

PSYCHOCLINICAL CONSIDERATIONS ON THE QUALITY OF LIFE AS THE DETERMINING FACTOR IN THE OCCURRENCE OF ANXIETY AND DEPRESSION

Sorin Nica, Assist. Prof., PhD, "Vasile Goldiș" University of the West, Arad

Abstract: Beyond doubt, the quality of life circumscribes each and everyone's condition and evolution, not only as an institutional model, sanctioned by the social organization's history, but especially as a dynamic, living and dramatic transformative interactional model, in the perspective of producing, modeling and self achievement of the human being.

The quality of life is determined as well as by the exterior – the socio-cultural environment, the satisfaction level of the material needs (nutrition and living space, budget, comfort, cultural possibilities and civilized existence) as by the inner (the interpersonal relationship's quality).

The general objective of our study too into consideration the highlighting of the anxious and depressive disorders emerged in the psychological profile of the human being as a result of a low quality of life.

The hypothesis of the study that started this scientific approach has the target of over taking the connection between anxiety, depression and the quality of life.

The results of the study, based on the processed data from the two samples of subjects, confirmed the existence of two remarkable statistic correlations which are: the quality of life vs depression and the quality of life vs anxiety. The lower the quality of life is, the higher the depression and anxiety are.

There by the emotional (affective) path – love and the harmony between sexes and generations, knowledge, the interpersonal valorization and stimulation for the common well are, as indicators of the inter generation al and inter sexes relations and of course the quality of life – is as important as the material prosperity path. However the affective path is the priority and transformative.

Keywords: psychology, the quality of life, anxiety, depression.

Calitatea vieții- concept

Calitatea vieții circumscrie, fără îndoială starea și evoluția fiecăruia, nu numai ca model instituțional, consfințit de istoria organizării sociale, dar mai ales ca model interacțional dinamic, viu, deschis și dramatic transformativ, în perspectiva producerii, modelării și autorealizării ființei umane.

Calitatea vieții este determinată atât de exterior – cadru social cultural , nivel de satisfacere a nevoilor materiale (de hrană și spațiu locuibil, de buget, confort, posibilități de consum cultural și trai civilizat) – cât și din interior (calitatea relațiilor interpersonale). Aceasta din urmă poate fi estimată prin intermediul mai multor indicatori așa-zisi „subiectivi”, dar al căror impact este esențial în orice predicție familială :

- climatul socio-afectiv;
- „bunăstare sexuală”;
- autenticitatea și completitudinea comunicării între parteneri și copiii lor;
- păstrarea unui echilibru dinamic între fuziune și autonomie psihologică;
- influența granițelor intergeneraționale;
- coerența și consensul modelelor de rol conjugal și parental oferite copiilor în procesul de educație;

- gradul de confort și securizare psihică, rezultat din sentimentul apartenenței familiale, ca antidot al singurătății și al abandonului dezechilibrant;
- sănătatea psihică și somatică a membrilor familiei;
- capacitatea de păstrare și transmitere a modelelor spiritual-valorice pozitive, psihosociale.

Psihologii au identificat pe populația românească o serie de simptome ale unei veritabile crize psihologice:

- *pericolul eminent al dezinstituționalizării și denuclearizării*, ca urmare a creșterii semnificative a fenomenului de instabilitate, divorțialitate, corelat cu scăderea numărului de recăsătoriri și a ratei scăzute a nupțialității. Consecința imediată o constituie fragilizarea și, de cele mai multe ori, sociopatologizarea relațiilor dintre soți și – în special – a relației dintre părinți și soți. Mai mult, dincolo de aparența instituției familiale statuate prin căsătorie, asistăm la prefaceri ale structurii rolurilor feminine și masculine, la substituiri și inversiuni forțate în raport cu „prerogativele de sex”, la distorsiuni sau amputări ale exercitării rolurilor familiale, la evaziuni sau abandon de rol, așa încât hiatus-ul între statut și rol se accentuează;

- *inautenticizarea relațiilor familiale* este a doua tendință specifică multora dintre cuplurile contemporane din cadrul instituțional, care continuă totuși să dețină ponderea cea mai mare. Acest fenomen se evidențiază în proliferări marginal patogene (semicăsnicia și pseudocăsnicia) ce trădează primele semne de psihosociopatologie familială.

Ființa umană poartă în ea vocația fericirii, devenirea sa urmărind autoafirmarea, autoîmplinirea, autorealizarea. Calea afectivă- iubirea și armonia între sexe și generații, cunoașterea, valorizarea și stimularea interpersonală întru bunăstarea comună, ca indicatori ai relațiilor intergeneraționale și intersexe și implicit ai calității vieții este la fel de importantă ca și calea prosperității materiale. Însă calea afectivă este prioritară și transformativă. Ea este expresia libertății autentice a omului și sursa cea mai importantă a ființării sale, a destinului său individual și colectiv.

Tulburări psihologice care pot apărea în viața fiecărei persoane

2.1. Anxietatea

Cuvântul danez *Angest* a fost echivalat în limba germană cu *Angst*, în engleză cu *dread, fear* sau *anxiety*, în timp ce în traducerile franceze s-a impus *angoisse*; el a cunoscut o largă răspândire în filosofia existențialistă interbelică, în special datorită teoretizărilor lui Heidegger și Sartre. Semnificația anxietății lui Kierkegaard este de fior de spaimă față de ceva nedefinit și indeterminabil, spre deosebire de sentimentul de frică, în care obiectul este concret, individual.

O stare accentuată de anxietate are numeroase *cauze*, printre care tulburări medicale sau psihiatrice, diverse medicamente, diferite substanțe de abuz (inclusiv cofeina). Totuși, cea mai frecventă cauză este incapacitatea individului de a face față agenților stresori. Stresul poate fi definit ca orice solicitare de natură fizică sau psihică la care este supus individul. Stările anxioase accentuate pot fi cauzate și de tulburări de ordin medical (cum ar fi afecțiunile tiroidei) sau psihiatric (cum ar fi atacurile de panică sau depresia). La populația tânără și adultă, tulburările psihiatrice sunt o cauză frecventă de anxietate.

Asemănător durerii, anxietatea poate fi un semnal pentru individ. Acest semnal îl avertizează că organismul este suprasolicitat.

Măsuri pentru diminuarea anxietății- constau în reducerea agenților stresori și creșterea capacității de confruntare cu aceștia. Printre modalitățile de reducere a stresului, enumerăm renunțarea la un curs, reducerea orelor de lucru la serviciu sau refuzarea unor obligații sociale.

Modalitățile de creștere a capacității de confruntare cu stresul includ exercițiul fizic, perioade de somn adecvate, o dietă sănătoasă, o programare mai bună a timpului și creșterea perioadelor de relaxare. Strategiile de relaxare includ activități precum relaxare musculară, ședințe de meditație sau ascultarea de muzică. Aceste strategii sunt eficiente atunci când sunt aplicate în mod constant, evitându-se astfel apariția unei stări anxioase accentuate. (Este greu să te relaxezi atunci când există o stare anxioasă accentuată!)

Marea majoritate a tulburărilor anxioase răspund la tratament. Tratamentul poate include pe lângă strategiile enumerate mai sus o medicație specifică și/sau psihoterapie.

2.2. Depresia

Depresia, o stare sufletească, o „trăire” cu tonalități triste, a căror amploare, intensitate și durată sunt variabile. Granița dintre normal și patologic este deseori incertă. Depresia, poate fi indusă de dificultățile existențiale ori de exigențele și constrângerile societății.

Conceptul de depresie – utilizat în mod întâmplător de Baillarger în secolul al XIX –lea, termenul desemnează toate episoadele de tristețe, de scădere a tonusului psihic, fiind însoțite de modificarea comportamentului, a capacităților și a trăirilor subiectului.

Sentimentul de tristețe nu este o depresie, dar depresia implică inevitabil tristețea cu o intensitate care poate influența viața de zi cu zi, activitatea, autostima, judecata și funcțiile elementare, cum ar fi somnul și apetitul.

Tristețea ca sentiment de mâhnire, poate fi ecoul afectiv al unui eveniment dezagreabil; ea devine patologică dacă este exagerată ca intensitate și ca durată față de acesta și cu atât mai mult dacă apare fără o cauză aparentă.

Depresia nu este întotdeauna evidentă, ea are măștile, avatarurile și catacombele sale întunecate. Depresia poate fi mascată de jovialitate, de acțiune, sub un calm olimpic, și chiar de „râsul îmbibat de lacrimi care nu se văd”. Gravitatea depresiei este dată și de nerecunoașterea acesteia de către anturaj sau de către deprimantul însuși. Acesta este „înclieat” în apatie, dezinteres, resemnare și nu își exprimă starea de spirit, care trece de multe ori neobservată de către ceilalți. Depresia este raționalizată, banalizată de interpretările liniștitoare: oboseală, lene, capriciu, originalitate ... familia părând să fie atinsă de orbire, uneori în ciuda unui ansamblu impresionant de indicii, care vor fi conștientizate mai târziu.

PARTEA PRACTICĂ A LUCRĂRII

Capitolul I – Metodologia cercetării

1.1. Obiectivul general

Evidențierea tulburărilor apărute în profilul psihologic al persoanei, tulburări legate de apariția anxietății și depresiei, acestea ca rezultat al calității vieții scăzute.

1.2.Obiectivul specific

- surprinderea legăturii dintre anxietate, depresie și calitatea vieții;

1.3.Ipoteza de studiu

Ip - Există o legătură semnificativă din punct de vedere statistic între anxietate, depresie și calitatea vieții.

Designul cercetării

În ceea ce privește tipul de investigații specifice cărui i se adresează prezenta lucrare, el poate fi considerat cel al cercetărilor aplicative, care pornește de la datele realului și vizează extragerea unor concluzii practice. Cercetarea de față a fost concepută după un design non-experimental, variabilele independente nefiind manipulate, ele reprezentând o serie de variabile – etichetă investigate. Astfel, în lucrarea de față există următoarele variabile: nivelul anxietății, nivelul depresiei, vârsta, și calitatea vieții. De asemenea, în funcție de obiectivele urmărite, putem considera cercetarea cantitativă de tip corelațional și comparativ, accentul căzând pe stabilirea unei asocieri/relații între două sau mai multe aspecte ale unei situații, precum interdependența între preocuparea pentru calitatea vieții și anxietate ori depresie, evidențiindu-se deci, legătura de covariere dintre două variabile.

În încercarea de a elimina *variabilele străine* care ar fi putut interveni în cadrul acestui studiu, au fost adoptate următoarele modalități de control:

- metode de cercetare simple din punct de vedere al aplicării;
- instructaj scurt, clar și identic pentru toți subiecții;
- toți subiecții prezintă o calitate a vieții mai scăzută de cel puțin 6 luni.

1.4.Prezentarea eșantionului

Pentru realizarea acestei lucrări am selecționat prin randomizare două eșantioane independente în felul următor:

- un eșantion format din 40 de persoane cu o calitate a vieții mai scăzută;
- un eșantion format din 40 de persoane sănătoase, acesta reprezintă lotul martor.

Toate persoanele lucrează, sunt din mediul urban și fac parte din aceeași grupă de vârstă: 25 – 40 ani.

1.5.Prezentarea metodelor de cercetare și a probelor utilizate

Metoda utilizată pentru a realiza această cercetare este ancheta pe bază de chestionar.

Materialele utilizate în scopul testării ipotezei enunțate anterior sunt:

A.Inventarul pentru anxietate State – Trait Anxiety Inventory

A fost aplicat pentru evidențierea nivelului anxietății. Forma STAI X1 a inventarului conturează apariția anxietății ca stare, iar forma STAI X2 a inventarului conturează apariția anxietății ca trăsătură. Pentru studiul de față a fost importantă surprinderea anxietății ca trăsătură în personalitatea bolnavului de diabet tip 2.

Forma STAI X2 cuprinde 20 de itemi care sunt formați din întrebări cu răspuns închis. Acestea solicită individului o autoevaluare a propriilor trăiri, reacții preponderente care se referă la tendința habituală a individului de a manifesta anxietate. Anxietatea vizează noțiunea de personalitate anxioasă caracterizată prin instabilitate emoțională, așteptare, așteptare anxioasă, tendința de a exagera, acordând o importanță crescută unor evenimente banale.

Cei 20 de itemi ai inventarului solicită individului o autoevaluare a propriilor trăiri care se manifestă cu regularitate în comportamentul său pe o scală cu 4 trepte (aproape niciodată, câteodată, adeseori, aproape întotdeauna).

Cota totală se obține prin însumarea cifrelor încercuite de subiect pentru fiecare formă în parte. Cota minimă care poate fi obținută poate fi 10, iar cota maximă 80.

B.Chestionarul Beck pentru depresie

Am aplicat chestionarul Beck pentru depresie, forma lungă, constituită din 21 itemi. Fiecare item este format din 4 afirmații care corespund la 4 grade de intensitate ale unui simptom depresiv (tristețe, pesimism, sentimentul eșecului, insatisfacție, vinovăție, sentimentul pedepsei, neplăcerea de mine însumi, autoacuzare, autohotărâre, schimbarea imaginii de sine, dificultăți în muncă, tulburări de somn, oboseală, anorexie, pierderea în greutate, preocupări somatice, pierderea libidoului). Scorul obținut este direct proporțional cu intensitatea simptomelor depresive. Cota minimă care poate fi obținută este 0, iar cota maximă 68.

C.Chestionar multidimensional de sănătate

Chestionarul cuprinde un număr de 100 de itemi, cu referire la sănătatea oamenilor. Subiectul are sarcina de a acorda fiecărui item un scor, în funcție de valabilitatea afirmației pentru el, folosind următoarea scală:

- A – nu mă caracterizează deloc;
- B – mă caracterizează în foarte mică măsură;
- C – mă caracterizează într-o oarecare măsură;
- D – mă caracterizează relativ bine;
- E – mă caracterizează foarte mult.

Chestionarul constă în 20 de subscale referitoare la sănătate, fiecare conținând 5 itemi.

D. Chestionar pentru evaluarea calității vieții.

A fost elaborat de Robert A. Cummins în anul 1997. Chestionarul a fost preluat de pe Internet și pus la dispoziție în scop exclusiv de cercetare. Chestionarul conține 21 de itemi grupați câte 3 în funcție de aspectul măsurat pentru fiecare subscală alcătuită.

Numărul subscalelor este de 7. Pentru fiecare item, subiectul poate alege între 5 variante de răspuns, fiecărei variante corespunzându-i o căsuță pe care subiectul o va bifa în funcție de propria sa preferință. Fiecare răspuns are un anumit număr de puncte cuprins între 0 și 5. Cota finală pentru fiecare subscală în parte, se obține prin însumarea cifrelor corespunzătoare căsuțelor completate de individ. Cota minimă poate fi 0, iar cota maximă 15. Cele 7 subscale se referă la calitatea vieții, iar acestea sunt: bunăstare materială, sănătate, productivitate, intimitate, siguranță, locul în comunitate, bunăstarea emoțională.

Indicele de fidelitate este alfa-chrombach .724

1.6.Procedura

Pentru a se evita orice eroare impusă de neînțelegerea sarcinilor, atât din partea subiecților cât și din perspectiva investigatorului, s-a urmărit o procedură cât mai clară pentru realizarea cercetării. Astfel li s-a oferit subiecților instructajul privind completarea

chestionarelor și faptul că nu există limită de timp. De asemenea li s-a specificat subiecților că răspunsurile lor sunt confidențiale precum și faptul că rezultatele finale vor fi prezentate unui auditoriu. Participanții au mai fost informați cu privire la faptul că nu există răspunsuri bune sau rele, adevărate sau false și că totul depinde de propria persoană și de fiecare caz în parte.

În vederea prelucrării datelor obținute de subiecți, s-a utilizat programul de prelucrare statistică SPSS.17, în care s-au introdus cotele brute spre a fi analizate și a se obține output-urile de rigoare. Metodele de prelucrare statistică utilizate în vederea verificării ipotezelor propuse sunt:

- corelația;
- testul t independent de comparare a diferențelor dintre două medii.

Capitolul II – Analiza și prelucrarea rezultatelor

2.1.Rezultate și discuții

În figura alăturată este prezentată structura populației care reprezintă cele două eșantioane cumulate, pe categorii de vârstă.

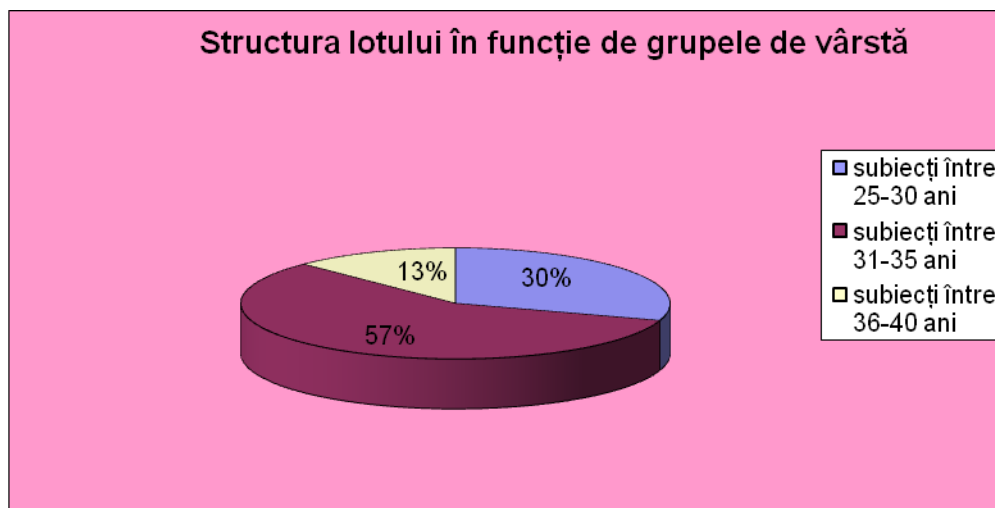


Figura nr.1. Structura lotului în funcție de grupele vârstă

2.2.Demersul statistic pentru ipoteza specifică – există o legătură între anxietate, depresie și calitatea vieții

Pentru a verifica validitatea acestei ipoteze a fost aplicat Chestionarul Beck pentru depresie prin care am urmărit apariția depresiei, descris în capitolul de metodologie. În vederea celor specificate, s-a urmărit sesizarea diferențelor semnificative între persoanele cu o calitate a vieții mai scăzută și persoanele sănătoase, în ceea ce privește depresia.

Pentru a observa influența pe care o are calitatea vieții în ceea ce privește depresia, s-a apelat la programul SPSS, mai precis, s-a aplicat testul t pentru eșantioane independente. Prelucrarea statistică a constatat în compararea celor două eșantioane: eșantionul de persoane cu

o calitate a vieții scăzută și eșantionul de persoane sănătoase. În tabelul nr. 3, sunt prezentate rezultatele celor două eșantioane în urma calculării lui t .

Tabel Nr.3. Prezentarea rezultatelor obținute de cele două eșantioane la testul t pentru chestionarul de depresie

Eșantion persoane	N	Minim	Maxim	Media	Abatere standard	t	p
Calitatea vieții scăzută	40	0.4	1.1	0.5	0.15	5.87	p=.000 (p<.01)
Sănătoase	40	0.0	1.0	0.3	0.21		

Ipoteza nulă (H₀): diferențele în ceea ce privește depresia la persoanele cu un nivel scăzut al calității vieții, față de persoanele sănătoase, se datorează hazardului. Prin prelucrarea datelor statistice s-a obținut la chestionarul pe depresie $t = 5.87$, $p < .01$ (vezi tabelul nr.3). Media la persoanele cu calitatea vieții scăzută este 0.5, abaterea standard este 0.15, iar la persoanele sănătoase media este 0.3 și abaterea standard 0.21. Rezultatul este semnificativ statistic, astfel ipoteza nulă este infirmată și este acceptată ipoteza statistică. Putem spune că persoanele cu o calitate a vieții scăzute prezintă un nivel al depresiei mai crescut decât persoanele sănătoase.

Tabel Nr.4. Prezentarea rezultatelor obținute în urma corelațiilor dintre calitatea vieții și anxietate, depresie

Tulburare	Depresie	Anxietate
Calitatea vieții	$r = .271^*$	$r = .397^{**}$

* semnificativ pentru $p < .05$

** semnificativ pentru $p < .01$

O relație semnificativă există între *calitatea vieții și depresie*, $r = .271$, $p < .01$, (vezi tabelul nr.4), adică cu cât conștientizarea naturii calității vieții devine mai negativă, cu atât crește depresia.

O altă relație semnificativă există între *calitatea vieții și anxietate*, $r = .397$, $p < .05$ (vezi tabelul nr.4), adică cu cât calitatea vieții este mai scăzută cu atât anxietatea este mai crescută.

Ipoteza specifică a cercetării își propunea să verifice dacă *există o legătură între calitatea vieții și depresie, anxietate*.

În urma prelucrării datelor obținute de cele două eșantioane de subiecți, am obținut un număr de două corelații semnificative, și anume: calitatea vieții și depresie, respectiv calitatea vieții și anxietate. Cu cât calitatea vieții este mai scăzută, cu atât cresc anxietatea și depresia.

Concluzii

Calitatea vieții circumscrie, fără îndoială, starea și evoluția fiecăruia, nu numai ca model instituțional, consfințit de istoria organizării sociale, dar mai ales ca model

interacțional dinamic, viu, deschis și dramatic transformativ, în perspectiva producerii, modelării și autorealizării ființei umane.

Ființa umană poartă în ea vocația fericirii, devenirea sa urmărind autoafirmarea, autoîmplinirea, autorealizarea. Calea afectivă - iubirea și armonia între sexe și generații, cunoașterea, valorizarea și stimularea interpersonală întru bunăstarea comună, ca indicatori ai relațiilor intergeneraționale și intersexe și implicit ai calității vieții - este la fel de importantă ca și calea prosperității materiale. Însă calea afectivă este prioritară și transformativă. Ea este expresia libertății autentice a omului și sursa cea mai importantă a ființării sale, a destinului său individual și colectiv.

BIBLIOGRAFIE:

- Birch, A., (2000), *Psihologia dezvoltării*, Editura tehnică, București.
- Enăchescu, C., (2003), *Tratat de igienă mentală*, Editura Polirom, Iași.
- Gavrieliuc, A., (2002), *O călătorie alături de celălalt*, Editura U.V.T.
- Macsinga, I., (2003) *Psihologia diferențială a personalității*, Editura Mirton, Timișoara.
- Mitrofan, I., Ciupercă, C., (2000), *Psihologia vieții de cuplu*, Editura Sper, București.
- Munteanu, A., (2004), *Psihologia vârstelor adulte și ale senectuții*, Editura Eurobit, Timișoara.
- Sava, F., (2004), *Analiza Datelor în Cercetarea Psihologică. Metode statistice complementare*, Editura ASCR, Cluj-Napoca.
- Vârgă, Delia, Mihaela (2004), *Psihologia experimentală de la teorie la practică*, Editura Mirton, Timișoara.
- Verza, E., Șchiopu, U., (1997), *Psihologia Vârstelor*, Editura Didactică și Pedagogică S.A., București.
- Vintilă, M., (1999), *Curs de igienă mentală școlară – pentru uzul studenților*, Editura Universitatea de Vest Timișoara.