

CUM SĂ ÎNȚELEM MECANISMELE DE COPING?

*SINTEZĂ SUGERATĂ ȘI COORDONATĂ DE PROF.DR. ELVIRA COCÂRLĂ.

**NICOLETA STATOV, DRD. CATEDRA DE STOMATOLOGIE PEDIATRICĂ

INTRODUCERE. ISTORICUL NOȚIUNII. REZERVA STOMATOLOGIEI FAȚĂ DE PSIHLOGIA APLICATĂ

Asistăm cu toții la progrese tehnologice inimaginabile ale vieții medicale contemporane- inclusiv și în special, a stomatologiei pediatrice. Fără a pune la îndoială avantajele enorme ale acestora, suntem cu toții de acord că aproape toate metodele medicale - fie ele, de investigație sau tratament- sunt invazive, dureroase și cel puțin nefamiliare pentru pacient. Puși într-o situație nemaîntâlnită de a fi consultați, investigați sau tratați, chiar și noi, adulții, avem sentimente de timiditate, de insecuritate, de pierdere a controlului. Pentru copii, paleta de comportamente indezirabile manifestată în astfel de situații, este mult mai complexă, aceasta datorându-se vulnerabilității lor la/sau în condiții de stres.

Cu toate acestea, recunoașterea și luarea în considerare de către lumea științifică medicală a durerii și anxietății trăite de copil sunt datate recent. De exemplu, Carl.von Baeyer, psiholog la Universitatea din Saskatchewan(Canada) doar în anii 80, grație unor studii asupra memoriei durerii din timpul unor intervenții- tratamente stomatologice, vaccinarea, circumcizia sau puncția lombară efectuate unor nou-născuți- a demonstrat că aceștia au o memorie implicită* pentru evenimentele dureroase sau nedureroase resimțite în primele luni de viață. O experiență precoce dureroasă poate antrena o frică(anxietate)... puternică de tratamente medicale și chiar o somatizare la vârsta adultă. Controlul durerii și a anxietății doar d.p.d.v farmacologic este insuficient, adresându-se doar percepției Durerii. *Durerea însă, este nu numai percepută ci și anticipată, și evaluată, și memorată.* Înaintea, în timpul și după manopera medicală, studii de psihologie experimentală modernă au demonstrat utilitatea folosirii psihologiei ca aliat în practica medicală. Unele teorii și modele psihologice pot fi **aplicate** asupra:

-contextului medical, cu tehnica și tehnicile lui, altele pot fi aplicate

-copilului, influențându-l sau învățându-l să facă față unei situații stresante- tratamentului pedodontic- cu ajutorul **mecanismelor de coping**.

*Memorie implicită: Memorie inconștientă sau neintenționată, M.Miclea. Psihologie Cognitivă, pag 158.

Din păcate și progresele în privința asistenței psihologice a pacienților copii pe parcursul întâlnirii lor cu Medicina-inclusiv Medicina Dentară Pediatrică au început a fi luate în considerare târziu și au evoluat lent, deși progresele teoretice ale Psihologiei științifice moderne erau de neimaginat pe vremea Psihologiei Psihanalitice a lui Freud. Aceasta se datorează:

** pe de o parte, imaginii nefaste pe care o mai are încă psihologul:”misterios, empatic, congruent, preocupat doar de înțelegerea sufletului pacientului. ”Așa ceva știm face și noi, spun medicii!”. De aceea se crede că, a arăta empatie pacientului este egal cu a face psihologie. E într-adevăr ceva dar nu e nici pe departe suficient. Acum este promovată imaginea psihologului scientist-practitioner, care integrează permanent practica și cercetarea fundamentală, care are cunoștințe procedurale și declarative riguroase, activism și creativitate și nu caricatura psihologului empatic-pasiv a începutului de secol XX.*

**pe de altă parte, cuvântul „teorie”, acum și dintotdeauna a fost folosit cu dispreț: “este doar o teorie...este mai ușor să vorbești sau să scrii despre concepte, definiții, dar e mult mai greu să le transpui într-o aplicație practică...Teoria ca teoria dar practica ne omoară...” Ceea ce este adevărat! Cu toate acestea, teoria fără practică este goală, practica fără teorie este oarbă. Când spunem asta, uităm că, teoriile sunt utilizate pentru a da sens informațiilor izolate prin relaționarea lor cu niște principii mai generale; mai mult decât atât, ele ordonează informația și ghidează căutarea noilor informații. Pe de altă parte, multe observații din practica curentă confirmă teorii mai vechi sau ne sugerează altele noi; vezi Medicina bazată pe dovezi. Să ne amintim și de Jules Vernes, care a făcut literatură pornind de la știință. Mai mult, făcând literatură, a anticipat aplicații nesperate ale științelor fundamentale. Patapievici al nostru face literatură de succes (neștiințifică) având ca fundament al pregătirii lui teoretice, o știință “tare” și exactă: fizica.*

.....

Dar, revenind la subiectul nostru, privind înțelegerea mecanismelor de coping, ca urmare a disjunției mai sus amintite, Teorie-Practică, în stomatologie, termenul teoretic de *coping* este uneori folosit fără a se cunoaște sensul corect sau din contra, aplicații ale lui sunt folosite fără a se bănuși măcar asta. De aceea ne-am propus să trecem în revistă relațiile dintre:

I.Stres și coping; a.Care este relația dintre stres și coping? b.Ce este copingul ? c.De ce coping și de când?

II.Cultură și coping; a.De unde din cultură provine ideea de coping? b.Ce legătură are coping-ul cu Mitul lui Proteus?

III.Coping și Stomatologia Pediatrică

I. Relația dintre stres și coping.

I.a. Cum și când se declanșează mecanismele de coping?

Fără discuție că această noțiune, de coping, este legată de stres. În această sinteză ne referim la stresul psihologic. Presupunem cunoscute distincțiile dintre **stresor** (contextul stomatologic cu tot ce presupune el) și **reacția la stres**, a copilului (fiziologice, cognitive, comportamentale, emoționale). Între acestea, conform Psihologiei cognitive moderne, stă evaluarea sau medierea cognitivă. Evaluarea potențialului stresant al unei situații face obiectul evaluării (medierii cognitive) **primare** iar evaluarea resurselor adaptative aflate la dispoziția subiectului (copilului) face obiectul evaluării (medierii cognitive) **secundare**.

Maturizarea subiectului (copilului) lucrează, în mod normal, într-o direcție favorabilă adaptării la stres. Astfel, copilul mic răspunde spontan, nemediat cognitiv, previzibil, la orice stresor. Reacția lui este o reacție simplă de tipul **S-R**. Neavând resurse și nici un repertoriu de răspunsuri la stres, deseori copilul mic răspunde instinctiv și disproporționat, recurgând la o mobilizare excesivă a resurselor sale. Pe măsură însă ce, copilul își dezvoltă abilitățile cognitive de înțelegere a unei situații stresante (conform Teoriei Dezvoltării Cognitive, Piaget), acestea (abilitățile) acționează ca un evaluator intermediar sau mai bine zis ca un mediator între Stresor și Reacția lui.

Astfel, **S-R** devine **S-M-R**. Reacția copilului va fi deci, din ce în ce mai elaborată, mai controlată. Rezumăm mai jos, schematic, relația dintre **STRESOR și REACȚIE**.

STRESOR (context stomatologic)	REACȚIA (copilului)
EVALUARE PRIMARĂ (a potențialului stresant)	EVALUARE SECUNDARĂ (a resurselor subiectului)
1. Severitatea stresorului	Cu cât un stresor este considerat mai sever, cu atât mai intensă este reacția la stres.
2. Natura stresorului	Cu cât este mai ambiguu cu atât reacția este mai intensă.

3.Momentul impactului

Sporul de certitudine cu privire la momentul impactului reduce reacția.

4.Probabilitatea apariției situației

Incertitudinea(va avea sau nu va avea loc) are consecințe mai stresante decât o certitudine pesimistă a iminenței confruntării.

Rezumând din nou, în urma evaluării primare subiectul va ști cât de sever este stresorul, care este natura sa, când va surveni impactul și cu ce probabilitate. **În funcție de rezultatul ei se vor declanșa sau nu mecanismele de adaptare la stres sau de coping. Căci, dacă confruntarea nu e severă și e precis determinată încât permite subiectului să-și pregătească o reacție adecvată din repertoriul său de răspunsuri, reacția de stres nu va apărea, mecanismele de coping nu se vor activa.**

I.b. Ce este copingul ?

Coping-ul este una din cele mai uzitate noțiuni psihologice aflate în circulație la ora actuală. Fiind un termen paspartout se scrie și se citește la fel în română, franceză, engleză, etc.Noțiunea a fost introdusă de Lazarus(1966) care a susținut-o apoi printr-o prodigioasă activitate de cercetare în domeniul stresului. Paradigma asupra stresului lansată de Selye (1956) era astfel depășită[3]. Cele trei stadii ale reacției de stres (ale lui Selye) trebuiau integrate într-o teorie mai cuprinzătoare care să includă alături de modificările biologice, atât componentele comportamentale, cât și pe cele cognitive. În acest climat a apărut și a fost repede asimilată noțiunea de coping.

Definiție aproximativă: **copingul** desemnează orice mecanism de prevenție și adaptare la stres, orice tranzacție între subiect și mediu în vederea reducerii intensității stresului.De subliniat că adaptarea se referă nu numai la conviețuirea cu stresul. Mecanismul de coping este mai general decât cel de adaptare.El vizează nu numai modificarea funcțiilor unui sistem pentru a face față cerințelor unui mediu dinamic, ci chiar anihilarea factorilor de mediu care au reclamat noua adaptare.

I.c. De când și de ce se utilizează această noțiune?

Ultimele decenii de cercetare științifică au fost dominate, e adevărat, de investigația stresului. Ecouri ale acestei dominante se regăsesc și în stomatologie: concepte precum anestezia, analgezia, atraumativ, minim-invaziv sau principiile lui Black-modificate au apărut

ca un răspuns la studiile despre stres. Actualmente însă, centrul de interes se mută spre **adaptarea subiectului** la stres. Studiile moderne relevă că sănătatea psihosomatică a persoanei umane se află în dependență mai strânsă de mecanismele de control sau de adaptare la stres decât de intensitatea și formele stresului la care este supusă. (Nakano, 1991 citat de M.Miclea).

Adaptarea la stres se face prin mecanisme de coping. Unele mecanisme sunt intuitive (ex; absenteismul de la tratamentul stomatologic este o modalitate de a face față, un mecanism de coping intuitiv) altele se învață într-o intervenție psihologică(ex; cooperarea se poate obține prin tehnica Tell-show-do, Addelston).

Rezumând, totalitatea modalităților de control

preventive (care anihilează sau modifică prezumtivele efecte negative ale unei situații viitoare) sau

adaptive la distres, dacă acesta a fost deja indus, sunt denumite modalități sau **mecanisme de coping**.

II. Cultură și coping

a. De unde din cultură provine ideea de coping? b.Ce legătură are coping-ul cu Mitul lui Proteus?

Înainte de a răspunde, să ne mai punem 2 întrebări dilematice:

1. Ce e mai simplu să *schimbăm lumea și mersul ei (inclusiv contextul stresant al stomatologiei)? sau ne schimbăm noi după lume (prin mecanisme de coping)?*

Bernard Shaw, la această întrebare, a răspuns că :

“-oamenii raționali(realști) aleg a doua variantă , aceea de a se schimba, adapta, ei după lume. Cei nerealiști –pe prima, aceea de a schimba lumea”. În același timp însă, el era convins că, dacă nu ar exista primii, adică revoluții(nerealiști), lumea nu ar înregistra nici un progress. Istoricește vorbind, toți marii reformatori au fost și mari credincioși. Cu alte cuvinte, ei, deși erau convinși de funcționarea lumii după o ordine implacabilă divină, nu s-au reținut în a o reforma și au biruit. De altfel și Creștinismul zice “Biruiți lumea, cum și eu am biruit-o!”.Nu zice „Schimbați lumea!” [Ioan 16:33(b) În lume veți avea necazuri, dar îndrăzniți , eu am biruit/o]. În stomatologie, a schimba lumea înseamnă să vrei eradicarea cariei prin interceptia unor momente din lanțul complex al patogenezei. Dar chiar în țări civilizate în care profilaxia

are deja tradiție, terapia mai are încă mult de făcut. A schimba lumea, în stomatologie mai înseamnă și să schimbi tehnica și tehnologiile curente în altele ne-invazive, atraumatice, mai conservatoare. Pași în privința aceasta s-au făcut: vezi tratamentele cu laser, cu Cariosolv, cu hidroxid de calciu, sigilările, terapia minim-invazivă etc. Dar, așa cum spuneam, pedodonția, ortodonția, mai are încă multă terapie de făcut. Pentru copil, terapia este un eveniment hotărât de alții, pentru care lui îi lipsește adesea înțelegerea. De aceea, în paralel cu Schimbarea lumii și a mersului ei, trebuie să îi schimbăm și pe copiii după lume, învățându-i să se controleze.

Ideea aceasta de control fie el adaptativ sau preventiv, nu e nouă. În mitologie, căci cultura se dovedește a fi o nesfârșită medicină- există un mit, mitul lui Proteu. Despre mitul lui Proteus vorbește Euripide, Homer, Herodot. Variante ale Mitului apar în Egipt, Orient, sau Grecia. Indiferent de locația geografică sau de varianta epică a mitului, semnificația lui este aceea a abilității lui Proteus de a lua orice formă sau aparență voia el, în funcție de situație. Proteus era versatil, mutabil, capabil de a-și lua multe forme. Din Proteus vine adjectivul protean. O carieră proteană este aceea care se ocupă de diferite problematice umane. Leonardo Da Vinci a fost pictor, sculptor, om de știință, arhitect. Cariera lui a fost deci proteană. Dar care a fost povestea lui Proteus? Proteus, vasal al lui Poseidon(zeul apelor) a trăit în pace până când a fost zguduit de un eveniment tragic: Hercules i-a ucis copiii: Poligonos și Telegonos. Răpus de supărare, el a căzut(sau poate s-a aruncat) în mare. Zeii, plini de compasiune, l-au salvat și schimbat într-un zeu nemuritor al apelor și l-au înzestrat cu puteri oraculare(de a prezice viitorul) și cu abilitatea de a lua orice aparență voia el. Se putea transforma în orice animal, plantă, foc, apă. Dar, Proteus se confrunța astfel cu solicitarea (stresantă) de a prezice viitorul, deseori sumbru, unor persoane care nu ar fi fost în stare să primească sau să prindă sensul . Ca să evite răspunsul, el își schimba forma în leu, dragon, tigru, porc mistreț, copac...

Tot astfel, unui copil ba chiar și unui adult, nu-i poți spune că, de fapt, durerea este substanța devenirii, că 10 000 de boli sunt însoțite de durere, că plăcerea și durerea sunt două momente antitetice ale unui proces fundamental unic, că îndepărtarea durerii este o operă divină, că durerea este un act educativ, că budismul exclude durerea, hinduismul o neagă, că răul este un bine pe care nu l-am înțeles încă...Ca să înțeleagă aceste lucruri, copiii ar trebui să fie niște oameni maturi, ba chiar și așa, e greu de crezut și iluzoriu de așteptat ca toți oamenii să înțeleagă fundamentul tuturor lucrurilor, să gândească, să suporte și să se comporte ca niște "sfinți". De aceea, a le pretinde -așa ca lui Proteus- să-și aplice masca proteană adecvată situației, ca să facă față, fără a problematiza prea mult, pare mult mai rezonabil.

III. Coping și stomatologie pediatrică.

Ce aplicații ale conceptului de coping sunt utile în Stomatologie, în special în Stomatologia Pediatrică?

Ca să repetăm noțiunile teoretice și să beneficiem cât mai mult de pe urma acestei disertații, să sintetizăm:

Întâlnirea dintre **contextul medical** și **copil** poate fi umanizată prin următoarele metode:

A. Acționând asupra mediului prin diminuarea sau anularea ancorelor anxiogene și/sau algogene

1. Construcția contextului: halatul alb, aspectul cabinetului propriu-zis și a sălii de așteptare, influența psihosomatică a muzicii
2. organizarea îngrijirilor: orarul, durata, frecvența întâlnirii
3. Controlul durerii: controlul terapeutic(atraumatică, minim invazivă, neinvazivă)
Controlul farmacologic, prescripția de analgice și sedative, controlul senzorial și psihologic al durerii.

B. Acționând preventiv asupra reacțiilor copilului și întărind și îmbogățind repertoriul lui de resurse (cognitive, comportamentale, biologice), înainte, în timpul și după terapia medicală

1. Contactul cu părinții

2. Abordarea tânărului pacient

prima vizită (metoda preexpunerii inițial neutre apoi graduale)

prima consultație

tăcerea primelor minute (limbaj non-verbal)

sincronizarea comportamentală non/verbală

limbajul simplu și direct

primul tratament: explicațiile privind îngrijirile :Tell-Show-Do, metode de distragere a atenției(T.V; Desene animate); relaxarea sau training-ul autogen, după Tandonett, învățarea prin modelare, contractul de îngrijire și dispensarizarea.

planul de tratament poate include amânări, reprogramări.

Aceste două categorii de intervenții A și B, privesc profilaxia durerii și a anxietății. În caz de eșec al terapiei –fie ea de orice specialitate medicală, inclusiv stomatologică sau/și al intervenției psihologice, se produce durerea iatrogenă și deci *sensibilizarea* copilului cu forma ei extremă, *fobia*. În astfel de cazuri, intervine terapia, nu cea stomatologică ci aceea psihologică, vezi C.

C. Terapia psihologică este un proces de lungă durată. Succesul terapiei psihologice depinde de patru factori distincți: a. Evaluare și diagnostic. 2. Conceptualizare. 3. Intervenția sau tehnica p-zisă(ex. Desensibilizare sistematică). 4. Reevaluarea și urmărirea cazului. Dar cel mai important factor este 5. Relația de consiliere, care asigură 50% din rezultatul terapiei.

Bibliografie:

1. Nakano, K.(1991): The role of coping strategies on psychological and physical well-being, in Japanese Psychological Research, Vol.33, no.4.
2. Schaffer,R.(2005): Introducere în Psihologia Copilului. Editura ASCR.Cluj Napoca, pag.170.
3. Miclea, M.(1997): Stres și apărare psihică. Editura Presa Universitară Clujeană
4. Băban, A.(1998): Stres și personalitate. Editura A.S.C.R. Cluj
5. Florian, M (2000): Arta de a suferi. Editura Garamond. București
6. Grivu.O.R.Cristoloveanu(1975). Stomatologie pediatrică.
6. Kazdin, Alan,E(2000)Encyclopedia of psychology, Developmental agenda,pag1-9 și Fear,pag.26-30
7. Baudin,Chantal. Douleur iatrogenes: de la reconnaissance a la prise en charge.le chirurgien dentiste de France. No.1153; 12 fevrier.2004
8. Bernheim, L; La douleur et la peur de l'enfant au cabinet dentaire. These pour le Diplome d'Etat de Docteur en Chirurgie dentaire. 2000. Univ. de Nantes.
9. Dan.David. Băban.A. Psihoterapie și hipnoterapie cognitiv-comportamentală.Intervenție cognitiv-comportamentală. Editura Risoprint.Cluj. 2000
10. Cristophe Andre, Cum să ne eliberăm de frica de ceilalți? Editura Trei.București.2000.