

Trăsături de personalitate cu rol predispozant pentru pacienții cu astm bronșic

Personality traits with predisposant role in patients with asthma

Psiholog ANDREEA-CORINA ROPOTEANU (ZANFIR)

Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila”, București

REZUMAT

Ca rezultat al unei cercetări realizate pe un lot de 99 de pacienți diagnosticați cu astm bronșic alergic persistent moderat și sever de mai bine de 2 ani de zile, am identificat patru configurații de trăsături de personalitate specifice astmaticilor, în funcție de frecvența simptomelor fizice, de intensitatea celor psihice și de gradul de afectare a calității vieții pacienților.

Cuvinte cheie: astm, calitatea vieții, personalitate

ABSTRACT

As a result of a research made on a group of 99 adult patients, of age between 19 and 58 suffering from moderately and severely persistent allergic bronchial asthma for more than 2 years, we have discovered four specific configurations of personality traits depending on the frequency of physical symptoms, intensity and degree of mental impairment and quality of life.

Key words: asthma, quality of life, personality

Astmul a devenit o boală familiară în zilele noastre, originile sale aflându-se în antichitate. Mark Jackson (2009) ne spune povestea acestei boli încă periculoase din cele mai vechi timpuri și până în prezent. El observă cum atitudinea față de această boală s-a schimbat din antichitate, când era privită ca un *dezechilibru umoral* și până la recunoașterea ei ca fiind o *boală a plă-mânilor* în *secolul al XVII-lea*. De asemenea, observă cum s-a schimbat perceperea astmului ca o *boală a „artiștilor”*, în percepția lui ca o *boală modernă a scriitorilor de elită precum Proust și Schoenberg*. În ciuda îmbunătățirii tratamentului, numărul de cazuri de astm a

ajuns la o valoare alarmantă, aceasta fiind o consecință a vieții moderne. Mark Jackson trasează în cartea sa de biografie a astmului, istoria bolii, de la *prima utilizare înregistrată a termenului de astm, cu aproape 3.000 de ani în urmă* și până în zilele noastre (1).

Termenul de astm derivă dintr-un cuvânt antic grecesc care a apărut pentru prima dată în Iliada lui Homer, ce a fost compusă în secolele VII-VIII înainte de Hristos. La începutul cărții a 15-a, Zeus descoperă armata troiană dispersată de greci, iar pe conducătorul acesteia, Hector, „zăcând pe câmpie, cu camarazii săi alături, gâfâind, cu respirație dureroasă, delirând și vomitând sânge” (2).

Adresă de corespondență:

Psiholog Andreea-Corina Ropoteanu (Zanfira), Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila”, Strada Dionisie Lupu, Nr. 37, București
e-mail: andreea.ropoteanu@gmail.com

Un secol mai târziu, Platon a utilizat termenul de *astm* în *Republica* (360 î.e.n.), dându-i două înțelesuri. Pe de o parte, se referă la prefăcătoria și neajutorarea omului bogat, indolent în fața luptei. Pe de altă parte, a ales termenul de *astm* pentru a explica în sens metaforic *lipsa onoarei și a curajului* care au paralizat adesea acțiunile politice, aceasta avându-și originea în *dispneea specifică astmului* (1).

În scrierile lui **Hippocrates** se face de cel puțin 47 de ori referire la *astm* ca la un fel de dificultate în respirație. Multe dintre explicațiile cu privire la boală se leagă de *distribuirea geografică sau date demografice* și de experiențe subiective în legătură cu *astmul*, în termeni de *factori de mediu și de dispoziție individuală*. În medicina hipocratică, sănătatea și boala, ca și caracterul și personalitatea erau considerate a fi determinate de *echilibrul sau dezechilibrul dintre cele patru umori din corp*: sângele, saliva, limfa și bila. Un exces sau un deficit la nivelul uneia dintre acestea conducea la obstrucția sau disfuncția unui organ, având drept consecințe apariția simptomelor *astmului* (1). Diagnosticul era stabilit în urma examinării pacientului, a stării sale generale, pulsului, mișcării, iar tratamentul permitea organismului să își exercite puterea sa de vindecare, fiind recomandate, de asemenea, *control privind regimul alimentar, exercițiile fizice, odihna și mediul înconjurător*, dar și *adjuvante precum tratamente naturiste, masaj, detoxifiere a organismului*.

Hippocrate considera, de asemenea, că există o *legătură strânsă între astm și convulsii*. Așa cum explica în „*Aerul, apa și lacurile*” (3), amândouă erau mai frecvente la copiii crescuți în *mediul urban, ca urmare a poluării* în special. În „*Aphorisms*”, Hippocrates observa că *astmul* era mai des întâlnit la *vârstele de mijloc* și că atacurile de *astm* erau mai frecvente în lunile de *toamnă*. În ceea ce privește *severitatea bolii*, autorul constata că *pacienții îngenuncheați de astm sau tuse înainte de pubertate, în general mor* (4).

Cauzele și posibilele tratamente pentru respirația șuierătoare și tuse, simptome ce erau adesea reunite sub denumirea de *astm*, au fost investigate și de *autorii chinezi, de practicanții de ayurveda din India, de medicii egipteni și de specialiștii japonezi și coreeni* din perioadele premoderne. În texte de referință, atât pentru Korea, cât și pentru China și Japonia, au fost amintiți ca *trigeri ai astmului mâncatul în exces, teama și șocul* (1). Cullen considera că dificultățile de respirație își au originea în *afectarea sistemului nervos* (1). Conform unui text ayurvedic, Caraka Samhita, *astmul era agravat*

de umiditate, vreme rece și putea genera un stres puternic pacientului. Autorii medievali din tradiția greacă afirmă că astfel de boli sunt complicate și greu de tratat, atâta vreme cât puteau fi *exacerbate de ingerarea de alimente reci, cum ar fi laptele, care stimula producerea de secreții și de mâncăruri calde și medicamente* (1). Multe abordări terapeutice moderne vestice ale *astmului*, precum *administrarea de efedrină sau inhalarea de stramoniu* erau la bază derivate din remedii estice. Deși este imposibil de determinat precis câți oameni au suferit sau au murit de *astm* în antichitate și evul mediu, textele medicale sugerează familiaritatea semnelor, simptomelor și istoricului acestei boli. În ciuda micilor diferențe, la nivel de detaliu, culturile antice și medievale au identificat *similitudini în ceea ce privește cauzele, tipologia și tratamentul acestei boli*. În conformitate cu *grecii antici, egiptenii, islamii, evreii, chinezii și indienii*, boala era privită ca fiind produsul unui *dezechilibru în ceea ce privește cantitatea și fluxul umorilor* (sau al echivalenților acestora), generat de o *combinație de factori constituționali, stiluri de viață nepotrivite și condiții de mediu*. Restabilirea stării de sănătate presupunea *întoarcerea la un echilibru fiziologic și spiritual obținut prin acordarea unei atenții deosebite stilului de viață, lucru completat, atunci când era necesar, cu aplicarea unor remedii pe bază de plante, inhalări de fum sau vapori, detoxifiere a organismului, masaj, acupunctură și suport psihologic, emoțional*.

Joan Baptista van Helmont (1579-1644) a construit un sistem complex al lumii, care includea sănătatea și boala și în care se întrepătrundeau mintea, corpul și sufletul. Pentru Helmont, *trigerii astmului* erau mirosurile, fumul, emoțiile puternice și anumite tipuri de mâncăruri și băuturi. Acesta a observat, de asemenea, o *legătură între astm și probleme cutanate sau erupții și povestește experiența unui pacient în relație cu mama și sora lui, care suferea nu numai de astm, ci și de prurit pe întregul corp, ajungând să arate asemenea unui leproș* (6).

La jumătatea secolului XX, *astmul pur* era definit ca „*un acces de dispnee paroxistică, ce revine la intervale mai mult sau mai puțin apropiate și care nu lasă în perioadele intermediare nici o urmă și corespondent anatomic de stenoză bronhiolară tranzitorie, tradusă clinic prin raluri sibilante*” (7,8).

Definiția propusă în 1961 de un Comitet de experți din cadrul O.M.S. consideră *astmul drept „boala caracterizată printr-o reactivitate crescută a traheei și bronhiilor la stimuli diverși și se*

manifestă printr-o îngustare generalizată a căilor aeriene, a cărei severitate variază spontan sau sub influența tratamentului” (9).

Astmul este considerat de Freour ca fiind „o entitate formată, pe de o parte din ansamblul crizelor și ansamblul faptelor care compun **terenul și personalitatea bolnavului și care includ tulburările sale somatice, dar și psihice, istoria și natura relațiilor sale umane și de mediu general în care trăiește**” (10, 11).

În zilele noastre, astmul reprezintă una dintre cele mai răspândite afecțiuni psihosomatice, putându-se constitui într-un *barometru pentru stresul psihic sau pentru nivelul de poluare*. Astmul bronșic este o boală inflamatorie cronică a căilor respiratorii, caracterizată printr-o hiperresponsivitate bronșică la stimuli variați.

Din punct de vedere fiziologic, astmul se manifestă prin *îngustarea căilor aeriene, obstrucție și limitarea debitului aerian, care pot ceda spontan sau ca răspuns la tratament*. Problemele respiratorii sunt cauzate de inflamarea bronhiilor, principalele ramificații ale traheei care pătrund în plămâni. Mușchii din jurul pereților căilor aeriene se contractă (bronhospasm) la contactul cu diverși alergeni sau în alte situații, cum ar fi **efort fizic intens, stres psihic puternic, emoții pozitive sau negative de intensitate ridicată** și astfel apare inflamația. Aceasta poate conduce la îngustarea sau chiar blocarea căilor respiratorii, îngreunând respirația, ceea ce poartă denumirea de episod acut de astm, criză, atac sau exacerbare. Crizele de astm pot apărea pe toată durata vieții, putând fi controlate prin tratament alopatic. Acestea pot fi rare sau dese, ușoare sau severe și pot apărea sezonier sau pe tot parcursul anului. Dacă inflamația nu este controlată prin tratament, se poate ajunge în timp la schimbări permanente la nivelul bronhiilor și la afectarea funcției plămânilor sau chiar inimii.

Personalitatea umană este un sistem hipercomplex, dinamic, în care se întrepătrund într-un mod unic și irepetabil trăsături ce se dezvoltă pe parcursul vieții. Aceste trăsături pot fi măsurate și sunt bipolare, subiecții putându-se plasa în funcție de nota obținută, mai aproape fie de polul inferior, fie de cel superior. Una dintre cele mai importante trăsături de personalitate identificate la pacienții cu astm bronșic este vulnerabilitatea față de stres (12).

În cercetarea de față ne-am propus ca, *în funcție de frecvența și intensitatea simptomelor fizice, a simptomelor psihice și de gradul de afectare a calității vieții, să delimităm configurații de trăsături de personalitate cu ajutorul cărora să putem realiza predicții în ceea ce*

privește predispoziția către astm bronșic la subiecții sănătoși cu risc, la care identificăm aceste configurații.

Am desprins **patru modele** cu ajutorul cărora putem face predicții cu privire la predispoziția către astm bronșic a pacienților care prezintă factori de risc pentru declanșarea acestuia (factori genetici, prezența rinitei alergice, teste cutanate pozitive), a căror descriere o prezentăm în Tabelul 1.

După cum se poate observa din tabelul de mai sus cu informații referitoare la variabilele incluse în modele și la puterea de predicție a acestora, dintre primele trei modele construite în funcție de simptome, care sunt valide pentru 73,7%, 63,6% și respectiv 82,6% din populația testată, cel care explică cea mai mare parte din variația variabilei dependente (82,6%) și care are cea mai mare putere de predicție (80,6%), este modelul III unde am avut în vedere ca variabilă dependentă *cumulul simptomelor fizice și al simptomelor psihice sau stărilor emoționale negative apărute în timpul sau ulterior crizei*.

Observăm, de asemenea, că C4 (dorința de realizare) se regăsește în toate cele trei modelele construite în funcție de simptome și că aceasta evoluează în sens negativ față de variabilele dependente, adică are tendința de a fi scăzută dacă simptomele au o frecvență, respectiv o intensitate crescută. Modelelor I și III le sunt comune siguranța slujbei și lipsa resurselor și a comunicării ca surse de stres, anxietatea ca stare, N1 (anxietatea) și C5 (autodisciplina).

Conform Modelului I, pe măsură ce **crește frecvența simptomelor fizice, cresc și anxietatea ca stare, vulnerabilitatea la stres, grija față de implicarea în anumite activități care ar putea conduce la declanșarea crizelor, agreabilitatea, abilitățile sociale, preferința pentru compania celorlalți, capacitatea de autodisciplină și scad dominanța în relațiile cu ceilalți, căutarea animației și stimulării, dorința de realizare și prudența în luarea deciziilor**. Fără îndoială că **exacerbarea simptomelor conduce la creșterea anxietății** legate de incapacitatea de anticipare a momentului de declanșare a crizei, de teama față de moarte și a **vulnerabilității față de stres**. Pacienții se simt tensionați, nervoși, neliniștiți, mai puțin capabili de a gestiona stresul și de a face față presiunilor cotidiene. În cazul în care **duc lipsă de resursele necesare realizării sarcinilor, de comunicare cu colegii de serviciu și se confruntă cu nesiguranța locului de muncă, intensitatea acestora ca surse de stres crește** pe fondul creșterii frecvenței simptomelor. Interesant este că, în ciuda acestor trăiri intens

TABELUL 1. Informații referitoare la variabilele incluse în modele și la puterea de predicție a acestora

Model	Variabila dependentă	Variabile independente	R Square	Adjusted R Square
I.	Simptome fizice	Restricționarea activității zilnice Siguranța slujbei Lipsa resurselor și a comunicării Anxietatea ca stare Agreabilitatea Abilitățile sociale N1 (anxietate) N6 (vulnerabilitate la stres) E2 (preferința pentru compania celorlalți) C5 (autodisciplină) – E3 (dorința de a-i domina pe ceilalți) – E5 (căutarea stimulării) – C4 (dorința de realizare) – C6 (prudența în luarea deciziilor)	0,737	0,693
II.	Stări emoționale negative apărute în timpul sau ulterior crizei	Consecințele asupra calității vieții N3 (depresie) C5 (autodisciplină) – A4 (compliance) – C4 (dorința de realizare)	0,636	0,616
III.	Cumulul simptomelor fizice și a stărilor emoționale negative din timpul sau consecutive crizei	Schimbări de viață Siguranța slujbei Lipsa resurselor și a comunicării Anxietatea ca stare N1 (anxietatea) O3 (deschiderea spre sentimente) A2 (onestitate) C5 (autodisciplină) – E5 (căutarea stimulării) – C4 (dorința de realizare)	0,826	0,806
IV.	Gradul de afectare a calității vieții	Simptome fizice Simptome psihice Anxietatea ca trăsătură N3 (depresia) – E4 (activism)	0,656	0,637

negative, pacienții își păstrează **deschiderea spre dialog și preferința pentru compania celorlalți**, capacitatea de a fi **agreabili, miloși, bine intenționați, altruști, atenți la nevoile celorlalți și mai puțin orientați către propriile nevoi**. Ei sunt **orientați spre cooperare, evită conflictele, caută suportul și protecția celorlalți, fiind conformiști, docili, mai puțin dominanți, sfoși și cu mai puțină inițiativă**. Autorii testului NEO PI-R (13) considerau că un subiect cu un scor ridicat la agreabilitate este asociat unei personalități dependente și observăm în acest model că **odată cu creșterea frecvenței simptomelor fizice crește dependența subiecților față de ceilalți**. De asemenea, odată cu creșterea frecvenței simptomelor fizice, pacienții **au tendința de a se lăsa conduși de emoții, se entuziasmează ușor și pot acționa pripit, luând decizii sub impulsul momentului**.

Conform **Modelului II**, pe măsură ce **crește intensitatea stărilor afective negative apărute în timpul sau ulterior crizei**, precum **nervozitate, neliniște, teamă, agitație, încordare, nefericire,**

se accentuează starea de deprimare și capacitatea de autodisciplină și scad calitatea vieții, compliance și dorința de realizare. Astfel, pe măsură ce cresc în intensitate stările afective negative generate de astm, crește predispoziția către **culpabilizare, tristețe, sentimente de neputință și de singurătate**, pacienții **se descurajează ușor și sunt adesea abătuți**. De asemenea, **scade compliance**, persoanele sunt **irascibile, devin cu ușurință agresive, preferă competiția în locul cooperării și nu ezită să-și manifeste în mod vizibil furia** atunci când consideră acest lucru a fi necesar. Pe de altă parte, interesant este faptul că pe măsură ce cresc în intensitate stările afective negative generate de astm, **crește capacitatea de autodisciplinare, de a se mobiliza pentru a soluționa sarcini în ciuda plictisului și a surselor de distragere**. Astfel, pacienții duc la bun sfârșit ceea ce au început și sunt persoane pe care ceilalți se pot baza, însă **fără a-și dori să obțină performanțe deosebite**. Odată cu creșterea intensității stărilor negative, **scade dorința de autorealizare, pacienții fiind**

mai puțin încrezători în forțele proprii. Aceștia se mulțumesc în general cu puțin, având un nivel de aspirații situat ușor sub capacitățile lor și au tendința de a-și subaprecia potențialul.

Conform *Modelului III*, odată cu creșterea frecvenței și intensității simptomelor fizice și psihice specifice astmului, cresc și impactul negativ al schimbărilor în viața cotidiană asupra pacientului pacient, nesiguranța slujbei și lipsa resurselor și a comunicării ca surse importante de stres, anxietatea situațională, a receptivitatea față de emoțiile resimțite și gradul de înțelegere a acestora, onestitatea și sinceritatea în raport cu ceilalți și capacitatea de autodisciplină și scad căutarea animației și stimulării și dorința de realizare. Cu alte cuvinte, odată cu exacerbarea simptomelor fizice și psihice specifice astmului, crește impactul negativ al schimbărilor ce însoțesc boala, precum trezirea din timpul nopții și starea de oboseală din timpul zilei următoare, care împiedică implicarea la nivelul exigențelor în activitatea școlară sau profesională a pacienților, deprimare generată de izolare, necesitatea restricționării anumitor activități și perspectiva îndoielnică de vindecare, sentimentul lipsei controlului asupra propriului corp atunci când se declanșează criza. De asemenea, crește anxietatea, care se accentuează ca urmare a iminenței crizei și incapacității de anticipare a acesteia, fricii de moarte, evitării întrevederilor cu ceilalți din teama de a se face de răs în cazul declanșării unui atac, pacienții devenind tensionați, nervoși, neliniștiți. Pe de altă parte însă, este interesantă creșterea receptivității față de propriile emoții și sentimente și gradul de înțelegere a acestora. Pacienții consideră că înțelegerea emoțiilor proprii și pe ale celor din jur constituie o parte importantă a vieții. Aceste persoane trăiesc mai profund

decât ceilalți o gamă mai largă de stări emoționale diferite și resimt mai intens fericirea sau tristețea. Odată cu creșterea intensității și frecvenței simptomelor fizice și psihice, cresc onestitatea și sinceritatea în relație cu ceilalți, ca și capacitatea de autodisciplinare. Astfel, pacienții sunt corecți, statornici, sinceri și deschiși, cinștiți și dornici de a respecta întocmai adevărul și de a-și exprima adevăratele sentimente. Au o bună capacitate de a se mobiliza pentru a soluționa sarcini, în ciuda plictisului și a surselor de distragere și duc la bun sfârșit ceea ce au început, fiind persoane pe care ceilalți se pot baza. De asemenea, odată cu exacerbarea simptomelor, scad căutarea de senzații puternice și dorința de realizare. Pacienții caracterizați prin aceste trăsături sunt mai puțin încrezători în forțele proprii, nu își doresc să obțină performanțe deosebite, au o dorință de reușită mai scăzută și se mulțumesc în general cu puțin, având un nivel de aspirații situat ușor sub capacitățile lor. Ei nu resimt o nevoie puternică de animație și stimulare.

Conform *Modelului IV*, odată cu scăderea calității vieții pacienților, cresc frecvența simptomelor fizice și intensitatea stărilor afective negative apărute în timpul sau ulterior crizei. Crește, de asemenea, nivelul anxietății ca trăsătură stabilă a personalității pacienților, adică tendința de a răspunde cu anxietate la amenințările percepute din mediu, față de care în mod obișnuit majoritatea oamenilor nu manifestă anxietate. Odată cu scăderea calității vieții, se accentuează starea de deprimare, persoanele fiind abătute, ușor de descurajat, indispuse, pesimiste, predispuse la culpabilizare, tristețe, sentimente de neputință și de singurătate. Pe de altă parte, scade activismul, acești pacienți preferând activitățile cu desfășurare mai lentă și dorind să ducă o viață liniștită, mai puțin alertă.

BIBLIOGRAFIE

1. Jackson, M. – Asthma – *The Biography*, New York, Oxford Univ. Press, p. 13, 43, 73, 44, 99, 144, 2009
2. Homer – Iliada, București, Editura Corint, cartea a XV-a, rândurile 10, 241, 2007
3. Hippocrates – On Airs, Waters, and Places, în Jacques Jouanna (ed.), Hippocrate: Airs, Eaux, Lieux, Paris, 1996
4. Hippocrates – Aphorisms, Section III, 22, 26, 30, Section VI, 46, în "The Aphorisms of Hippocrates", în vol. 2 al „Classics in Medical Literature”, serie editată de Lederle Laboratories în cooperare cu Yale University Library, 1987
5. Gopalakrishnan, N., Hurwitz, B., Sheikh, A. – Lineages of Language and the Diagnosis of Asthma, *Journal of the Royal Society of Medicine*, 100, 19-24, 2007
6. Van Helmont, J.B. – Oriatrike sau Physick Refined (London, 1662, 356-357), în *Dictionary of Medical Biography*, Westport, CT, p. 626-628, 2007
7. Pasteur, V.R. – *Precise des maladies allergiques*, Paris, Editura Flammarion, 1949
8. Seropian, E. – Alergia respiratorie și digestivă, București, Editura Medicală, p. 115, 121, 1972
9. Popescu, I.Gr., Păun, R. – Bolile alergice, București, Editura Medicală, p. 147, 1977
9. Iamandescu, B.I. – Stresul psihic și bolile interne, București, Editura All, p. 175, 176, 182, 1933
10. Freour, P. – Asthme – une maladie complexe, *Journal de Médecine de Bordeaux*, 1, 11, 11-12, 1969
11. Iamandescu, I.B. – Psychoneuroallergology, București, Editura Amaltea – Medical Publishing House, p. 139-154, 228, 2007
12. McCrae R.R. & Costa P.T., Jr. – *Personality in Adulthood*, New York: Guilford, 1990