TULBURĂRILE PSIHOLOGICE ÎN CONTEXTUL APARIȚIEI DIZABILITAȚILOR LA PACIENȚII CU BOLI CRONICE

PSYCHOLOGICAL DISORDERS IN THE CONTEXT OF THE OCCURRENCE OF DISABILITES IN PATIENTS WITH CRONIC DISEAS

Corina-Lilioara LUNG, psiholog clinician autonom, doctorand,

Școala Doctorală Științe Sociale și ale Educației

Universitatea de Stat din Moldova

ORCID ID: 0009-0002-4835-568X

REZUMAT: *Abordând tema tulburărilor psihologice în contextul bolilor cronice, literatura de specialitate și studiile tind să se concentreze pe modul în care apariția dizabilităților în cadrul bolilor cronice afectează sănătatea mintală. Studiile arată o strânsă legătură între anumite boli cronice și tulburările psihologice. Apariția acestor tulburări la persoanele cu dizabilități este determinată de o combinație complexă de factori biologici, psihologici și sociali. Acești factori pot varia în funcție de tipul și gravitatea dizabilității.*

Cuvinte cheie: *tulburări psihologice, boli cronice, dizabilități, pacienti, boli inflamatorii*

ABSTRACT: *Addressing the issue of psychological disorders in the context of chronic diseases, the literature and studies tend to focus on how the onset of disabilities within chronic illnesses affects mental health. Studies show a strong connection between certain chronic diseases and psychological disorders. The occurrence of these disorders in individuals with disabilities is determined by a complex combination of biological, psychological, and social factors. These factors can vary depending on the type and severity of the disability.*

Keywords: *psychological disorders, chronic diseases, disabilities, patients, inflammatory diseases*

Introducere

Aceasta temă este instens studiată în literatura de specialitate pentru că are numeroase implicații sociale, medicale, psihologice, androplogice, psihiatrice și din aceste cauze complexitatea temei este cercetată și abordată sub diferite aspecte. In lucrarea de față argumentăm și conturăm implicații psihologice în cadrul apariției dizabilităților la o anumită categorie de pacienți și populație și anume la bolnavii cu boli inflamatorii cronice din secția de Reumatologie si boli cronice, din cadrul Spitalului Județean Târgu-Mureș, România. In cadrul acestei lucrări vom face referire la un număr de boli cronice inflamatorii care se regăsesc des în acestă secție. Lucrarea abordează aspecte legate de tulburările psihologice care se află în relație de comorbiditate cu bolilor reumatologice cum este artrita reumatoidă, boli ale coloanei vertebrale, boli inflamatorii autoimune, boli ale pielii, conjuctivelor și țesuturilor și boli inflamatorii sistemice. In cadrul acestei abordări ne vom referi la apariția dizabilităților apărute la acești pacienți cât și implicațiile acestei dimensiuni a dizabilitaților.

Conținut

Un studiu din literatura de specialitate [1] din 2016 în care sunt studiate tulburările afective și legăturile cu boli asocialte, subliniază faptul că pacienții cu acest diagnostic sunt mai predispuși la tulburări mentale și că dintre aceștia cei mai vulnerabili sunt cei cu tulburări de dispoziție. Studiul mai arată cum sunt influențati pacienții cu artrita reumatoidă de contextul social în ceea ce privește mecanismele de adaptare și răspunsul comportamental și psihologic la diagnostic și boala, aderența la tratament și relația pacient medic. In cadrul bolilor cronice, pe lângă diagnosticul medical sunt asociate deseori mai multe tipuri de comorbidități și anume, pot fi asociate tulburări și boli psihologice, tulburări psihiatrice și diferite grade și tipuri de dizabilitate care pot fi temporare sau permanente.

Clasificarea tipurilor și categoriilor de dizabilități asociate, diferă în funcție de țară și sistemele de sănătate sau educație. „International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)„[2] este o lucrare care standardizează dizabilitațile și este o lucrare de referință în acest sens pe care o putem gasi pe site-ul oficial al Organizației Mondiale ale Sănatații. În cadrul acestei lucrări avem mai multe tipuri de dizabilitați și anume|: dizabilitați fizice care sunt cele care afectează mobilitatea și forța fizică sau funcționalitatea corpului cum sunt paralizia, amputațiile, distrofiile musculare, leziuni ale coloanei vertebrale, afecțiuni reumatice sau artrite severe, senzoriale cum sunt, afectarea simplă a simțurilor principale văz, auz, orbirea completă sau parțială, dificultăți de percepție vizuală, deficiențe de auz, surditate completă sau parțială, probleme legate de procesarea sunetelor, cognitive sau intelectuale unde sunt incluse cele legate de nivelul de inteligență, tulburări neurocognitive, dar și cele de invațare dar și afecțiuni genetice, dizabilități psihologice sau mentale cum sunt depresia, tulburărea bipolara, schizofrenia, tulburări de anxietate, tulburare de stres postraumatic, dizabilități de dezvoltare unde sunt incluse tulburări ale dezvoltarii din timpul copilariei cum este autismul, sindromul Aspergher, tulburări de dezvoltare motorie, dizabilități ascunse care limitează funcționarea zilnică cum este epilepsia, diabetul sever, fibromialgia, bolile autoimune, dizabilitați multiple care se refera la mai multe dizabilitați

simultane temporare sau permanente, dizabilități temporare care sunt acele tipuri de dizabilități care apar în urma unor accidente sau boli care pot fi tratate și care se pot recupera cum sunt fracturile, recuperarea post-operatorie, leziuni temporare ale nervilor. Abordările din diferite arii și categorii ale dizabilităților ne arată cât de complexă este problematica și totodată ne arată nevoia abordării holistice a pacienților. Pacienții cu boli inflamatorii cronice adesea au comorbidități asociate din sfera dizabilităților psihologice, motorii, a celor din categoria dizabilităților ascunse sau invizibile pentru că tulburările autoimmune, de exemplu, sunt desori asociate cu diagnosticele reumatologice cum este artrita, de asemenea cu dizabilitățile multiple, temporare însă comorbiditățile pot fi în diverse forme din categoriile amintite mai sus. Convenția privind Drepturile Persoanelor cu Dizabilități (CRPD) [3] este un tratat internațional adoptat de Organizația Națiunilor Unite în 2006, care promovează și protejează drepturile și demnitatea persoanelor cu dizabilități. Documentul stabilește un cadru legal global pentru recunoașterea dizabilității ca parte a diversității umane, punând accent pe egalitatea de șanse și participarea deplină a acestor persoane în societate. Convenția subliniază că dizabilitatea nu este doar o problemă medicală, ci și una legată de interacțiunea cu barierele sociale și de mediu care limitează implicarea activă. Aceasta garantează drepturi fundamentale, inclusiv accesul egal la educație, sănătate, muncă, justiție și participare politică. De asemenea, promovează accesibilitatea fizică și digitală, protecția împotriva discriminării, precum și dreptul la autonomie și luarea deciziilor proprii. Statele semnatare sunt obligate să ia măsuri legislative, administrative și de politici publice pentru a elimina obstacolele și discriminarea cu care se confruntă persoanele cu dizabilități, contribuind astfel la construirea unei societăți incluzive. Documentul marchează o schimbare majoră în modul în care societățile abordează problematica dizabilităților, trecând de la caritate și asistență la respectarea drepturilor omului.

Traducerea acestui document există și în limba română pe pagina de internet a Ministerului Muncii și solidarității sociale din România [4]. In literatura de specialitate un studiu recent din 2020 arată că rolul percepțiilor pacienților asupra bolii [5], reprezentarea mentală și adaptarea psihosocială sunt strâns legate de tratamente și dizabilitațile pacienților cu tot spectrul de tulburări mentale, in cadrul acestui studiu se prezintă importanța modelului de auto-regalare cu denumirea în limba engleză de „Self- Regulation Model, SRM„ [6], [7], [8], [9] care a fost dezvoltat de Leventhal și colaboratorii săi în anii 1980 și care reprezintă un cadru teoretic folosit pentru a înțelege modul în care oamenii percep, interpretează și răspund la problemele de sănătate. Acest model este aplicabil în cazul pacienților cu boli fizice, dar și cu tulburări psihice și arată cât de important este felul în care pacientul își înțelege boala și se poate ajusta social cât și felul în care răspunde la tratament și își gestionează propria sănătate. Analiza actuală arată că reprezentările bolii sunt legate de ajustarea psihosocială și/sau de rezultatele tratamentului pentru persoanele cu diferite tulburări mintale. Principiile de bază a modelului SMR sunt următoarele: în cadrul evaluării cu acest instrument, pacienții își formulează singuri propriile perceptii despre boala, bazându-se pe experiența personală, informațiile medicale pe care le primește și din interacțiunile sociale. Aceste percepții sunt organizate în cadrul modelului în 6 criterii. Primul este „identitatea„ și în acest segment, pacientul descrie simptomele asociate bolii, urmea-

ză alt criteriu în care sunt descrise cauzele și aici pacienții încercă să descrie factorii percepuți care au contribuit și au dus la apariția bolii. In criteriul numit „cronologia" este descrisă durata bolii; dacă boala este acută, cronică sau ciclică, apoi mai există criteriul „consecințe" în care pacientul descrie impactul bolii asupra vieții cotidiene atât emoțional, fizic, cât și social. Un alt criteriu numit „control personal și tratament" unde sunt credințele pacientului în capacitatea de a gestiona boala și eficacitatea tratamentului și ultimul criteriu „reprezentările emoționale" unde sunt descrise de către pacient reacțiile emoționale față de boală. In acest model folosit tot mai mult în cadrul evaluărilor clinice pacienților cu diferite tulburări mentale dar și fizice, ciclul de procesare presupune că oamenii răspund la problemele de sănătate într-un ciclu format din 3 etape și anume: interpretează simptomele și definesc boala, acțiunile ce le fac pentru a gestiona boala inclusiv strategiile de cooping comportamental și cognitiv și a treia etapă când pacienții își monitorizează singuri rezultatele ți își ajustează strategiile în funcție de eficacitatea acestora. În acest model s-a observat că emoțiile joacă un rol esențial în modul în care oamenii își gestionează sănătatea, dar poate implica și procesul decizional. În acest context de argumentare stiințifică folosind un model de autoreglare adaptat, în cadrul studiului în Clinica de Reumatologie, am constatat un număr de corelații între tulburările medicale, comorbiditățile psihologice și diferite categorii de dizabilitate prezente la pacienți observați și evaluați. Evaluarea a constat în prezența diagnosticului medical, aplicarea de teste, aplicarea unui model de autoreglare adaptat, pentru evaluarea stării de sănătate mentală și/sau prezența tulburărilor psihologice și un interviu structurat pentru evaluarea tipului de dizabilitate conform „International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)".

Concluzii

In urma evaluării s-a constatat că din numărul total de 67 de subiecți evaluați cu diagnostic medical și încadrare de boală cronică un număr de 8 subiecți, reprezentând 6 femei și 2 bărbați au diagnosticul de boli cronice ale coloanei vertebrale, un număr de 7 subiecti, reprezentând 6 femei și 1 bărbat au diagnosticul de boli reumatice degenerative, un număr de 11 subiecți, reprezentând 5 femei și 6 bărbați au diagnosticul de boli inflamatorii cronice ale zonelor musculare, un număr de 16 subiecți, reprezentând 12 femei și 4 bărbați au diagnosticul de boli cronice ale coloanei vertebrale, un număr de 15 subiecți, reprezentând 11 femei și 4 bărbați au diagnosticul de boli autoimune și un număr de 10 subiecti, reprezentând 7 femei și 3 bărbați au diagnosticul de boli inflamatorii cronice sistemice. In urma aflării diagnosticului dar și cu ajutorul interviului și observației pentru a stabilii categoria de dizabilitate s-a constatat că: din numărul total de subiecți un procent de 21% din totalul subiecților prezentau dizabilitate fizică prin prezența de leziuni ale coloanei vertebrale și afecțiuni reumatice degenerative, un procent de 3% prezentau o dizabilitate senzorială prin prezența afectării auzului și văzului, un procent de dizabilitate psihologică total de 67% reprezentat prin prezența psihodiagnosticului de anxietate medie și ridicată, boli autoimune și depresie de intensitate clinică și un procent de 2% dizabilitate temporară reprezentată de imobilitate în urma accidentelor. Prezența oricărei forme de dizabilitate pe fonul unor tulburări sau comorbidități existente poate amplifica riscul de agravare a stării de boală. Prin urmare este nevoie de suport și sprijin specializat pentru o mai bună reziliență a pacienților în aceste situații de viața. Lucrarea de cer-

cetare cu privire la procentul și impactul dizabilităților la pacienții cu diagnostice de boli inflamatorii cronice este în proces de desfășurare pentru perioada următoare pentru a putea înțelege mai mult din acestă relație complexă între bolile inflamatorii, comorbidități din zona psihologică și categoriile de dizăbilități.

Referințe bibliografice:

1. JOHN, A. Sturgeon, PATRIK, H. FINAN, A. J Zautra. Affective disturbance in rheumatoid arthritis: psychological and disease-related pathways, 2016 Sep;12(9):532-42. doi: 10.1038/nrrheum.2016.112. Epub 2016, PMID:27411910, DOI:10.1038/nrrheum.2016.112. Disponibil: https://pubmed.ncbilm.nih.gov/?term=Sturgeon+JA&cauthor_id=27411910

2. BRUGHA, T., JENKINS, R., & MELTZER, H. (2004).

"Epidemiology and SCAN assessment of psychiatric morbidity in the UK.International Journal of Methods in Psychiatric Research, 13(3), 152-160. Disponibil: https://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-e.pdf

3. https://anpd.gov.ro/web/

4. PRISCILIA, A. ELODIE, C. LIONEL, D. FRONT, P.12 June 2020. Sec. Psychology for Clinical Settings, Volume 11 – 2020. Disponibil: https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01167

5. HANSEN, M.S. Mental disorders in medical inpatients and the association to severity of illness, self-rated physical disability, and health perception 2001 Jan-Feb;42(1):41-7. doi: 10.1176/appi.psy.42.1.41. https://doi.org/10.1176/appi.psy.42.1.41. Disponibil: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11161120/

6. OATEN, M., CHENG, K. (2006). Longitudinal gains in self-regulation from regular physical exercise. British Journal of Health Psychology, 11(4), 717-733.

7. SCHWARZER, R., LUSZCZYNSKA, A. (2008). How to overcome health-compromising behaviors: The health action process approach. European Psychologist, 13(2), 141-151.

8. WILLIAMS, D. M., RHODES, R. E., CONNER, M. T. (2009). Affective determinants of health behavior: Common themes or separate entities? Journal of Behavioral Medicine, 32(3), 124-129.

9. ZIMMERMAN, B. J., KITSANTAS, A. (1999). Acquiring writing revision skill: Shifting from process to outcome self-regulatory goals. Journal of Educational Psychology, 91(2), 241-250.