

CZU: 159.96:616.2-053.2

MANIFESTĂRI ALE ANXIETĂȚII LA COPIII CU MALADII RESPIRATORII CRONICE

Ana **TARNOVSCHI**

Universitatea de Stat din Moldova

Odată cu apariția maladiei, mai ales în cazurile în care aceasta este de durată sau se exprimă cu brutalitate la nivelul subiectivității individului, acesta anticipează o serie de amenințări la adresa integrității și/sau capacității sale fizice. Maladia cronică servește drept sursă de stres psihic prin următorii factori: situația creată prin apariția, desfășurarea și consecințele bolii, dar și prin suferințele psihice și fizice inerente. Anxietatea este o componentă destul de importantă în structura personalității în cazul maladiilor cronice, deoarece stresul determinat de aceste maladii influențează unitatea structurală a personalității prin nesatisfacerea trebuințelor interne, prin distorsionarea concepției propriului Eu și a lumii înconjurătoare.

Cuvinte-cheie: *maladie cronică, anxietate, stres psihic, personalitate, copil bolnav, dezvoltare psihică.*

THE OTBURSTS OF ANXIETY IN CHILDREN WITH CHRONIC RESPIRATORY DISEASES

With the advent of the disease, especially in cases where it is lasting or expressed brutally at an individual subjectivity, it anticipates a threat to the integrity and/or physical ability. Chronic disease serves as a source of mental stress by the following factors: the situation created by the appearance, conduct and consequences of the disease, and by the inherent physical and psychological suffering. Anxiety is a very important component in the structure of a personality with chronic diseases, because the stress caused by these diseases affect the structural unit of the personality of unmet needs, by distorting the concept of the self and the surrounding world.

Keywords: *chronic disease, anxiety, mental stress, personality, sick child's, mental development.*

Introducere

În maladiile acute, durata scurtă a evoluției lor nu lasă timp suficient pentru modificări persistente și durabile ale personalității bolnavului. În maladiile cronice se activează mecanismele adaptative ale personalității, ceea ce pot determina modificări de personalitate pe lungă durată. La bolnavii cronici simptomele nu se instalează brusc și nici nu sunt în mod evident pregnante. Maladia evoluează adesea pentru lungi perioade în mod inaparent și această evoluție poate să ajungă până la stadii avansate. De aceea, maladia cronică afectează, pe lângă deficiența unui anumit organ, și psihicul persoanei prin durata ei și prin complexele de inferioritate pe care i le creează, în raport cu grupul de subiecți sănătoși de aceeași vârstă.

Abordarea demersului științific

În cazul maladiilor respiratorii cronice, bolnavul se confruntă cu mai multe situații care îi influențează comportamentul: debutul psihologiei de bolnav (spitalizarea, desprinderea de mediul familiei, incertitudinea vindecării, însingurare, adaptare la multe persoane necunoscute etc.), rolul echilibrator al încurajării medicale (acolo unde există), preocuparea bolnavului de maladia sa, lupta ascunsă între speranță și descurajare [1, 2].

Astfel, respirația este sediul a numeroase expresii psihosomatice, este un proces vital, cu semnificații simbolice afective. Ea permite exteriorizarea viscerală a conflictelor psihice, a tensiunilor nervoase, a stărilor de anxietate, neliniște, fobie. Râsul, plânsul, țipătul sunt expresii emoționale, iar hipoventilația și hiperventilația sunt răspunsuri respiratorii față de anxietate, apatie, euforie sau depresie. Factorii psihoemoționali acționează prin intermediul sistemului nervos autonom asupra reactivității bronșice, fiind elementul major în etiologia unui astm sever. Deci, actul respirator este un proces spontan, care este controlat de către sistemul nervos central, însă există și unele calități ce pot fi executate conștient: profunzimea, ritmicitatea, durata, tipul etc. Totodată, respirația reprezintă un mijloc de exprimare, de reflectare a proceselor emoționale, dezvăluindu-le mai bine decât orice altă funcție vegetativă: persoanele anxioase prezintă respirație superficială și neregulată, tristețea reduce profunzimea respirației etc. Prin urmare, respirația este nu doar o funcție fiziologică, realizată și reglementată în dependență de necesitățile vitale ale organismului, ci și o însușire fundamentală a propriului Eu, menținând echilibrul dintre individ și ambianță [3, 4].

Din acest punct de vedere, la bolnavii cu maladii respiratorii cronice putem nota stări de anxietate, frică de moarte, frică de consecințele invalidizante ale bolii sau, din contra, atitudini de bravură artificială. În alte situații regresivitatea și beneficiul secundar sunt evidente, mai ales la copii. Există și situații în care pacienții adoptă atitudini autodestructive, ignorând, de exemplu, dieta sau chiar tratamentul.

Analiza și prelucrarea datelor

În acest context au fost analizate aspecte ale anxietății copiilor bolnavi și sănătoși, fiind aplicate mai multe probe psihologice (testul *Spillberger*, testul *Cattell* (scala O)). În cadrul cercetării au participat 250 de copii, cu vârsta cuprinsă între 8 și 15 ani, repartizați în șase grupuri: cu bronșită cronică, pneumonie cronică, astm bronșic, fibroză chistică, tuberculoză și un grup de copii sănătoși.

Așadar, obiectivul cercetării date a constat în stabilirea nivelului de anxietate al copiilor, care reprezintă indicele bunăstării interioare a persoanei. Anxietatea poate fi definită ca „o stare de indispoziție caracterizată prin tensiune, neliniște și îngrijorare ce apare fără să existe o sursă obiectivă de primejdie” [5]. Un nivel sporit al anxietății reprezintă manifestarea subiectivă a disconfortului psihologic. Ea poate fi generată de un conflict nevrotic, tulburări psihosomatice, tensiuni emoționale. Totuși, anxietatea nu trebuie considerată din start o trăsătură negativă a personalității, deoarece prezența unui nivel optim de neliniște este condiția firească și necesară pentru activismul persoanei, având rol protector, ca și reacție adaptativă la situația ce ar putea-o pune în pericol. Nivelul ei sporit deja poate servi drept indiciu al unor „stări prenevrotice” ce perturbă dezvoltarea armonioasă și activitatea eficientă a copilului. Anxietatea devine patologică atunci când componentele ei cognitive sau comportamentale devin exagerate și durabile, reprezentând un răspuns inadecvat la o anumită situație stresantă. De cele mai multe ori nu boala în sine poate fi un factor stresant, dar și acele schimbări în regimul de viață al copilului determinate de maladia cronică. Anxietatea este o componentă destul de importantă în structura personalității în cazul maladiilor cronice, deoarece stresul determinat de aceste maladii influențează unitatea structurală a personalității prin nesatisfacerea trebuințelor interne, prin distorsionarea concepției propriului Eu și a lumii înconjurătoare [6, 7]. Deci, starea de anxietate în maladiile cronice are rol de semnalizare a unei situații alarmante. Ceea ce se evidențiază în cazul copiilor cu maladii respiratorii cronice este faptul că această stare de anxietate nu este conștientizată, fiind inclusă în structura personalității ca un factor determinant. Acest lucru determină direcția de dezvoltare a personalității în devenire, precum și buna adaptare a copilului la cerințele mediului, ceea ce nu-i permite să-și folosească la maximum întregul său potențial. Odată cu progresarea maladii crește și nivelul anxietății, totodată se deteriorează și mecanismele compensatorii ale personalității. În felul acesta, anxietatea servește drept mecanism de declanșare a diferitelor tulburări ale personalității copilului bolnav cronic sau servește drept bază/fundament pe care se dezvoltă o diversitate de simptome psihosomatice. Rezultatele obținute în cadrul cercetării sunt prezentate mai jos.

Dacă am compara valorile medii obținute la testul *Cattell* (scala O), ce indică la nivelul de anxietate al copiilor investigați, putem constata că la bolnavii cu astm bronșic, mucoviscidoză, tuberculoză au fost înregistrate valori mult mai mari decât la cei cu bronșită cronică și pneumonie, iar lotul copiilor sănătoși are cea mai joasă medie la această scală (Fig.1).

După criteriul de vârstă s-au evidențiat următoarele date: copiii cu vârsta de 8-10 ani au înregistrat un nivel mai scăzut al anxietății ($m=1,43$) comparativ cu cei de 13-15 ani, care au obținut valori ale scalei respective mult mai înalte ($m=1,59$) (Fig.1).

Pentru a fundamenta cele expuse, precum că maladiile cronice determină un nivel mai ridicat al anxietății, am aplicat testul *Spillberger* ce determină nivelul de anxietate reactivă și stabilă. Am utilizat această metodă, deoarece, după cum am menționat anterior, copiilor cu maladii cronice mai grave le este specific un nivel de anxietate mult mai ridicat decât persoanelor sănătoase sau cu o maladie nu atât de complicată cu șanse de recuperare totală mult mai înalte. După cum cunoaștem, spitalizările frecvente deja constituie un factor stresant pentru copil, ceea ce presupune un nivel mai ridicat al anxietății, iar diferențele dintre starea de anxietate înscrisă ca trăsătură de personalitate și cea apărută pe moment le putem determina anume prin această metodă.

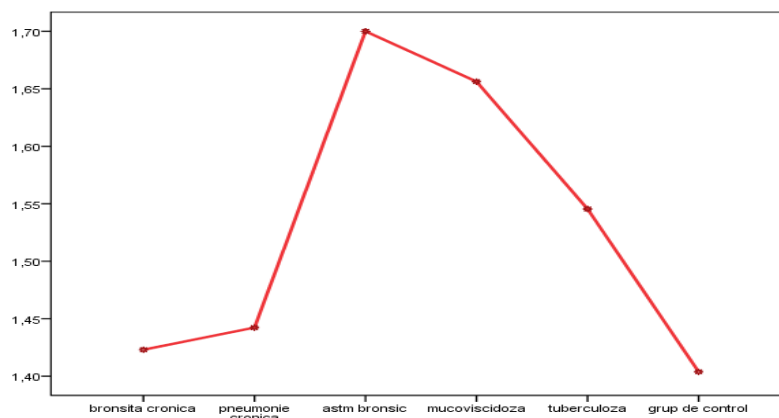


Fig.1. Mediile obținute de grupurile cercetării la scala O, testul *Cattell*.

În urma prelucrării statistice a rezultatelor am obținut diferențe în manifestarea nivelului de anxietate în dependență de tipul maladiei, precum și în dependență de criteriul de vârstă. Pentru o mai bună vizualizare prezentăm diagrama din Figura 2.

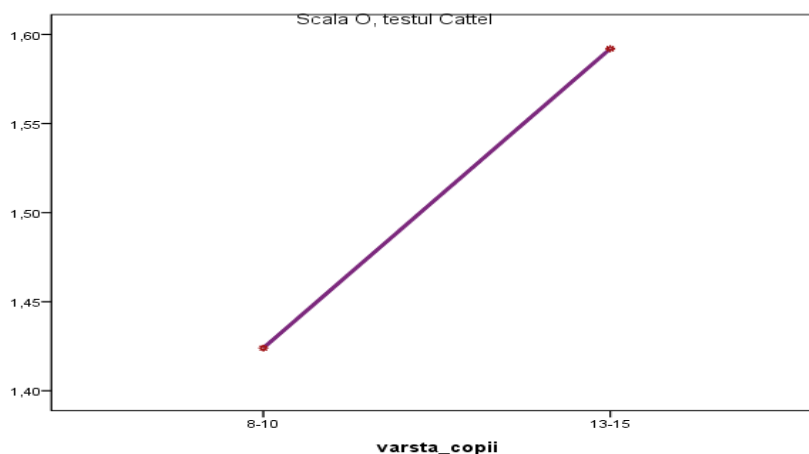


Fig.2. Mediile obținute la testul *Cattell* (scala O), după vârstă.

Astfel, copiii bolnavi de astm bronșic ($m=2,45$), mucoviscidoză ($m=2,38$) și tuberculoză ($m=2,46$) au obținut valori mai înalte decât restul eșantionului. Fapt ce ne confirmă mențiunile anterioare, în acord cu care odată cu acutizarea stării copilului crește și nivelul anxietății. Fapt demonstrat și de către cercetători străini (Fig.3).

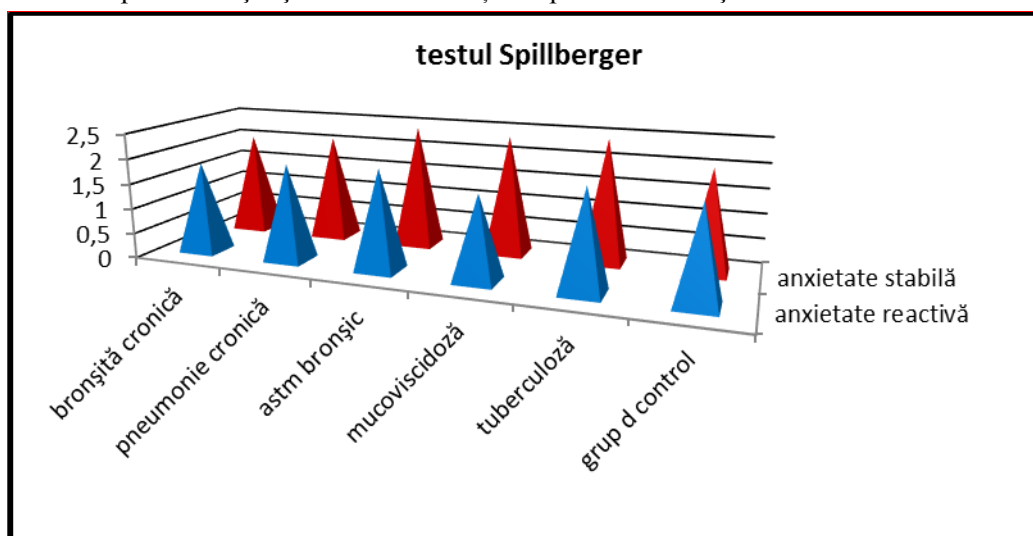


Fig.3. Mediile la testul *Spillberger*, după tipul maladiei.

În ceea ce privește rezultatele obținute în dependență de criteriul de vârstă, nu am înregistrat diferențe evidente. Atât copiii de 8-10 ani, cât și copiii de 13-15 ani manifestă același nivel al anxietății reactive și stabile (Fig.4).

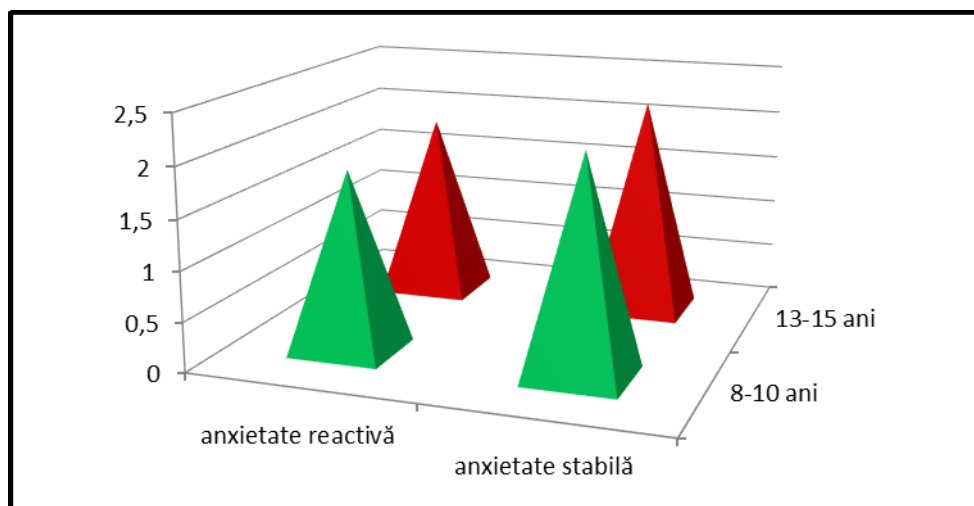


Fig.4. Mediile la testul *Spillberger*, după criteriul de vârstă.

Pentru a compara valorile nivelului de anxietate al copiilor investigați, am utilizat testul *Kruskal-Wallis*, ce ne ajută să testăm diferența dintre variabila dependentă și grupurile de subiecți. Comparativ cu datele înregistrate de către copiii din grupul de control, rezultatele înscrise de copiii bolnavi sunt semnificativ mai mari (a se vedea Tabelul).

Datele din Tabel indică asupra faptului că există diferențe semnificative atât în ce privește manifestarea anxietății reactive ($\chi^2=12,57$, $df=5$, $p=0,02$), cât și în ce privește manifestarea anxietății stabile ($\chi^2=35,53$, $df=5$, $p=0,00$) în dependență de tipul maladiei. După criteriul de vârstă nu s-au înregistrat diferențe semnificative; copiii din ambele grupuri (cei de 8-10 ani și cei de 13-15 ani) manifestă aproximativ același nivel al anxietății.

Tabel

Diferențe dintre grupurile cercetării în funcție de nivelul anxietății

	Anxietate reactivă	Anxietate stabilă
Chi-pătrat	12,57	35,53
df	5	5
Nivelul de semnificație	,028	,000

Mai mulți autori confirmă semnificația factorilor biologici, sociali, psihologici și a mediului familial pentru dezvoltarea anxietății în copilărie. Т.Павлова și А.Холмогорова au analizat procesul de dezvoltare a anxietății sociale la copii și au stabilit existența relației semnificative dintre anxietatea socială la copii și disfuncțiile manifestate de către părinți în comunicarea cu copiii. Atât părinții, cât și copiii au un nivel foarte înalt al anxietății în momentul stabilirii diagnozei, mai ales în cazul maladiilor grave (Nicolaeva, Gnedova, H.Feigin etc.) [8].

Concluzii

Analiza calitativă a datelor experimentale a permis identificarea conținutului neliniștii la copii și determinarea posibilelor surse care o generează. Observăm că indicii înalți ai anxietății fac legătură cu tipul maladiei de care suferă copilul, dar și cu necesitățile de ordin social importante pentru copil (comunicarea cu adulții, cu colegii, cu personalul medical, realizarea anumitor activități în comun, specificul percepției lumii de către el, experiența de comunicare pozitivă sau traumatizantă trăită) și reflectă semnificația deosebită pe care o are satisfacerea lor la anumite etape de dezvoltare.

Constatările realizate în baza studiului dat, și anume: analiza nivelului de anxietate la copiii cu maladii respiratorii cronice, pot fi examinate ca și tendințe de investigație ulterioară, dat fiind faptul că în cercetarea noastră a fost antrenat un număr nu prea mare de copii. Continuarea cercetării ar include dezvoltarea eșantionului de cercetare, precum și confruntarea datelor experimentale cu rezultatele altor probe.

Referințe:

1. IAMANDESCU, B.I. *Stresul psihic și bolile interne*. București: All, 1993, p.175, 176, 182.
2. LUBAN-PLOZZA, B., PÖLDINGER, W., KRÖGER, F. *Boli psihosomatice în practica medicală*. București: Editura Medicală, 1996.
3. Ibidem.
4. IAMANDESCU, B.I. *Op.cit.*
5. ULETE, F. Aspecte ale fricii și anxietății la școlarii adolescenți. În: *Revista de psihologie*, 2008, t. 54, nr.3-4, p.261-274.
6. Ibidem.
7. IAMANDESCU, B.I. *Op.cit.*
8. ХОЛМОГОРОВА, А.Б. Научные основания и практические задачи семейной психотерапии. В: *Московский психотерапевтический журнал*, 2002, №2.

Prezentat la 20.11.2016