teze au fost acceptate spre publicare sau prezentate la conferințe; citările potrivite acestor publicații au fost incluse în cadrul tezei. Alți coautori au fost incluși în publicații în cazul în care au contribuit la realizarea textului publicat, interpretarea datelor, etc. (contribuția specifică a fiecăruia a fost explicată în mod clar în notele de subsol ale tezei de doctorat);
3. Teza a fost scrisă în conformitate cu standardele publicațiilor academice. Întregul text al tezei și rezumatul acesteia a fost scris de către Oana Cobeanu, care își asumă toată responsabilitatea acestora; de asemenea:
 - S-a folosit un program software pentru verificarea originalității scierilor academice (vezi <http://plagiarism-detector.com/>); teza a trecut de testul critic;
 - O copie a setului de date/baza de date a fost livrată la Departament/ Școala Doctorală (electronic)

(2) Prin aceasta se certifică faptul că Oana Cobeanu a urmat cursurile de Principii de etică la Școala Doctorală "Psihodiagnostic și intervenții psihologice validate științific"

(3) Toate tabelele și figurile sunt numerotate în cadrul capitolelor sau subcapitolelor corespunzătoare ale tezei.

TABLE OF CONTENTS

CAPITOLUL I. CADRU TEORETIC.....	4
CAPITOLUL II. OBIECTIVELE CERCETĂRII ȘI METODOLOGIA GENERALĂ	7
CAPITOLUL III. CONTRIBUȚII ORIGINALE DE CERCETARE	10
STUDIUL 1: Pot intervențiile cognitiv-comportamentale atenua experiența efectelor secundare și distresul pacienților cu cancer mamar aflate în curs de tratament? O analiză sistematică.....	10
Introducere	10
Metode	11
Rezultate	12
Discuții.....	15
STUDIUL 2. Distorsiunea atențională către stimuli specifici menopauzei și relația acesteia cu expectanțele de răspuns și simptomele menopauzei: un studiu pilot al unei intervenții de modificare a distorsiunilor atenționale.....	17
Introducere	17
Metode	18
Rezultate	19
Discuții.....	20
STUDIUL 3: Distorsiunile atenționale și expectanțele de răspuns la pacientele cu cancer mamar aflate în chimioterapie: Un studiu experimental.....	21
Introducere	21
Metode	22
Rezultate	23
Discuții.....	25
Studiul 4: Modificarea distorsiunilor atenționale și relaxare pentru pacientele cu cancer mamar aflate în chimioterapie: rezultate preliminare ale unui studiu clinic controlat.....	26
Introducere	26
Metodă	26
Rezultate	30
Discuții.....	32
CAPITOLUL IV. CONCLUZII GENERALE ȘI IMPLICAȚII	34
4.1. Implicații teoretice și conceptuale	34
4.2. Implicații metodologice	37
4.3. Contribuții practice	37
4.4. Limite și direcții viitoare.....	38
BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ.....	39

Cuvinte cheie: psihoterapii cognitive și comportamentale, distorsiuni atenționale, expectanțe de răspuns, paradigma modificării distorsiunilor atenționale (ABM), distres, efecte secundare, chimioterapie, cancer mamar

CAPITOLUL I. CADRU TEORETIC

Cancerul mamar este cel mai întâlnit tip de cancer în populația feminină la nivel mondial, cuprinzând 16% din toate cazurile de cancer din această populație. Aproximativ 519,000 de femei au murit în 2004 în urma cancerului mamar și 1,38 milioane de noi cazuri de cancer mamar au fost diagnosticate în 2008 în întreaga lume (Organizația Mondială a Sănătății, 2008). Cele mai multe paciente cu cancer mamar vor necesita alte tratamente medicale în urma sau înaintea intervenției chirurgicale (de ex. radioterapie, chimioterapie, terapie hormonală sau o combinație a acestora), livrate fie în scop adjuvant tratamentului primar (tratament neo-adjuvant), fie pentru creșterea șanselor de supraviețuire pe termen lung în urma tratamentului primar (tratament adjuvant). Aceste tipuri de tratament sunt de obicei însoțite de efecte secundare fizice (de ex. greață, vărsături, căderea părului, oboseală, durere), dar și de distress emoțional. Având în vedere progresele medicale recente, tratamentele pentru cancer mamar întâlnite azi au probabilitate mare de a fi însoțite de efecte secundare mai puțin dramatice în ceea ce privește aspectul fizic în urma intervenției chirurgicale față de cele întâlnite cu ani în urmă, dar sunt de asemenea mai complexe și se extind pe o perioadă mai lungă de timp ("Aspecte psihologice și sociale ale cancerului mamar" – Cancer Network, 2008). Similar cazului majorității tipurilor de cancer, rata de supraviețuire relativă pentru cancerul mamar este în creștere, ca atare această boală poate fi conceptualizată ca fiind cronică (White, 2001).

Majoritatea pacientelor cu cancer mamar vor trece printr-o perioadă de distress psihologic, iar unele dintre acestea vor dezvolta de asemenea tulburări psihologice. Potrivit Institutului Național pentru Sănătate și Excelență Clinică (National Institute for Health and Clinical Excellence – NICE) (2009), între 22 și 47% dintre pacientele cu cancer mamar ar putea avea un episod semnificativ de anxietate sau depresie. Burges și colab. (2005) au evaluat prevalența anxietății și depresiei semnificative clinic pe o perioadă de cinci ani în urma diagnosticului de cancer mamar. Aceștia au relevat faptul că prevalența depresiei, anxietății, sau a întâlnirii ambelor (inclusiv cazurile limită) a fost de 33% la primirea diagnosticului și de 24% la trei luni de la diagnosticare, scăzând la 15% la un an. Autorii au concluzionat că în cazul femeilor diagnosticate cu cancer mamar în stadiu incipient, prevalența depresiei, anxietății sau a ambelor tulburări este de aproximativ de două ori mai mare față de cea a femeilor din populația generală, în anul care urmează diagnosticului. După acest moment temporal, femeile diagnosticate indică niveluri similare de depresie și anxietate față de cele din populația generală.

Mai mult decât atât, există dovezi că, în raport cu distressul de ordin general, impactul tratamentului trebuie luat în considerare. Jim și colab. (2007) au aratat că efecte secundare/simptome fizice mai intense raportate în timpul tratamentului adjuvant (i.e., chimioterapie, radioterapie sau ambele) prezic nivele de distress total relaționat cu cancerul și distress general mai crescute, precum și gânduri intruzive mai frecvente post-tratament. Analizele de tip follow-up au indicat faptul că relația dintre efectele secundare/simptomele fizice și distressul general a fost mediată atât de distressul total legat de cancer precum și de gândurile intruzive. Aceste rezultate sugerează faptul că pacientele care prezintă efecte secundare/simptome fizice mai puternice în timpul tratamentului se află la risc crescut pentru a dezvolta distress relaționat cu cancerul mai târziu și, la rândul său, distress general. Luând în considerare acest lucru, se indică investigarea eficacității intervențiilor psihologice livrate în contextul tratamentului activ al cancerului mamar și orientate spre ajutarea femeilor aflate în acest context pentru a dezvolta strategii eficiente de a face față, atât emoțional cât și fizic.

Această relație bidirecțională dintre distres și prezența efectelor secundare, în timpul tratamentului cancerului mamar, poate fi explicată în cadrul paradigmei cognitiv-comportamentale (CBT) (Beck, 1976; Ellis, 1994), prin intermediul mecanismelor cognitive comune (i.e., convingerile disfuncționale).

CBT a demonstrat rezultate promițătoare în cazul pacienților cu cancer (Ferlay et al., 2010; Luebbert, Dahme, & Hasenbring, 2001), în ceea ce privește distresul trăit de acești pacienți, calitatea vieții acestora și efectele secundare tratamentului adjuvant livrat acestora, precum greața și vărsăturile (Richardson et al., 2007). Cu toate acestea, concluziile privind eficacitatea intervențiilor CBT în gestionarea efectelor secundare relaționate tratamentului adjuvant al cancerului și în mod special la pacientele cu cancer mamar în curs de tratament sunt puține și neconcludente. Considerăm că este foarte important să se stabilească dacă CBT este eficient și adecvat în circumstanțele specifice tratamentului acut, având în vedere distresul fizic și psihologic semnificativ asociat cu acest context (Burgess et al, 2005; David & Spiegel, 1997; Jim et al, 2007).

Pentru a îndeplini acest obiectiv, ne-am îndreptat atenția către rolul jucat de *expectanțele de răspuns (RE)* și *distorsiunile atenționale către efectele secundare ale tratamentului (attentional bias; AB)*. Ca urmare a dezvoltărilor recente ale domeniului intervențiilor de modificare a distorsiunilor atenționale (ABM) arătând efecte semnificative asupra outcome-urilor de tip distres (Hakamata et al., 2010; Hallion & Ruscio, 2011), precum și rezultate promițătoare asupra celor de tip somatic (Sharpe et al., 2012), și luând în considerare procentul semnificativ de femei care se confruntă cu anxietate și depresie după primirea unui diagnostic de cancer mamar (Burgess et al., 2005), am luat în considerare extinderea cercetărilor intervențiilor pe distorsiuni atenționale și ABM asupra populației clinice cu diagnostic de cancer mamar. În acest demers, am hotărât de asemenea să integrăm cercetările vaste cu privire la expectanțele de răspuns și intervențiile CBT care vizează aceste expectanțe, în cazul pacientelor cu cancer mamar. Știm deja că expectanțele de răspuns joacă un rol central în generarea răspunsurilor non-voliționale, cum ar fi efectele secundare tratamentului și distresul asociat (Montgomery & Bovbjerg, 2000; Montgomery et al., 2010; Sohl et al., 2009). Pentru a îndeplini acest ultim scop, paradigma CBT a reprezentat orientarea principală care ne-a ghidat demersul.

În al doilea rând, având în vedere faptul că cercetările referitoare la distorsiunile atenționale s-au dezvoltat într-un fel independent de paradigma CBT, ne-am propus să investigăm posibilele relații de mediere/moderare între constructele principale ale CBT precum credințele iraționale/atitudinile disfuncționale și/sau gândurile automate și distorsiunile atenționale. În mod similar, am explorat relațiile posibile de tip mediere/moderare dintre expectanțele de răspuns (ca și convingeri automate inferențiale) și distorsiunile atenționale, în ceea ce privește efectul lor asupra distresului și efectelor secundare ale tratamentului.

În al treilea rând, având în vedere avantajele evidente ale intervențiilor ABM de a fi eficiente din punct de vedere al costului și ușor de diseminat (i.e., ele bazându-se pe exerciții cognitive simple, repetitive, care pot fi învățate ușor și practicate în mod independent, cu sprijin minim din partea unui profesionist în sănătatea mentală), apar noi posibilități pentru intervențiile psihologice livrate în contextul tratamentului cancerului în ambulator. În acest sens, bazându-ne pe cercetări recente asupra intervențiilor CBT plus ABM utilizate în managementul durerii (Sharpe et al., 2010, 2012), am dezvoltat un protocol de CBT

îmbunătățit, prin adăugarea unei intervenții ABM concepute pentru a redirecționa atenția dinspre stimulii care descriu efectele secundare ale tratamentului.

Relevanța cercetării noastre constă în principal în integrarea cercetărilor asupra expectanțelor de răspuns și distorsiunilor atenționale, în cadrul paradigmei CBT, pe populația clinică a pacienților cu cancer mamar. În continuare, această integrare reprezintă terenul necesar pentru construirea intervențiilor CBT îmbunătățite, care să vizeze atât distorsiunile atenționale, precum și expectanțele de răspuns.

În următorul capitol am subliniat obiectivele de cercetare și abordarea metodologică generală utilizată pentru a atinge aceste obiective, în scopul de a crea cadrul general pentru înțelegerea studiilor incluse în acest proiect de cercetare.

CAPITOLUL II. OBIECTIVELE CERCETĂRII ȘI METODOLOGIA GENERALĂ

Având în vedere considerațiile teoretice și empirice prezentate în capitolul precedent, vom descrie mai jos obiectivele acestei teze, împreună cu planul de cercetare propus pentru atingerea acestor obiective.

Obiectivul general al acestui proiect de cercetare a reprezentat investigarea din punct de vedere al CBT a rolului pe care expectanțele de răspuns și distorsiunile atenționale îl joacă în generarea distresului emoțional și fizic prezentat de către pacientele cu cancer mamar aflate în chimioterapie. Mai precis, dorim să investigăm un nou tip de tratament (i.e. *attentional bias modification* - modificarea distorsiunilor atenționale, ABM;) în cazul pacientelor cu cancer mamar aflate în tratament, în ceea ce privește eficiența și mecanismele schimbării.

Primul obiectiv major al cercetării noastre a fost realizarea unei sinteze cantitative a datelor disponibile în literatura de specialitate cu privire la eficacitatea clinică a CBT pentru a reduce distresul și efectele secundare ale tratamentului neo-adjuvant sau adjuvant, la pacientele cu cancer mamar. Am decis să ne direcționăm eforturile de cercetare astfel deoarece 1), nici o altă analiză cantitativă sistematică anterioară nu a luat în considerare acest subiect specific; 2), există nevoia de a stabili care este starea domeniul intervențiilor CBT pentru această categorie specifică de pacienți (i.e., pacientele cu cancer mamar aflate în curs de tratament neo-adjuvant sau adjuvant). Acest obiectiv a vizat contribuția la dovezile empirice referitoare la eficacitatea clinică a intervențiilor CBT și a fost realizat prin intermediul unei meta-analize cantitative (Studiul 1).

Al doilea obiectiv major al cercetării noastre a fost de a introduce utilizarea procedurilor de evaluare și modificare a distorsiunilor atenționale, pe un eșantion similar pacientelor cu cancer mamar. Am selectat femeii aflate la menopauză, având simptome fizice problematice secundare menopauzei. Cercetarea privind simptomele menopauzei a beneficiat de o conceptualizare cognitiv-comportamentală, astfel că s-a putut realiza facil integrarea cercetărilor noastre în domeniul expectanțelor de răspuns și distorsiunilor atenționale cu rezultatele prezente din acest domeniu. Acest obiectiv a fost realizat printr-un evaluarea unui singur grup, având un design de măsurători pre-post.

Al treilea obiectiv major al cercetării noastre a fost de a extinde rezultatele raportate anterior privind distorsiunile atenționale la pacientele cu cancer mamar, precum și cele privind expectanțele de răspuns pentru efectele secundare. Obiectivul acesta a implicat inovații conceptuale și metodologice. În vederea realizării acestui obiectiv am derulat un studiu explorator cu un design corelațional de tip predictiv. Am investigat rolul distorsiunilor atenționale ca potențial predictor al expectanțelor de răspuns, al distresului și al efectelor secundare ale tratamentului. Pe de altă parte, am investigat și rolul expectanțelor de răspuns în precizarea distorsiunilor atenționale, a distresului și a efectelor secundare ale tratamentului (Studiul 3).

În final, **cel de-al patrulea obiectiv major** al cercetării noastre a constat în integrarea unei intervenții de tip ABM într-un protocol clasic CBT conceput pentru gestionarea efectelor secundare ale tratamentului în cazul pacientelor cu cancer mamar. Mai precis, am comparat un protocol CBT îmbunătățit cu ABM cu protocolul standard CBT (relaxare plus imagerie dirijată și sugestii specifice pentru reducerea efecte secundare ale chimioterapie), analizând separat efectele acestor două intervenții asupra (1) efectelor secundare ale chimioterapiei și

distresului, precum și efectele lor asupra (2) expectanțelor de răspuns și distorsiunilor atenționale. În vederea realizării acestui obiectiv, am derulat un studiu clinic randomizat.

Studiile noastre (cu excepția Studiului 1), reprezintă studii de cercetare fundamentală, având scopul de a îmbunătăți înțelegerea curentă a relației dintre distorsiunilor atenționale și expectanțelor de răspuns în generarea distresului emoțional și fizic la pacientele cu cancer mamar aflate în curs de tratament. Toate cele patru studii au implicații clinice importante, oferind sugestii clare în ceea ce privește tratamentul psihologic preferat pentru pacientele cu cancer mamar aflate în curs de tratament (Studiul 1 și Studiul 4), în timp ce adâncesc, de asemenea, înțelegerea curentă a importanței expectanțelor de răspuns și distorsiunilor atenționale în managementul clinic al simptomelor problematice ale menopauzei (Studiul 2) și al efectelor secundare ale tratamentului la pacientele cu cancer mamar (Studiul 3).

O structură generală a proiectului de cercetare doctorală este prezentată în Figura 1.

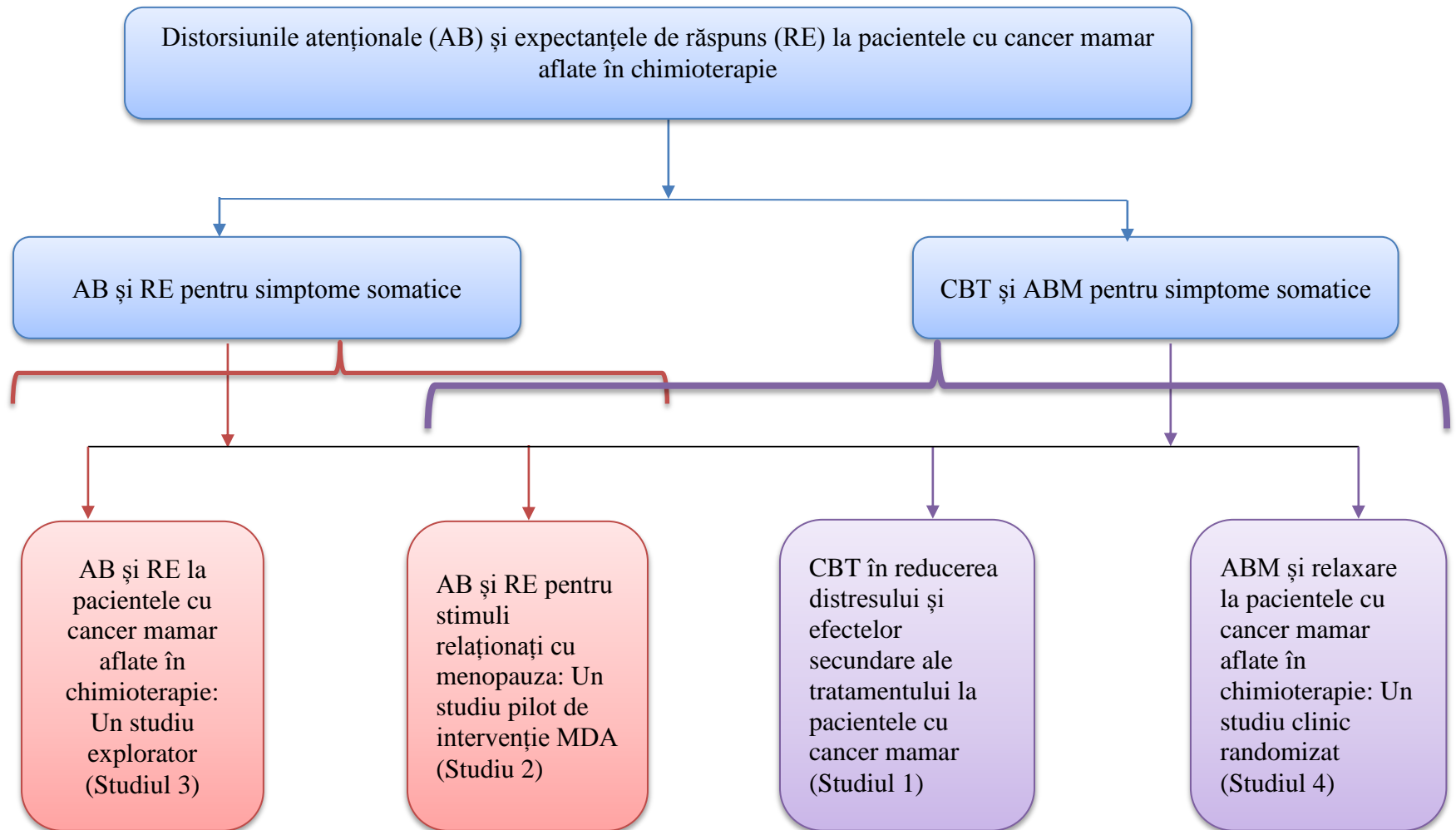


Figura 1. Structura schematică a studiilor doctorale

CAPITOLUL III. CONTRIBUȚII ORIGINALE DE CERCETARE

STUDIUL 1: Pot intervențiile cognitiv-comportamentale atenua experiența efectelor secundare și distresul pacienților cu cancer mamar aflate în curs de tratament? O analiză sistematică¹

Introducere

Terapia cognitiv – comportamentală (CBT) arată rezultate promițătoare în cazul pacienților cu cancer, referitor la afectul global, depresie și calitatea vieții (Graves, 2003), în timp ce intervențiile comportamentale specifice (e.g., relaxarea, hipnoza) par să reducă semnificativ efectele secundare ale tratamentului cancerului precum greața, voma și durerea (Luebbert et al., 2001; Richardson et al., 2007) și, de asemenea, depresia și anxietatea (Luebbert et al., 2001). Două meta-analize catitative asupra eficacității CBT și a tehnicilor CBT pentru pacienții cu cancer au fost raportate anterior (Naaman et al., 2009; Tatrow & Montgomery, 2006).

În analiza lor, Tatrow și Montgomery (2006) au considerat distresul și durerea ca fiind variabilele de interes primar. Ajustând rezultatele în funcție de mărimea eșantionului (vezi Hunter & Schmidt, 1990), mărimile efectului raportate pentru durere, cât și pentru distres, nu au fost semnificativ diferite de zero. Autorii au raportat (1) o mărime mare a efectului pentru formatul de terapie individuală în comparație cu formatul de terapie de grup; (2) nicio corelație între numărul de sesiuni de psihoterapie și mărimea efectului; și (3) nicio diferență între severitatea cancerului (i.e., metastază vs. fără metastază). Cu toate acestea, analizele de moderare au fost conduse cu mărimea medie a efectului neajustată.

Naaman et al. (2009) au raportat despre eficiența CBT, imagerie dirijată și tehnici de relaxare și, de asemenea, intervenții suportiv – expresive și intervenții educaționale. Au luat în considerare ca și variabile de interes anxietatea, depresia și calitatea vieții. Au inclus studii care au avut participanți cu stadii diferite de cancer mamar, care au trecut printr-un tratament chirurgical și care se aflau sub sau finalizaseră tratamentul adjuvant. Rezultatele obținute arată că CBT are un efect ne semnificativ asupra anxietății și un efect mare asupra depresiei. Similar, pentru imageria dirijată și relaxare (un singur studiu) (Bridge, Benson, Pietroni, & Priest, 1988) s-a observat un efect mic asupra anxietății și un efect mediu asupra depresiei. Privitor la rezultatele asupra calității vieții, autorii au raportat o mărime mare a efectului a CBT, însă doar trei studii au fost incluse în analiză.

¹ Acest studiu se află în curs de revizuire la *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings* (Factor de impact 1.366): Cobeau, O. & David, D., (2013). Alleviation of Side Effects in Breast Cancer Patients by Cognitive Behavioral Interventions: A Systematic Review and Meta-Analysis.

Autorii au contribuit în realizarea manuscrisului după cum urmează: Cobeau, O. – proiectarea studiului, implementarea studiului (incluzând analiza datelor), elaborarea manuscrisului; David, D. – proiectarea studiului, structurarea manuscrisului, consultare asupra elaborării manuscrisului.

O serie de limite ale meta-analizelor anterioare merită evidențiate. Eterogenitatea studiilor incluse, în termeni de 1) protocol de intervenție și 2) stadiul bolii pacienților și stadiul tratamentului, ar putea să conducă la rezultate nesemnificative în ceea ce privește eficiența intervenției cognitive și/sau intervențiilor comportamentale (CBI). Prin urmare, considerăm că prin selecția specifică a protocolelor CBI (i.e. protocolele cognitive – comportamentale, protocolele cognitive sau protocolele comportamentale) ar putea fi oferită o imagine mai acurată a eficienței CBI pentru pacientele cu cancer mamar. Această abordare este de o importanță reală în lumina eficienței deja dovedite a tratamentelor cognitiv - comportamentale în tratarea depresiei și a tulburărilor de anxietate (Butler et al., 2006), durerii cronice (Morley, Eccleston, & Williams, 1999), precum și a distresului în cazul pacienților cu cancer (Graves, 2003; Luebbert et al., 2001).

Considerăm foarte importantă stabilirea eficienței CBI în circumstanțele specifice ale tratamentului acut (vezi, de asemenea Luebbert et al., 2001), considerând nivelul semnificativ al distresului fizic și psihologic asociat cu acest context. În momentul de față, rezultatele privind eficiența CBI în managementul efectelor secundare ale tratamentului cancerului mamar sunt puține și neconcludente. Analizele cantitative anterioare nu au adresat în mod direct efectul CBI asupra efectelor secundare la pacienții cu cancer. Doar analizele calitative consideră efectele secundare precum greața, episoadele de vomă sau oboseala ca variabile de interes. Prin urmare, încă există o nevoie de a cunoaște cum anume influențează CBI severitatea și/sau frecvența acestor simptome specifice la pacientele cu cancer mamar.

Această meta – analiză își propune să 1) investigheze eficiența CBI în cazul pacienților cu cancer mamar asupra distresului și a calității vieții folosind criterii de includere mai restrictive; 2) să extindă analizele calitative anterioare cu privire la efectele CBI asupra efectelor secundare tratamentului medical (i.e. oboseala, tulburările somnului, greața și episoadele de vomă). Mai exact, am urmărit să: 1) stabilim o medie a mărimii efectului estimat a CBI pentru pacienții cu cancer mamar care se află în tratament; 2) să oferim un indicator estimativ global al mărimii efectului intervențiilor asupra efectelor secundare ale tratamentului, distresului emoțional și calității vieții; 3) să testăm posibili moderatori ai efectului CBI asupra acestora.

Un aspect foarte important al acestei meta – analize este decizia de a include studii care au raportat intervenții construite în cadrul abordării cognitive și/sau comportamentale, așa cum au fost descrise de către autori, furnizate pe parcursul tratamentului cancerului mamar și orientate către reducerea efectelor secundare și/sau a distresului emoțional. Ne-am axat pe circumstanțele specifice pacienților cu cancer mamar, care primesc tratament, cu scopul de a oferi informații relevante din punct de vedere clinic, care servesc profesioniștilor în sănătate implicați în procesul tratării cancerului mamar.

Metode

Identificarea studiilor

Studiile potențial relevante au fost identificate prin căutarea în bazele de date PsychInfo și MEDLINE în perioada aprilie – decembrie 2012, folosind următorii termeni sau combinații a acestora: “breast cancer”, “chemotherapy”, “radiotherapy” “relaxation therapy”, “cognitive behavioral psychotherapy”, “cognitive behavioral intervention”, “CBT”,

“hypnosis”, “pain”, “nausea”, “vomiting”, “fatigue”, “sleep disturbances”, “side effects”, “cognitive intervention”, “behavioral intervention”, și “symptom management”. De asemenea am cautat în mod sistematic referințe din studiile clinice randomizate recente, meta – analize cantitative și calitative care au tratat acest subiect.

Criterii de includere

Pentru includerea în studiu, au fost utilizate următoarele criterii: 1) studiul a fost un studiu clinic randomizat; 2) studiul a fost conceput specific pentru a evalua eficiența unei intervenții de tip cognitiv și/sau comportamental (CBI) în managementul efectelor secundare ale tratamentului cancerului mamar și/sau al distresului asociat; 4) studiul a fost scris în limba engleză; 5) au existat date suficiente pentru a putea calcula mărimea efectului. Nu am inclus studiile care: 1) au investigat eficiența CBI înainte sau după tratament sau care au fost orientate pe reducerea distresului chirurgical; 2) studiile care au investigat eficiența CBI în managementul simptomelor fizice care nu sunt asociate cu efectele secundare ale tratamentului (e.g., durerea asociată cu metastaza).

Procedurile de codare

Pentru fiecare studiu eligibil am considerat următoarele variabile: datele pentru identificarea studiului (i.e., autor, anul publicării), tipul de rezultat raportat (i.e., efectele secundare ale tratamentului – SE, distres – D și calitatea vieții – QoL), numărul de participanți, media de vârstă a participanților, statutul clinic al participanților (stadiul cancerului mamar), experiența anterioară a pacienților cu tratamentul medical, tipul de tratament medical, statutul profesional al persoanelor care au furnizat intervenția psihologică, lungimea (în ore) a intervenției psihologice, descrierea intervenției psihologice, orientarea terapeutică (bazată pe descrierea protocolului, oferită de către autori), tipul de intervenție psihologică (terapie individuală sau de grup), instrumentele de măsurare a rezultatelor și momentele în timp alese pentru colectarea datelor.

Analizele statistice

Pentru calcularea fiecărui set de mărimi ale efectului am folosit modelul efectelor aleatorii. Pentru a testa distorsiunea de publicare am calculat indicatorul N al lui Rosenthal (1991). În plus, am generat și am examinat vizual așa-numitele *funnel plots*, care raportează eroarea standard asociată fiecărui studiu (în funcție de mărimea eșantionului) la mărimea efectului calculată pentru acel studiu. În continuare, am folosit procedura *trim-and-fill* propusă de Duval și Tweedie (2000) care estimează numărul probabil al studiilor care lipsesc și care ar putea corectea distorsiunea de publicare. Toate analizele au fost realizate utilizând softul Comprehensive Meta-Analysis, Version 2.2.046 (Borenstein, Hedges, Higgins, & Rothstein, 2005).

Rezultate

Efectul Global al CBI

Efectul global al CBI a fost calculat pe baza datelor raportate în 18 studii (având un total de 2037 participanți), la post-intervenție. Rezultatele au arătat o mărime a efectului

mică, dar semnificativă statistic, coeficientul d al lui Cohen fiind $d = 0.32$, $p = 0.000$, 95% CI = [0.168; 0.478]. Rezultatele globale pentru măsurătorile din follow-up (care conțin date din 8 studii, cu un total de 1294 participanți) au relevat o mărime mică a efectului, semnificativă pentru CBI, $d = 0.35$, $p = 0.016$, 95% CI = [0.066, 0.646].

Efectul CBI asupra simptomelor secundare ale tratamentului

Impactul CBI asupra efectelor secundare ale tratamentului (e.g., greață și episoade de vomă, oboseală, durere, tulburări de somn, slăbire musculară, simptome ale sânilor, simptome ale brațului), a fost calculat pe un număr de 10 studii (incluzând 1140 de participanți) și au fost luate în considerare doar datele raportate pentru post – intervenție. Rezultatele arată o mărime mică a efectului, dar semnificativă, coeficientul d al lui Cohen este $d = 0.31$, $p = 0.005$, 95% CI = [0.093; 0.530].

Mai departe, am calculat separat mărimea efectului pentru CBI asupra 1) greață și episoade de vomă, 2) oboseală, 3) tulburările somnului și 4) durerea.

Greața și episoadele de vomă

Impactul CBI asupra stărilor de greață și a episoadelor de vomă a fost calculat pentru un număr de 5 studii (având un număr de 518 participanți) luând în considerare doar datele raportate pentru post – intervenție. Rezultatele arată o mărime a efectului mică și semnificativă statistic $d = 0.39$, $p = 0.000$, 95% CI = [0.217; 0.575].

Oboseala

Efectul CBI asupra oboselei a fost calculat pentru 6 studii (incluzând un total de 518 participanți), considerând doar datele post – intervenție. Rezultatele arată o mărime a efectului nesemnificativă $d = 0.34$, $p = 0.063$, 95% CI = [-0.019; 0.710].

Tulburări ale somnului

Efectul CBI asupra somnului a fost calculat utilizând datele post – intervenție de la un număr de 3 studii (incluzând 387 participanți). Rezultatele au evidențiat o mărime a efectului nesemnificativă $d = 0.25$, $p = 0.314$, 95% CI = [-0.244; 0.761].

Durerea

Efectul CBI asupra durerii a fost calculat pe un număr de 3 studii, luând în considerare datele raportate pentru post – intervenție (cu un număr de 397 participanți). Rezultatele arată o mărime a efectului nesemnificativă a CBI asupra durerii $d = -0.02$, $p = 0.854$, 95% CI = [-0.259; 0.214].

Efectul CBI asupra distresului

Efectul CBI asupra distresului general (e.g., nivelul de anxietate și depresie, evaluarea stării emoționale generale, nivelul stresului perceput, nivelul afectului negativ și pozitiv, distresul psihologic, nivelul de ostilitate) a fost calculat pentru 16 studii (incluzând un total de 1831 participanți), luând în considerare doar datele raportate pentru post – intervenție. Rezultatele arată o mărime a efectului globală mică, dar semnificativă statistic, coeficientul d al lui Cohen fiind $d = 0.30$, $p = 0.000$, 95% CI = [0.134; 0.476].

Mai departe, am calculat mărimea efectului pentru CBI asupra anxietății și depresiei, separat.

Anxietatea

Efectul CBI asupra anxietății a fost calculat pentru un număr de 8 studii pentru datele raportate la post – intervenție (un număr de participanți de 1083). Rezultatele pun în evidență o mărime a efectului mică a CBI, dar semnificativă statistic $d = 0.28$, $p = 0.033$, 95% CI = [0.023; 0.538].

Depresia

Efectul CBI asupra depresiei a fost calculat pentru un număr de 10 studii, pentru datele obținute în post – intervenție (numărul de participanți fiind de 1202). Rezultatele arată o mărime a efectului mică și nesemnificativă statistic, coeficientul d al lui Cohen fiind $d = 0.21$, $p = 0.063$, 95% CI = [-0.012; 0.448].

Efectul CBI asupra calității vieții

Efectul CBI asupra calității vieții a fost calculat pentru un număr de 8 studii (care au inclus un total de 1139 participanți) luând în considerare datele raportate pentru post – intervenție. Rezultatele arată o mărime mică spre medie a efectului, semnificativă statistic. Coeficientul d al lui Cohen este $d = 0.45$, $p = 0.000$, 95% CI = [0.209; 0.691]. Vezi Tabelul 1 pentru o detaliere completă a mărimii efectului pentru fiecare variabilă vizată.

Tabelul 1. Mărimea efectului pentru fiecare variabilă în post – tratament

	Mărimea efectului (Coeficientul d al lui Cohen)	Numărul de studii	Numărul de participanți N
Domeniul fizic	.31**	10	1140
Greață și episoade de vomă	.39**	5	518
Durere	-.02	3	397
Oboseală	.34	6	831
Tulburări ale somnului	.25	3	387
Distres	.3**	16	1831
Anxietate	.28*	8	1083
Depresie	.21	10	1202
Calitatea vieții	.45**	8	1139

Notă. * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$; $d < 0.2$, nu a existat un impact al intervenției, $d = 0.2 - 0.5$, impact mic al intervenției, $d = 0.5 - 0.8$, impact mediu al intervenției, $d > 0.8$, impact mare al intervenției

Distorsiunea de publicare

Am calculat indicatorul N al lui Rosenthal (1991) pentru a vedea efectul global al CBI în post – tratament. Numărul de studii necesare pentru ca mărimea efectului să fie ne semnificativă statistic este de 180. Acest număr susține robustețea mărimii efectului calculate de noi. După Rosenthal (1991) indicatorul N ar trebui să fie mai mare decât $5K+10$ (unde K este numărul de studii incluse în meta – analiză). Noi am inclus 18 studii care raportează date post – tratament, prin urmare indicele N ar trebui să fie mai mare decât 100.

De asemenea, am calculat indicatorul N pentru efectul CBI asupra distresului general ($N = 126 > 5K+10$), asupra anxietății ($N = 29 < 5K+10$), asupra efectelor secundare ale tratamentului ($N = 49 < 5K+10$) și asupra calității vieții ($N = 86 < 5K+10$). Pentru anxietate și efectele secundare ale tratamentului, indicatorul N nu a susținut robustețea mărimii efectului calculat. Doar în cazul variabilelor calității vieții procedura *trim – an – fill* a lui Duval și Tweedie (2000) sugerează două studii lipsă ceea ce rezultă într-o reducere a mărimii efectului la $d = 0.31$, 95% CI = [0.033; 0.588].

Moderatori ai efectului CBI

Nu am identificat niciun moderator care să fie semnificativ statistic pentru efectul CBI asupra variabilelor. Cu toate acestea s-a putut observa o tendință care indică un posibil rol de moderator al tipului de terapie (i.e. individual vs. de grup) asupra distresului general. Terapia individual arată o mărime a efectului mică spre medie în ceea ce privește distresul ($k = 7$; $d = 0.40$, $p = 0.000$, 95% CI = [0.187; 0.626], $Q(6) = 14.146$, $p = 0.028$, $I^2 = 57.587$) spre deosebire de terapia de grup care arată o mărime mică a efectului ne semnificativă statistic ($k = 6$; $d = 0.15$, $p = 0.144$, 95% CI = [-0.053; 0.363], $Q(5) = 9.156$, $p = 0.103$, $I^2 = 45.390$).

De asemenea, în relație cu mărimea globală a efectului CBI asupra simptomelor secundare tratamentului, intervențiile comportamentale arată un nivel mic al mărimii efectului, semnificativ statistic ($k = 8$; $d = 0.31$, $p = 0.005$, 95% CI = [0.098; 0.539], $Q(7) = 17.906$, $p = 0.012$, $I^2 = 60.907$), timp în care intervențiile cognitiv – comportamentale arată o mărime a efectului mică și ne semnificativă statistic ($k = 4$; $d = 0.36$, $p = 0.138$, 95% CI = [-0.117; 0.842], $Q(3) = 8.880$, $p = 0.031$, $I^2 = 66.215$).

Discuții

Această meta – analiză a evidențiat o mărime a efectului mică, dar semnificativă statistic a impactului CBI asupra efectelor secundare tratamentului, nivelului global de stres și a calității vieții la pacientele cu cancer mamar, atât în faza de post – tratament, cât și în faza de follow-up. Rezultatele indică faptul că 62% dintre pacientele din grupurile de control au avut un nivel mai crescut al variabilelor vizate în comparație cu grupurile de intervenție (McGough & Faraone, 2009). Nu am identificat distorsiuni de publicare pentru efectul global al CBI.

Analiza separată pentru efectele secundare tratamentului a scos în evidență faptul că CBI sunt eficiente în reducerea episoadelor de vomă și greață, dar nu și a nivelului de oboseală, durere și a tulburărilor de somn, în timpul tratamentului. CBI au un efect mic, dar semnificativ statistic asupra anxietății. Nu am identificat un efect semnificativ al CBI asupra simptomatologiei depresive. La fel, nu am găsit moderatori semnificativi ai efectului CBI asupra niciunei dintre variabilele considerate în analiza de moderare. Cu toate acestea, pacientele din formatul de terapie individuală, spre deosebire de cei din formatul terapiei de grup par să raporteze un nivel mai scăzut de distress. La fel, pacientele care au beneficiat de o intervenție comportamentală, spre deosebire de cele care au beneficiat de o intervenție cognitiv – comportamentală, tind să raporteze un nivel mai redus și/sau o frecvență mai redusă a efectelor secundare tratamentului. În contextul tratamentului acut, intervențiile comportamentale (e.g. exercițiile de relaxare, controlul stimulilor) par a avea o probabilitate mai mare de a reduce efectele secundare tratamentului decât intervențiile cognitiv – comportamentale.

Rezultatele acestei meta – analize sunt relevante atât pentru pacienții, cât și pentru clinicienii implicați în contextul tratamentului acut al cancerului mamar. Informația adusă de studiul nostru poate fi utilizată în dezvoltarea intervențiilor pentru pacientele cu cancer mamar, care se află în tratament. Cu toate acestea, considerăm necesar ca studiile viitoare să se orienteze către dezvoltarea unor protocoale de intervenție cognitiv – comportamentală mai eficiente, în ceea ce privește efectele secundare ale tratamentului, cum sunt durerea, oboseala și tulburările de somn.

STUDIUL 2. Distorsiunea atențională către stimuli specifici menopauzei și relația acesteia cu expectanțele de răspuns și simptomele menopauzei: un studiu pilot al unei intervenții de modificare a distorsiunilor atenționale²

Introducere

Bufoarile și transpirațiile nocturne (hot flushes/ night sweats – HF/NS) afectează între 65 și 85 % dintre femei după ce au parcurs un tratament împotriva cancerului mamar, survenind, de cele mai multe ori, în perioada în care pacientele se adaptează încă la efectele secundare ale tratamentului. HF/NS sunt mult mai pronunțate în această populație specifică de paciente spre deosebire de populația sănătoasă și au un impact negativ asupra calității vieții, dispoziției și a somnului (Carpenter, Johnson, Wagner, & Andrykowski, 2002; Hunter et al., 2004). Cu toate acestea, 20% dintre femeile aflate la menopauză raportează bufoari și transpirații nocturne problematice cu impact asupra calității vieții, dispoziției și a somnului, iar multe dintre ele preferă tratamentele non – medicale (Hunter, 2003).

Conform abordării cognitiv – comportamentale, convingerile disfuncționale specifice, contextuale, sunt influențate de stilul cognitiv general al individului, ceea ce înseamnă că convingerile/atitudinile generale disfuncționale conduc la diferite particularizări (i.e. expectanțe ale răspunsului negative pentru simptomele menopauzei, distorsiune atențională pentru stimuli menopauzei), care depind de evenimentele activatoare din viața individului.

Am considerat populația de femei care se află la menopauză și modificările fiziologice asociate acestui statut, precum și conceptualizarea cognitiv – comportamentală a simptomelor, ca fiind adecvate pentru a testa inițială a unei sarcini computerizate de măsurare a distorsiunilor atenționale și modificare a acestora prin antrenament atențional, înainte de a realiza acest lucru cu pacientele cu cancer mamar.

Obiectivele acestui studiu au fost să 1) investigheze prezența distorsiunii atenționale către stimuli negativi lingvistici asociați simptomelor problematice ale menopauzei ; 2) să investigăm eficiența antrenamentului atențional (i.e., *attentional bias modification* - ABM) în reducerea simptomelor specifice menopauzei. Nu în ultimul rând, am dezvoltat acest studiu pilot pentru a testa fezabilitatea utilizării sarcinilor computerizate, mai exact sarcina de tip *dot probe*, pe un eșantion de femei similar celui al femeilor diagnosticate cu cancer mamar prin prisma următoarelor variabile: intensitatea simptomelor trăite și conceptualizarea cognitiv – comportamentală a experienței trăite.

² Părți din acest studiu au fost prezentate la Conferința British Association for Behavioural and Cognitive Psychotherapies (BABCP) 2013: Stefanopoulou, E., Cobeanu, O. & Hunter, M. (2013). “The impact of an attentional bias modification (ABM) intervention on reducing attentional bias and symptom reporting in women experiencing troublesome menopausal symptoms: An exploratory study”(prezentare de postere)

Metode

Design și metodologie statistică

Acest studiu a folosit un singur grup cu un design pre-/post- intervenție pentru evaluarea impactului sarcinii de modificare atențională (ABM) asupra intensității simptomelor specifice menopauzei la femeile cu simptomatologie problematică, aflate la menopauză.

Participanți

Cincisprezece femei cu simptome problematice specifice menopauzei au fost recrutate din comunitatea locală (i.e., datele au fost culese la King's College, Guy's Hospital Campus, London, UK; vezi și secțiunea de proceduri pentru detalii) prin intermediul materialelor de tipul posterelor plasate în puncte relevante din comunitate, dar și pe pagini de internet relevante. Criteriile de includere au fost raportarea a cel puțin 10 bufeuri/transpirații nocturne pe săptămână, timp de cel puțin o lună, așa cum a reieșit din evaluarea realizată cu instrumentul *Hot Flush Rating Scale* (Hunter & Liao, 1995).

Măsurători

Măsurători ale variabilelor de interes primar

Instrumentul *Hot Flush Rating Scale* (Hunter & Liao, 1995) evidențiază frecvența bufeurilor și intensitatea acestora.

Scala *Generalized Anxiety Disorder Questionnaire* (GAD-7; Spitzer, Kroenke, Williams, & Löwe, 2006) măsoară severitatea tulburării de anxietate generalizată.

Măsurători ale mecanismelor schimbării (auto – raportare)

Instrumentul *Dysfunctional Attitudes Scale – Short Form* (DAS-SF; de Graaf, Roelofs, & Huibers, 2009) măsoară intensitatea atitudinilor disfuncționale, specifice depresiei. Scalele *Visual Analogue Scales* (VAS's) au fost folosite pentru a măsura expectanțele de răspuns pentru simptomele problematice specifice menopauzei. Această abordare s-a dovedit a fi una cu un nivel crescut de fidelitate în studii multiple (e.g., Montgomery & Bovbjerg, 2004; Montgomery & Kirsch, 1997).

Sarcina ABM – evaluarea distorsiunii atenționale și antrenamentul atențional

Participanților le-au fost prezentați un număr de stimuli – perechi de cuvinte (cuvinte relaționate cu simptomele și cuvinte neutre, e.g. bufeu – pălărie) pe ecranul computerului și au fost rugați să urmărească pe ecran apariția literei "p" sau "q" care înlocuia, în mod repetat unul dintre cuvinte. Am folosit ca stimuli cuvinte relaționate cu simptomele menopauzei identificate pe baza studiilor calitative având ca subiect reprezentările femeilor și experiența menopauzei (e.g., bufeu, înroșire) (Hunter et al., 2009). Pentru stimulii neutrii a fost folosită baza de date *Affective Norms for English Words* (ANEW) (Bradley & Lang, 2010), care furnizează un set de evaluări emoționale normative pentru un număr extins de cuvinte din limba engleză.

Înainte de fiecare pereche de cuvinte, participanților li s-a prezentat un punct de fixație (cruce) pentru 500 ms, în centrul ecranului.

Sarcina a fost completată o dată pe săptămână pe parcursul a 4 săptămâni și a constat în trei părți: o fază inițială de evaluare (64 de sesiuni); faza intervenției ABM (80 de sesiuni) și faza de evaluare post – ABM (64 de sesiuni). Pe parcursul celor două faze de evaluare asocierea cuvintelor cu relevanță pentru menopauză cu una dintre cele două litere („p” sau „q”) a fost una aleatorie. În timpul fazei de intervenție ABM literele „p” sau „q” au apărut doar în locul stimulilor neutrii. Prin urmare, antrenamentul a direcționat participanții, în mod implicit, să își comute atenția de la cuvintele relaționate cu simptomele. În toate cele trei faze participanții au fost rugați să răspundă în cel mai scurt timp, atunci când apare una dintre cele două litere pe ecran, apăsând tasta corespunzătoare. Litera dispărea doar atunci când răspunsul era înregistrat. Distanța dintre sesiuni a fost de 500 ms. Pe parcursul sarcinii, programul înregistra timpul de reacție și acuratețea răspunsului oferit (i.e. numărul de răspunsuri corecte) pentru fiecare fază a sarcinii.

Procedura

Acest studiu a fost dezvoltat în colaborare cu Departamentul de Psihologie al King’s College, din Londra, UK. Datele au fost culese la King’s College, Guy’s Hospital Campus de către cercetători afiliați. Femeile care și-au exprimat interesul pentru acest studiu (prin telefon sau e-mail) au fost contactate telefonic pentru a li se determina eligibilitatea pentru acest studiu. Cele care au îndeplinit criteriile pentru includere au primit un formular de consimțământ informat și chestionarele de evaluare. Cu aceste documente, participantele au fost rugate să se prezinte la prima sesiune. Sesiunile de modificare a distorsiunii atenționale (ABM) au fost în număr de 4 și s-au desfășurat la Guy’s Campus. La finalul ultimei sesiuni de ABM, participantele au completat un alt set de chestionare (aceleași din faza inițială).

Toate femeile au fost asistate de un membru al echipei de cercetare în timpul intervenției ABM (4 săptămâni). Fiecare întâlnire săptămânală a durat 30 – 45 de minute. Durata studiului pentru fiecare participant a fost de aproximativ o lună.

Rezultate

Tabelul 1. Statistici Descriptive (pre-intervenție ABM)

Variabile	N	Minimum	Maximum	Media	Ab. Standard
AB	15	-35.37	31.01	.93	18.57
DAS	13	17.00	93.00	46.61	17.97
GADQ	14	.00	18.00	4.21	4.72
No. HF/NS	14	28.00	126.00	53.85	26.04
PBLRT	15	3.00	10.00	6.60	1.99
VAS RE	15	1.30	9.97	6.03	2.45

Notă: AB = Distorsiunea atențională; DAS = Dysfunctional Attitude and Belief Scale; GADQ = Generalized Anxiety Disorder Questionnaire; No. HF/NS = Numărul de bufeuri și transpirații nocturne; PBLRT = intensitatea bufeurilor și a transpirațiilor nocturne; VAS = Visual Analogue Scale; RE = expectanțele de răspuns.

Au fost înregistrate observat distorsiuni cognitive pozitive pentru 9 dintre participante, deci o distorsiune atențională spre cuvintele care descriau simptomele specifice menopauzei. Celelalte 6 participante au avut un scor negativ al distorsiunii atenționale, arătând evitarea stimulilor negativi. Nu am identificat corelații semnificative între variabilele investigate, după cum era de așteptat, având în vedere numărul mic de participanți.

Media scorului distorsiunii atenționale în faza de evaluare inițială nu a fost semnificativ diferită de zero (testul t pentru un singur eșantion, $t(15) = .195$, $p = 0.848$). Testul t pentru eșantioane pereche nu a evidențiat nicio diferență între distorsiunea atențională, atitudinile disfuncționale, simptomele de anxietate și expectanțele de răspuns considerate pre- și post- intervenție ABM ($p > 0.05$). Cu toate acestea, a apărut o reducere a mediilor pentru nivelul simptomelor problematice după intervenția ABM ($t(12) = 2.213$, $p = .047$). În mod similar, numărul de bufeuri/transpirații nocturne a avut o tendință descrescătoare între faza inițială și finală de evaluare ($t(11) = 1.860$, $p = .090$).

Discuții

Obiectivele acestui studiu au fost să 1) investigheze prezența distorsiunii atenționale către stimuli negativi relaționați cu simptomele menopauzei; 2) să investigăm eficiența antrenamentului atențional în reducerea simptomelor menopauzei.

Mai întâi, nu am reușit să identificăm o distorsiune atențională spre simptomele menopauzei. Însă, acest lucru poate fi explicat de numărul mic de participanți. În al doilea rând, rezultatele preliminare ale acestui studiu sugerează că o intervenție de tip ABM care să cuprindă sesiuni multiple într-un cadru clinic poate să reducă intensitatea simptomelor problematice ale menopauzei, precum și frecvența lor. Cercetări ulterioare pot să clarifice aceste rezultate.

În ceea ce privește caracterul explorator al acestui studiu, câteva concluzii pot fi descrise. Interviurile post – ABM și observațiile directe cu femeile care au finalizat toate cele 4 sesiuni de antrenament au evidențiat faptul că niciuna dintre femei nu considerat sarcina ca fiind una care să suscite angajamentul lor. Mai mult, unele participante au considerat-o plictisitoare, obositoare și prea lungă. Au declarat că a fost dificil pentru ele să fie atente pe parcursul celor 4 sesiuni de ABM. La fel, transportul până la sediul facultății și timpul petrecut acolo a reprezentat o problemă pentru aceste femei. Majoritatea dintre ele și-au exprimat nevoia de a avea o sarcină mai atractivă de tipul jocurilor pe calculator, sugerând astfel că o interfață mai prietenoasă a programului ar ajuta în creșterea atenției și angajamentului în sarcină. Cu toate acestea, treisprezece din cincisprezece participante au completat toate cele 4 sesiuni de ABM.

Luând în considerare aceste rezultate preliminare am concluzionat că există o bună oportunitate de a integra intervenția ABM în contextul chimioterapiei ambulatorii, atâta timp cât intervenția este oferită pacientului în ziua în care urmează tratamentul. În construirea acestei intervenții două aspecte sunt de o importanță crescută: 1) durata intervenției și 2) circumstanțele în care are loc intervenția.

STUDIUL 3: Distorsiunile atenționale și expectanțele de răspuns la pacientele cu cancer mamar aflate în chimioterapie: Un studiu experimental³

Introducere

Având în vedere impactul major al distresului emoțional asupra parcurgerii diagnosticului și tratamentului cancerului, evaluarea predictorilor psihologici ai distresului devine foarte importantă. Pentru pacientele cu cancer mamar, predictorii depresiei și anxietății par a fi relaționați mai degrabă cu vulnerabilitățile psihosociale (probleme psihologice anterioare, lipsa unei relații intime de încredere, și experiența unor situații dificile nerelaționate cu cancerul; Burgess et al., 2005) decât cu boala sau cu tratamentul. Un alt domeniu cu un potențial rol explicativ ar putea fi reprezentat de factorii de tip trăsătură individuali implicați în percepția subiectivă a experienței tratamentului cancerului mamar.

Paradigma terapiei cognitiv-comportamentale (*Cognitive-Behavioral Therapy* – CBT) (Beck, 1976; Ellis, 1994) stipulează faptul că persoanele dețin un areal de scheme cognitive specifice prin care aceștia interpretează evenimentele/experiențe de viață pe care le au și care, dacă sunt distorsionate (i.e., disfuncționale), pot duce la dezvoltarea simptomelor de ordin clinic. Prin urmare, putem presupune faptul că stilul cognitiv al unui pacient poate influența interpretările ulterioare ale stării lui de sănătate sau ale simptomelor relaționate și, ca urmare, poate duce la distres psihologic. Unul dintre cele mai influente constructe de ordin cognitiv, care s-a demonstrat că poate influența distresul psihologic, este reprezentat de credințele iraționale (*Irrational beliefs* – IB), constructul central din teoria rațional-emoțională și cognitiv-comportamentală (REBT; Ellis, 1994).

Mai în apropierea contextului unui tratament medical, a fost descris în literatura de specialitate un stil cognitiv specific referitor la experiența somatică – amplificarea senzațiilor somatice (*Somatosensory Amplification Style* – SAS; Barsky, 1992; Barsky et al., 1999.). Acesta implică tendința de a simți teamă față de senzațiile somatice, convingeri catastrofice cu privire la implicațiile acestor senzații și tendința de a fi hipervigilent și de a se concentra asupra acestora, chiar dacă acestea sunt slab sesizabile. În mod similar, acest stil implică și concentrarea asupra informațiilor legate de boală (Taylor & Asmundson, 2004).

De asemenea, Clark, Beck, și Brown (1989) au arătat faptul că credințele dezadaptative rezultă în distorsiuni cognitive care favorizează informațiile negative congruente cu sine. În acest sens, distorsiunile atenționale (i.e., alocarea preferențială a atenției asupra stimulilor congruenți cu sinele atunci când acești concurează pentru resurse atenționale cu stimulii neutri) au fost asociate cu tulburări emoționale (Bar-Haim, Lamy, Pergamin, Bakermans-Kranenburg, & van IJzendoorn, 2007; Beck & Clark, 1997; Donaldson, Lam, & Mathews, 2007). Recent, un număr crescând de studii a început să examineze distorsiunilor atenționale referitoare la durere (Schoth, Nunes, & Lioffi, 2012),

³ Părți ale acestui studiu au fost publicate, după cum urmează: Cobeanu, O. (2013). Attentional bias and treatment related symptoms in breast cancer patients undergoing chemotherapy: preliminary results of an exploratory study, *Transilvanian Journal of Psychology*, 14(1); Cobeanu, O. (2013). Irrational beliefs and somatosensory amplification in breast cancer patients undergoing treatment: impact on general distress. *Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies*, 13 (2a).

simptome gastro-intestinale (Afzal, Potokar, Probert, & Munafo, 2006) și simptome de intoleranță a mediului idiopatic (Skovbjerg, Zachariae, Rasmussen, Johansen, & Elberling, 2010), sugerând că, în prezența unei condiții de boală, procesarea atențională selectivă a stimulilor somatici reprezintă de asemenea o caracteristică constantă care poate fi asociată cu niveluri mai scăzute ale funcționalității generale, emoționale și ale comportamentelor sanogenetice.

Primul obiectiv al acestui studiu a fost acela de a investiga distorsiunile atenționale (AB) către simptomele secundare chimioterapiei, având în vedere de asemenea și alte variabile psihologice cunoscute pentru importanța lor în trăirea acestor simptome. Apoi, în mod explorator, vom investiga relația dintre IB-uri și SAS în ceea ce privește influența lor posibilă asupra distresului experimentat de către pacientele cu cancer mamar aflate în chimioterapie.

Metode

Design și metodologie statistică

Am folosit un design corelațional de tip predictiv. Pentru analiza statistică a datelor, am folosit corelația și regresia liniară.

Participanți

Treizeci de paciente cu cancer mamar au fost recrutate prin intermediul unei clinici oncologice private. Toate participantele se aflau în chimioterapie și primeau tratament adjuvant antiemetic standard. După ce acestea și-au exprimat acordul, au fost rugate să completeze o baterie de teste psihologice. Înainte de sesiunea de chimioterapie, participantele au realizat sarcina de măsurare a distorsiunii atenționale (*Attentional Bias*; AB).

Măsurători

Măsurători ale simptomelor chimioterapiei.

Simptomele chimioterapiei (greața, vărsăturile, durerea și oboseala) au fost măsurate în urma ședinței de chimioterapie utilizând o scală vizuală analogică (*Visual Analogue Scales* – VAS) de 10 cm. Această abordare a demonstrat fidelitate crescută în repetate studii (e.g., Montgomery & Bovbjerg, 2004; Montgomery & Kirsch, 1997).

Măsurători ale distresului emoțional.

Profilul dispozițiilor emoționale – varianta scurtă (*The Profile of Mood States-Short Version* – POMS-SV; Shacham, 1983) este un instrument de 47 de itemi care măsoară intensitatea distresului emoțional general.

Măsurători cognitive.

Scala atitudinilor și credințelor disfuncționale (*The Attitudes and Beliefs Scale* – ABS-II; DiGiuseppe, Leaf, Exner, & Robin, 1988) măsoară credințele iraționale (cerințele absolutiste, evaluarea globală/auto-deprecierea, toleranța scăzută la frustrare și catastrofarea), precum și variantele lor raționale (gândirea preferențială, acceptarea de sine necondiționată, toleranța la frustrare și non-catastrofarea).

Scala amplificării senzațiilor somatice (*Somatosensory Amplification Scale – SSAS* (Barsky et al., 1990) evaluează tendința de a trăi senzațiile corporale și visceral normale ca fiind intense, nocive și deranjante.

Expectanțele de răspuns pentru greață, vărsături, durere și oboseală au fost măsurate de asemenea cu ajutorul unui VAS de 10 cm.

Sarcina de evaluare a distorsiunilor atenționale.

Am utilizat o versiune a sarcinii *dot-probe* (McLeod, Mathews, & Tata, 1986) pentru a măsura AB. Fiecare sesiune a început cu o cruce de fixare poziționată central, prezentată subiecților pe o durată de 500 ms. După acest interval, au fost prezentați doi alți stimuli pe o durată de încă 500 ms pe ecranul calculatorului, deasupra și dedesubtul crucii de fixare prezentată anterior. Unul dintre stimuli era întotdeauna relaționat cu simptomele, în timp ce cel de-al doilea era neutru. După ce aceștia dispăreau de pe ecran, un simbol neutru (litera "E" sau "F") apărea într-una din locațiile ocupate anterior de cei doi stimuli. Participantele au fost rugate să identifice litera pe de pe ecran (prin apăsarea tastei corespunzătoare). Acestea au fost instruite să răspundă cât se poate de repede și cât mai corect. Litera rămânea pe ecran până ce participanta răspundea prin apăsarea uneia dintre tastele cerute. Timpii de reacție (*reaction time – RT*) au fost înregistrați pentru fiecare sesiune. Am folosit stimuli lingvistici, dezvoltați în urma interviurilor calitative derulate cu pacientele cu cancer mamar care terminaseră deja sesiunile de chimioterapie. Similar cu procedura realizată de Afzal și colab. (2006), am selectat stimulii cu valență neutră majoritar din cadrul cuvintelor românești reprezentând obiecte de "uz casnic", corespunzând ca lungime cu stimulii conținând cuvinte relaționate cu simptomele. Am folosit un total de 18 cuvinte relaționate cu simptomele și 18 cuvinte cu valență neutră. Participantele au trecut fiecare printr-o serie de 144 sesiuni.

Procedură

Pacientele au fost recrutate în ziua sesiunii de chimioterapie. Criteriile de includere au cuprins diagnosticul de cancer mamar și aflarea într-un tratament chimioterapeutic în curs de desfășurare. Persoanelor care au fost interesate de acest studiu le-au fost puse câteva întrebări pentru a stabili eligibilitatea. Cele care au îndeplinit criteriile de includere au fost informate cu privire la scopul acestui studiu și le-au fost înmânate formulare de consimțământ. Studiul a fost prezentat ca o anchetă asupra modului în care abilitățile atenționale sunt legate de experiența tratamentului. În ziua următoarei lor sesiuni de chimioterapie, participantele au completat chestionarele auto-administrate. Apoi, înaintea sesiunii de chimioterapie, acestea au realizat sarcina de evaluare AB, împreună cu VAS-urile pentru evaluarea expectanțelor de răspuns față de simptome. În urma sesiunii de chimioterapie, acestea au completat de asemenea și VAS-uri referitoare la simptomele secundare chimioterapiei (greață, vărsături, durere și oboseală).

Rezultate

Relațiile dintre distorsiunile atenționale și celelalte variabile.

Șaptesprezece dintre participante (60.7%) au obținut scoruri de distorsiune atențională pozitivă, în timp ce unsprezece (39.3%) au obținut scoruri de distorsiune atențională negativă.

Nu am găsit nici o corelație semnificativă între AB și variabilele luate în considerare. Iraționalitatea generală a reieșit ca predictor semnificativ al distresului anterior sesiunii de chimioterapie, $F(1,28) = 9.808$, $p = 0.004$, $R^2 = .259$, $\beta = .509$. Expectanțele de răspuns pentru greață au prezis semnificativ greața raportată în urma chimioterapiei, $F(1,28) = 12.316$, $p = 0.002$, $R^2 = .305$, $\beta = .553$.

Analize exploratorii *post hoc*

Relațiile dintre amplificarea senzațiilor somatice și credințele iraționale

Am realizat corelații și analize de mediere. Pentru analizele de mediere am folosit procedura *bootstrapping* pentru evaluarea efectelor indirecte (Preacher & Hayes, 2008). Indicatorul kappa la pătrat (i.e., k^2) introdus de Preacher și Kelley (2011) a fost raportat pentru mărimea efectului în cadrul modelului de mediere, precum și intervalele de încredere corespunzătoare.

Corelațiile dintre variabile sunt raportate în Tabelul 1. Pentru analiza de mediere, am folosit teste de *bootstrapping* cu 5000 de refactorizări și intervalul de încredere corectat pentru distorsiuni (Preacher & Hayes, 2008).

Tabelul 1. *Corelații dintre variabile*

	IBs	SAS	D
IBs	1	.436*	.409*
SSAS		1	.561**
D			1

Notă: IBs = Irrational Beliefs (DiGiuseppe, Leaf, Exner, & Robin, 1988); SAS = Somatosensory Amplification Style (Barsky et al., 1990); D = Distress (positive and negative affectivity) (Shacham, 1983); * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$

Nu am găsit nicio dovadă a existenței efectului de mediere a IB-urilor asupra relației dintre SAS și distres, efectul indirect = 0.206, SE = 0.328, 95% CI = [-0.153; 1.343], $k^2 = 0.103$, 95% CI = [0.002; 0.402]. Mai mult, rezultatele (vezi Figura 1) au arătat că amplificarea senzațiilor somatice mediază semnificativ relația dintre IB-uri și distres, efectul indirect = 0.204, SE = 0.131, 95% CI = [0.011; 0.543], $k^2 = 0.206$, 95% CI = [0.032; 0.477]. Efectul direct ($c' = 0.2$) nu a fost semnificativ din punct de vedere statistic ($p = 0.233$). În urma obținerii acestui rezultat, am calculat procentul care este mediat din efectul total (efectul indirect împărțit la efectul total), având în vedere că valoarea c standardizat ($c = 0.405$) a respectat recomandările lui Kenny, Kashy și Bolger (1998) ($c \geq .2$). Rezultatele au arătat că 50% din efectul total este explicat de mediator.

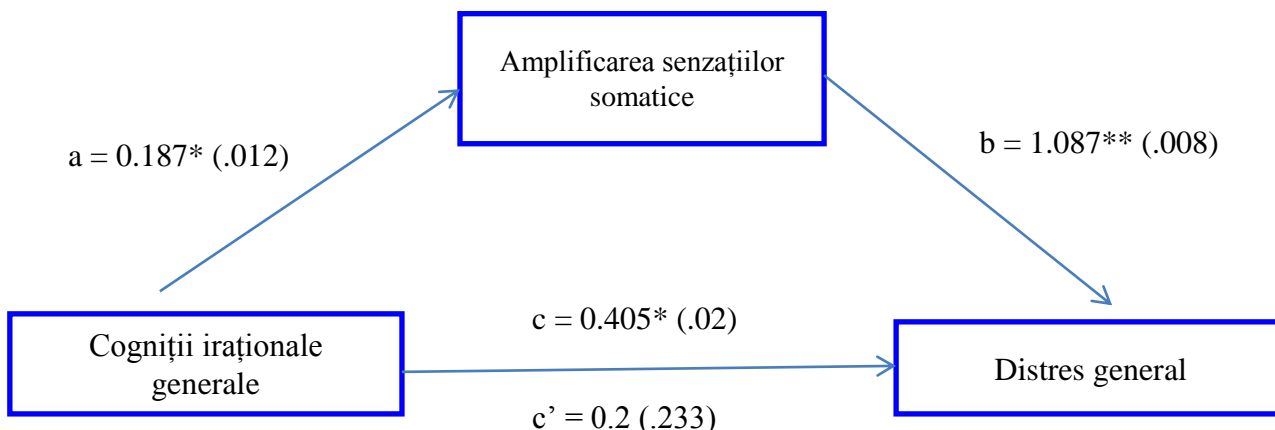


Figura 1. Diagrama simplă de mediere. Valorile sunt coeficienții *path* reprezentând coeficienții de regresie nestandardizați și erorile standard (în paranteze); * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$

Discuții

Doar șaptesprezece pacienți au demonstrat o distorsiune atențională pozitivă față de simptomele chimioterapie. Deoarece acest studiu este primul care investighează prezența acestui tip particular de distorsiune atențională la pacientele cu cancer mamar aflate în chimioterapie, există mai multe implicații. Este posibil ca distorsiunea atențională să nu fie o trăsătură definitorie pentru aceste paciente și/sau să fie una influențată de alte caracteristici psihologice individuale. În al doilea rând, distorsiunile atenționale nu au corelat cu simptomele chimioterapeutice autoraportate. Nu am găsit nicio corelație semnificativă între iraționalitate, expectanțele de răspuns, distres și distorsiunile atenționale. Dimensiunea redusă a eșantionului ar putea explica lipsa acestor semnificații și cercetări viitoare ar trebui să încerce să reevalueze această ipoteză pe eșantioane mai mari.

Am constatat faptul că efectul SAS asupra distresului înainte de chimioterapie nu a fost explicat de către IB-uri. Mai degrabă, SAS a avut un rol de mediator în relația dintre IB-uri și distresul dinaintea sesiunii de chimioterapie la pacientele cu cancer mamar, reprezentând 50% din efectul total. Rolul de mediator jucat de constructe mai specifice (de exemplu, pentru anumite situații stresante), precum expectanțele de răspuns și gândurile automate, în relația dintre IB-uri și distres a fost deja validat (Montgomery et al, 2007; Szentagotai & Freeman, 2007; Visla et al., 2013). În mod similar, credințele legate de amplificarea senzațiilor somatice, mai relevante pentru contextul de tratament și/sau al unei boli care pune în pericol viața, mediază relația dintre IB-uri și distresul dinaintea ședinței de chimioterapie la pacientele cu cancer mamar. Pe baza acestor rezultate, putem deduce faptul că intervențiile care se adresează atât IB-urilor (de ex., REBT; Ellis, 1994), cât și SAS (de ex., protocoale CBT care vizează cognițiile referitoare la anxietatea legată de sănătate; Taylor & Asmundson, 2004) pot fi eficiente în tratarea distresului adiacent tratamentului cancerului.

Studiul 4: Modificarea distorsiunilor atenționale și relaxare pentru pacientele cu cancer mamar aflate în chimioterapie: rezultate preliminare ale unui studiu clinic controlat

Introducere

Cercetările au arătat că pacientele cu cancer mamar trăiesc un distress emoțional crescut în timpul chimioterapiei. Printre factorii care ar putea contribui la acesta sunt efectele secundare fizice ale tratamentului: greață, vomă, diaree, probleme fizice generale, alopecie, pierderea gustului și afectarea funcționării sociale. Mai mult, numărul de simptome secundare trăite, dar nu și durata sau severitatea acestora, pare a fi corelat pozitiv cu distressul emoțional; în mod similar, efecte secundare constante, cum ar fi oboseală sau durerea, sunt mai degrabă asociate cu distressul emoțional, în comparație cu simptome fizice acute, cum ar fi greața sau episoadele de vomă (Nerenz, Leventhal, & Love, 1982). Impactul efectelor secundare se extinde și după terminarea chimioterapiei, Jim și colaboratorii (2007) arătând că în situația trăirii unor efecte secundare ale tratamentului (i.e., chimioterapie, radioterapie sau ambele) mai puternice, acestea prezic un nivel mai ridicat de distress asociat cancerului, distress general și gânduri intruzive legate de această boală, la patru luni după încheierea tratamentului. Această relație, dintre distressul emoțional și efectele secundare ale tratamentului împotriva cancerului mamar, poate fi explicată, în cadrul teoretic cognitiv-comportamental (Beck, 1976; Ellis, 1994), de mecanisme cognitive comune (i.e., convingeri disfuncționale), cum ar fi catastrofarea simptomelor și toleranța scăzută la frustrare în raport cu tratamentul.

În condițiile în care intervențiile de tip cognitiv-comportamental orientate către reducerea efectelor secundare ale tratamentului și a distressului asociat, la pacientele cu cancer mamar, arată un efect mic, considerăm că este necesară dezvoltarea cercetărilor asupra acelor mecanisme cognitive ce ar putea fi țintite pentru a crește eficiența CBT (i.e., cognitive-behavioral therapy) în contextul urmăririi unui tratament împotriva cancerului mamar.

Obiectivele acestui studiu clinic controlat au fost (1) să investigheze eficiența unui protocol CBT îmbunătățit cu o componentă de modificare a distorsiunilor atenționale (i.e., *attention bias modification*; ABM) în comparație cu protocolul CBT simplu, în ceea ce privește efectele secundare ale chimioterapiei și distressul asociat, în timpul tratamentului și (2) să investigheze eficiența unui protocol CBT îmbunătățit cu o componentă de modificare a distorsiunilor atenționale (ABM), în comparație cu protocolul CBT simplu, în ceea ce privește reducerea distorsiunilor atenționale și a expectanțelor de răspuns pentru efectele secundare chimioterapiei. Exploratoriu, (1) am investigat eficiența unui protocol CBT îmbunătățit cu o componentă de modificare a distorsiunilor atenționale (ABM) în comparație cu protocolul CBT simplu, în ceea ce privește reducerea catastrofării simptomelor și (2) eficiența antrenamentului atențional (ABM) în ceea ce privește reducerea expectanțelor de răspuns pentru efectele secundare tratamentului.

Metodă

Design și metodologie statistică

Am folosit un design experimental. Variabila independentă a fost tipul de intervenție. Participanții au fost distribuiți aleatoriu în două grupuri: (1) protocol CBT îmbunătățit cu o componentă de modificare a distorsiunilor atenționale (ABM) sau (2) protocolul CBT simplu.

Ca variabile dependente, am măsurat (1) efecte secundare ale chimioterapiei și distress (variabile de interes primar), (2) calitatea vieții (variabilă de interes secundar), (3) distorsiunea atențională către efectele secundare chimioterapiei, expectanțe de răspuns pentru distress și efecte secundare ale chimioterapiei (i.e., greață, vomă, oboseală, durere) și catastrofarea simptomelor (exploratoriu), ca și mecanisme ale schimbării. De asemenea, pentru a controla posibilele diferențe dintre grupuri pre-intervenție, am măsurat următoarele variabile: convingeri raționale și iraționale, gânduri automate, control atențional, gânduri specifice legate de cancer, amplificarea senzațiilor somatice, distressul general și simptomatologia depresivă.

Participanți

Am inclus 47 de paciente cu cancer mamar (vârsta medie 51.45, abaterea standard 10.08), recrutate de la Institutul Oncologic Ion Chiricuță din Cluj-Napoca. Recrutarea și înrolarea în studiu au fost desfășurate constant, pe o perioadă de 6 luni, între aprilie 2013 și octombrie 2013. Criteriile de eligibilitate au fost: un diagnostic de cancer mamar, începerea chimioterapiei în momentul recrutării, absența metastazelor, nicio o altă condiție psihiatrică sau fizică, care ar putea afecta participarea la studiu și o bună cunoaștere a limbii române. Au fost abordate inițial cincizeci și șapte de paciente, dintre care 54 au fost eligibile. Dintre acestea, 47 au fost de acord să participe la studiu, fiind apoi distribuite aleatoriu către una dintre cele două intervenții (vezi Figura 1).

Măsurători

Măsurători în momentul recrutării

Am măsurat convingerile raționale și iraționale cu scala *General Attitudes and Beliefs Scale* (GABS; Lindner, Kirkby, Wertheim, & Birch, 1999). Pentru evaluarea gândurilor automate asociate cu depresia am folosit *Automatic Thoughts Questionnaire* (ATQ; Hollon & Kendall, 1980). Pentru evaluarea controlului atențional am folosit *Attentional Control Scale* (ACS; Derryberry & Reed, 2002). Pentru evaluarea gândurilor intruzive și de evitare, legate de situația particulară de viață (i.e., diagnosticul primit), am folosit *Impact of Events Scale* (IES; Horowitz, Wilner, & Alvarez, 1979). Pentru evaluarea amplificării senzațiilor somatice am folosit *Somatosensory Amplification Scale* (SSAS; Barsky et al., 1990). Am folosit *Profile of Mood States-Short Version* (POMS-SV; Shacham, 1983) pentru măsurarea intensității distressului general. Am folosit *Beck Depression Inventory - Second Edition* (BDI-II; Beck, Steer, Ball, & Ranieri, 1996; Beck, Steer, & Brown, 1996) pentru măsurarea nivelului simptomatologiei depresive. Simptomele secundare chimioterapiei au fost măsurate cu scala analoge vizuale (VAS).

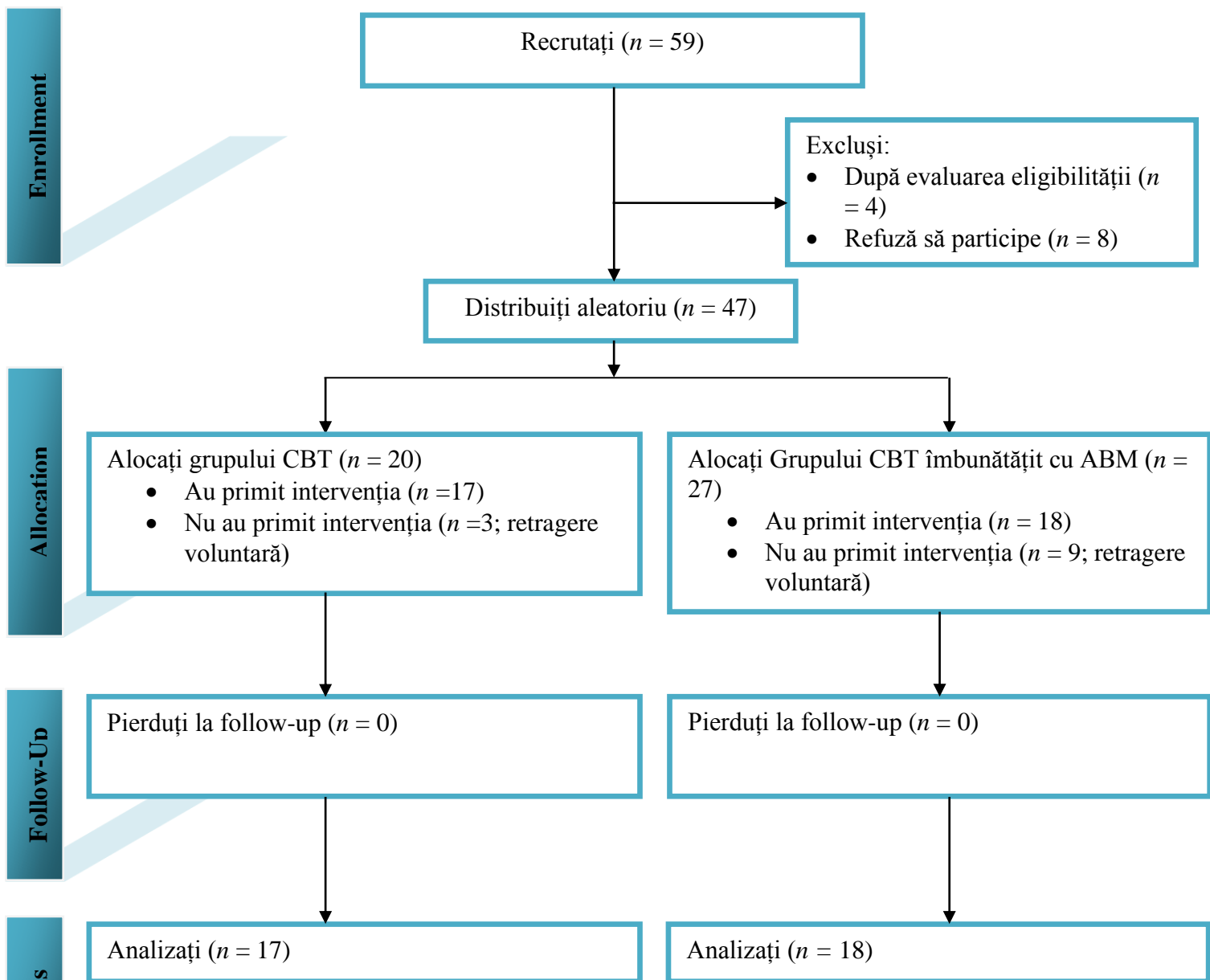


Figura 1. Monitorizarea parcursului participanților la studiu (CONSORT flow diagram; Schulz, Altman, Moher, & for the CONSORT Group, 2010)¹

Variabile de interes primar și secundar

Simptomele secundare chimioterapiei au fost măsurate, imediat după ședința de chimioterapie, cu scale analoge vizuale (VAS) de 10 cm. De asemenea, aceste simptome și calitatea vieții au fost măsurate cu chestionarul *European Organisation for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30* (EORTC-QLQ30; (Aaronson et al., 1993). Distresul a fost măsurat cu *Profile of Mood States-Short Version* (POMS-SV; Shacham, 1983).

Mecanisme ale schimbării (autoraportate)

Expectanțele de răspuns pentru greață, vomă, durere și oboseală au fost măsurate cu scale analoge vizuale (VAS). Pentru evaluarea catastrofării simptomelor am folosit *Symptoms Catastrophizing Scale*, adaptată după *Pain Catastrophizing Scale* (Sullivan, Bishop, & Pivik, 1995).

Sarcina de evaluare a distorsiunii atenționale și sarcina ABM (i.e., *attention bias modification*; modificarea distorsiunii atenționale – antrenament atențional)

Am folosit aceeași procedură ca și în studiul 3. Am folosit setul de 36 de itemi obținuți în studiul 3, excluzând expresiile formate din două cuvinte. Am realizat această modificare pentru a îmbunătăți sarcina, prin eliminarea unor timpi de reacție probabil mai lungi. În final, am inclus 14 cuvinte în sarcina de evaluare și alți 14 în sarcina de antrenament atențional. Stimulii neutri folosiți au fost aceiași din studiul 3, la care am adăugat un set de încă 14, urmând procedura descrisă de Afzal și colaboratorii (2006).

Protocolul de intervenție CBT

Protocolul CBT simplu, adaptat după Montgomery și colaboratorii (2009), conține un scurt exercițiu de relaxare (15 minute), a constat în (1) inducție hipnotică ce include sugestii pentru relaxare fizică și psihică; (2) imagerie dirijată către un loc liniștit și sigur; (3) sugestii pentru intensificarea transei hipnotice; (4) și sugestii specifice pentru reducerea senzației de greață, vomă, oboseală și durere, reducerea distresului, creșterea senzației de relaxare și de stare de bine și creșterea nivelului de energie. După oferirea acestor sugestii, pacientele primeau un cuvânt-stimul pentru a putea ușor în starea de relaxare și singure. După oferirea acestui cuvânt-stimul, terapeutul încheia intervenția.

Procedură

Pacientele erau abordate la începerea chimioterapiei. Intervenția psihologică era descrisă ca făcând parte dintr-un program de suport psihologic desfășurat pe durata chimioterapiei și dezvoltat cu scopul de a ajuta pacientele să facă un management mai bun al simptomelor secundare tratamentului. Un consimțământ informat și primul set de chestionare erau oferite tot în acest punct, urmând a fi aduse la ce-a de-a doua ședință de chimioterapie, dacă pacienta hotăra să participe la studiu. Pacientele erau distribuite aleatoriu în unul din cele două grupuri de intervenție.

În ziua celei de-a doua ședințe de chimioterapie pacientele completau chestionare de evaluare a distresului emoțional, calitatea vieții și simptome secundare chimioterapiei, raportate la ultima săptămână. Înaintea ședinței de chimioterapie, intervenția psihologică avea loc în incinta Clinicii de Psihologie a Universității Babeș-Bolyai, aflată în imediata apropiere a Institutului Oncologic. Distorsiunea cognitivă către simptomele secundare chimioterapiei și expectanțele de răspuns pentru acestea din urmă erau măsurate înainte și după intervenția psihologică. După ședința de chimioterapie, scale analoge vizuale (VAS) erau utilizate pentru evaluarea simptomelor secundare chimioterapiei (i.e., greață, vomă, oboseală și durere). O săptămână mai târziu, pacientele completau din nou scalele aplicate înaintea intervenției psihologice.

Rezultate

Mediile și abaterile standard pentru variabilele măsurate în momentul recrutării sunt prezentate în Tabelul 1. Nu a fost identificată nicio diferență semnificativă între grupuri.

Tabelul 1. Medii (*M*) și abateri standard (*AS*) pentru variabilele controlate la recrutare

	Grup 1: CBT (<i>n</i> = 17)	Grup 2: CBT îmbunătățit cu ABM (<i>n</i> = 18)	One way ANOVA
GABS IR	65.78 (11.65)	61.27(13.36)	$F(1, 39) = 1.309; p = 0.260;$ $\eta^2 = .032$
GABS R	15.89(1.41)	16.36(1.64)	$F(1, 39) = .941; p = 0.338;$ $\eta^2 = .024$
ATQ Frecvență	27.44 (9.38)	26.47 (13.48)	$F(1, 39) = .067; p = 0.797;$ $\eta^2 = .002$
ATQ Credibilitate	30.82 (14.06)	35.31 (19.99)	$F(1, 39) = .562; p = 0.459;$ $\eta^2 = .018$
IES	30.33(11.90)	30.58(15.01)	$F(1, 33) = .003; p = 0.956;$ $\eta^2 = .000$
SSAS	30.80 (5.65)	31.15 (7.16)	$F(1, 38) = .029; p = 0.865;$ $\eta^2 = .001$
ACS	46.41(6.06)	44.22(6.90)	$F(1, 33) = .989; p = 0.327;$ $\eta^2 = .029$
Afectivitate negativă și pozitivă POMS	57.00(23.83)	50.20(21.26)	$F(1, 21) = 2.297; p = 0.145;$ $\eta^2 = .099$
BDI	12.00 (4.85)	12.33 (11.70)	$F(1, 37) = .013; p = 0.911;$ $\eta^2 = .000$

Note: GABS IR = The General Attitudes and Beliefs Scale (Lindner et al., 1999), Subscala de iraționalitate; GABS R = The General Attitudes and Beliefs Scale (Lindner et al., 1999) Subscala de raționalitate; ATQ = The Automatic Thoughts Questionnaire (Hollon & Kendall, 1980); IES = The Impact of Events Scale (Horowitz et al., 1979); SSAS = The Somatosensory Amplification Scale (

(Barsky et al., 1990); ACS = The Attentional Control Scale (Derryberry & Reed, 2002); BDI = The Beck Depression Inventory - Second Edition (Beck, Steer, Ball, et al., 1996; Beck, Steer, & Brown, 1996).

Efectul intervenției asupra variabilelor de interes primar și secundar

Mediile și abaterile standard pentru variabilele de interes primar și secundar sunt prezentate în Tabelul 2. Analiza de covarianță (ANCOVA) a intensității efectelor secundare chimioterapiei, controlând pentru nivelele din pre-intervenție, nu a arătat nicio diferență semnificativă între grupuri. În mod similar, ANCOVA pentru intensitatea distresului și nivelul calității vieții nu a arătat nicio diferență semnificativă între grupuri, post-intervenție.

Tabelul 2. Medii (*M*) și abateri standard (*AS*) pentru variabilele de interes primar și secundar și diferențele dintre grupuri la post-intervenție (i.e., o săptămână după intervenție)

	Grup 1: CBT	Grup 2: CBT îmbunătățit cu ABM	ANCOVA
Greață și Vomă EORTQ	42.22 (20.76) (<i>n</i> =15)	32.40 (24.56) (<i>n</i> =18)	$F(1, 30) = 1.628; p = .212; \eta^2 = .051$
Oboseală EORTQ	48.61 (20.63) (<i>n</i> =16)	47.53 (21.82) (<i>n</i> =18)	$F(1, 31) = .106; p = .747; \eta^2 = .003$
Durere EORTQ	27.08(19.12) (<i>n</i> =16)	18.62(21.95) (<i>n</i> =17)	$F(1, 30) = .795; p = .380; \eta^2 = .026$
Efecte secundare EORTQ	46.66 (15.71) (<i>n</i> =15)	39.58 (12.38) (<i>n</i> =16)	$F(1, 28) = 1.212; p = .280; \eta^2 = .041$
Anxietate POMS	7.30(4.62) (<i>n</i> =13)	7.76(6.31) (<i>n</i> =17)	$F(1, 27) = 2.424; p = .131; \eta^2 = .082$
Depresie POMS	15.10(8.86) (<i>n</i> =10)	11.00(15.24) (<i>n</i> =15)	$F(1, 22) = 1.328; p = .261; \eta^2 = .057$
Funcționare Globală EORTQ	37.5(13.37) (<i>n</i> =14)	45.37(15.45) (<i>n</i> =18)	$F(1, 29) = 2.685; p = .112; \eta^2 = .085$

Analiza de varianță (ANOVA) a intensității simptomelor secundare chimioterapiei măsurate imediat după ședința de chimioterapie nu a arătat nicio diferență între grupuri, cu excepția intensității durerii. Acest rezultat a rămas semnificativ și după ce am controlat pentru intensitatea durerii din ultima săptămână, $F(1, 31) = 5.510, p = .025, \eta^2 = .151$.

Efectul intervenției asupra mecanismelor schimbării

Efectul intervenției asupra distorsiunii atenționale

Analiza de covarianță (ANCOVA) asupra distorsiunii atenționale la post-intervenție controlând pentru scorurile din pre-intervenție, nu a arătat nicio diferență semnificativă între grupuri, $F(1, 27) = 1.131, p = .297, \eta^2 = .040$.

2 (Timp: Pre- și post-intervenție) x 2 (Grup: CBT, CBT îmbunătățit cu ABM) ANOVA cu măsurători repetate realizată asupra distorsiunii atenționale nu a arătat niciun efect de timp

semnificativ, $F(1, 28) = 1.054$, $p = .313$, $\eta^2 = .036$, niciun efect de grup semnificativ, $F(1, 28) = .091$, $p = .766$, $\eta^2 = .003$ și nici un efect semnificativ de interacțiune Timp x Grup, $F(1, 28) = 2.423$, $p = .131$, $\eta^2 = .080$.

Efectul intervenției asupra expectanțelor de răspuns

Analiza de covarianță (ANCOVA) asupra expectanțelor de răspuns, controlând pentru nivelurile din pre-intervenție, nu a arătat nicio diferență între grupuri la post-intervenție, cu excepția expectanțelor de răspuns pentru durere, $F(1, 32) = 5.962$, $p = .020$, $\eta^2 = .157$, acestea fiind semnificativ mai reduse în grupul ce primea și antrenament atențional. Cu toate acestea, modificarea expectanțelor de răspuns pentru durere nu a corelat cu intensitatea durerii măsurată imediat după ședința de chimioterapie. $r(18) = .218$, $p = 0.386$, sau cu modificarea intensității durerii de la pre-intervenție la o săptămână post-intervenție, $r(16) = .148$, $p = 0.584$.

Analize exploratorii post hoc

Efectul intervenției asupra catastrofării simptomelor

Analiza de covarianță (ANCOVA), controlând pentru nivelurile din pre-intervenție, nu a arătat nicio diferență între grupuri la post-intervenție, în ceea ce privește catastrofarea simptomelor, $F(1, 27) = .011$, $p = .917$, $\eta^2 = .000$.

2 (Timp: Pre- și post-intervenție) x 2 (Grup: CBT, CBT îmbunătățit cu ABM) ANOVA cu măsurători repetate nu a arătat niciun efect semnificativ de timp, $F(1, 28) = 1.945$, $p = .174$, $\eta^2 = .065$, grup, $F(1, 28) = 2.258$, $p = .144$, $\eta^2 = .075$ sau interacțiune, Timp x Grup, $F(1, 28) = .091$, $p = .765$, $\eta^2 = .003$, asupra catastrofării simptomelor.

Efectul intervenției ABM asupra expectanțelor de răspuns

Teste t pentru eșantioane perechi au arătat prezența unor diferențe semnificative pre- și post-ABM în ceea ce privește expectanțele de răspuns pentru greață, $t(17) = 3.229$, $p = .005$, oboseală, $t(17) = 3.276$ și stres, $t(17) = 2.925$, $p = .009$.

Discuții

Obiectivele acestui studiu au fost (1) să investigheze eficiența unui protocol CBT îmbunătățit cu o componentă de modificare a distorsiunilor atenționale (i.e., *attention bias modification*; ABM) în comparație cu protocolul CBT simplu, în ceea ce privește efectele secundare ale chimioterapiei și stresul asociat, în timpul tratamentului și (2) să investigheze eficiența unui protocol CBT îmbunătățit cu o componentă de modificare a distorsiunilor atenționale (ABM), în comparație cu protocolul CBT simplu, în ceea ce privește reducerea distorsiunilor atenționale și a expectanțelor de răspuns pentru efectele secundare chimioterapiei. Explorativ, (1) am investigat eficiența unui protocol CBT îmbunătățit cu o componentă de modificare a distorsiunilor atenționale (ABM) în comparație cu protocolul CBT simplu, în ceea ce privește reducerea catastrofării simptomelor și (2) eficiența antrenamentului atențional (ABM) în ceea ce privește reducerea expectanțelor de răspuns pentru efectele secundare tratamentului.

În primul rând, nu am identificat nicio diferență semnificativă între cele două grupuri de intervenție, cu excepția intensității durerii măsurată imediat după ședința de chimioterapie. Intervenția CBT îmbunătățită cu ABM a fost asociată cu nivele mai reduse de durere post-

chimioterapie, chiar și atunci când am controlat pentru intensitatea durerii din ultima săptămână.

În al doilea rând, nu am găsit nicio diferență semnificativă în ceea ce privește mecanismele schimbării considerate, cu excepția expectanțelor de răspuns pentru durere. Din nou, intervenția CBT îmbunătățită cu ABM a dus la un nivel mai scăzut al expectanțelor pentru durere. Cu toate acestea, modificarea expectanțelor pentru durere nu a corelat cu durerea raportată post-chimioterapie, indicând astfel absența unei relații clare între mecanismele schimbării considerate de noi și efectul intervenției asupra durerii.

Mai departe, în ceea ce privește analizele exploratorii, expectanțele de răspuns pentru greață, oboseală și distres au fost reduse semnificativ în urma antrenamentului atențional (ABM), sugerând existența unui efect de sine stătător al ABM asupra expectanțelor de răspuns pentru aceste variabile. Neavând un grup de control, acest rezultat necesită replicări ulterioare. Analiza exploratorie suplimentară asupra catastrofării simptomelor nu a arătat nicio diferență semnificativă între cele două grupuri și nici un efect de timp semnificativ.

În concluzie, rezultatele noastre nu susțin superioritatea unui intervenții CBT îmbunătățită cu o procedură de tip ABM, în ceea ce privește reducerea efectelor secundare tratamentului și a distresului asociat. Totuși, acest studiu a fost unul exploratoriu, fiind utilizată o singură sesiune de ABM, astfel că nu putem concluziona că intervențiile de tip ABM nu pot aduce un plus de eficiență protocoalelor CBT standard într-o formă extinsă (i.e., includerea a mai multe sesiuni). În ciuda rezultatelor preponderent negative, acest studiu aduce noi informații în domeniul ABM, prin extinderea cercetărilor asupra unei noi populații (i.e., paciențele cu cancer mamar). Deși nu putem trage concluzii ferme, un protocol CBT îmbunătățit cu o componentă de tip ABM ar putea fi eficient sau cel puțin la fel de bun ca și un protocol CBT de sine stătător, în reducerea simptomelor secundare tratamentului și a distresului asociat, la paciențele cu cancer mamar.

CAPITOLUL IV. CONCLUZII GENERALE ȘI IMPLICAȚII

Prezentul proiect de cercetare și-a asumat drept scop investigarea, din perspectivă cognitiv-comportamentală, a rolului expectanțelor de răspuns și a distorsiunilor atenționale, în generarea distresului emoțional și fizic, la pacienții cu cancer mamar, aflați în chimioterapie. Influența expectanțelor de răspuns asupra efectelor secundare ale tratamentelor medicale a fost demonstrată într-o serie de cercetări din domeniul oncologic (Montgomery & Bovbjerg, 2000, 2004). Astfel, se cunoaște rolul central al acestora în generarea de rezultate non-voliționale, precum efectele secundare ale tratamentelor și distresul asociat (Montgomery & Bovbjerg, 2000; Montgomery et al., 2010; Sohl et al., 2009). În continuare, cercetările recente asupra distorsiunilor atenționale relaționate cu simptomele fizice din diferite condiții medicale (Afzal et al., 2006; Boston & Sharpe, 2005; Hou et al., 2008; Karademas et al., 2008; Skovbjerg et al., 2010) sugerează investigarea rolului distorsiunilor atenționale legate de efectele secundare ale chimioterapiei.

Momentan, cercetările asupra distorsiunilor atenționale la pacienții oncologici au luat în considerare doar informații cu conținut amenințător general sau legate de cancer. Prin urmare, am decis integrarea și dezvoltarea acestor cercetări în cadrul teoriei cognitiv-comportamentale, cu accent pe investigarea relației cu expectanțelor de răspuns pentru efectele secundare ale tratamentului. Mai mult, am fost, de asemenea, interesați de implicațiile clinice ale acestei cercetări fundamentale, vizând, astfel, o posibilă dezvoltare a protocoalelor CBT existente, concepute pentru gestionarea efectelor secundare și a distresului ca urmare a tratamentului pentru cancerul mamar.

Primul pas al cercetării a implicat realizarea unei meta-analize cantitative asupra intervențiilor cognitiv-comportamentale, cu accent pe efectele secundare și distresul asociat la pacientele cu cancer mamar aflate în tratament neoadjuvant sau adjuvant. Rezultatele meta-analizei au ghidat ulterior strategia de dezvoltare a intervenției CBT. Pentru a atinge scopul final al cercetării, am realizat un studiu pilot asupra eficienței sarcinii computerizate de măsurare și modificare a distorsiunilor atenționale (ex. sarcina dot-probe), pe o populație similară cu cea a pacientelor cu cancer mamar. Următorul pas a implicat investigarea influenței distorsiunilor atenționale asupra efectelor secundare ale chimioterapiei și a expectanțelor de răspuns ale pacientelor cu cancer mamar, aflate în chimioterapie. În final, am construit o intervenție de modificare a distorsiunilor atenționale (ABM), care a fost inclusă într-un protocol CBT standard (ex. intervenție de relaxare plus sugestii pentru modificarea percepției simptomelor) dezvoltat pentru managementul efectelor secundare și a distresului asociat la pacientele cu cancer mamar. În cadrul studiului clinic controlat, am investigat eficiența noului protocol dezvoltat, în comparație cu cel standard. Prin urmare, există o serie de implicații teoretice, conceptuale și metodologice de remarcat.

4.1. Implicații teoretice și conceptuale

Obiectivul principal al cercetării prezente a fost să investigheze, din perspectiva cognitiv-comportamentală, rolul comun pe care expectanțele de răspuns și distorsiunile atenționale legate de efectele secundare ale chimioterapiei îl au în generarea distresului

emoțional și fizic, în cazul pacientelor cu cancer mamar aflate în chimioterapie. Implicațiile clinice ale acestei relații au fost, de asemenea, luate în considerare, în scopul dezvoltării protocoalelor CBT deja existente

Primul studiu al cercetării, meta-analiza cantitativă asupra eficienței intervențiilor cognitiv-comportamentale (CBI) în reducerea efectelor secundare ale tratamentului medical și distresului în cazul pacientelor cu cancer mamar aflate în tratament, a demonstrat un efect mic, dar semnificativ al intervențiilor CBI asupra efectelor secundare ale tratamentului, distresului și asupra calității vieții post-intervenție și la follow-up.

Analiza specifică asupra efectelor secundare, demonstrează eficiența intervențiilor cognitiv-comportamentale în reducerea senzației de greață și a frecvenței episoadelor de vomă, dar nu și asupra oboselei, durerii și a tulburărilor de somn, în timpul tratamentului. Credem că acest lucru se datorează unei puteri statistice reduse (ex. numărul mic de studii include, număr mic de participanți), cât și caracterului nespecific al protocoalelor utilizate. Intervențiilor cognitiv-comportamentale au demonstrat un efect mic, dar semnificativ asupra anxietății. Nu am găsit un efect semnificativ al intervențiilor cognitiv-comportamentale în ceea ce privește simptomatologia depresivă în cazul pacientelor cu cancer mamar. Considerăm că acest lucru se datorează criteriilor restrictive de includere utilizate, mai exact, stadiul tratamentului urmat de pacienți (e.g., aflate sub tratament) și stadiul bolii (ex. stadiul I-III). Nu au fost găsiți moderatori semnificativi pentru eficiența intervențiilor cognitiv-comportamentale asupra rezultatelor luate în calcul în analiza de moderare. Cu toate acestea, există o tendință de moderare a relației dintre tipul de terapie, individual vs. de grup, și nivelul distresului, în sensul că terapia de tip individual pare a avea rezultate mai bune în ceea ce privește nivelul de stres. Regăsim o tendință similară când se analizează componenta principală a intervențiilor cognitiv-comportamentale ca moderator al eficienței acestor intervenții asupra efectelor secundare tratamentului: pacienții care au fost supuși intervențiilor comportamentale par să raporteze simptome mai puțin intense și/ sau frecvente.

Informațiile furnizate de studiul prezent pot fi utilizate în dezvoltarea intervențiilor psihologice pentru pacientele cu cancer mamar aflate sub tratament. Cu toate acestea, sunt necesare cercetări viitoare care să identifice protocoale cognitiv-comportamentale mai eficiente pentru reducerea efectelor secundare specifice (ex. durerea, oboseala, tulburările de somn) resimțite în timpul tratamentului oncologic de către aceste pacienți.

Prin urmare, al doilea și al treilea studiu și-au asumat drept scop investigarea mecanismelor care ar putea contribui la dezvoltarea protocoalelor CBT existente și testarea noilor intervenții dezvoltate. Am concluzionat că există o posibilitate mare de integrare a intervenției ABM în contextul chimioterapiei ambulatorie, atât timp cât intervenția are loc în ziua în care pacientul urmează tratamentul. Pentru dezvoltarea acestui tip de intervenție, considerăm importante două aspecte: 1) durata intervenției și 2) circumstanțele în care este aplicată intervenția.

În ceea ce privește implicațiile teoretice, nu am găsit o relație semnificativă între distorsiunile atenționale (AB) față de efectele secundare ale chimioterapiei, și experiența reală a simptomelor. Cu toate acestea, distorsiunile atenționale par să fie corelate pozitiv (dar nu semnificativ) cu distresul general și expectanțele de răspuns pentru consecințele

chimioterapiei (ex. greață, vărsături, oboseală și durere). Totodată, nu am găsit o corelație pozitivă între iraționalitate și distorsiunile atenționale. Dimensiunea redusă a eșantionului poate reprezenta un argument valid pentru rezultatele obținute. Cercetările viitoare pot reconsidera această ipoteză prin utilizarea unor eșantioane mai mari.

În continuare, expectanțele de răspuns față de greață au prezis semnificativ senzația de greață post-chimioterapie. Acesta constatare reproduce rezultatele cercetărilor anterioare (Montgomery & Bovbjerg, 2004). De asemenea, nivelul general de iraționalitate a prezis semnificativ distresul generat înainte de ședința de chimioterapie, rezultat susținut de cercetări anterioare din paradigma cognitiv-comportamentală (Montgomery, David, Dilorenzo, & Schnur, 2007). Nivelul general de iraționalitate și expectanțele de răspuns față de greață ar trebui să fie luate în considerare atunci când se construiesc noi protocoale de intervenție psihologică pentru pacientele cu cancer mamar aflate în chimioterapie. În același context, am constatat că stilul de amplificare a senzațiilor somatice (SAS) are rol mediator în relația dintre cognițiile iraționale și distresul dinaintea sesiunilor de chimioterapie, la pacientele cu cancer mamar, explicând 50% din această relație. Aceste rezultate confirmă constatările cercetărilor anterioare ce au investigat relația dintre cognițiile iraționale și distres.

Rolul de mediere jucat de constructe specifice, precum expectanțele de răspuns și gândurile automate, în relația dintre cognițiile iraționale și distres, a fost deja demonstrat (Montgomery et al., 2007; Szentagotai & Freeman, 2007; Vlăsă et al., 2013). În mod similar, convingerile specifice stilului de amplificare a senzațiilor somatice, mai relevante pentru contextul tratamentului și/ sau al unei boli cronice, mediază relația dintre cognițiile iraționale și distresul pre-chimioterapie, la pacienții cu cancer mamar.

Bazându-ne pe aceste rezultate, putem asuma că intervențiile care țintesc cognițiile iraționale (e.g., REBT; Ellis, 1994), cât și amplificarea senzațiilor somatice (e.g., protocoalele CBT care vizează convingerile legate de anxietatea față de sănătate; Taylor & Asmundson, 2004) pot fi eficiente în reducerea distresului relaționat tratamentului oncologic. În cadrul unui design experimental, efectele manipulării credințelor iraționale și ale amplificării senzațiilor somatice, prin intermediul unui protocol integrativ CBT, pot furniza dovezi mai solide pentru modelul de mediere identificat de cercetarea prezentă.

În cele din urmă, am luat în considerare o serie de limite care pot contribui la absența unei relații semnificative între distorsiunile atenționale și variabilele considerate. Dintre acestea, ne-am adresat în studiul final la o limită referitoare la sarcina de evaluare a distorsiunilor atenționale. Am utilizat stimuli lingvistici mai lungi decât cei standard din sarcinile dot-probe, în condițiile în care unele dintre simptomele secundare chimioterapiei au fost descrise prin două cuvinte (e.g., gust de fier). Acest lucru ar fi putut afecta înțelegerea implicită a stimulilor, deoarece timpul de expunere al stimulilor nu a fost diferit în funcție de lungimea cuvântului / expresiei. În consecință, în cazul studiului 4, am eliminat stimulii prea lungi și am utilizat doar stimuli reprezentați printr-un singur cuvânt.

Cel din urmă studiu (Studiul 4), a avut drept scop 1) investigarea eficienței intervenției CBT îmbunătățită cu ABM, în comparație cu intervenția CBT simplă în ceea ce privește impactul asupra efectelor secundare ale chimioterapiei și distresului, în timpul tratamentului împotriva cancerului mamar și 2) investigarea eficienței CBT îmbunătățită cu

ABM, în comparație cu intervenția CBT simplă în ceea ce privește impactul asupra distorsiunilor atenționale și a expectanțelor de răspuns legate de efectele secundare ale chimioterapiei. Încă o dată, nu am găsit nicio relație semnificativă între distorsiunile atenționale și variabilele luate în considerare. De asemenea, rezultatele noastre nu au susținut superioritatea intervenției CBT îmbunătățite cu ABM, în reducerea consecințelor tratamentului urmat și a distresului. Totuși, studiul a fost unul explorativ, implementând o singură sesiune de intervenție, prin urmare nu putem concluziona că o componentă de tip ABM nu poate aduce un plus de eficiență unui protocol CBT, într-o versiune extinsă (ex. sesiuni multiple).

4.2. Implicații metodologice

Obiectivul principal al acestei cercetări a fost să investigheze, din perspectivă cognitiv-comportamentală, rolul comun al expectanțelor de răspuns și al distorsiunilor atenționale legate de efectele secundare ale chimioterapiei în generarea distresului emotional și fizic la pacientele cu cancer mamar, aflate în chimioterapie. Pentru a atinge acest obiectiv, în primul rând am dezvoltat o sarcină de evaluare a distorsiunilor atenționale legate de efectele secundare chimioterapiei, folosind o abordare calitativă. Am aplicat interviuri calitative pacientelor cu cancer mamar care încheiaseră chimioterapia. Am solicitat unui număr de 20 de femei aflate în radioterapie, la Institutul Oncologic din Cluj-Napoca, să scrie în mod liber toate cuvintele despre care considerau că descriu cel mai bine simptomele secundare chimioterapiei. Lista finală a conținut 36 de cuvinte ce descriau simptome ale chimioterapiei, din care am selectat în mod aleator 18 cuvinte pentru sarcina computerizată de evaluare a distorsiunii atenționale și respectiv alte 18 pentru sarcina de modificare a distorsiunilor atenționale. Opt dintre acești stimuli erau compuși din două cuvinte, fiind în mod semnificativ mai lungi decât ceilalți. În continuare, după testarea acestei sarcini computerizate în studiul trei, am decis să eliminăm stimuli prea lungi, pentru o mai bună acuratețe în evaluare.

Pentru ultimul studiu am utilizat în final 14 efecte adverse descrise ca stimuli pentru sarcina de evaluare și alți 14 stimuli pentru partea de training a atenției. Am adăugat sarcina ABM la un protocol standard CBT pentru relaxare și am analizat dacă noul protocol duce la rezultate semnificativ mai bune decât protocolul standard. Deși nu am găsit dovezi semnificative pentru superioritatea noului protocol, în fața celui standard, rezultatele arată eficiența similară a acestora în reducerea efectelor secundare tratamentului și reducerea distresului. Deoarece intervenția a implicat o singură sesiune, nu putem trage concluzii ferme asupra eficienței noului protocol, subiectul fiind unul ce merită abordat de cercetări viitoare.

4.3. Contribuții practice

Unul dintre obiective majore ale cercetării a presupus integrarea intervenției de modificare a distorsiunilor atenționale într-un protocol standard CBT dezvoltat pentru managementul efectelor secundare ale tratamentului la pacientele cu cancer mamar. Mai specific, am comparat un protocol CBT îmbunătățit printr-o componentă ABM cu protocolul CBT simplu (ex. relaxare și imagerie dirijată, sugestii specifice pentru reducerea efectelor secundare chimioterapiei), analizând separat efectele acestor două tipuri de intervenții asupra

1) efectelor secundare chimioterapiei și asupra distresului; 2) expectanțelor de răspuns și distorsiunilor atenționale. Cu toate că rezultatele sunt în principal negative, dezvoltarea și punerea în aplicare a acestor două protocoale aduce implicații clinice importante. În primul rând, aceasta este prima încercare de utilizare a unei sarcini psihologice computerizate la pacienții cu cancer mamar. Dezvoltarea generală a studiului a arătat că toate femeile înscrise au fost deschise la acest tip de procedură.

În al doilea rând, am introdus ambele protocoale de terapie într-un context dificil-sesiunea de chimioterapie programată la un Institut oncologic aglomerat- și am reușit să le implementăm cu succes. Acest lucru a fost posibil doar cu suportul echipei medicale, fapt care subliniază din nou importanța unei colaborări interdisciplinare strânse. Procedura construită poate să fie folosită, în continuare, în oricare dintre clinicile ambulatorii în care sunt realizate ședințe de chimioterapie.

4.4. Limite și direcții viitoare

Cercetarea prezentă are limitele sale inerente. Acestea au fost discutate specific în secțiunea de discuții a fiecărui studiu. Totuși, câteva limite generale trebuie menționate și aici. În primul rând, o limită majoră a cercetării este puterea statistică mică. Există posibilitatea ca acest lucru să interfereze cu găsirea unor relații semnificative între distorsiunile atenționale și alte variabile de interes.

În al doilea rând, nu am abordat problema neimplicării în sarcina de evaluare și modificare a distorsiunilor atenționale. Deoarece cercetarea a fost majoritar exploratorie, analizând distorsiunile atenționale legate de efectele secundare ale chimioterapiei, am decis să utilizăm o sarcină computerizată standard, specifică domeniului distorsiunilor atenționale. Acest lucru ne-a îndepărtat de ideea dezvoltării unei sarcini computerizate noi, mai interesantă. În al treilea rând, în principal datorită aceleiași caracteristici exploratorii, protocolul nostru de intervenție a inclus o singură ședință. De asemenea, deoarece pacienții nu erau din Cluj-Napoca, nu am putut extinde protocolul la ședințe săptămânale.

În al patrulea rând, am utilizat doar scale de auto-raportare, în scopul evaluării distresului și al efectelor secundare tratamentului. Cercetările viitoare trebuie să ia în considerare măsurători complementare (ex. fiziologice, comportamentale, evaluare clinică) pentru a extrage concluzii mai ferme.

În ciuda acestor limite inerente, considerăm că cercetarea de față a dezvoltat domeniul de cercetare al distorsiunilor atenționale la pacienții oncologici, prin centrarea atenției asupra distorsiunilor atenționale legate de efectele secundare ale tratamentului la pacienții cu cancer mamar. Cu toate acestea, rezultatele noastre nu au indicat o relație semnificativă între distorsiunile atenționale și expectanțele de răspuns sau alte mecanisme cognitive luate în considerare în cadrul CBT și nici nu au susținut superioritatea intervenției nou dezvoltate.

Totuși, rezultatele au dezvoltat o serie de întrebări de cercetare interesante. Am descris în secțiunea de discuții, specific pentru fiecare studiu, explicațiile posibile ale rezultatelor noastre care pot dezvolta viitoarele cercetări. Sperăm că această cercetare va stimula investigații suplimentare ale mecanismelor psihologice, care ar putea îmbunătăți intervențiile cognitive-comportamentale pentru pacienții oncologici.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

- Aaronson, N. K., Ahmedzai, S., Bergman, B., Bullinger, M., Cull, A., Duez, N. J., ... de Haes, J. C. (1993). The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: a quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. *Journal of the National Cancer Institute*, 85(5), 365–376.
- Afzal, M., Potokar, J. P., Probert, C. S. J., & Munafò, M. R. (2006). Selective processing of gastrointestinal symptom-related stimuli in irritable bowel syndrome. *Psychosomatic Medicine*, 68(5), 758–761. doi:10.1097/01.psy.0000232270.78071.28
- Barsky, A. J. (1992). Amplification, Somatization, and the Somatoform Disorders. *Psychosomatics*, 33(1), 28–34. doi:10.1016/S0033-3182(92)72018-0
- Barsky, A. J., Orav, E. J., Ahern, D. K., Rogers, M. P., Gruen, S. D., & Liang, M. H. (1999). Somatic style and symptom reporting in rheumatoid arthritis. *Psychosomatics*, 40(5), 396–403. doi:10.1016/S0033-3182(99)71204-1
- Barsky, A. J., Wyshak, G., & Klerman, G. L. (1990). The Somatosensory Amplification Scale and its relationship to hypochondriasis. *Journal of Psychiatric Research*, 24(4), 323–334. doi:10.1016/0022-3956(90)90004-A
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. International Universities Press.
- Beck, A. T., Steer, R. A., Ball, R., & Ranieri, W. (1996). Comparison of Beck Depression Inventories - IA and II in psychiatric outpatients. *Journal of Personality Assessment*, 67(3), 588–597.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *BDI-II, Beck depression inventory: manual*. San Antonio, Tex.; Boston: Psychological Corp. ; Harcourt Brace.
- Borenstein, M., Hedges, L., Higgins, J., & Rothstein, H. (2005). *Comprehensive meta-analysis, Version 2*. Englewood, NJ: Biostat.
- Bradley, M. M., & Lang, P. J. (2010). *Affective norms for English words (ANEW): Stimuli, instruction manual and affective ratings. Technical report C-2*,. Gainesville, FL: The Center for Research in Psychophysiology, University of Florida.
- Bridge, L. R., Benson, P., Pietroni, P. C., & Priest, R. G. (1988). Relaxation and imagery in the treatment of breast cancer. *BMJ: British Medical Journal*, 297(6657), 1169–1172.
- Burgess, C., Cornelius, V., Love, S., Graham, J., Richards, M., & Ramirez, A. (2005). Depression and anxiety in women with early breast cancer: five year observational cohort study. *British Medical Journal*, 330(7493), 702. doi:10.1136/bmj.38343.670868.D3
- Carpenter, J., Johnson, D., Wagner, L., & Andrykowski, M. (2002). Hot flashes and related outcomes in breast cancer survivors and matched comparison women. *Oncology Nursing Forum*, 29(3), E16–E25. doi:10.1188/02.ONF.E16-E25
- De Graaf, L. E., Roelofs, J., & Huibers, M. J. H. (2009). Measuring dysfunctional attitudes in the general population: The Dysfunctional Attitude Scale (form A) Revised. *Cognitive Therapy and Research*, 33(4), 345–355. doi:10.1007/s10608-009-9229-y
- Derryberry, D., & Reed, M. A. (2002). Anxiety-related attentional biases and their regulation by attentional control. *Journal of Abnormal Psychology*, 111(2), 225–236. doi:10.1037/0021-843X.111.2.225

- DiGiuseppe, R., Leaf, R., Exner, T., & Robin, M. (1988). The development of a measure of irrational/rational thinking. Presented at the World Congress of Behavior Therapy, Edinburgh, Scotland.
- Duval, S., & Tweedie, R. (2000). Trim and fill: A simple funnel-plot-based method of testing and adjusting for publication bias in meta-analysis. *Biometrics*, *56*(2), 455–463. doi:10.1111/j.0006-341X.2000.00455.x
- Ellis, A. (1994). *Reason and emotion in psychotherapy*. Secaucus, NJ: Birch Lane: Carol Pub. Group.
- Graves, K. D. (2003). Social cognitive theory and cancer patients' quality of life: A meta-analysis of psychosocial intervention components. *Health Psychology*, *22*(2), 210–219. doi:10.1037/0278-6133.22.2.210
- Hollon, S. D., & Kendall, P. C. (1980). Cognitive self-statements in depression: Development of an automatic thoughts questionnaire. *Cognitive Therapy and Research*, *4*(4), 383–395. doi:10.1007/BF01178214
- Horowitz, M., Wilner, N., & Alvarez, W. (1979). Impact of Event Scale: A measure of subjective stress. *Psychosomatic Medicine*, *41*(3), 209–218.
- Hunter, J. E., & Schmidt, F. L. (1990). *Methods of meta-analysis: correcting error and bias in research findings*. Newbury Park: Sage Publications.
- Hunter, M. S. (2003). Cognitive behavioural interventions for premenstrual and menopausal symptoms. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, *21*(3), 183–193. doi:10.1080/0264683031000155006
- Hunter, M. S., Coventry, S., Mendes, N., & Grunfeld, E. A. (2009). Menopausal symptoms following breast cancer treatment: a qualitative investigation of cognitive and behavioural responses. *Maturitas*, *63*(4), 336–340. doi:10.1016/j.maturitas.2009.06.003
- Hunter, M. S., Grunfeld, E. A., Mittal, S., Sikka, P., Ramirez, A.-J., Fentiman, I., & Hamed, H. (2004). Menopausal symptoms in women with breast cancer: Prevalence and treatment preferences. *Psycho-Oncology*, *13*(11), 769–778. doi:10.1002/pon.793
- Hunter, M. S., & Liao, K. L. (1995). A psychological analysis of menopausal hot flashes. *The British Journal of Clinical Psychology*, *34*, 589–599.
- Jim, H. S., Andrykowski, M. A., Munster, P. N., & Jacobsen, P. B. (2007). Physical symptoms/side effects during breast cancer treatment predict posttreatment distress. *Annals of behavioral medicine: a publication of the Society of Behavioral Medicine*, *34*(2), 200–208. doi:10.1080/08836610701566969
- Kenny, D. A., Kashy, D. A., & Bolger, N. (1998). Data analysis in social psychology. In D. Gilbert, S. Fiske, & G. Lindzey (Eds.), *The handbook of social psychology* (4th ed., Vol. 1, pp. 233–265). Boston, MA: McGraw-Hill.
- Lindner, H., Kirkby, R., Wertheim, E., & Birch, P. (1999). A Brief Assessment of Irrational Thinking: The Shortened General Attitude and Belief Scale. *Cognitive Therapy and Research*, *23*(6), 651–663.
- Luebbert, K., Dahme, B., & Hasenbring, M. (2001). The effectiveness of relaxation training in reducing treatment-related symptoms and improving emotional adjustment in acute non-surgical cancer treatment: a meta-analytical review. *Psycho-Oncology*, *10*(6), 490–502. doi:10.1002/pon.537

- Montgomery, G. H., & Bovbjerg, D. H. (2004). Presurgery distress and specific response expectancies predict postsurgery outcomes in surgery patients confronting breast cancer. *Health psychology: official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 23(4), 381–387. doi:10.1037/0278-6133.23.4.381
- Montgomery, G. H., David, D., Dilorenzo, T. A., & Schnur, J. B. (2007). Response expectancies and irrational beliefs predict exam-related distress. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy: RET*, 25(1), 17–34. doi:10.1007/s10942-006-0029-y
- Montgomery, G. H., Kangas, M., David, D., Hallquist, M. N., Green, S., Bovbjerg, D. H., & Schnur, J. B. (2009). Fatigue during breast cancer radiotherapy: An initial randomized study of cognitive-behavioral therapy plus hypnosis. *Health Psychology*, 28(3), 317–322. doi:10.1037/a0013582
- Montgomery, G. H., & Kirsch, I. (1997). Classical conditioning and the placebo effect. *Pain*, 72(1-2), 107–113. doi:10.1016/S0304-3959(97)00016-X
- Morley, S., Eccleston, C., & Williams, A. (1999). Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials of cognitive behaviour therapy and behaviour therapy for chronic pain in adults, excluding headache. *Pain*, 80(1-2), 1–13.
- Naaman, S. C., Radwan, K., Fergusson, D., & Johnson, S. (2009). Status of Psychological Trials in Breast Cancer Patients: A Report of Three Meta-Analyses. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 72(1), 50–69. doi:10.1521/psyc.2009.72.1.50
- National Institute for Health and Clinical Excellence. (2009). Early and locally advanced breast cancer: full guideline. Retrieved from <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/12132/43312/43312.pdf>
- Nerenz, D. R., Leventhal, H., & Love, R. R. (1982). Factors contributing to emotional distress during cancer chemotherapy. *Cancer*, 50(5), 1020–1027.
- Preacher, K. J., & Hayes, A. F. (2008). Asymptotic and resampling strategies for assessing and comparing indirect effects in multiple mediator models. *Behavior Research Methods*, 40(3), 879–891. doi:10.3758/BRM.40.3.879
- Preacher, K. J., & Kelley, K. (2011). Effect size measures for mediation models: quantitative strategies for communicating indirect effects. *Psychological Methods*, 16(2), 93–115. doi:10.1037/a0022658
- Richardson, J., Smith, J. e., Mccall, G., Richardson, A., Pilkington, K., & Kirsch, I. (2007). Hypnosis for nausea and vomiting in cancer chemotherapy: a systematic review of the research evidence. *European Journal of Cancer Care*, 16(5), 402–412. doi:10.1111/j.1365-2354.2006.00736.x
- Rosenthal, R. (1991). *Meta-analytic procedures for social research*. Newbury Park: Sage Publications.
- Shacham, S. (1983). A Shortened Version of the Profile of Mood States. *Journal of Personality Assessment*, 47(3), 305–306. doi:10.1207/s15327752jpa4703_14
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. W., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Archives of internal medicine*, 166(10), 1092–1097. doi:10.1001/archinte.166.10.1092

- Sullivan, M. J. L., Bishop, S. R., & Pivik, J. (1995). The Pain Catastrophizing Scale: Development and validation. *Psychological Assessment*, 7(4), 524–532. doi:10.1037/1040-3590.7.4.524
- Szentagotai, A., & Freeman, A. (2007). An analysis of the relationship between irrational beliefs and automatic thought in predicting distress. *Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies*, 7(1), 1–9.
- Tatrow, K., & Montgomery, G. H. (2006). Cognitive Behavioral Therapy Techniques for Distress and Pain in Breast Cancer Patients: A Meta-Analysis. *Journal of Behavioral Medicine*, 29(1), 17–27. doi:10.1007/s10865-005-9036-1
- Taylor, S., & Asmundson, G. J. G. (2004). *Treating Health Anxiety: A Cognitive-behavioral Approach*. Guilford Press.
- Vișlă, A., Cristea, I. A., Szentágotai Tătar, A., & David, D. (2013). Core beliefs, automatic thoughts and response expectancies in predicting public speaking anxiety. *Personality and Individual Differences*, 55(7), 856–859. doi:10.1016/j.paid.2013.06.003
- World Health Organization. (2008). The global burden of disease: 2004 update. *www.who.int*. Retrieved from http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004update_full.pdf.