

RELAȚIA DINTRE ADAPTARE ȘI STILUL DE VIAȚĂ LA PACIENȚII SOMATICI

V. CALANCEA,
N. FRUNZĂ, A. MELNICIUC,
instituția medico-sanitară publică Spitalul Clinic
Republican

Actualitatea temei

În prezenta lucrare subliniem rolul important pe care-l joacă aspectele adaptării și mecanismele de apărare în două dintre multiplele maladii: diabetul zaharat tip II și bolile hepatice. Cum spune Boehm W.: *“Normalitatea (sănătatea mintală) este condiția de funcționalitate socială, impusă și acceptată de societate în scopul realizării personale”* [7, p. 43].

Scopul cercetării

Pentru studiul practic ne-am propus să cercetăm dacă: raționalizarea ca mecanism de apărare este mai manifestată în cazul diabetului zaharat tip II și hepatitei în raport cu alte mecanisme de apărare. Modalitatea de adaptare în contextul social, axată pe *“capacitățile secundare”*, este mai des întâlnită la persoanele cu diabet zaharat tip II și hepatită decât cea bazată pe *“intuiție, fantezie și viitor”*.

Material și metode

Metodologia cercetării a inclus analiza și sinteza teoretică, chestionarul de identificare a tulburărilor de adaptare (CITA), chestionarul Indexul Stilului de Viață (LSI, după Plutchik – Kellerman – Konthe), programul computerizat pentru prelucrarea statistică a datelor SPSS-09. În experiment au participat 34 de pacienți internați în secțiile de endocrinologie și hepatologie ale SCR RM.

Ca bază conceptuală a cercetării au servit teoriile psihologiei medicale (Hipocrat, Bradu-Iamandescu I., Luban-Plozza B., Veil C., Săhleanu V. și Athanasiu A.); teorii ale psihologiei clinice (Huber W); teorii ale adaptării (Prelipceanu D., Campbell J., Mezer A., Enăchescu C., Pearlin, Schooler, Schener, Folkman, Lazarus); teorii ale mecanismelor de apărare (Freud S., Ionescu Ș., Jacquet M., Lhote C., Micle M., Burgeois și Paulhan, Vaillant G.)

Mathney, Aycocock, Pugh, Curlette și Cannella (1986) au sugerat că patternurile de adaptare se pot divide într-o categorie de stresori combativi. Formula lor include patru tipuri: evitarea stresorilor prin adaptarea vieții; adaptarea nivelului cererii; îndepărtarea stresului inclus de patternurile comportamentale; descoperirea resurselor adaptării. Categoria stresorilor combativi include cinci tipuri: manifestarea stresului; stăpânirea resurselor; atacarea stresorilor; tolerarea stresorilor; scăderea iritabilității [3, p. 254].

Comportamentele de adaptare pot fi împărțite în 4 dimensiuni independente: activ – pasiv (discutând direct acțiunea, trăind sau evitând stresorii); cognitive – emoțional (controlând stresorii angajați în activitatea cognitivă sau ținând de sfera emoțională, catarsisul și expresia); de control (menținând în aparență controlul personal asupra stresorilor); acțiunea psihologică/acțiunea socială (sfera autorealizării sau suportul social) [4, p. 172].

Summary

Adaptation and lifestyle balance on somatic patients

Health is a result of dynamic relationship between the being and the medium. As well, the disease is also the product of asymmetrical and disharmonious interaction between these entities, that is against both beings and society's evolution. Whether the person is capable of overcoming this gap, than he will remain healthy. Otherwise, he becomes ill.

The best definition of “normality” implies dynamic interaction, understood as harmonious adaption in any moment of existence. This process is developing depending on the environment, person's or society's part. The “normality” is a qualitative result of the person – medium interaction and not only the absence of disease or “migration” in the ocean of possibilities.

Relațiile medic – pacient fac parte din psihologia comportamentului interpersonal. În acest cadru se deosebesc cel puțin șapte categorii: *interacțiunea socială* (cooperantă sau competitivă), produsă de tentințe care nu sunt propriu-zis de natură socială; *dependența*, cuprinzând acceptare, interacțiune, ajutor, protecție, călăuzire; *afiliația*, cuprinzând proximitatea fizică, contact prin priviri, răspunsuri calde și prietenoase; *dominanța*, acceptarea de către alții a poziției de lider sau învățător, critic, sfătuitor; *sexualitatea*, cuprinzând proximitate fizică, contact corporal, interacțiune intimă; *agresiunea*, lezarea altora pe plan fizic, verbal etc.; *autostima și egoidentitatea*: acceptarea autoimaginii de către alții sau acceptarea imaginii pe care o au alții despre sine [1, p. 78].

Pomerleau a elaborat un șir de cerințe ale bolnavilor cu boli somatice: anxioșii și fobicii au nevoie de un personaj care să le inspire securitate, nevoile lor de dependență fiind satisfăcute printr-o atitudine directivă și securizantă; obsesionalul cere explicații amănunțite din necesitatea sa intelectuală de a se asigura pe calea raționamentului migălos; paranoidul are nevoie de o relație de încredere și onestitate; depresivul resimte o alinare pasageră, dacă este lăsat să-și expună suferințele sale; firea demonstrativă necesită o libertate în expunerea sentimentelor, medicul trebuie să fie răbdător și tacticos [2, p. 280].

Bolnavul vede lumea spitalului într-un mod deosebit. Pentru bolnavul care este internat prima dată într-un salon de spital, viața de spital apare în multe privințe total diferită de cea cotidiană, fiind guvernată de o serie de legi, în bună parte neobișnuite pentru el. La nivelul personalității bolnavul suferă o regresie accentuată în plan afectiv și comportamental, mergând până la infantilizare [6, p. 296].

Există aspecte de ordin situațional și de ordin relațional ale spitalizării, capabile să-i modifice atitudinile și comportamentul persoanei internate:

1. Aspect de ordin *situațional*: adaptarea pacientului cu salonul de spital; izolarea de familie; insuficienta informare asupra bolii; reducerea activității fizice; dependența fizică față de rigorile aplicării metodelor de investigație și de tratament; disciplina vieții de spital.

2. Aspect de ordin *relațional*: contactul cu ceilalți bolnavi; examinarea bolnavului de față cu alți bolnavi; supunerea bolnavului și abandonarea spiritului critic (cel puțin la exterior); jargonul medical folosit; vizita medicului și a profesorului (sau șefului clinicii); distanța socială dintre bolnav și unii membri ai personalului; locul inferior ocupat de pacienți în ierarhia spitalicească; tratamentul depersonalizat.

Mecanismul de eliberare și cel de coping permit să fie luată în considerație posibilitatea abordării integrative a diverselor procese psihologice de adaptare [5, p. 200].

Sănătatea exprimă echilibrul dinamic dintre ființă și lume, iar boala rezultă din dezechilibrul ființei cu lumea, din lupta lor asimetrică și dizarmonioasă, ce contrazice nu numai logusul în evoluția ființei, ci și pe cel al societății. Dacă în conflictul dintre ființă și mediu individul reușește să învingă starea de tensiune care izvorăște din golul de adaptare pe care acesta îl reprezintă, atunci își va păstra sănătatea. În caz contrar, el va ajunge la îmbolnăvire.

Anume normalitatea ne pare mai bine definită în dinamică, în sensul adaptării armonioase în fiecare moment al existenței, în funcție de mediul său și istoria sa și a colectivității sale, ca un rezultat al calității raportului personalitate – mediu, și nu ca o absență a bolii sau a posibilității de "plutire" într-un câmp de forțe contradictorii.

Rezultate și discuții

Conform rezultatelor obținute utilizând chestionarul LSI, pacienții prezintă un nivel mai ridicat la scala *raționalizare* cu cea mai mare medie – $M=9,38$, pe când la celelalte scale am obținut următoarele rezultate: *deplasarea* – $M=3,94$; *regresia* – $M=7,38$; *substituția* – $M=2,70$; *negarea* – $M=6,82$; *proiecția* – $M=7,94$; *compensarea* – $M=6,08$; *hipercompensarea* – $M=5,50$. Aceste rezultate au confirmat presupunerea precum că raționalizarea ca mecanism de apărare este mai manifestată în cazul bolilor diabet zaharat tip II și hepatită în raport cu alte mecanisme de apărare.

În continuarea cercetării se presupunea că modalitatea de adaptare în contextual social "*capacitățile secundare*" este mai des întâlnită la persoanele cu diabet zaharat tip II și hepatită decât modalitatea de adaptare "*intuiție/fantezie/viitor*". Rezultatele obținute au scos în evidență scala capacităților secundare cu media $M=15,26$, după care urmează: scala capacităților primare cu $M=13,14$; corp/simțuri cu $M=12,38$; relații/tradiții cu $M=9,29$; activitate/rațiune cu $M=7,14$ și scala intuiție/fantezie/viitor cu $M=4,20$. Aceste rezultate au confirmat ipoteza enunțată.

Pentru un studiu mai amplu, am utilizat metoda corelației pentru scalele chestionarelor CITA și LSI și am obținut următoarele rezultate pentru $p<0,05$ corelație pozitivă:

- intuiția/fantezia cu adaptarea corp/simțuri $r=0,374$; cu capacitățile primare $r=0,539$;
- adaptarea corp/simțuri cu relațiile și tradițiile $r=0,604$; cu capacitățile primare $r=0,891$;

- relațiile și tradițiile cu capacitățile primare $r = 0,680$;
- capacitățile primare cu substituția $r = 0,379$;
- capacitățile secundare cu proiecția $r = 0,529$;
- proiecția cu raționalizarea $r = 0,466$;
- hipercompensația cu raționalizarea $r = 0,340$;
- doar substituția este în corelație negativă cu negarea $r = 0,366$.

În urma corelației scalelor chestionarelor CITA și LSI, presupunerea precum că adaptarea pacienților cu îmbolnăviri psihosomatice depinde de mecanismele de apărare s-a confirmat.

Afecțiunile care au la origine probleme emoționale sau sunt întreținute de acestea fac să apară bolile psihosomatice. În fond, orice boală fizică poate fi menținută și agravată de stres și emoții negative. Dacă vrem să descoperim originea psihologică, trebuie să ne aprofundăm în viața familială, profesională, afectivă și să învățăm cum să reducem arderea emoțională, căci omul este o unitate a psihicului și fizicului. Înseamnă că aceste două laturi se influențează reciproc: o problemă fizică poate produce suferință psihică și invers.

Emoțiile sunt cauze posibile de îmbolnăvire și au o localizare "perfecționistă" în organism. Tristețea își găsește „cuibul” în plămâni, în timp ce îngrijorarea (grijile de zi cu zi) afectează stomacul. Furia și sentimentele reprimite „lovesc” ficatul. Iar o bucurie excesiv de intensă afectează și slăbește inima. O stare de nervozitate bruscă, când se împăienjenesc ochii (de unde expresia: „Am văzut negru înaintea ochilor de supărare.”), apare senzația că s-a urcat tot sângele în cap, reacția este atribuită ficatului, prin expresia „temperament coleric”, adică „multă bilă”. Uneori, aceste crize pot ajunge până la voma bilioasă. Când este un moment de frică sau îngrozire, trăirile cople-

șitoare afectează rinichii. În medicina tradițională chineză, energia rinichiului hrănește părul. Dacă este secătuită brusc din cauza fricii, părul albește. Astfel, devine posibil ca un om să albească în doar câteva ore în urma trăirii unei spaime bruște.

Concluzii

1. Dacă psihicul poate să ne îmbolnăvească, reiese că poate și să ne însănătoșească. Medicii și terapeuții știu că acest lucru este posibil. Tristețea, furia, vinovăția, groaza sunt emoții firești. Doar trăirea lor excesivă ne afectează corpul. Însă, odată ce preluăm controlul emoțiilor, această armonie se va oglindi subtil și în corp.

2. Abordarea psihologică pozitivă a tratamentului poate accelera foarte mult însănătoșirea și are o putere evidentă atunci când ne folosim de ea pentru reechilibrarea fizică și psihică.

Bibliografie

1. Enătescu V. *Dialogul medic – bolnav*, Cluj: Dacia, 1981, 198 p.
2. Iamandescu B. *Psihologie medicală*, București: Informedica, 2005, 344 p.
3. Ionescu G. *Introducere în psihologia medicală*. București: Editura Științifică, 1973, 375 p.
4. Ionescu G. *Tulburările personalității*. București: Asklepios, 1997, 314 p.
5. Lăzărescu M. *Psihopatologie clinică*, Timișoara: Helicon, 1994, 345 p.
6. Popa-Velea O.; Diaconescu L.; Necula I. *Psihologie medicală*. București: Editura Universitară "C. Davila", 2006, 420 p.
7. Sillamy N. *Dicționar de psihologie*. București: Univers Enciclopedie, 1996, 347 p.
8. Șerban I.; Jaquet M-M.; Lhote C. *Mecanismele de apărare: teorii și aspecte clinice*, Iași: Polirom, 2007, 350 p.

Prezentat la 11.05.2012