

Factori psihologici ai evoluției postoperatorii

Loredana Ruxandra GHERASIM¹, Cătălina NECULAU²

Teoria inițială a neajutorării învățate susține faptul că lipsa de contingență dintre rezultate și răspunsuri determină formarea expectanței inutilității acțiunilor, ceea ce are drept consecință apariția deficitelor de performanță în sarcinile ulterioare (Seligman, 1975). Teoria a fost demonstrată pe animale, însă aplicată subiecților umani a dat naștere la numeroase critici, deoarece nu a putut explica o serie de rezultate obținute în condiții de laborator. Astfel, uneori neajutorarea era generală, iar alteori specifică (Hiroto & Seligman, 1975, Cole & Coyne, 1977 apud Peterson și col., 1993), uneori evenimentele negative precipitau reacțiile depresive ale oamenilor, iar alteori nu (Brown & Harris, 1978; Lloyd, 1980 apud Peterson și col. 1993). De asemenea, în confruntarea cu aceleași probleme nerezolvabile și evenimente negative, s-a constatat că numai la unii oameni apărea neajutorarea (Alloy și col., 1984, Dweck & Licht, 1980 apud Peterson și col., 1993) și depresia (Metalsky și col., 1992). În aceste condiții autorii au concluzionat că teoria trebuia să țină seama de predispoziția de explicare a cauzelor evenimentelor, pentru a putea înțelege reacțiile diferite ale oamenilor la aceleași evenimente (Nolem-Hoeksema, 1998).

Varianta reformulată a teoriei susține că, în cazul oamenilor, inducerea neajutorării presupune atribuirea eșecului unor cauze particulare, explicațiile date cauzelor evenimentelor influențând expectanța cu privire la rezultatele viitoare și reacțiile la aceste rezultate (Abramson și col., 1978, Abramson și col., 1980 apud Seligman, 1998). Teoria revizuită a neajutorării descrie trei dimensiuni pe care pot varia explicațiile date cauzelor evenimentelor, maniera obișnuită de explicare a evenimentelor, putând să scadă motivația și să reducă persistența în sarcină. Astfel, dimensiunea stabil-instabil ne spune cât de repede renunță o persoană, explicațiile stabile ale cauzelor evenimentelor negative producând neajutorare. Dimensiunea global-specific reprezintă un indiciu spațial al neajutorării, explicațiile universale putând produce neajutorare pentru mai multe situații. Dimensiunea intern-extern se referă la atribuirea cauzelor

¹ Universitatea „Al.I. Cuza” Iași.

² Universitatea „Al.I. Cuza” Iași.

evenimentelor proprii persoane (intern) sau altor persoane și circumstanțelor (extern). Autorii susțin că efectele neajutorării sunt maxime atunci când oamenii au un stil explicativ pesimist, atribuind eșecul unor cauze interne, stabile și globale. Explicațiile pesimiste ale evenimentelor negative fac ca adversitatea să fie atribuită caracteristicilor personale, iar explicațiile optimiste presupun atribuirea cauzelor evenimentelor negative unor factori situaționali, de mediu și temporari (Peterson & Bossio, 2001). Numeroase studii au analizat legătura dintre depresie și neajutorarea învățată, demonstrând că de fapt stilul atributiv intern, stabil și global al evenimentelor negative reprezintă, de fapt, stilul depresiv (Brewin, 1985, 1996, Peterson & Barrett, 1987, Nolem-Hoeksema și col., 1995). Modelul vulnerabilității la depresie susține că stilul atributiv pesimist provoacă vulnerabilitate la deficiențele neajutorării, provocând pasivitate, deficiente cognitive, tristețe, stimă de sine scăzută (Nolem-Hoeksema și col., 1995, Rodriguez, 1997, Buunk & Brenninkmeijer, 2001). O serie de autori au demonstrat legătura dintre depresie și atribuirile stabile și globale (Eaves și Rush, 1984 apud Brewin, 1985), stima de sine scăzută (Beck, 1967, Bibring, 1953 apud Brewin, 1985), lipsa speranței (Beck și col., 1976, 1979 apud Strickland, 1989), locul controlului (Strickland, 1989), lipsa efortului (Breein & Shapiro, 1984 apud Brewin, 1985) și gândurile automate (Zullo, 1984, Dweck & Licht, 1980 apud Peterson și col., 1993).

Teoria neajutorării învățate a fost aplicată în diferite domenii, cum ar fi explicarea eșecului școlar (Dweck, 1975, Erdley și col., 1997, Metalsky și col., 1992, Peterson & Barrett, 1987), analiza competenței profesionale (Seligman & Schulman, 1986), studiul diferitor aspecte ale vieții sociale și politice (Gillham și col., 2001, Zullo și col., 1988, Oettingen & Seligman, 1990) și stării de sănătate (Peterson & Bossio, 2001, Peterson și col. 1988).

O serie de studii au analizat relația dintre starea afectivă și starea de sănătate, indicând faptul că pesimiștii, la care predomină emoțiile negative, sunt mai vulnerabili în lupta cu boala comparativ cu optimiștii. Sarafino (1990 apud Mayne, 1999) afirmă că oamenii care au predominant emoții pozitive sunt mai puțin expuși bolii și se recuperează mai repede după boală comparativ cu cei care au predominant emoții negative. Deși numărul studiilor care au vizat rolul emoțiilor negative asupra stării de sănătate este redus, rezultatele obținute sugerează că emoțiile negative pot deveni amenințătoare pentru integritatea organismului, existând o legătură între furie, ostilitatea și mortalitatea în bolile cardiovasculare (Booth-Kewley & Friedman, 1987, Dembroski și col., 1985 apud Mayne, 1999). Autorii explică aceste rezultate prin faptul că niveluri crescute și repetate ale emoțiilor negative asociate cu activarea catecolaminelor deteriorează sistemul cardiovascular prin creșterea pulsului, tensiunii arteriale și

vasoconstricție care, la rândul lor afectează pereții arterelor producând ateroscleroză. Modificarea pereților arteriali corelată cu hipertensiunea poate duce la accidente ischemice, infarct miocardic sau accidente cardiovasculare (Manuc și col., 1995; Obrist, 1981 apud Mayne, 1999).

Stilul explicativ joacă un rol important în evoluția bolilor, optimismul încurajând adaptarea și înfruntarea bolii, iar pesimismul descurajând individul și provocând pasivitate în fața stresului și provocărilor (Carver & Scheier, 1998 apud Chang, 2001). Peterson & Bossio (2001) susțin că stabilitatea cauzelor atribuire evenimentelor este legată de durata simptomelor neajutorării, globalitatea cauzelor este legată de generalizarea neajutorării la mai multe situații, în timp ce dimensiunea intern-extern determină apariția deficitelor neajutorării în depresie. Chang (2001) susține că noțiunea de optimism implică așteptarea unor rezultate pozitive, iar pesimismul implică așteptarea unor rezultate negative. Zuckerman (2001) afirmă că bolnavii optimiști sunt mai încrezători cu privire la starea lor de sănătate, considerând că pot controla boala printr-o dietă potrivită și că se pot recupera în cazul îmbolnăvirii. Pesimiștii, însă, au tendința de a se angaja în comportamente „nesănătoase”, neglijează posibilitatea de a înfrunta boala, resemnându-se în fața destinului. Prin urmare, optimismul poate fi considerat adaptativ deoarece încurajează adaptarea, înfruntarea bolii, iar pesimismul poate fi considerat neadaptativ deoarece descurajează individul și determină pasivitate în fața bolii. Pe baza acestor considerente teoretice, se poate spune că optimismul favorizează o evoluție postoperatorie mai bună. Studiile au indicat că optimiștii manifestă o adaptare psihosocială superioară la stresorii de ordin medical (Scheier și col., 1989 apud Chang, 2001), cum ar fi operațiile pentru by-pas coronarian, naștere, transplanturi osoase, artrite comparativ cu pesimiștii. Chang (2001) afirmă că pesimismul poate fi considerat un predictor al experiențelor negative. Cu cât pacienții bolnavi de artrită reumatoidă erau mai pesimiști cu atât raportau mai multe stări afective negative, mai multe limitări ale activității induse de durere și mai multe evenimente negative. Autorul susține că cele mai relevante consecințe ale stilului explicativ sunt stările emoționale, optimismul având funcție de reglare a dispozițiilor, implicând utilizarea unor strategii de coping eficiente în confruntarea cu durerea. Affleck și col. (2001) au constatat că pesimismul pacienților cu artrită reumatoidă corelează pozitiv cu nivelul durerii percepute, prin urmare bolnavii pesimiști resimt durerea cu o intensitate mai mare comparativ cu cei optimiști.

În acest studiu am analizat efectele stilului explicativ al pacienților asupra percepției durerii și evoluției postoperatorii a bolnavilor cu artroplastie de șold. Artrozele sunt suferințe cronice articulare, determinate de deteriorarea

degenerativă a cartilajului, care debutează insidios la persoane cu stare generală bună, afectând la început o singură articulație. Simptomatologia este însoțită de durere cu caracter mecanic, la care se asociază impotența funcțională discretă la început, dar care se accentuează pe parcurs. Caracterul mecanic al durerii constă în apariția și accentuarea durerilor la mobilizarea articulației suferinde, cu atenuarea sau dispariția acestui simptom în repaus. Artroza coxofemurală sau coxartroza este una din cele mai importante localizări articulare ale procesului degenerativ atât prin gravitate, cât și prin frecvență, constituind 90% din suferințele șoldului după 50 de ani (Botez, 2001, Athanasiu, 1983). O serie de studii au indicat faptul că nivelul crescut al cortizolului plasmatic la bolnavii cu stres cronic sau stări depresive, influențează evoluția postoperatorie prin întârzierea cicatrizarea plăgii operatorii (Iamandescu, 2002). Astfel, se prelungeste perioada de imobilizare, ceea ce determină atrofierea musculaturii și întârzierea perioadei de recuperare. După o perioadă de imobilizare prelungită revenirea la ortostatism este mai dificilă, fiind însoțită de stări de amețală, creșterea sentimentului de instabilitate fizică și apariția așteptărilor negative cu privire la șansele de recuperare. Înlănțuirea acestor evenimente care amână vindecarea confirmă așteptările negative ale pacienților, intensificând trăirile negative.

Durerea este definită ca o senzație particulară, de obicei dezagreabilă, însoțită de o serie de fenomene somato-vegetative reflexe și de o coloratură psihoafectivă negativă. Ea este determinată de acțiunea unor stimuli nociceptivi asupra receptorilor specifici (Popa-Velea, 1997). Durerea alterează starea afectivă a bolnavului, fiind însoțită de impotențe funcționale, reflexe sau generate de teama de durere, devenind, astfel, un simptom important al bolii. Durerea reprezintă și comportament (Athanasiu, 1983). Experiența dureroasă implică memorizarea globală a situației ce a provocat durerea, fenomenul agresiv devenind semnificantul durerii, situația respectivă fiind rețrăită ca o reacție afectivă complexă. Se poate spune că durerea este o senzație foarte personală (Athanasiu, 1983), ce poate fi teoretic descrisă, prin descompunerea în elementele componente: calitate (durea poate fi tăioasă, surdă sau sfredelitoare), localizare (durerea poate fi ascuțită, punctiformă, regională), procesualitatea (ritmică, stabilă, fulgerătoare) și intensitate (durerea poate fi vagă, slabă, medie, puternică).

Studiul de față a plecat de la diferențele existente în recuperarea postoperatorie a pacienților, diferențe care nu pot fi explicate de condiția medicală, dar care au consecințe importante asupra vieții personale, sociale, dar și profesionale a bolnavilor. Ipoteza studiului este aceea că nivelul optimismului

și sugestionarea pozitivă influențează intensitatea durerii perioperatorii și evoluția postoperatorie a subiecților cu coxartroză.

Metodă

Participanți

La studiu au participat 80 de pacienți cu coxartroză, cu vârste cuprinse între 48 și 77 de ani, din care 32 de femei și 48 de bărbați, care au suportat o intervenție chirurgicală de artroplastie de șold.

Instrumente

Pentru construcția instrumentului de evaluare a nivelului de optimism s-a realizat o pretestare la care au participat 30 de studenți din ultimul an de la Secția de Psihologie, care au avut sarcina de a descrie comportamente specifice persoanelor optimiste și pesimiste. Au fost păstrate comportamentele specifice cu frecvențele cele mai mari, pentru care apoi s-au construit itemi. Instrumentul inițial a fost pretestat pe un număr de 40 de pacienți bolnavi de coxartroză, obținându-se un coeficient alpha de 0,71 după eliminarea a 6 itemi. Instrumentul final a cuprins 24 de itemi, dintre care 14 itemi au măsurat optimismul, iar 10 itemi au vizat pesimismul. Pentru subscale s-au obținut coeficienți α -Cronbach cu valori mai mari, astfel la subscala optimism α a avut valoarea 0,80, iar pentru subscala pesimism α a avut valoarea 0,87. Rezultatele au fost similare celor obținute de Chang (2001) în construcția Testului de Orientare în Viață (Life Orientation Test), autorul obținând un coeficient α pe ansamblu cu valoare 0,74, pentru subscala optimism coeficientul fiind 0,84, iar pentru pesimism 0,86.

Pentru măsurarea durerii s-a utilizat Scala de evaluare a durerii Saint-Antoine QDSA (Bouvard & Cottraux, 1996). Instrumentul cuprinde 54 de calificative ale durerii repartizate în 16 clase. Primele 9 clase au reprezentat aspectele senzoriale ale durerii (durerea repetitivă, gradul de generalizare, durerea cu caracter unic, durerea de tip apăsare sau strângere, durerea cu caracter mecanic, durerea sub formă de căldură, sub formă de senzații frig, sub formă de parestezii sau cu caracter neurologic). Ultimele 7 clase au reprezentat aspectele afective ale durerii (starea de oboseală, starea de rău fizic, de anxietate, starea afectivă, gradul de toleranță al pacientului, starea de excitație psihică determinată de durere). După alegerea termenului care descria cel mai bine durerea resimțită, pacienții evaluau intensitatea acesteia, pe o scală de la 1 la 5 (1 însemnând absența durerii, iar 5 însemnând durere foarte puternică).

Mesajul pentru sugesție a fost construit conform algoritmului descris de Iamandescu (2002), conform căruia inițial se pornește de la o serie de afirmații

de necontestat, care au valoarea de premise și apoi se construiește concluzia. Construirea mesajului utilizat în acest studiu s-a bazat pe sugestia utilizată de Blittner și col. (1978 apud Aronson și col., 2002) într-un studiu realizat pe fumători care au participat la un program de renunțare la tutun. Subiecților din condiția sugesție li s-a spus că rezultatele obținute după completarea chestionarului indică faptul că sunt persoane puternice, capabile să își controleze dorințele și comportamentul și, prin urmare, este sigur că vor renunța la țigări pe parcursul tratamentului. În acest studiu a fost utilizat următorul mesaj: „Ați fost selectat să participați la acest studiu deoarece chestionarul pe care l-ați completat anterior a indicat că sunteți o persoană extrem de puternică, aveți foarte multe resurse pentru a învinge boala și sigur după operație vă veți recupera foarte bine.” Premisele de la care pleacă mesajul sunt: „ați fost selectat să participați la acest studiu”, fapt pe care pacientul nu-l poate contesta și „chestionarul arată că sunteți o persoană extrem de puternică, aveți foarte multe resurse pentru a învinge boala”, premisă care este certificată de aplicarea chestionarului de optimism. Concluzia a fost „este sigur că după operație vă veți recupera foarte bine”.

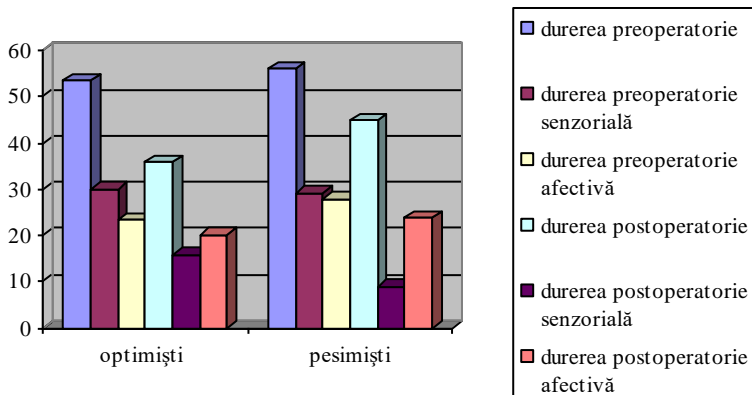
Variabila dependentă „evoluția postoperatorie” a fost operaționalizată cu ajutorul experților, medici ortopezi și pe baza foii de observație, care cuprinde datele obiective ale evoluției postoperatorii. Evoluția postoperatorie a fost operaționalizată prin cuantificarea complicațiilor postoperatorii. Deoarece complicațiile postoperatorii posibile în artroplastia de șold variază din punctul de vedere al gravității, s-a realizat o ierarhizare a acestora. În urma ierarhizării, complicațiile au fost grupate în mai multe categorii (complicații minore, medii și majore). Complicațiile minore sau incidentele postoperatorii au fost: tulburările micționale, febră, frisoane, vărsături, cefalee, edeme și congestii la nivelul plăgii operatorii. Complicațiile medii au cuprins hemoragia, infecții postoperatorii, demență senilă, bronhopneumonia de decubit, infecția urinară, tulburările de tranzit și hipotensiunea. Complicații majore, care au pus în pericol viața bolnavului, au fost considerate: moartea subită, infarctul miocardic, embolia pulmonară, tulburările de ritm cardiac, insuficiența cardiacă, tromboza venoasă profundă și depresia respiratorie. Deoarece prezența unor complicații putea implica și prezența altora (de exemplu, embolia pulmonară este consecința directă a trombozei venoase profunde) și unele complicații minore puteau însoți complicațiile majore, s-au luat în considerare complicațiile cele mai grave. Astfel, la un pacient care a prezentat hipotensiune și infarct miocardic, (hipotensiunea, însoțind, de regulă infarctul), a fost considerată complicația cea mai gravă, și anume, infarctul.

Procedeu

Pacienților li s-a spus că vor participa la o cercetare care vizează îmbunătățirea condiției bolnavilor din spitale. Scala de optimism a fost aplicată cu o zi înainte de operație. Din totalul de 40 de pacienți optimiști și 40 de pacienți pesimiști, doar jumătate au fost sugestați pozitiv. Sugestia a fost următoarea: „Ați fost selectat să participați la acest studiu deoarece chestionarul pe care l-ați completat anterior a indicat că sunteți o persoană extrem de puternică, aveți foarte multe resurse pentru a învinge boala și sigur după operație vă veți recupera foarte bine.” Consemnul a vizat activarea auto-eficienței pacienților (Blittner și col., 1978 apud Aronson și col., 2002). După prezentarea sugestiei s-a aplicat chestionarul de durere. La pacienții din grupul de control (care nu au fost sugestați) scala de evaluare a durerii a fost aplicată imediat după instrumentul de măsurare a optimismului, fără a se face alte precizări. În cea de-a doua parte a studiului, a treia zi după operație s-a aplicat din nou chestionarul de durere, teoretic durerea postoperatorie fiind justificată postoperator în primele 72 de ore. Apoi, s-a monitorizat evoluția postoperatorie, fiind notate complicațiile survenite în evoluția fiecărui pacient, prin colaborarea cu medicii, asistentele de salon și pe baza foii de observație.

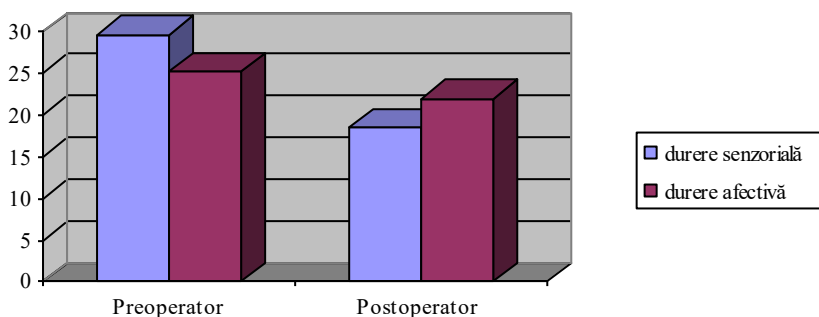
Rezultate

Rezultatele obținute au indicat faptul că nivelul de optimism nu a afectat perceperea durerii preoperatorii în ansamblu și nici perceperea durerii senzoriale. Prin urmare, subiecții optimiști și pesimiști au perceput durerea preoperatorie ca fiind la fel de intensă. Nivelul de optimism, însă, a influențat semnificativ percepția afectivă a durerii preoperatorii, subiecții optimiști considerând durerea afectivă preoperatorie ca având o intensitate mai scăzută comparativ cu pesimiști ($t(78)=3,30$, $p<0,001$). Nivelul optimismului a influențat nivelul durerii postoperatorii în general, pacienții pesimiști percepend durerea postoperatorie mai intens comparativ cu optimiștii ($t(78)=2,19$, $p=0,030$). De asemenea, nivelul de optimism a influențat nivelul durerii senzoriale postoperatorii, optimiștii percepend o intensitate mai scăzută a acesteia comparativ cu pesimiștii ($t(78)=2,20$, $p=0,030$). Postoperator nu au apărut diferențe între optimiști și pesimiști în ceea ce privește intensitatea percepției afective a durerii postoperatorii. Ilustrăm grafic aceste rezultate:



Rezultatele obținute au indicat faptul că pacienții optimiști au prezentat un nivel semnificativ mai scăzut al complicațiilor postoperatorii comparativ cu pacienții pesimiști ($t(78)=3,38, p=0,001$). Astfel, se poate spune că evoluția postoperatorie a pesimiștilor a fost mai puțin favorabilă comparativ cu cea a optimiștilor.

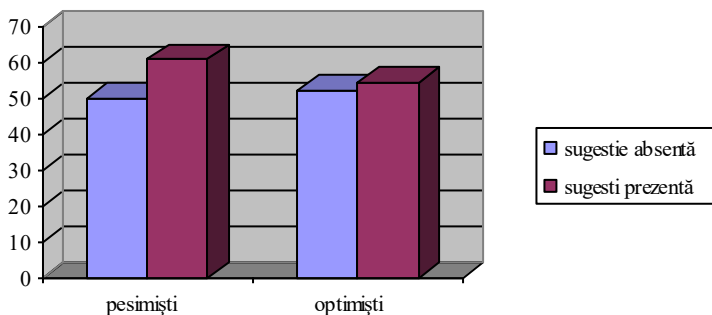
Apar diferențe semnificative în ceea ce privește intensitatea durerii senzoriale și percepția afectivă pre- și postoperator. Astfel, preoperator durerea senzorială ($t(79)=6,92, p<0,001$) este mai puternică, iar postoperator ecoul afectiv este mai intens ($t(79)=-4,30, p<0,001$). Ilustrăm grafic aceste rezultate.



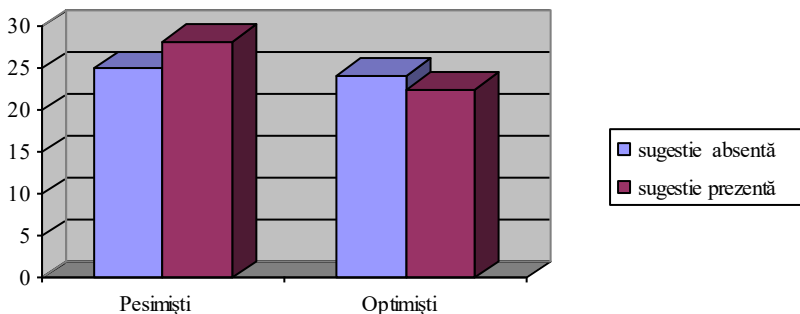
Sugestia a influențat nivelul durerii preoperatorii, pacienții sugestați percepend durerea preoperatorie mai intensă comparativ cu pacienții din grupul de control ($t(78)=-3,13, p=0,002$), cât și nivelul durerii senzoriale preoperatorii, subiecții sugestați percepend durerea senzorială preoperatorie mai intensă ($t(78)=-4,09, p<0,001$) comparativ cu cei din grupul de control (nesugestați). Totuși, sugestia nu influențează evoluția postoperatorie a pacienților și nici durerea postoperatorie. Aceste rezultate pot fi explicate prin faptul că în timpul

aplicării manipulării experimentale, majoritatea bolnavilor au vorbit despre problemele cu care s-au confruntat pe parcursul perioadei de boală, acești pacienți primind încurajări cu privire la consecințele operației și evoluția postoperatorie.

Intensitatea durerii preoperatorii a fost influențată de efectul combinat al sugestiei și nivelului de optimism ($F(1,76)=4,58, p=0,035$). Astfel, în condiția de control subiecții optimiști și pesimiști au perceput durerea cu aceeași intensitate. În schimb, pacienții pesimiști sugestați pozitiv, au perceput durerea preoperatorie mai intensă comparativ cu cei din grupul de control ($t(38)=2,25, p=0,034$). Ilustrăm grafic rezultatele obținute:

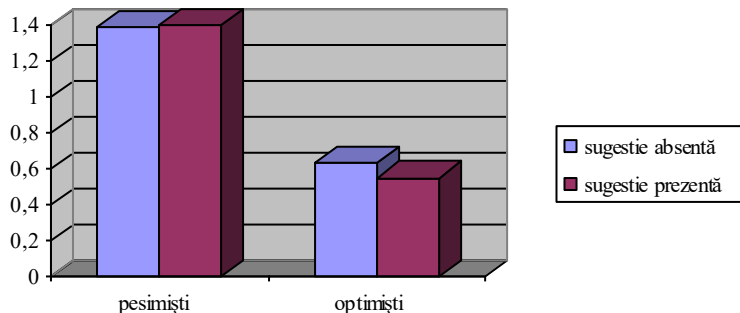


De asemenea, sugestia și nivelul optimismului a influențat intensitatea percepției afective a durerii preoperatorii ($F(1,76)=5,9, p=0,018$). În condiția de sugestie, pesimiștii au trăit mai intens durerea comparativ cu optimiștii ($t(38)=4,85, p<0,001$), iar pacienții pesimiști sugestați pozitiv, au avut un nivel semnificativ mai ridicat al durerii preoperatorii comparativ cu pacienții cei din grupul de control. Ilustrăm grafic aceste rezultate:

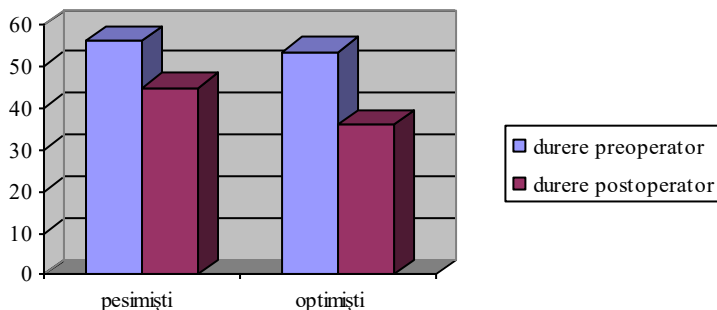


Nu a apărut un efect combinat al variabilelor sugestie și nivelul optimismului asupra intensității durerii postoperatorii ($F(1,79)=0,09$, $p=0,765$), durerii senzoriale postoperatorii ($F(1,79)=0,31$, $p=0,575$) și nici asupra percepției afective a durerii postoperatorii ($F(1,79)=0,002$, $p=0,964$).

De asemenea, nu a apărut un efect combinat al celor două variabile independente asupra complicațiilor postoperatorii ($F(1,79)=0,04$, $p=0,834$). Sugestia nu a influențat evoluția postoperatorie a subiecților, astfel, pacienții pesimiști și optimiști din condiția de control au avut aceleași nivel al complicațiilor cu al celor din condiția de sugestionare pozitivă. Diferențe semnificative au apărut între cele două condiții experimentale în funcție de nivelul optimismului. Astfel, optimiștii au avut o evoluție postoperatorie semnificativ mai bună comparativ cu pesimiștii atât în condiția de control ($t(38)=2,22$, $p=0,034$), cât și în condiția de sugestionare pozitivă ($t(38)=2,54$, $p=0,016$). Se observă că nivelul de optimism a influențat evoluția postoperatorie independent prezența sugestiei. Aceste rezultate au o deosebită importanță, deoarece complicațiile postoperatorii afectează semnificativ gradul de recuperare postoperatorie a bolnavilor, având consecințe importante asupra vieții personale și sociale a pacienților cu artroplastie de șold.



Chiar dacă pe ansamblu nu a apărut un efect combinat al optimismului și intensității durerii pre- și postoperator ($F(1,78)=2,69$, $p=0,105$), apar diferențe semnificative între grupe. Astfel, inițial subiecții au avut dureri apropiate ca intensitate, intervenția chirurgicală a determinat o scădere semnificativă a durerii la atât la subiecții optimiști ($t(39)=8,19$, $p<0,001$) cât și la cei pesimiști ($t(39)=3,39$, $p=0,002$). Evoluția postoperatorie a fost însă diferită, subiecții pesimiști raportând un nivel semnificativ mai ridicat al durerii comparativ cu pacienții optimiști ($t(78)=2,19$, $p=0,031$). Ilustrăm grafic aceste rezultate:



Aceeași structură de răspunsuri a apărut și în cazul durerii senzoriale. Inițial subiecții au avut dureri senzoriale apropiate ca intensitate, intervenția chirurgicală ducând la o scădere semnificativă a durerii senzoriale atât la pacienții optimiști ($t(39)=9,55$, $p<0,001$) cât și la cei pesimiști ($t(39)=4,27$, $p<0,001$). Evoluția postoperatorie a durerii senzoriale a fost însă diferită, nivelul perceput al durerii senzoriale al subiecților pesimiști fiind semnificativ mai ridicat comparativ cu al optimiștilor ($t(78)=2,20$, $p=0,030$).

În cazul percepției afective a durerii au apărut diferențe față de modalitățile de răspuns anterioare. Intensitatea percepției afective a durerii diferă inițial ca intensitate, cei pesimiști indicând un nivel semnificativ mai ridicat al intensității durerii comparativ cu optimiștii ($t(78)=3,30$, $p=0,001$), intervenția chirurgicală ducând la o scădere semnificativă a durerii afective doar la subiecții optimiști ($t(39)=3,22$, $p=0,003$) dar nu și la cei pesimiști. Evoluția postoperatorie a durerii a avut aproximativ aceeași intensitate pentru pacienții pesimiști și optimiști. Totuși același nivel al durerii postoperatorii are semnificații diferite pentru cele două categorii de subiecți, pentru pesimiști neînsemnând o îmbunătățire a stării, în timp ce pentru optimiști durerea a scăzut semnificativ.

Concluzii

Rezultatele obținute indică faptul că modul în care persoana bolnavă interpretează situația de boală influențează o serie de aspecte ale evoluției postoperatorii. Astfel, nivelul optimismului influențează percepția afectivă a durerii preoperatorii, la pacienții optimiști ecoul afectiv al durerii preoperatorii având o intensitate mai scăzută comparativ cu subiecții pesimiști. Intervenția chirurgicală reprezintă pentru subiecți o experiență nouă însoțită de temeri mai mult sau mai puțin justificate, optimiștii manifestând o mai bună adaptare, iar pesimiștii manifestând tendința de accentuare a percepției durerii în special la

nivel afectiv. Pe fondul unor așteptări negative, pesimiștii interpretează tragic durerea fizică percepută, pe care o consideră ca expresia unor complicații foarte grave, astfel, accentuând așteptările negative cu privire la șansele de reușită ale operației. Dacă pe ansamblu, durerea preoperatorie nu diferă în funcție de nivelul de optimism al pacienților, nu trebuie omis faptul că percepția afectivă este mai intensă la pacienții pesimiști. Un posibil factor perturbator al percepției durerii senzoriale ar putea fi momentul evaluării, care s-a realizat cu o zi înainte de operație. Este posibil ca o evaluare pe o perioadă de timp mai îndelungată să fie mai relevantă, în condițiile în care durerea ar fi zilnic măsurată. În studiul de față durerea a fost măsurată cu o zi înaintea operației, fiind posibil ca pacienții să fi descris durerea cu maximă intensitate, pentru a-și întări convingerea necesității intervenției chirurgicale.

Postoperator nu apar diferențe între optimiști și pesimiști în ceea ce privește ecoul afectiv al durerii. O posibilă explicație poate fi aceea că pesimiștii își creează o serie de așteptări negative legate de evoluția postoperatorie, inclusiv în ceea ce privește durerile pe care se așteaptă să le aibă, așteptări care se constituie în profeții care se auto-împlinesc. Optimiștii percep durerea senzorială postoperatorie cu o intensitate ridicată datorită centrării atenției pe durere. Totuși la optimiști intensitatea durerii afective are un nivel mai scăzut. Aceste rezultate pot fi explicate prin faptul că optimiștii au în general o viziune mai favorabilă asupra evenimentelor cu care se confruntă, fiind posibil ca acești pacienți să atribuie o semnificație pozitivă durerilor postoperatorii. Deși centrarea pe durerea resimțită poate avea ca efect supradimensionarea a tot ceea ce se află în centrul atenției, este posibil ca optimiștii să considere durerea ca fiind normală postoperator, ei fiind preocupați de aspectele pozitive ale experienței chirurgicale și considerând manevrele medicale ca pași spre dobândirea stării de bine. Pesimiștii, însă, este posibil că considere aceste dureri de rău augur, centrarea pe aspectele negative având ca efect exagerarea semnificației și intensității durerii. Astfel, pesimiștii nu văd rezultatele pozitive ale intervenției, ci doar pe cele negative (cum ar fi imobilizarea la pat, suportarea unor manevre medicale neplăcute) ceea ce le alimentează așteptările negative, care se manifestă prin lipsa de inițiativă, resemnare, centrarea atenției asupra durerii care capătă proporții neverosimile.

Nivelul de optimism a influențat complicațiile postoperatorii, subiecții optimiști prezentând pe parcursul studiului complicații mai puțin importante, comparativ cu pesimiștii. Optimismul reprezintă o formă de așteptare pozitivă generalizată în diverse situații, care se transformă în predicții ce pot influența comportamentul oamenilor. Având așteptări pozitive, optimiștii interpretează pozitiv evenimentele postoperatorii și reușesc să se mobilizeze, în vederea

însănătoșirii, având, astfel, o evoluție postoperatorie pozitivă. Așteptările negative ale pesimiștilor au ca efect adoptarea unor comportamente cu consecințe negative asupra evoluției postoperatorii. Pesimiștii se caracterizează prin evitare și nu reușesc să-și ajusteze comportamentul la situații delicate (Chang, 2001).

Comparând intensitatea durerii înainte și după intervenția chirurgicală, se constată că preoperator durerea senzorială este mai puternică, iar postoperator percepția afectivă este mai intensă. Durerea senzorială mai intensă în perioada preoperatorie se datorează caracteristicilor bolii, pe măsură ce coxartroza avansează, durerea este mai acută, limitând progresiv activitatea pacientului. Percepția afectivă mai intensă postoperator se poate datora așteptărilor nerealiste ale pacienților, intervenția chirurgicală fiind considerată de pacienți ca o modalitate de a scăpa definitiv și rapid de durere. Unii dintre pacienți au afirmat, chiar, că nu îi interesează dacă intervenția chirurgicală le va afecta posibilitatea de mișcare ulterioară, importantă fiind dispariția durerii. Pe fondul acestor așteptări, durerea din primele ore ale operației, este considerată ca nejustificată, având un ecou afectiv puternic.

Sugestia influențează nivelul durerii preoperatorii, subiecții sugestionați percepend durerea postoperatorie ca fiind mai intensă comparativ cu subiecții din grupul de control. Aceste rezultate s-ar putea datora faptului că evaluarea durerii a avut loc imediat după sugestie. În schimb, sugestia nu a influențat durerea și evoluția postoperatorie a pacienților, o posibilă explicație putând fi faptul că în timpul evaluării postoperatorii majoritatea bolnavilor au vorbit despre problemele cu care s-au confruntat pe parcursul perioadei de boală și temerile cu privire la evoluția postoperatorie și au solicitat un feedback care să îi asigure de o evoluție bună postoperatorie. Toți pacienții au fost încurajați în ceea ce privește consecințele operației și evoluția postoperatorie, fiind posibil ca acest lucru să fi interferat cu sugestia.

Intensitatea durerii preoperatorii a fost influențată de sugestie și nivelul optimismului. Astfel, pacienții pesimiștii sugestionați pozitiv, au perceput durerea preoperatorie ca fiind mai intensă comparativ cu cei din grupul de control (cei care nu au fost sugestionați). De asemenea, sugestia și nivelul optimismului au influențat percepția afectivă a durerii preoperatorii, pesimiștii sugestionați pozitiv indicând un nivel semnificativ mai ridicat al durerii preoperatorii comparativ cu cei din grupul de control. Aceste rezultate se pot datora faptului că durerea a fost evaluată imediat după sugestie, care a activat situația de boală și iminența intervenției chirurgicale, determinând o supraevaluare a durerii în cazul subiecților pesimiști. De asemenea, nu trebuie

uitat faptul că pesimiștii sunt mai vulnerabili la aspectele negative ale bolii și durerii, fiind copleșiți de situația de boală și implicațiile acesteia.

Deși nu apare un efect combinat al sugestiei și nivelului de optimism asupra complicațiilor postoperatorii, apar diferențe semnificative între pacienții din condiția de control și cei din condiția de sugestie pozitivă în funcție de nivelul optimismului. Astfel, optimiștii au o evoluție postoperatorie semnificativ mai bună comparativ cu pesimiștii, atât în condiția de control, cât și ce de sugestionare pozitivă. Aceste rezultate au o deosebită importanță, deoarece complicațiile postoperatorii afectează semnificativ gradul de recuperare postoperatorie a bolnavilor, având consecințe importante asupra vieții personale și sociale a pacienților cu artroplastie de șold. Persoanele optimiste s-au adaptat mai bine situației stresante, cum este cea de boală, acești pacienți având încredere în propria persoană și considerând că se vor vindeca (au făcut afirmații de genul „mă aflu aici deoarece vreau să mă vindec și să pot pleca acasă pe picioarele mele”). În schimb, persoanele pesimiste au supraevaluat aspectele negative ale actului chirurgical (unii pacienți au considerat că intervenția chirurgicală a reprezentat cel mai rău lucru care li se putea întâmpla). Confruntarea cu durerea pe o perioadă îndelungată de timp a avut un răsunet afectiv mai puternic la pacienții pesimiști, datorită așteptărilor negative ale acestora.

Chiar dacă nu a apărut un efect combinat al nivelului optimismului și intensității durerii pre- și postoperator, totuși au existat diferențe semnificative între grupe. Deși intervenția chirurgicală a determinat o scădere semnificativă a durerii la toți pacienții, evoluția postoperatorie a fost diferită, durerea percepută de pesimiști fiind semnificativ mai intensă comparativ cu cea percepută de optimiști. Aceeași structură de răspunsuri apare și în cazul durerii senzoriale. Deși intervenția chirurgicală a determinat o scădere semnificativă a durerii senzoriale la toți pacienții, nivelul perceput al durerii senzoriale de către subiecții pesimiști fiind semnificativ mai ridicat. În ceea ce privește ecoul afectiv al durerii, preoperator pacienții pesimiști au indicat un nivel semnificativ mai ridicat al intensității durerii comparativ cu optimiștii, intervenția chirurgicală determinând o scădere semnificativă a percepției afective a durerii doar la pacienții optimiști. Temerile pacienților cu privire la intensitatea durerii și complicațiile postoperatorii, au apărut atât la pacienții pesimiști cât și la cei optimiști, variind însă ca intensitate și având consecințe diferite. În cazul optimiștilor aceste temeri sunt urmate de mobilizare în vederea depășirii cu succes a perioadei postoperatorii, fiind corelate cu o percepție diminuată a durerii postoperatorii. Pesimiștii, însă, sunt demobilizați, construindu-și scenarii

mentale cu o evoluție postoperatorie nefavorabilă, asociată creșterii intensității durerii.

Momentul diagnosticării coxartrozei poate avea efecte benefice, pe de o parte, deoarece pacientul își poate explica durerile, înlăturând posibilele auto-diagnosticării cu caracter dramatic. Însă pe de altă parte orice diagnostic implică ideea de boală, coxartroza fiind o boală care necesită tratament paliativ, până la momentul protezării, putând determina reacții afective puternice. Indiferent dacă ține de optimism, pesimism, de tipul de personalitate sau de alți factori psihologici, important este să recunoaștem că există diferențe importante în reacția față de boală și dacă unii pacienți reușesc să-și mobilizeze resursele pentru a lupta cu boala, alții întâmpină dificultăți chiar în acceptarea diagnosticului. Stilul de atribuire se dovedește foarte important în acest context, deoarece atribuirile negative interne, globale și stabile pot completa tabloul psihosomatic general intensificând vivacitatea trăirilor emoționale. Astfel, cercul vicios al psihicului și somaticului se închide. Pacientul pesimist, care trăiește într-o manieră absolută boala și durerea, nu face altceva decât să grăbească evoluția bolii, deoarece durerile sunt asociate cu gravitatea bolii, răsunetul afectiv fiind cu atât mai intens cu cât durerea este mai mare și răspunsul somatic al organismului fiind pe măsură. De aceste aspecte s-ar putea ține cont în ameliorarea condiției postoperatorii a pacientului cu coxartroză. În concluzie, se poate spune că optimismul este un factor extrem de important în confruntarea cu boala, mai ales în situația unor boli cronice, care adesea sunt însoțite de dureri foarte mari. Dar, deși optimismul se leagă de o mai bună sănătate, nu trebuie omiși doi factori importanți: mai întâi, optimismul este eficient în măsura în care determină individul să acționeze concret în vederea obținerii și menținerii stării de sănătate, și în al doilea rând, optimismul trebuie să fie realist, pentru că oricât de important ar fi optimismul în confruntarea cu boala, sănătatea nu trebuie să fie doar în mintea noastră, deoarece noi trăim într-o lume reală.

Referințe bibliografice

Affleck, G., Tennen, H. & Apter, A. (2001), *Optimism, Pessimism, and Daily Life With Chronic Illness*, în Chang, E. E., *Optimism & Pessimism. Implications for Theory, Research, and Practice*, American Psychological Association;

Aronson, E., Wilson, T. D. & Akert, R. M. (2002), *Social Psychology and Health, Social Psychology and the Environment*, în *Social Psychology- Fourth Edition*, Prentice Hall; pag. 510-520

Athanasiu, A. (1983), *Elemente de psihologie medicală*, Editura Medicală, București;

Botez, P. (2001), *Ortopedie*, Editura Bit, Iași;

Bouvard, M., & Cottraux, J., (1996). *Protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et en psychologie*, Masson, Paris, pag. 216-218

Brewin, C. R. (1996), Theoretical foundations of cognitive – behavior therapy for anxiety and depression, *Annual Review Psychological*, 47, 33 – 57;

Brewin, C.R. (1985), Depression and Causal Attributions: What is Their Relation? , *Psychological Bulletin*, 98, 2, 297-309;

Buunk, B. P. & Brenninkmeijer, V. (2001), When individuals dislike exposure to an actively coping role model: mood change as related to depression and social comparison orientation, *European Journal of Social Psychology*, 31, 537 – 548;

Dweck, S. C. (1975), The Role of Expectations and Attributions in the Alleviation of Learned Helplessness, *Journal of Personality and Social Psychology*, 31, 4, 674-685;

Erdley, C. A., Cain, K.M., Loomis, C. C., Dumas-Hines, F. & Dweck, C. S. (1997), Relations Among Children's Social Goals, Implicit Personality Theories, and Responses to Social Failure, *Developmental Psychology*, 33, 2, 263-272;

Gillham, J. E., Shatte, A. J., Reivich, K. J. & Seligman, M. E. P. (2001), Optimism, Pessimism, and Explanatory Style, în Chang, E. E., *Optimism & Pessimism. Implications for Theory, Research, and Practice*, American Psychological Association;

Iamandescu, I. B. (2002), *Stresul psihic din perspectiva psihologică și psihosomatică*, Editura Infomedica;

Iamandescu, I. B., Dragomirescu, C., & Popa-Velea, O., (2000), Dimensiunile psihologice ale actului chirurgical, Ed. Infomedica, București,

Mayne, M. J., (1999). Negative affect and Health: The Importance of Being Earnest, în *Cognition and Emotion*, 13, 5, 601-635

Metalsky, G. I. & Joiner Jr., T. E. (1992), Vulnerability to Depressive Symptomatology: A Prospective Test of the Diathesis-Stress and Causal Mediation Components of the Hopelessness Theory of Depression, *Journal of Personality and Social Psychology*, 63, 4, 667-675;

Nolem-Hoeksema, S. (1998), Approaching and Treating Abnormality, Anxiety Disorders, Mood Disorders, *Abnormal Psychology*, The McGraw – Hill Companies, Inc.; pag. 156-213

Nolem-Hoeksema, S., Wolfson, A., Mumme, D. & Guskin, K. (1995), Helplessness in Children of Depressed and Nondepressed Mothers, *Developmental Psychology*, 31, 3, 337-387;

Oettingen, G. & Seligman, M. E. P. (1990), Pessimism and behavioural signs of depression in East versus West Berlin, *European Journal of Social Psychology*, 20, 207-220;

Peterson, C. & Barrett, L. C. (1987), Explanatory Style and Academic Performance Among University Freshmen, *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 3, 603-607;

Peterson, C. & Bossio, L. M. (2001), Optimism and Physical Well Being, în Chang, E. E., *Optimism & Pessimism. Implications for Theory, Research, and Practice*, American Psychological Association;

Peterson, C., Maier, S. F. & Seligman, M. E. P. (1993), *Learned Helplessness A Theory for the Age of Personal Control*, Oxford University Press;

Peterson, C., Seligman, M. E. P. & Vaillant, G. E. (1988), Pessimistic explanatory style is a risk factor for physical illness: A thirty-five year longitudinal study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55, 23-27;

Popa-Velea, O., (1997). Psihologie medicală, Editura Infomedica, București

Rodriguez, Y. G. (1997), Learned helplessness or expectancy – value? A psychological model for describing the experiences of different categories of unemployed people, *Journal of Adolescence*, 20, 321 – 332;

Seligman, M. E. P. (1975), Helplessness: On depression, Development, and Death, în Pettijohn, T. F. (1997), *Sources – Notable Selections In Psychology, Second Edition*, Dushkin / McGraw-Hill;

Seligman, M. E. P. & Schulman, P. (1986), Explanatory Style as a Predictor of Productivity and Quitting Among Life Insurance Sales Agents, *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 4, 832-838;

Seligman, M.E.P., Ph. D. (1998), *Learned Optimism How to Change Your Mind and Your Life*, Martin E. P. Seligman;

Strickland, B. R. (1989), Internal – External Control Expectancies From Contingency to Creativity, *American Psychologist*, 44, 1, 1-12;

Zuckerman, M, (2001), Optimism and Pessimism: Biological Foundation, în Chang, E. E., *Optimism & Pessimism. Implications for Theory, Research, and Practice*, American Psychological Association;

Zullov, H.M., Oettingen, G., Peterson, C. & Seligman, M. E. P. (1988), Pessimistic Explanatory Style in the Historical Record, *American Psychologist*, 43, 9, 673-682;