

MODIFICĂRI PSIHO-COMPORTAMENTALE INDUSE DE BOALĂ LA PACIENȚII DE VÂRSTA A III-A

PSYCHOLOGICAL AND BEHAVIORAL CHANGES DUE TO ILLNESS, IN ELDERLY PATIENTS

Mârza-Dănilă Doina¹, Mârza-Dănilă Dănuț Nicu²

Key words: illness, patient, psycho-behavioral manifestations

Cuvinte cheie: boală, pacient, manifestări psiho-comportamentale

Abstract.

Together with the perception of illness, individual anticipates several threats in the respect of his physical integrity and/or capacity, especially if his informations regarding similar cases suggests this kind of possibilities. In case of an illness, within his familial, social and professional life there are some fractures capable of making the patient to change his status and role, or at least his idea of group insertion and his disponibility to cooperate.

Objectives. This paperwork aims to assess changes in psychical and behavioral aspects in elderly patients.

Subjecs. Study group consisted of 165 patients, males and women, ages between 65 and 80 years old, with several illness. Study was conducted between October 2012 – February 2013.

Methods. For assessment was used a questionnaire, carried out by physical therapists from diverse medical care units. **Results.** Results analized even from the point of view of influences of age, gender and previous medical status on patients, shown several changes in the respect of the attitude regarding the accident/ illness, phycological status during the first stages of affection, at the beginning of the rehabilitation process, abd attitude regarding the evolution of illness.

Conclusions. Illness generates physchic stress, leading to some psychological and behavioral changes, which must be take into account during rehabilitation process of elderly persons.

Rezumat.

Odată cu perceperea apariției bolii/accidentului, individul anticipează și o serie de amenințări la adresa integrității și/sau capacității sale fizice, mai ales dacă informațiile sale despre cazuri similare îi sugerează astfel de posibilități. În câmpul vieții sale socio-profesionale și familiale apar, în caz de îmbolnăvire gravă, fisuri capabile să se adâncească și să-l facă pe bolnav să-și modifice, dacă nu statutul și rolul său, cel puțin ideea de inserție la nivel de grup și disponibilitatea spre colaborare.

Obiective. Cercetarea a urmărit depistarea modificărilor psiho-comportamentale induse de boală la pacienți de vârsta a III-a. **Subiecți.** Eșantionul ăa cuprins 165 de pacienți de ambele sexe, cu vârste cuprinse între 65 și 80 ani, cu diverse afecțiuni și s-a desfășurat în perioada octombrie 2012 – februarie 2013. **Metode.** S-a folosit interviul anamnetic, neformal, ghidat, realizat cu ajutorul kinetoterapeuților angajați în diverse sectoare de activitate medicală. **Rezultate.** Rezultatele, analizate și din punct de vedere al influențelor pe care vârsta, sexul și antecedentele medicale ale pacienților le poate avea asupra lor, au evidențiat o serie de modificări ale atitudinilor generale față de accident / îmbolnăvire, ale stărilor psihice în momentul accidentării / primelor semne ale afecțiunii, ale stărilor psihice la începerea recuperării, ale simptomelor somato – fiziologice - psihice la începerea recuperării și ale atitudinilor față de evoluția afecțiunii. **Concluzii.** Boala generează stres psihic, care determină apariția unor modificări psiho-comportamentale de care trebuie să se țină cont în abordarea kinetoterapeutică a pacienților de vârsta a III-a.

¹ Universitatea "Vasile Alecsandri" din Bacău, Facultatea de Științe ale Mișcării, Sportului și Sănătății, Departamentul de Kinetoterapie și Terapie ocupațională, email: marzad2001@yahoo.com

² Universitatea "Vasile Alecsandri" din Bacău, Facultatea de Științe ale Mișcării, Sportului și Sănătății, Departamentul de Educație fizică și Performanță sportivă, mdoidn@yahoo.com

Introducere

Conceptele de boală și sănătate sunt concepte evaluative, ele fiind *circumscrie de dezvoltarea cunoașterii biomedicale, de orientările intelectuale ale culturii, de sistemul axiologic al societății*. [1]

Importanța factorilor psihologici în bolile psihice, psihosomatice și în cele considerate pur fizice a fost dovedită în mod prodigios de cercetările și experiențele ultimelor decenii.

Odată cu perceperea apariției bolii (în cazul în care aceasta este de durată sau se exprimă cu brutalitate la nivelul subiectivității individului), acesta anticipează și o serie de amenințări la adresa integrității și/sau capacității sale fizice, mergând până la pieirea sa, mai ales dacă informațiile sale despre cazuri similare îi sugerează astfel de posibilități. În câmpul vieții sale socio-profesionale și familiale apar, de asemenea în caz de îmbolnăvire grevă, fisuri capabile în anumite situații (greu previzibile, mai ales la începutul bolii) - să se adâncească și să-l facă pe bolnav să-și modifice, dacă nu statutul și rolul său, cel puțin o inserție la nivel de grup până atunci satisfăcătoare sau chiar ideală. Boala generează stres psihic prin două mari grupe de agenți stresanți: situație esențială de impas creată prin apariția, desfășurarea și consecințele bolii și disconfort psihic și somatic reprezentate de un cortegiu de suferințe fizice și psihice inerente.

Steinmuller (citată de Iamandescu, I.B., 1993) sintetizează limitarea câmpului de activitate a bolnavului prin *pierderea rolurilor obișnuite, a unor gratificații și a unor moduri de comportament adaptativ*. [2,4]

Scopul și ipoteza cercetării

Scopul studiului de față a fost acela de a despista modificările psiho-comportamentale induse de boală la pacienții de vârstă a III-a, iar **ipoteza** de la care s-a pornit a fost aceea că *identificarea modificărilor psiho-comportamentale induse de boală la pacienții de vârstă a III-a face posibilă adaptarea diferențiată, corespunzătoare fiecărei persoane și fiecărei patologii*.

Material și metode

Cercetarea desfășurată a fost de tip constatativ, aplicarea în practică a rezultatelor acesteia putând ameliora considerabil calitatea relației terapeut-pacient și a rezultatelor terapeutice.

Subiecți. Pentru a decela impactul psiho-comportamental al bolii / accidentului asupra unor pacienți de vârstă a III-a, am folosit interviul anamnestic, neformal, ghidat, realizat cu ajutorul kinetoterapeuților angajați în diverse sectoare de activitate medicală, asupra a 165 de pacienți. Eșantionul a cuprins pacienți de ambele sexe, cu vârste cuprinse între 65 și 80 ani, cu diverse afecțiuni (Tabel I).

Pe baza unui ghid de interviu [3], kinetoterapeuții au completat grile de evaluare a atitudinilor și comportamentelor pacienților față de boală și situația de bolnav. Astfel, am încercat să surprindem atitudinile și comportamentul pacienților în legătură cu boala/accidentul în 3 momente diferite: înainte de accidentare / îmbolnăvire; în momentul accidentării / primelor semne ale bolii; în momentul începerii activității de recuperare kinetoterapeutică.

Rezultate

Pentru a avea o imagine de ansamblu, foarte clară, a atitudinilor și comportamentelor pacienților în legătură cu boala / accidentul, prezentarea rezultatelor a fost eșalonată urmărind măsura în care modificările psiho-comportamentale induse de boală sunt influențate de vârstă și sex (toți având antecedente medicale), din 5 puncte de vedere: a atitudinilor generale față de accident / îmbolnăvire; a stărilor psihice în momentul accidentării / primelor semne ale afecțiunii; a stărilor psihice la începerea recuperării; a simptomelor somato-fiziologice-psihice la începerea recuperării; a atitudinilor față de evoluția afecțiunii.

În prezentarea stărilor psihice s-a folosit următoarea ierarhizare: emoții primare (frică, furie, disperare, gândul că ar putea muri), emoții evaluativ-sociale (tendința de a învinui pe alții, teama de a nu-și pierde locul de muncă, teama de a nu fi afectată familia, teama de a nu-și pierde

prietenii) și stări psihice de apărare a Eu-lui (speranța că afecțiunea nu este prea gravă, resemnare, gândul că va avea o *pauză*).

În prezentarea simptomelor somato-fiziologice-psihice s-a folosit următoarea ierarhizare: reacții alergice (dureri de cap, tulburări de respirație, tulburări digestive, tulburări uro-genitale), reacții neuromusculare și vegetative (tensiuni musculare excesive, tremurături, amețeli, transpirații abundente), reacții fiziologice hipostenice (senzație de oboseală, senzație de slăbiciune, senzație de leșin), reacții cardio-vasculare și psiho-sugestive (puls accelerat, tensiune arterială mărită, gândire negativă) și reacții neuro-psihice (iritabilitate, predispoziție la plâns facil, dificultăți de comunicare, stări de agitație).

□ *Atitudini față de boală, în general*

Situația atitudinilor generale față de boală este reprezentată în graficul nr. 1. 76,9% dintre pacienți declară că se gândesc cu frică la posibilitatea că s-ar putea îmbolnăvi, 72,3% își anticipează suferința, 86,2% sunt foarte impresionați de suferința altora și se transpun frecvent în situația celor care suferă și 38,5% nu au încredere în terapie, în general. Această situație se datorează faptului că, în general, persoanele de vârstă a III-a, marcate de diferite afecțiuni, sunt mai în vârstă și ideii general acceptate că *la bătrânețe nu ai cum să fii sănătos*.

Așa cum se observă din tabelul II, nu se pot stabili legături semnificative între sexul, vârsta și atitudinile pacienților, ceea ce înseamnă că acestea nu se influențează unele pe altele.

La vârsta a III-a, femeile prezintă în proporție mai mare decât bărbații atitudini de frică față de boală (92,5% comparativ cu 52%), anticipare a suferinței (87,5% comparativ cu 48%), impresionabilitate (97,5% comparativ cu 68%). 37,5% dintre femei și 40% dintre bărbați nu au încredere în terapie.

□ *Stări psihice în momentul primelor semne ale afecțiunii*

În momentul apariției primelor semne ale afecțiunii, pacienții de vârstă a III-a au reacționat trăind, în proporții diferite, o serie de stări psihice momentane care caracterizează impactul pe care conștiința afecțiunii l-a avut asupra acestora (Grafic nr. 1).

Trăirea acestor stări psihice a fost influențată doar de sex, femeile evocând un număr mult mai mare de trăiri legate de afecțiune. Acest rezultat este garantat cu o probabilitate de 99,9% (pentru un nivel de semnificație de 0,001). Intensitatea asocierii care se stabilește între sexul pacienților și stările psihice trăite în momentul primelor semne ale afecțiunii este mică spre medie, fapt dovedit de valoarea calculată pentru coeficientul lui Cramer (0,35). Vârsta nu influențează semnificativ trăirea stărilor psihice în momentul apariției primelor semne ale bolii (tabel III).

Așa cum reiese și din graficul nr. 2, la pacienții de vârstă a III-a, din cele 245 de stări psihice declarate, starea psihică dominantă este frica (76,9%), urmată de îngrijorarea în legătură cu impactul bolii asupra familiei (70,8%). Având în vedere faptul că toți pacienții intervievați au avut antecedente medicale, este oarecum de înțeles de ce la 29,2% dintre aceștia se manifestă deja resemnarea în fața bolii. Totuși, 27,7% dintre pacienți (în cea mai mare parte bărbați) reacționează cu furie la gândul că s-au îmbolnăvit și 26,2% se gândesc că vor putea lua o *pauză* cu ocazia îmbolnăvirii (în procent mai mare femeile decât bărbații). 21,5% sunt disperați gândindu-se la ce va urma, 18,5% temându-se chiar că ar putea să moară. 16,9% au tendința de a învinui pe alții pentru starea în care se află și tot atâția își exprimă speranța că boala, ale cărei semne tocmai le-au simțit, nu va fi prea gravă.

Femeile, în general, reacționează în cea mai mare măsură cu frică (97,5% comparativ cu 44% bărbații) și grijă față de situația familială (82,5% comparativ cu 52% bărbații). Își exprimă în extrem de mică măsură speranța (2,5% comparativ cu 40% bărbații) și se resemnează mult mai ușor decât bărbații (32,5% comparativ cu 24%).

Bărbații reacționează, în primele momente, prin furie datorită situației de boală (68% comparativ cu 2,5% în cazul femeilor); 28% sunt disperați (comparativ cu 17,5% în cazul femeilor); se gândesc însă mai puțin că ar putea muri (8% comparativ cu 25% femeile) și se resemnează mai greu (24% din pacienți).

□ *Stări psihice la începerea recuperării*

La începerea recuperării, situația stărilor psihice trăite de pacienți se regăsește mult ameliorată față de primele momente în care au conștientizat semnele bolii (197 de stări psihice, comparativ cu 245 la apariția primelor semne ale bolii).

Din graficul nr. 3, se observă că, de data aceasta, rămâne pe primul loc grija față de modul în care afecțiunea diagnosticată afectează familia bolnavului (la 63,1% dintre pacienți), urmată de resimțirea în continuare a unei senzații de frică (la 58,5% dintre pacienți). 43,1% dintre pacienți se resemnează în fața situației. Toate celelalte stări psihice sunt resimțite la momentul începerii recuperării în proporție mai mică, înregistrându-se chiar o creștere a procentului în care a fost exprimată speranța că se vor însănătoși (20% comparativ cu 16,9% în momentul conștientizării primelor semne ale bolii).

Comparația între stările psihice trăite de femei și bărbați în momentul începerii recuperării, prezintă un tablou asemănător celui descris anterior.

La acest moment, trăirea stărilor psihice este influențată și de sexul și de vârsta pacienților, între acestea și natura și frecvența stărilor psihice întâlnite stabilindu-se legături semnificative (tabel IV). Astfel, se poate constata că, la începerea recuperării, femeile resimt o mai mare varietate de stări psihice, cu frecvență mai mare (rezultat garantat cu o probabilitate de 99,9%, pentru un nivel de semnificație de 0,001); fiecare categorie de vârstă se pare că este caracterizată prin trăirea preponderent a unor anumite stări psihice (influența vârstei asupra stărilor psihice la începerea recuperării fiind garantată cu o probabilitate de 99%, pentru un nivel de semnificație de 0,01).

□ *Simptome somato-fiziologice-psihice, la începerea recuperării*

Stările psihice induse de apariția bolii au condus la producerea unor modificări în organismele pacienților, manifestate prin 424 simptome somato-fiziologice-psihice declarate, după cum reiese din graficul nr. 4.

Cu excepția stărilor de slăbiciune, raportate în procent foarte mare de persoanele de vârsta a III-a (la 86,2% dintre pacienți), celelalte simptome se regăsesc oarecum într-o mai mică proporție. De la peste 50% pacienți cu stări de iritabilitate se trece la peste 40% dintre pacienți cu stări de agitație (49,2%), tulburări digestive (41,5%) și senzație de oboseală nejustificată (40%). Peste 30% dintre pacienți raportează tensiuni musculare excesive (30,8%), puls accelerat (38,5%), creșterea tensiunii arteriale (35,4%), dureri de cap (36,9%), tulburări uro-genitale (32,3%), transpirații abundente (35,4%) și gândire negativă, obsesivă (36,9%). Între 20 și 30% dintre pacienți manifestă simptome ca plâns facil (24,6%), dificultăți de comunicare (20%), tulburări respiratorii (21,5%), amețeli (29,2%) și tremurături (29,3%). Doar senzațiile de leșin sunt înregistrate într-un procent foarte mic, de 6,2% la nivelul întregului eșantion de pacienți de vârsta a III-a.

Femeile sunt mai marcate decât bărbații, majoritatea simptomelor regăsindu-se la ele în proporție mult mai mare decât la bărbați. Bărbații sunt marcați în proporție mai mare decât femeile doar de iritabilitate (88% comparativ cu 40% în cazul femeilor) și stări de agitație (84% comparativ cu 27,5% în cazul femeilor), care se pare că au ca urmări accelerarea pulsului (în 44% dintre bărbați, comparativ cu 35% în cazul femeilor), creșterea tensiunii arteriale (36% comparativ cu 35% la femei) și apariția tulburărilor respiratorii (în 24% dintre bărbați comparativ cu 20% în cazul femeilor).

Doar sexul influențează gradul și frecvența cu care sunt afectați de simptome somato-fiziologice-psihice pacienții de vârsta a III-a, vârsta neprezentând nici o influență. Din tabelul V, reiese că această afirmație este garantată cu o probabilitate de 99,9% (pentru un nivel de semnificație de 0,001).

□ *Atitudini față de evoluția afecțiunii și față de recuperare*

După cum se observă din graficul nr. 5, poate și datorită faptului că toți pacienții investigați mai suferiseră anterior accidente sau îmbolnăviri, procentajul celor care prezentau încredere în rezultate și în forțele proprii, fiind în același timp dispuși să colaboreze, a fost destul de mic (încredere în rezultate 55,4%; încredere în sine 53,8%; cooperare 64,6%). Un procent

destul de mare de pacienți (60%) au prezentat rețineri în participarea la programele de recuperare, datorită fricii de producere a recidivei, atitudinea caracterizând mai ales femeile (72,5% comparativ cu 40% în cazul bărbaților).

Cu toate că între sexul, vârsta și atitudinile pacienților față de evoluția afecțiunii și față de recuperare nu pot fi stabilite legături semnificative (tabel VI), diferențele între atitudinile adoptate de fiecare dintre subcategoriile luate în considerație se pot observa din diferențele între expresiile procentuale calculate. Astfel, se poate observa că bărbații sunt mai puțin predispuși la adoptarea unor atitudini de neîncredere și necooperare decât femeile.

Rezultate pe categorii de afecțiuni

Majoritatea pacienților care au suferit accidente / afecțiuni ortopedico-traumatice, au trăit în primele clipe în care au conștientizat situația, adevărate *atacuri de panică*, caracterizate prin creșterea rapidă a anxietății, răspuns somatic sever și frica de un deznodământ sinistru; simptomele atacului de panică, în general, au fost: dispneea sau senzația de sufocare, senzația de strangulare, palpitații și tahicardie, disconfort sau durere toracică, transpirații, amețeli, senzații de nesiguranță sau de leșin, greață sau suferință abdominală, amorțeli sau furnicături (parestezii), tremor sau frison, teamă de moarte.

Pacienții cu afecțiuni neurologice prezintă adesea o atitudine pasivă și chiar depresivă față de existență, ușurință de exprimare corporală, teatralism, dramatizare, uneori mergând până la atitudini isterice, fiind și deosebit de sensibile la traume psihice; toate aceste manifestări pot fi puse, în general, pe seama unei slăbiciuni emoționale hiperestezice foarte bine exprimate. Instabilitatea emoțională, irascibilitatea, impulsivitatea, agitația le fac să devină impresionabile, susceptibile, nemulțumite, să prezinte îngustarea cercului de interese, nehotărâre și sociabilitate redusă.

În timp, pacienții cu afecțiuni reumatismale își modifică secundar personalitatea, conform statutului lor de bolnavi cronici, căpătând următoarele trăsături (în general, dobândite în cursul unei boli cronice): diminuarea activității psihomotorii; excitabilitatea (iritabilitatea) crescută; ipohondria; depresie. Pacienții cu afecțiuni reumatismale încep să fie dominați de căutarea unor beneficii secundare bolii, concomitent cu apariția tendinței de izolare socială și cu o complianță terapeutică scăzută. Cei cu mare vulnerabilitate la stres tolerează mai greu durerea (ca și bolnavii depresivi). În această categorie de afecțiuni, se întâlnesc celi mai mulți pacienți agresivi, încăpățânați, gata să apeleze la alt terapeut (într-o primă fază a bolii), pentru ca după câțiva ani să devină extrem de resemnați, chiar răbdători și cooperanți cu terapeutul.

Concluzii

- Modificările psiho-comportamentale induse de boală / accident la persoanele de vârstă a III-a, în general, sunt reprezentate în stadiul acut de tremor, anxietate, neliniște psihomotorie (stări de agitație), importante dereglări vegetative, iritabilitate, fatigabilitate, lipsă de inițiativă, somnolență, labilitate afectivă.
- Psihologia bolnavilor cronici este dominată de anxietate. De asemenea, pot apare astenia, cefaleea, vertijul, nervozitatea și chiar stări subconfuzionale cu anestezie psihică la durere, stare de pasivitate, dispoziție tristă, idei ipochondrice.
- Este de la sine înțeles că, pentru a stabili o relație terapeut-pacient eficientă și pentru a obține rezultate bune în urma aplicării terapiei, este necesară cunoașterea acestor modificări și luarea lor în considerare în stabilirea strategiilor de abordare a pacienților de vârstă a III-a,

Referințe bibliografice

- [1] Lupu I., Zanc I., (1999), *Sociologie medicală*, Ed. Polirom, Iasi
- [2] Iamandescu, I., B., (1993), *Stresul psihic și bolile interne*, Editura ALL, București
- [3] Mârza-dănilă, D., (2005), *Ameliorarea actului recuperator kinetoterapeutic prin implicarea factorilor de personalitate și aplicarea legităților psihologice ale relațiilor terapeut-pacient*, Editura Tehnopress, Iași
- [4] Iamandescu, I., (1995), *Manual de psihologie medicală*, Editura INFOMEDIA, București