

PARTICULARITĂȚI AFECTIVE, COGNITIVE ȘI COMPORTAMENTALE ALE BOLNAVILOR DE TUBERCULOZĂ CARE ABANDONEAZĂ TRATAMENTUL

V. Robu¹, O Driga²

¹ Universitatea "Petre Andrei" din Iași

Facultatea de Psihologie și Științele Educației

² Spitalul Clinic Județean de Urgență "Sf. Spiridon" Iași

Ambulatoriu de Specialitate

COGNITIVE, EMOTIONAL, AND BEHAVIOURAL PARTICULARITIES OF PATIENTS SUFFERING FROM TUBERCULOSIS WHO ABANDON THE TREATMENT (Abstract). **Background:** Noncompliance și abandonul terapiei compromit șansele vindecării tuberculozei. **Scop:** Identificarea la bolnavii de tuberculoză a caracteristicilor afective, cognitive și comportamentale, care pot ajuta psihologul în profilaxia abandonului terapeutic. **Ipoteză:** Între bolnavii care abandonează tratamentul și cei care nu o fac, există diferențe psihologice, care pot fi folosite pentru prevenția abandonului. **Participanți:** Unui lot de 55 bolnavi de tuberculoză, dintre care 20 fuseseră înregistrați cu abandon terapeutic li s-a administrat individual probe destinate identificării caracteristicilor psihologice. **Rezultate:** La lotul cu abandon, au prevalat următoarele caracteristici: predispoziția către stări depresive, instabilitatea emoțională, neîncrederea în sine, anxietatea, tensiunea internă, suspiciunea față de acțiunile și intențiile celorlalți, tendința spre ostilitate sub diverse forme, pesimismul, absența perseverenței. **Concluzii:** Cunoașterea particularităților psihocomportamentale ale bolnavilor de tuberculoză și formularea unei predicții cu privire la modul în care acestea pot determina noncompliance și, ulterior, abandonul tratamentului poate contribui la formularea unui plan de intervenție, în cadrul activității de consiliere psihologică a bolnavului, ținând pe resursele acestuia și pe eventualele riscuri. Tratamentul antidepresiv, aplicat timpuriu, poate contribui la prevenirea abandonului în tratamentul tuberculozei. **Cuvinte cheie:** TUBERCULOZĂ, ABANDON TERAPEUTIC, TRATAMENT ANTIDEPRESIV, PARTICULARITĂȚI AFECTIVE, COGNITIVE ȘI COMPORTAMENTALE

INTRODUCERE

Unul din riscurile cele mai mari legate de eșecul curei medicale în tuberculoză îl constituie noncompliance la tratament și/sau abandonul programului de tratament de către bolnav. Printre factorii de risc pentru apariția abandonului, au fost evidențiați: alcoolismul, sărăcia, bolile asociate, noncompliance (1).

În concepția OMS, putem vorbi de abandon al tratamentului în tuberculoză, în cazul pacienților care prezintă o întrerupere a tratamentului de cel puțin două luni consecutiv sau cumulativ și un rezultat pozitiv al examenului bacteriologic pentru bK sau un pacient "pierdut în cursul tratamentului" și cu un rezultat pozitiv pentru bK (2)

Între anii 1998-2001, în județul Iași, au fost luate în evidență Ambulatoriului de Pneumoftiziologie 5538 de cazuri noi de tuberculoză (1). Dintre acestea, 6.7 % au abandonat tratamentul. Din studiul citat, rezultă că noncompliance la tratament este cel mai frecvent factor al abandonului. Noncompliance în tratamentul tuberculozei și abandonul tratamentului sunt probleme medicale care se întâlnesc în toată lumea. Un tratament de lungă durată, fie determinat în timp sau cronic, pe toată viața, pune întotdeauna probleme de compliance. Datorită întinderii în timp, tratamentul cu tuberculostatice capătă caracterul unui tratament cronic, cu particularitatea că starea gravă a pacientului se ameliorează relativ repede, el fiind nevoit să înghită medicamentele luni de zile, aparent fără motiv, în absența oricăror simptome de boală. Noncompliance la tratament este foarte importantă, deoarece reprezintă principalul fenomen care subminează succesul tratamentului în cazurile individuale, precum și rezultatele aplicării, pe scară națională, a programelor de control al tuberculozei.

Scăderea sau absența compliancei la tratamentul cu tuberculostatice se datorează unor multipli factori, care au fost sistematizați în (1): factori materiali (statutul socio-economic și

familial), organizatorici (deficiențele sistemului de asistență medicală), medicali (reacții adverse la medicamente, afecțiuni asociate), psihologici (gradul de școlarizare, vârsta, percepțiile pacientului despre tuberculoză și propriul statut, caracteristicile relației medic-pacient, caracteristicile de personalitate și comportamentale ale bolnavului, etc.).

Controlul riscului de noncompliance la tratament sau de abandon al tratamentului (prin educarea atitudinii pentru cooperare, întărirea încrederii bolnavului în propriile competențe și în cele ale personalului medical) constituie una dintre componentele succesului în tratamentul cu tuberculostatice. Această acțiune necesită cunoașterea de către personalul specializat în asistența în tuberculoză (medic, psiholog) a tuturor factorilor care pot crește riscul noncompliancei la tratament și al abandonului, a ponderii și modalităților în care aceștia se pot combina în cazul specific fiecărui bolnav, determinând o anumită varianță atitudinal-comportamentală, care interferează cu derularea programului de tratament.

SCOP

Scopul studiului de față a fost de a identifica câteva dintre particularitățile cognitive, afective și comportamentale ale bolnavilor de tuberculoză, de care psihologul care lucrează în clinica de pneumologie ar putea ține cont, în activitatea de consiliere pentru prevenirea noncompliancei la tratament și a abandonului tratamentului.

În cadrul studiului comparativ, pe care l-am efectuat, am pornit de la premisa că, între bolnavii care abandonează la un moment dat tratamentul cu tuberculostatice și cei care îl urmează corect, există o serie de diferențe la nivelul fondului de bază, legat de funcționarea cognitivă și afectivă, precum și la nivelul unor variabile comportamentale, caracteristici care sunt accentuate de criza indusă de aflarea diagnosticului și de exigențele adaptării la boală. A doua premisă a fost că aceste diferențe trebuie luate în calcul, în explicarea riscului pentru noncompliancea la tratament sau pentru abandonul tratamentului. Datele au fost obținute prin administrarea, la două loturi de bolnavi diagnosticați cu tuberculoză (cu și fără abandon), a unor probe foarte cunoscute în practica psihologică, precum și a unui chestionar adițional, în cazul bolnavilor cu antecedente legate de abandonul tratamentului. Astfel, am dorit să surprindem care și cât de semnificative sunt diferențele între bolnavii cu tuberculoză, care au avut antecedente legate de abandonul tratamentului și cei fără antecedente legate de abandon, în ceea ce privește variabilele legate de funcționarea cognitivă și afectivă, respectiv variabilele comportamentale.

MATERIAL ȘI METODĂ

Unui număr de 55 de pacienți (42 de bărbați și 13 femei, cu o vârstă medie de 37.52 ani) diagnosticați cu tuberculoză și asistați în cadrul Spitalului Clinic de Pneumologie Iași, secția Ambulatoriu de Specialitate, le-a fost administrat, în cadrul unor ședințe individuale, un set de probe destinate evaluării unui ansamblu de particularități medicale și psihocomportamentale: Chestionarul de Personalitate 16 PF (R. B. Cattell), Chestionarul „Personalități Accentuate” (H. Schmieschek), Inventarul de Ostilitate (A. H. Buss și A. Durkee), Matrici Progressive Standard Raven și un chestionar adițional. Dintre aceștia, 20 fuseseră înregistrați cu abandon al tratamentului, având o întrerupere de cel puțin două luni, iar 35 continuau în condiții stricte tratamentul cu tuberculostatice. Din fișele de înregistrare, au rezultat următoarele date socio-demografice, diferențiate pe loturi (tab. I):

Tabelul I
Date demografice

Caracteristici socio-demografice		Bolnavi cu abandon	Bolnavi fără abandon	Total
sex	bărbați	19	23	42
	femei	1	12	13
mediu de proveniență	rural	12	12	24
	urban	8	23	31
statut marital	necăsătorit(ă)	6	15	21
	căsătorit(ă)	8	17	25
	concubinaj	3	1	4
	văduv(ă)	2	-	2
	divorțat(ă)	1	2	3
nivelul studiilor	fără studii	-	1	1
	8 clase	10	3	13
	10 clase	6	5	11
	10 clase + șc.profețională	2	10	12
	liceu	2	10	12
	postliceale	-	3	3
	facultate	-	3	3
profesie	muncitor necalificat	14	17	31
	muncitor calificat	6	13	19
	tehnician agricol	-	1	1
	tehnician mecanic	-	1	1
	cadru didactic	-	1	1
	medic	-	1	1
	subinginer	-	1	1

Trei dintre bolnavii cu abandon erau suspecti de deficiență mintală ușoară, aspect confirmat de altfel și de rezultatele (note brute și note standard exprimate în unități C.I.) la testul Matrici Progressive Standard Raven, administrat individual. Astfel, subiecții au rezolvat corect (fără limită de timp) mai puțin de 1/3 din cei 60 de itemi ai matricilor, C.I.-urile corespunzătoare (obținute cu ajutorul unui tabel de conversie a notelor brute în unități C.I.), ajustate prin aplicarea unei formule de corecție în funcție de vârstă, fiind de 62, 70, respectiv 75.

De asemenea, șapte dintre bolnavii cu abandon, respectiv cinci dintre cei fără abandon au apărut, în urma aplicării Matricilor Progressive Standard, suspecti de intelect liminar¹, iar trei dintre bolnavii din lotul cu abandon, respectiv zece dintre cei care nu abandonaseră tratamentul au înregistrat valori exprimate în unități C.I. situate sub media convențională egală cu 100. Aceste rezultate au fost interpretate cu precauție, în afara unui diagnostic sigur de deficiență mintală. Ele au fost legate de experiența aproape inexistentă a bolnavilor, în completarea unor probe precum sunt matricile progresive, dar și de randamentul mintal, care poate fi afectat de tratamentul specific tuberculozei.

Toți bolnavii au fost abordați individual (în perioada martie 2005 – mai 2006), în cadrul a câte două ședințe, administrându-li-se probele psihologice cu circuit intern, furnizate de psihologul colaborator al unității medicale din care au fost recrutați. În prima ședință, a fost completată fișa de înregistrare și s-au administrat Matricile Progressive Raven, respectiv Inventarul de Ostilitate Buss și Durkee. În cea de-a doua ședință, au fost administrate Chestionarul „Personalități Accentuate”, respectiv Chestionarul 16 PF, care necesitau un timp de

¹ Pentru corespondența dintre valorile exprimate în unități convenționale C.I. corespunzătoare notelor brute totale la Matricile Progressive Raven, respectiv clasificarea gradelor de dezvoltare mintală, am utilizat următoarele repere (3): C.I.= 75-85 – intelect liminar; C.I.= 65-75 – deficiență mintală ușoară; C.I.= 50-65 – debilitate mintală (deficiență mintală moderată).

lucru cu bolnavul mai mare (în jur de trei ore). Datorită nivelului slab de școlarizare în cazul unor bolnavi, respectiv suspiciunii de DM, probele au fost administrate prin citirea întrebărilor și a variantelor de răspuns de către primul dintre autorii acestui material sau de către psihologul care deservea Spitalul Clinic de Pneumologie, respectiv secțiile exterioare acestuia.

Bolnavilor care abandonaseră tratamentul cu tuberculostatice li s-a administrat adițional un chestionar cu 17 întrebări (16 închise cu răspunsuri dihotomice de tip DA/NU și una deschisă), construit pentru explorarea unor aspecte legate de: tratamentul urmat (informarea în legătură cu gravitatea bolii, durata și modul de administrare a tratamentului, înțelegerea informațiilor primite), reacțiile la aflarea diagnosticului și răspunsul la tratament, respectiv posibili factori care i-au determinat să renunțe la tratament (calitatea relației cu personalul medical, lipsuri materiale, efecte secundare, atitudinile familiei și prietenilor, consumul de alcool, alte cauze). Bolnavii care abandonaseră tratamentul au fost abordați în cadrul unor examinări clinice de rutină, efectuate în Ambulatoriu de Specialitate sau în secțiile exterioare Spitalului Clinic de Pneumologie.

Bolnavii din ambele loturi au mai completat patru probe psihologice Inventarul de Ostilitate Buss și Durkee, Chestionarul „Personalități accentuate”, Chestionarul 16 PF și Matricile Progressive Standard.

Inventarul de Ostilitate, conceput de Arnold H. Buss și Ann Durkee (1957), cuprinde 66 de afirmații la care subiectul poate răspunde prin A (adeverat) sau F (fals). În medie, timpul necesar completării acestui inventar este de 15-20 minute. Itemii inventarului au fost formulați astfel încât să coteze pentru șapte dimensiuni (fațete) ale ostilității, exprimând tot atâtea forme de manifestare a acesteia: negativism, resentimente, ostilitate indirectă, violență fizică, suspiciune, iritabilitate și ostilitate verbală (4). Ostilitatea este concepută de autori ca fiind produsul frustrării, asociate cu nivele ridicate al stresului.

Chestionarul P.A. a fost tradus și adaptat în România în anul 1975, de psihologul I. M. Nestor (5). H. Schmieschek (1970) a elaborat acest chestionar pentru depistarea personalităților accentuate, așa cum sunt acestea descrise de neuropsihiatru K. Leonhard. Chestionarul cuprinde 88 de întrebări, la care o persoană poate răspunde cu DA sau NU, după cum conținutul fiecărei întrebări se potrivește cu dispozițiile, modul de a gândi și reacțiile sale. Întrebările randomizate, cotează pentru zece grupe ale trăsături care pot fi accentuate în personalitatea unui individ: I – demonstrativitate (12 întrebări), II – hiperexactitate (12 întrebări), III – hiperperseverență (12 întrebări), IV – impulsivitate (8 întrebări), V – hipertimie (8 întrebări), VI – distimie (8 întrebări), VII – labilitate (8 întrebări), VIII – exaltare (4 întrebări), IX – anxietate (8 întrebări), X – emotivitate (8 întrebări). Se poate vorbi de accentuarea propriu-zisă a unei trăsături, atunci când numărul de răspunsuri semnificative sau simptomatice dintr-o grupă (prestabilite de autor) trece de 50 %. Pentru fiecare grupă de trăsături accentuate, poate fi calculată o notă ponderată, prin înmulțirea numărului de răspunsuri semnificative cu un coeficient tabelar stabilit de autor, astfel încât la fiecare grupă să poată fi obținută aceeași nota maximă (dat fiind numărul diferit de întrebări pe grupe).

Chestionarul 16 PF (R.B. Cattell) este unul dintre cele mai cunoscute și mai utilizate instrumente pentru evaluarea trăsăturilor esențiale de personalitate ale unui individ (6). Chestionarul este alcătuit din 187 itemi, care urmăresc evidențierea a 16 trăsături de personalitate (factori primari) și a patru factori secundari. Fiecare item al chestionarului cotează pentru un singur factor de personalitate. Chestionarul a fost astfel întocmit încât să se reducă pe cât posibil riscul simulării deliberate, majoritatea întrebărilor fiind indirecte, legate de aspecte cărora subiectul le va sesiza greu relația cu însușirea de personalitate vizată. Factorii măsurați de chestionar sunt: A (ciclotimia, legată de alternanța dispozițiilor și labilitate), B (intelectul, factor care ține mai mult de stilul de rezolvare cognitivă a unei sarcini, de cultură), C (forța eu-lui sau stabilitatea emoțională), E (dominanța), F (expansivitatea, legat de stilul de interacțiune și de participare la viața socială), G (forța supraeu-lui sau tendința de respectare a normelor și regulilor sociale, de conștiinciozitate), H (îndrăzneala – care ține de încrederea în propriile

competențe sociale, de spiritul întreprinzător), I (sensibilitatea, legată mai mult de sensibilitatea la provocările mediului și de dependența emoțională de ceilalți), L (suspiciunea, legată de circumspecție și deliberare), M (originalitatea, opusă spiritului practic și convențional), N (clarviziunea sau stilul de abordare a oamenilor și a propriilor scopuri), O (neliniștea – legată de tendința spre stări depresive, sentimente de culpabilitate, tensiune internă), Q1 (deschiderea spre schimbare și noi experiențe sau liberalismul), Q2 (independența față de grup, strâns legată de tendința spre afiliere), Q3 (integrarea sau autocontrolul, legată de impulsivitate și nestăpânire) și Q4 (tensiunea ergică, legată mai mult de trăirea unor stări de disconfort interior, agitație, frustrare, reacții cu aspect nevrotic).

Matricile Progressive Raven Standard (MPRS) sunt foarte cunoscute și utilizate de către practicieni, făcând parte din categoria probelor non-verbale care permit o estimare a aptitudinii mentale generale (inteligența generală) (7). Instrucțiunile sunt simple și, dacă este necesar, MPRS pot fi administrate prin demonstrarea sarcinii subiectului, fără a folosi limbajul oral. Cele 60 de matrici sunt aranjate în funcție de gradul de dificultate. Sarcina subiectului este de a selecta răspunsul corect din 6-8 variante. Testul este ”liber” de factorul legat de cunoașterea limbii și de cel cultural.

REZULTATE

Tabelul II prezintă frecvențele pe categorii de răspunsuri (DA/NU) la chestionarul adițional, care a fost administrat bolnavilor cu antecedente legate de abandonul tratamentului cu tuberculostatice. Rezultatele sunt relevante numai raportate la numărul de respondenți investigați în această cercetare, ele neputând fi deocamdată generalizate, într-o eventuală discuție despre factorii care pot determina sau facilita abandonul în tratamentul cu tuberculostatice, datorită numărului foarte mic de cazuri.

TABELUL II
Analiza răspunsurilor la chestionarul adițional

Întrebări	Frecvențe răspunsuri	
	DA	NU
Ați fost informat despre gravitatea bolii dumneavoastră ?	19	1
Ați fost informat despre durata tratamentului ?	18	2
Ați fost informat despre modul în care se va administra tratamentul ?	20	-
Ați înțeles informațiile primite de la personalul medical ?	20	-
În momentul aflării diagnosticului ați avut o stare de prăbușire psihică ?	15	5
În timpul tratamentului ați observat schimbări semnificative în modul dvs. de a vă comporta ?	9	11
Credeți că sunteți responsabil pentru întreruperea tratamentului ?	12	8
Tratamentul administrat v-a produs stări de rău ?	9	11
Credeți că aceste stări de rău au avut vreo influență hotărâtoare în decizia dvs. de a întrerupe tratamentul ?	9	11
Personalul medical v-a acordat atenție și înțelegere ?	18	2
Credeți că atitudinea și conduita personalului medical a fost motivul pentru care ați întrerupt tratamentul ?	2	18
Credeți că lipsa banilor pentru transport, alimentație, etc. au constituit un factor important care v-a determinat să renunțați la tratament ?	11	9
Ați observat că persoanele din jur (prieteni, rude, colegi de servicii) au avut un altfel de comportament când au aflat de boala dvs. ?	11	9
Este acesta un motiv important pentru care ați renunțat la tratament ?	5	15
Consumați frecvent alcool ?	5	15
Este consumul frecvent de alcool una din cauzele renunțării la tratament ?	5	15

Toți pacienții cu antecedente legate de abandonul tratamentului au declarat că au fost informați de către personalul medical, în legătură cu modul de administrare a tratamentului și că au înțeles informațiile primite. De asemenea, aproape toți au răspuns afirmativ la întrebările legate de informarea de către personalul medical despre gravitatea bolii, respectiv despre durata tratamentului. Așa cum era de așteptat, majoritatea dintre bolnavi au avut o stare de prăbușire psihică, în momentul aflării diagnosticului, însă doar jumătate dintre ei au observat schimbări semnificative în propriul mod de a se comporta, după aflarea diagnosticului. Dintre bolnavii care abandonaseră tratamentul, 12 au declarat că se simt responsabili pentru întreruperea pe care au făcut-o. În ceea ce privește stările de rău produse de tuberculostaticile administrate, jumătate dintre bolnavi au declarat că acestea au jucat un rol hotărâtor în decizia pe care au luat-o, cu privire la întreruperea tratamentului. Doar doi dintre bolnavii investigați au pus abandonul tratamentului pe seama atitudinilor și conduitei personalului medical, iar aceștia sunt și cei care au declarat că personalul medical nu le-a acordat atenție și nu a manifestat înțelegere pe parcursul tratamentului. Pe de altă parte, peste jumătate dintre bolnavi au indicat faptul că problemele materiale au constituit un factor important care i-a determinat să renunțe la tratament. Deși jumătate dintre bolnavii care abandonaseră tratamentul ne-au declarat că au observat o schimbare a comportamentului persoanele din jur (prieteni, rude, colegi de servici) care au aflat de boala lor, doar cinci au inclus acest aspect printre factorii importanți care i-au determinat să renunțe la tratament. În fine, cinci dintre bolnavii care abandonaseră tratamentul au declarat că una din cauzele renunțării la tratament a constituit-o consumul frecvent de alcool.

Tabelul III prezintă datele rezultate în urma comparării lotului de bolnavi cu tuberculoză, care prezentau antecedente legate de abandonul programului, cu lotul de bolnavi care continuaseră tratamentul corect.

TABELUL III
Comparații între bolnavii cu abandon și bolnavii fără abandon

Variabile cognitive, afective și comportamentale	Loturi	Medii	t
<i>Factori primari 16 PF</i>			
ciclotimie	bolnavi cu abandon	11.30	- 0.18
	bolnavi fără abandon	11.42	
intelect	bolnavi cu abandon	5.45	- 1.23
	bolnavi fără abandon	6.34	
forța eului (stabilitate emoțională)	bolnavi cu abandon	11.45	- 3.14 **
	bolnavi fără abandon	14.57	
dominanță	bolnavi cu abandon	13.05	1.19
	bolnavi fără abandon	12.05	
expansivitate	bolnavi cu abandon	12.65	0.26
	bolnavi fără abandon	12.37	
forta supraeului	bolnavi cu abandon	12.05	- 2.26 *
	bolnavi fără abandon	13.60	
îndrăzneală	bolnavi cu abandon	13.15	- 0.07
	bolnavi fără abandon	13.22	
sensibilitate	bolnavi cu abandon	9.95	- 1.53
	bolnavi fără abandon	11.17	
suspiciune	bolnavi cu abandon	10.40	1.41
	bolnavi fără abandon	9.37	
originalitate	bolnavi cu abandon	12.65	1.80
	bolnavi fără abandon	11.22	
clarviziune	bolnavi cu abandon	9.25	- 2.20 *
	bolnavi fără abandon	10.80	
neliniște	bolnavi cu abandon	13.69	2.56 **
	bolnavi fără abandon	11.31	

deschidere spre schimbare	bolnavi cu abandon	10.30	0.05
	bolnavi fără abandon	10.25	
independență de grup	bolnavi cu abandon	10.20	- 0.03
	bolnavi fără abandon	10.22	
integrare (autocontrol)	bolnavi cu abandon	10.64	- 2.84 **
	bolnavi fără abandon	12.71	
tensiune ergică	bolnavi cu abandon	14.00	2.31 *
	bolnavi fără abandon	11.65	
<i>Factori Inventar P.A.</i>			
demonstrativitate	bolnavi cu abandon	6.95	0.65
	bolnavi fără abandon	6.62	
hiperperseverență	bolnavi cu abandon	6.70	- 2.77 **
	bolnavi fără abandon	7.45	
hiperexactitate	bolnavi cu abandon	7.55	1.57
	bolnavi fără abandon	6.65	
impulsivitate	bolnavi cu abandon	4.80	1.00
	bolnavi fără abandon	4.28	
hipertimie	bolnavi cu abandon	4.70	- 0.67
	bolnavi fără abandon	5.02	
distimie	bolnavi cu abandon	4.98	2.75 **
	bolnavi fără abandon	3.77	
labilitate (ciclotimie)	bolnavi cu abandon	6.05	2.68 **
	bolnavi fără abandon	4.71	
exaltare	bolnavi cu abandon	2.75	0.99
	bolnavi fără abandon	2.45	
anxietate	bolnavi cu abandon	4.75	2.94 **
	bolnavi fără abandon	3.28	
emotivitate	bolnavi cu abandon	6.00	- 0.80
	bolnavi fără abandon	6.34	
<i>Factori Inventar de Ostilitate</i>			
negativism	bolnavi cu abandon	3.35	0.98
	bolnavi fără abandon	3.00	
resentimente	bolnavi cu abandon	4.65	2.61 **
	bolnavi fără abandon	3.17	
ostilitate indirectă	bolnavi cu abandon	5.20	2.20 *
	bolnavi fără abandon	3.82	
violență fizică	bolnavi cu abandon	4.80	3.34 **
	bolnavi fără abandon	2.65	
suspiciune	bolnavi cu abandon	6.15	0.26
	bolnavi fără abandon	6.00	
iritabilitate	bolnavi cu abandon	6.35	4.06 ***
	bolnavi fără abandon	4.02	
ostilitate verbală	bolnavi cu abandon	7.10	1.23
	bolnavi fără abandon	6.31	
scor global ostilitate	bolnavi cu abandon	37.60	3.14 **
	bolnavi fără abandon	29.00	
<i>Matrici Progressive Raven Standard</i>			
scor brut	bolnavi cu abandon	30.95	- 3.21 **
	bolnavi fără abandon	39.74	

* $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$

Datele pe care le-am obținut sunt sintetizate, după cum urmează:

- diferențe semnificative statistic în defavoarea bolnavilor cu abandon (medii mai mici decât cele obținute de bolnavii fără abandon) la următorii factori măsurați cu Chestionarul 16 PF: C (stabilitate emoțională), G (forța supraeului - aderența la norme și la reguli, conformism), N (clarviziune) și Q3 (integrare, legată de autocontrolul propriilor reacții și comportamente, de autodisciplină);
- diferențe semnificative statistic în favoarea bolnavilor cu abandon (medii mai mari decât cele obținute de lotul bolnavilor fără abandon) la factorii: O (neliniște, legată de neîncrederea în sine și de anxietate) și Q4 (tensiune ergică, legată de tensiunea internă, de încordare psihică, de trăirea unor sentimente de frustrare);
- de asemenea, diferențe în favoarea bolnavilor cu abandon (medii mai mari decât cele obținute de lotul bolnavilor fără abandon), dar ne semnificative statistic la factorii E (dominanță) și L (suspiciune) din 16 PF, primul ținând de încăpățănare și de tendința spre agresivitate, de oponența față de reguli sau față de alte persoane, iar cel de-al doilea de rigiditate, suspiciune, bănuială și neîncredere în ceilalți;
- bolnavii din lotul cu antecedente legate de abandonul tratamentului au obținut o medie mai mare a scorurilor la grupa IX din Chestionarul P.A., legată de anxietate, comparativ cu bolnavii din lotul fără antecedente legate de abandonul tratamentului; acest rezultat confirmă observațiile din literatura de specialitate cu privire la dispozițiile depresiv-anxioase prin care trec bolnavii de tuberculoză, la aflarea diagnosticului și în cursul tratamentului;
- de asemenea, la Chestionarul P.A. am obținut diferențe semnificative statistic în favoarea bolnavilor cu abandon (medii mai mari decât cele obținute de lotul bolnavilor fără abandon) la grupele VI (distimie) și VII (labilitate), prima amintind de retragere în sine, de sentimente de neadecvare, pesimism, stări depresive și scădere a randamentului, prezente la mulți bolnavi de tuberculoză, iar cea de-a doua de labilitate afectivă, care poate surveni, adesea, pe fondul scăderii încrederii în sine și a creșterii dependenței de ceilalți (familie, prieteni);
- media la grupa II (hiperperseverența, care trebuie legată în primul rând de dorința de reușită, chiar dacă aceasta poate fi uneori expresia egoismului și a susceptibilității) a fost semnificativ mai scăzută pentru lotul bolnavilor cu antecedente legate de abandonul tratamentului decât pentru cel al bolnavilor fără abandon; acest rezultat trimite către lupta cu obstacolele care amenință efortul de continuare a tratamentului, controlul impulsurilor spre renunțare și rezistența la frustrarea provocată de statutul de bolnav de tuberculoză;
- la grupa IV (impulsivitate) din Chestionarul P.A., lotul bolnavilor cu antecedente legate de abandonul tratamentului a înregistrat o medie mai mare, deși ne semnificativă statistic, comparativ cu lotul bolnavilor fără antecedente legate de abandon;
- lotul bolnavilor cu abandon a obținut medii semnificativ mai mari, comparativ cu lotul bolnavilor fără abandon la patru din cele trei fațete ale ostilității, măsurate cu Inventarul de Ostilitate Buss și Durkee, și-anume: resentimente (implicând probabil gelozia tuberculoșilor față de ceilalți care sunt sănătoși, stările de supărare și de necaz pe care le pot trăi în legătură cu situația în care au ajuns pe care o pot percepe ca fiind nedreaptă), ostilitate indirectă (pe care ne-o putem imagina prin acțiuni răutăcioase contra celorlalți, uneori contra membrilor familiei sau prin situații tensionate în care tuberculosul își pierde firea), violență fizică (care poate fi asociată și cu consumul de alcool) și iritabilitate (care poate apare, de multe ori, în relațiile cu apropiații, pe care tuberculosul îi poate percepe ca fiind circumspecți cu el sau îndepărtându-se de el);
- în fine, media notelor brute obținută de lotul bolnavilor cu antecedente legate de abandonul programului de tratament, la Matricile Progresive Standard, a fost semnificativ mai mică decât media obținută de lotul bolnavilor fără antecedente legate de abandon.

DISCUȚII

Tuberculoza generează în viața bolnavului o întreagă gamă de modificări de ordin biologic, psihologic și social, care persistă, adesea, pentru o perioadă îndelungată a vieții, uneori până la sfârșitul acesteia. Astfel, la bolnavul tuberculos, imaginea și stima de sine pot suporta deteriorări semnificative, accentuate de percepțiile pe care acesta și le construiește despre boală, de reconfigurarea relațiilor cu rețeaua socială proximală (familie, colegi de muncă, prieteni), de rigorile tratamentului pe care trebuie să-l urmeze (8). Pacientul își pierde încrederea în sine, devine dependent de personalul medical, de familie. Majoritatea pacienților își imaginează tuberculoza ca fiind o boală netratabilă. Stresul indus de aflarea diagnosticului și de exigențele tratamentului, sentimentul de marginalizare socială și de inferioritate, sentimentul neputinței în fața bolii, adesea resimțite de către bolnavi, pot determina apariția și/sau intensificarea simptomelor de depresie. Aceasta conduce la scăderea tonusului afectiv general, la ideeații negative, la retragere, la refuzul medicației și al cooperării cu personalul medical specializat (noncompliance).

Internarea prelungită, efectele secundare ale tratamentului (de exemplu, caracteristicile mediului spitalicesc) contribuie, uneori, și la apariția/intensificarea manifestărilor agresive, a căror expresie poate fi ostilitatea directă sau indirectă în relațiile cu ceilalți, negativismul, suspiciunea față de membrii familiei, prieteni sau personalul medical, iritabilitatea etc.

Cercetătorii au ajuns la concluzia că egocentrismul, tendința de interiorizare (retragere și dramă interioară) și conflictualitatea (grefată pe fondul unei intensificări a ostilității în relațiile cu ceilalți) sunt printre cele mai importante caracteristici ale conduitei bolnavului de tuberculoză. Aceste caracteristici îmbracă, adesea, forma unor atitudini și comportamente dezadaptative în planul relațiilor interpersonale din cadrul diferitelor nivele ale rețelei sociale a bolnavului: familie, prieteni, colegi de muncă, comunitate (8).

Așadar, statutul de bolnav tuberculos antrenează, conștient sau la nivel inconștient, stări de anxietate, neliniște, reacții nevrotice. Acestea pot afecta varianța răspunsurilor la unele scale din testele de personalitate clasice, pe care bolnavul le completează în cabinetul psihologului la intrarea în tratament, dând impresia existenței, la individul diagnosticat, a unor trăsături prezente încă dinaintea apariției bolii. În realitate, poate fi vorba de o accentuare a trăsăturilor personalității de către boală, accentuare care trebuie luată în calcul în evaluarea riscului noncompliancei la tratament și a abandonului acestuia.

CONCLUZII

1. Tuberculoza nu este o boală ușoară. Implicațiile socio-economice ale acestei boli justifică pe deplin eforturile, pe care organismele naționale și internaționale cu atribuții în asistența medicală le depun, pentru controlul răspândirii bolii în populație.

2. În plan individual, diagnosticarea cu tuberculoză produce adesea o criză psihologică, în ameliorarea căreia bolnavul, rețeaua socială imediată a acestuia (familie, prieteni, colegi de muncă, etc.) și personalul medical de specialitate joacă cele mai importante roluri. Notele definitorii ale acestei crize constau în: deteriorarea semnificativă a imaginii și stimei de sine, creșterea dependenței de ceilalți, manifestări anxioase și depresive, tendința de interiorizare, creșterea susceptibilității și ostilității în relațiile interpersonale, scăderea rezistenței la frustrare, reacții cu caracter decompensator.

3. Destul de multe încercări de tratare a afecțiunii eșuează, datorită unor factori multipli, dintre care cei mai frecvenți sunt noncompliancea și abandonul. Printre factorii de risc care au un rol important în apariția abandonului, au fost evidențiați: alcoolismul, sărăcia, bolile asociate, noncompliancea. De aceea, controlul riscului de noncompliance și de abandon al tratamentului trebuie să constituie una din prioritățile intervenției în cazul pacienților cu tuberculoză.

4. Această acțiune necesită cunoașterea de către personalul specializat a tuturor factorilor individuali specifici bolnavului, care îl pot predispuce către noncompliance la tratament sau către abandon: condiții de viață, afecțiuni medicale care pot îngreuna administrarea securizată a tuberculostaticelor, factori sociali (intervenția familiei, relațiile cu rețeaua socială extrafamilială), factori psihologici (percepțiile și expectanțele bolnavului vis-à-vis de tratament și calitatea relației cu personalul medical specializat, obișnuințele și stilul de viață, caracteristicile psihocomportamentale, adesea accentuate de criza diagnosticării cu tuberculoză). Informațiile legate de acești factori vor contribui la formularea unui plan de intervenție, în cadrul activității de consiliere psihologică a bolnavului, ținând pe sursele bolnavului și pe eventualele riscuri.

BIBLIOGRAFIE

1. Panescu M, Vasilescu C, Archip M. Abandonul tratamentului în tuberculoză. Lucrare prezentată în cadrul celui de-Al 13-lea Congres Anual al European Respiratory Society. Viena, 2003.
2. Bumbăcea D, Dițiu L, Toma C, Tudose C. Implementarea strategiei DOTS de control al tuberculozei în România. Tuberculoza. Curs pentru studenți. București: Programul "Combaterea tuberculozei: un răspuns cuprinzător, coordonat, multisectorial în România", 2005.
3. Cozma T, Gherguț A. Introducere în problematica educației integrate. Iași: Editura Spiru Haret, 2000.
4. Aero R, Weiner E. *The Mental Test*. New York: William Morrow and Company, Inc., 1981.
5. *Inventare multifazice de personalitate*. București: Institutul de Științe ale Educației, 1991.
6. Minulescu M. *Chestionarele de personalitate în evaluarea psihologică*. București: Garell Publishing House, 1996.
7. Mitrofan N, Mitrofan L. *Testarea psihologică. Inteligența și aptitudinile*. Iași: Editura Polirom, 2005.
8. Alexandrescu I, Blumenfeld S, Volosievici I. *Psihicul bolnavului de tuberculoză pulmonară*. Iași: Editura Junimea, 1981.

Lucrare publicată în *Revista medico-chirurgicală*, vol. 112, nr. 2, supliment nr. 3, aprilie-iunie 2008, Societatea de Medici și Naturaliști din Iași.