

Un posibil profil psihologic al pacienților cu simptome biliare funcționale

A Possible Psychological Profile of Patients with Functional Biliary Symptoms

Dr. DORIN DRAGOȘ, Dr. MARIA DANIELA TĂNĂSESCU

Catedra Medicină internă, Spitalul Universitar de Urgență, U.M.F. „Carol Davila” București

REZUMAT

Pro domo. Originalitatea acestei lucrări constă în strădania de a defini un prezumtiv profil psihologic (PP) al pacienților cu simptome biliare funcționale (SiBF), demers util întrucât intervențiile psihologice care-l vizează ar putea duce la prevenirea și/sau ameliorarea acestor acuze.

Obiectiv. Definirea unui PP al pacienților cu SiBF, în literatura de specialitate neexistând tentative în acest sens.

Metodă. Subiecții au fost pacienți cu diverse afecțiuni interne (printre care SiBF). Cu fiecare dintre aceștia am purtat o discuție de aproximativ o oră, cu scopul de a identifica trăsăturile psihologice (TPi) (dintr-o listă de 143 posibile) ale pacientului respectiv. Ulterior am examinat pe rând fiecare dintre cele 143 TPi, propunându-ne să descoperim dacă și în ce măsură se asociază cu vreuna dintre diferitele sfere de patologie.

Rezultate. TP asociată cel mai semnificativ statistic cu SiBF este „gelos, posesiv”. Caracteristică pentru PPBF pare să fie și TP „nu îți plac zgomotele și/sau mirosurile”. Mai puțin caracteristice, fiind asociate și cu alte sfere de patologie sunt TPi: „activ, energic”, „se consideră acuzat, desconsiderat, înjosit, jignit, umilit, admonestat” și „nu ține supărarea”. TP „nu ripostează” ar putea să fie un numitor comun al PP-lor biliare, dar asocierea cu SiBF este discutabilă. Pentru niciuna dintre aceste TPi nu s-a atins un nivel absolut de SeSt.

Concluzii. Un posibil PP al pacienților cu SiBF ar putea avea ca punct central tendința la posesivitate (adesea asociată cu gelozie), deosebindu-se de PP al pacienților cu AfBO printr-o mai mare asertivitate.

Cuvinte cheie: profil psihologic; afecțiuni biliare; simptome biliare funcționale

ABSTRACT

Pro domo. The originality of the present paper consists in the effort to define a presumptive psychological profile (PP) of the patients with functional biliary symptoms (FBS). This attempt might prove useful as psychological interventions aiming this PP may prevent and/or improve these complaints.

Objective. Defining a PP of the patients with FBS, as no references on this subject are to be found in literature.

Method. The subjects have been patients with various diseases (including FBS). An approximately one-hour talk was conducted with each of them in order to identify their psychological features (PFs) (among 143 possible ones). Thereafter we examined each PF in turn, aiming to find out if and to what degree is it associated with any among the various areas of pathology.

Results. The PF most statistically significantly associated with FBS is „jealous, possessive” (without reaching the level of absolute SSnce). The PF „dislikes noise and/or odors” seems also to be characteristically

Adresă de corespondență:

Dr. Dorin Dragoș, Clinica Medicală 1, Spitalul Universitar de Urgență, Splaiul Independenței, Nr. 169 București
email: dordrag@dordorindragos.ro

associated with FBS. The PFs „active, energetic”, „considers him/herself accused, disrespected, demeaned, offended, humiliated, remonstrated” and „he/she does not persevere in his/her anger” are less characteristically associated with FBS, as they are also associated with others spheres of pathology. The PF „he/she does not retort” might be associated with biliary disorders in general, but its association with FBS is unsure.

Conclusions. *A possible PP of patients with FBS might have „jealousy and possessivity” as central feature, differing from the PP of patients with structural biliary disorders by a greater assertiveness.*

Key words: psychological profile; functional biliary symptoms; biliary disorders

Prescurtări:

TP/TPI = trăsătură/i psihică/e; PP = profil psihologic; SiBF = simptome biliare funcționale; PPBF = PP biliar funcțional; PPBO = PP biliar organic; LI = limite de încredere; SS = semnificativ statistic, ASS = absolut SS, RSS = relativ SS, NSS = neSS (ultimele trei vor fi definite ulterior), SeSt = semnificație statistică; OR = raportul șanselor, p = probabilitate eroare; E+/E- = (numărul de) pacienți expuși/neexpuși (adică pacienții care au/nu au o anumită TP); B+/B- = (numărul de) pacienți care au/nu au SiBF.

INTRODUCERE

În literatura de specialitate am găsit un singur studiu care vizează o tulburare funcțională biliară particulară: disfuncția sfincterului Oddi (DSO). DSO este o tulburare biliară cu fiziopatologie recunoscută și tratament chirurgical demonstrat. Abraham și colab au urmărit să afle dacă femeile cu DSO au mai frecvent tendința la somatizare, istoric de abuz sexual și fizic, atitudini de complianță socială și boli psihiatrice în familie. Studiul a revelat că DSO se asociază cu o intensă tendință la somatizare (acuze somatice nedigestive, deci care nu pot fi explicate prin DSO) și cu o frecvență de cel puțin 4 ori mai mare a relatărilor despre abuz sexual (dar nu și fizic) în copilărie, severitatea acestuia corelându-se cu severitatea somatizării la vârsta adultă. Cercetătorii nu au constatat însă o creștere a dorinței de a fi acceptate de ceilalți sau un istoric psihiatric familial mai încărcat. Aceste aspecte sugerează un model psihologic de înțelegere a DSO – de aceea, în tratamentul femeilor cu DSO, este recomandabilă acordarea unei atenții speciale aspectelor psihiatrice (2).

Cu excepția acestui articol, nu am putut identifica în literatura de specialitate studii care să vizeze corelația dintre factorii psihici și SiBF. Cu toate acestea, în lucrarea de față ne propunem să demonstrăm că există un set de trăsături de personalitate (TPI) care par să se asocieze cu SiBF sau, posibil, să predisună la apariția acestora.

OBIECTIV

Scopul nostru a fost de a afla dacă există anumite TPI caracteristice pentru câteva dintre cele

mai frecvente arii de patologie din teritoriul medicinei interne. În această lucrare vom prezenta doar rezultatele referitoare la SiBF.

METODE

Prezentarea detaliată a metodei noastre am făcut-o într-un articol anterior (1) și nu o vom relua. Reamintim doar că în urma unui interviu, am stabilit la fiecare pacient un număr de TPI, a căror asociere cu diferitele sfere de patologie am analizat-o dintr-o perspectivă epidemiologică: am considerat, pe rând, fiecare dintre TPI ca reprezentând un factor de risc/o expunere (E) și fiecare dintre patologii ca reprezentând o boală (B).

EȘANTIONUL

Din cei aproximativ 3000 de pacienți acuzând diverse simptome, interogați într-un interval de 10 ani (1995-2005), 491 (132 M cu vârsta de $41,17 \pm 13,31$ ani, 359 F cu vârsta de $40,89 \pm 14,14$ ani) au fost considerați eligibili întrucât au acuzat în primul rând simptome din arealul medicinei interne și au transmis informații suficiente de clare pentru identificarea unor TPI specifice. În această lucrare vom prezenta doar rezultatele referitoare la SiBF. Am inclus în acest grup pacienții (N = 40: 12 M; 28 F) care acuzau diverse senzații (în general dureroase: jenă, arsură, plenitudine, junghi, disconfort etc.) în hipocondrul drept (uneori cu iradiere în scapula dreaptă) și pentru care era valabile următoarele criterii:

- pacienții nu prezentau dureri abdominale sugestive pentru o afecțiune colonică;
- nu existau argumente directe pentru o patologie colecistică: pacienții nu erau

colecistectomizați, iar la ecografie colecistul nu prezenta semne de leziuni organice: depozit sau calculi; subliniem că nu am considerat drept modificări organice descrieri de tipul colecist „cudat”, „septat”, „alungit”, „destins”, „leneș”, deși la multe din aceste cazuri existau astfel de descrieri;

- pacienții prezentau cel puțin una dintre următoarele manifestări/caracteristici:
 - rează și/sau vărsături;
 - senzație de gust amar (mai ales dimineața), asociată sau nu durerii;
 - relație clară între dureri și mesele bogate în grăsimi sau în alte alimente colecistochinetice;
 - absența tendinței durerilor de a migra în restul abdomenului, ca și lipsa asocierii cu dureri având vreo altă localizare de-a lungul cadrului colic.

Principala dificultate a constat în diferențierea de o afecțiune colonică. Nu știm să existe, la ora actuală, mijloace paraclinice apte să decidă care este originea unor astfel de dureri. De aceea, atunci când au existat dubii am preferat să includem astfel de dureri în categoria simptomelor funcționale colonice atipice.

Trebuie precizat că unii dintre acești pacienți prezentau uneori și dureri de cap, asociate sau nu sindromului dispeptic biliar. Toți, invariabil, considerau că au probleme biliare. Motivul pentru care i-am inclus în grupul celor cu simptome biliare funcționale este că toți aveau și senzații dureroase în hipocondrul drept (însoțite sau nu de greață/vărsături) neasociate durerilor

de cap. De asemenea, precizăm că mulți alți pacienți care afirmă că au probleme biliare au fost excluși din acest studiu, deoarece am considerat că simptomele pe care le declarau nu pot fi diferențiate clar de crizele de migrenă.

ANALIZA DATELOR

S-a realizat în trei etape premergătoare (analiză brută, sinteză primară și sinteză secundară), urmate de etapa de analiză statistică. Am descris aceste etape într-un articol anterior (1). Reamintim doar că numărul mare de parametri calculați ne-a obligat să introducem un factor de corecție de 10^4 pentru probabilitatea de eroare. De aceea, am considerat drept semnificative statistice (SS) doar acele rezultate cu o probabilitate de eroare (p) (evaluată prin utilizarea corecției Yates sau, când a fost adecvat, a corecției Fisher), de cel mult $0,05 \times 10^{-4} = 5 \times 10^{-6} = 0,000005$. De asemenea, am avut grijă ca limitele de încredere (LI) să nu includă unitatea. Rezultatele îndeplinind aceste două condiții le-am considerat ca fiind absolut semnificative statistice (ASS). Rezultatele cu p depășind 5×10^{-6} , dar sub 0,05 și cu LI neincluzând unitatea le-am considerat drept relativ semnificative statistice (RSS). Toate celelalte rezultate (pentru care p depășea 0,05 și/sau LI includeau unitatea) au fost considerate ca ne-semnificative statistice (NSS). Din păcate, pentru niciuna dintre TPi asocierea cu SiBF nu a fost ASS, astfel încât rezultatele pe care le prezentăm în acest articol sunt mai degrabă orientative. Ele par totuși să contureze un tablou coerent, motiv pentru care le-am socotit demne de a fi pre-

TABELUL 1. TPi asociate cu SiBF. Raportul șanselor (OR) este folosit pentru a evalua forța corelației. Am menționat, de asemenea, și celelalte sfere de patologie pentru care rezultatele au fost cel puțin RSS.

Trăsătură de personalitate (expunere = E)	Boală (B)	E+ B+	E+ B-	E- B+	E- B-	OR	LI pentru OR	p
1. gelos, posesiv	Biliar funcț.	10	20	30	431	7,18	2,73-17,74	4×10^{-5}
2. nu ține supărarea	Duoden	3	16	13	459	6,62	1,09-27,49	0,02
	Biliar funcț.	5	14	35	437	4,46	1,18-14,03	0,01
3. activ, energic	Cardiac	17	108	15	351	3,68	1,66-8,19	0,0005
	Biliar funcț.	18	107	22	344	2,63	1,28-5,34	0,006
4. se consideră acuzat, desconsiderat, înjosit, jignit, umilit, admonestat	Renal	8	86	11	386	3,26	1,10-9,19	0,02
	Esofag	15	79	27	370	2,60	1,22-5,33	0,008
	Biliar funcț.	13	81	27	370	2,20	0,99-4,63	0,04
	Urinar Inferior	24	70	60	337	1,93	1,07-3,39	0,02
5. nu îi plac zgomotele	Biliar funcț.	5	17	35	434	3,65	0,99-11,08	0,03
6. nu îi plac mirosurile	Biliar funcț.	4	6	36	445	8,24	1,62-36,27	0,006
7. nu îi plac zgomotele și/sau mirosurile	Biliar funcț.	7	19	33	432	4,82	1,59-13,03	0,003
8. nu ripostează	Biliar	8	6	82	395	6,42	1,89-22,97	0,001
	Biliar funcț.	4	10	36	441	4,9	1,06-17,98	0,02
	Biliar org.	4	10	46	431	3,75	0,82-13,60	0,04

zentate. Principalele motive ale acestei lipse de SeSt sunt numărul mic de pacienți și faptul că multe dintre TPi care par să se asociază cu SiBF au o prevalență redusă. Reamintim că am consemnat TPi declarate spontan de pacienți. De aceea, este probabil ca prevalența reală a acestor TPi să fie (mult) mai mare.

REZULTATE

Urmează o listă a TPi a căror asociere cu SiBF a fost RSS. Pentru toate celelalte TPi rezultatele referitoare la SiBF au fost NSS (de aceea nu le prezentăm în această lucrare).

În continuare, vom defini aceste 8 TPi, însoțind-o pe fiecare cu o figură sugerând vizual poziția fiecăreia dintre principalele sfere de patologie în relație cu acea TP. Logaritmul natural din raportul șanselor (logOR) a fost folosit pentru a cuantifica pozițiile relative ale diferitelor sfere de patologie. Cum rezultatele pentru aceste 8 TPi au fost cel puțin RSS doar pentru sferele de patologie menționate în tabelul de mai sus, nu acordăm încredere poziției relative a niciunei alte sfere de patologie (în relație cu aceste 8 TPi). Pentru unele sfere de patologie raportul șanselor (OR) a fost nul, ceea ce corespunde unui logaritm egal cu $-\infty$ – o bară de lungime zero (de fapt nicio bară) a fost folosită pentru reprezentarea grafică a acestor sfere de patologie.

1. Gelos, posesiv

Definire. Pacienții (N = 30: 5 M; 25 F) care au declarat că sunt geloși și/sau posesivi și, mai ales, că au avute de suferit din cauza geloziei și/

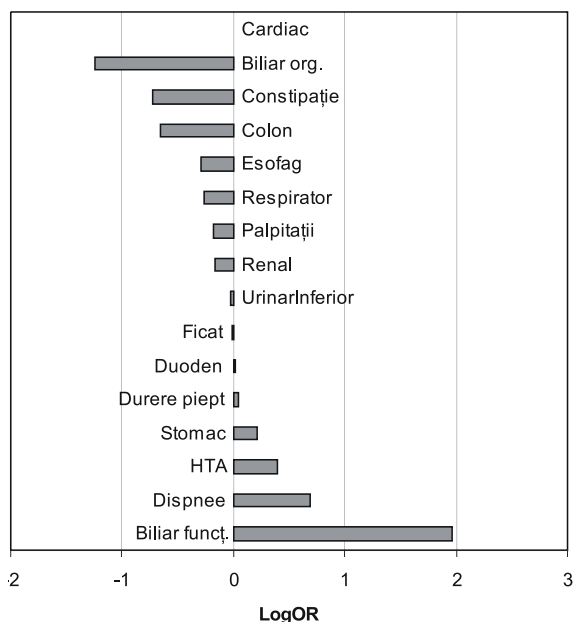


FIGURA 1. Comparație între șansele de a dezvolta diferite patologii la pacienții care au declarat că sunt „geloși, posesivi“.

2. Nu ține supărea

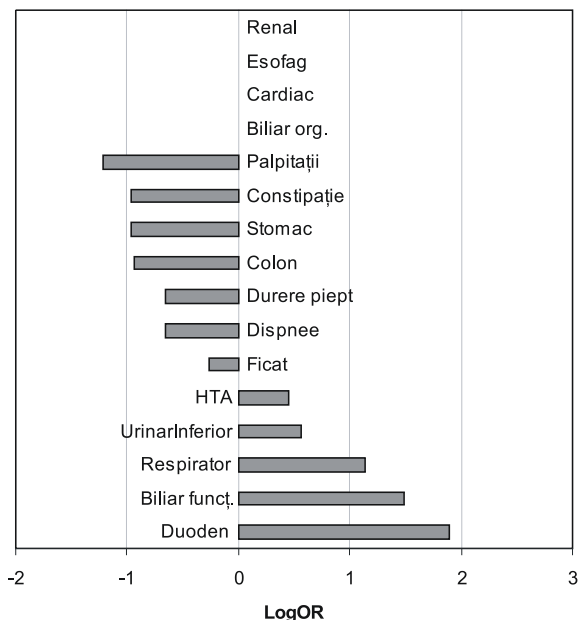


FIGURA 2. Comparație între șansele de a dezvolta diferite patologii la pacienții care au declarat că „nu țin supărea“.

Definire. Pacienții (N = 19: 3 M; 16 F) care au declarat că nu rămân supărați mult timp după evenimentul declanșator, că nu își alimen-tează supărea, că nu se cramponează de ea.

3. Activ, energic

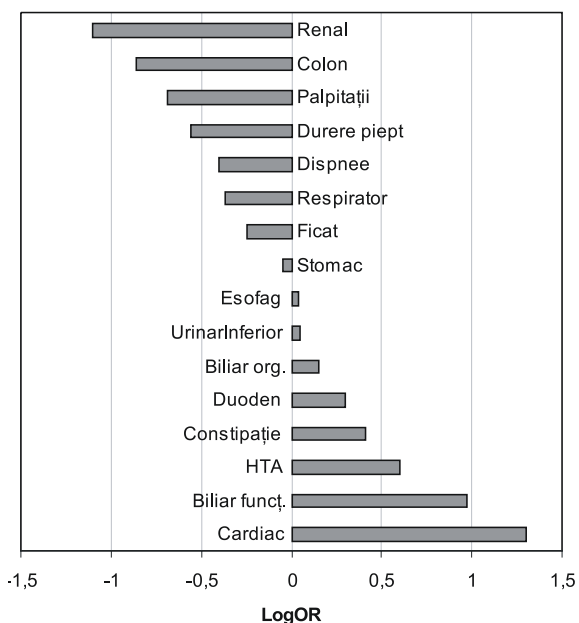


FIGURA 3. Comparație între șansele de a dezvolta diferite patologii la pacienții care au declarat că sunt „activi, energici“.

Definire. Pacienții (N = 125: 27 M; 98 F) care au declarat că sunt activi și/sau energici, că doresc să facă ceva tot timpul, că nu pot sta fără

să facă nimic, că au (sau își găsesc) permanent ceva de făcut.

4. Se consideră acuzat, desconsiderat, înjosit, jignit, umilit, admonestat

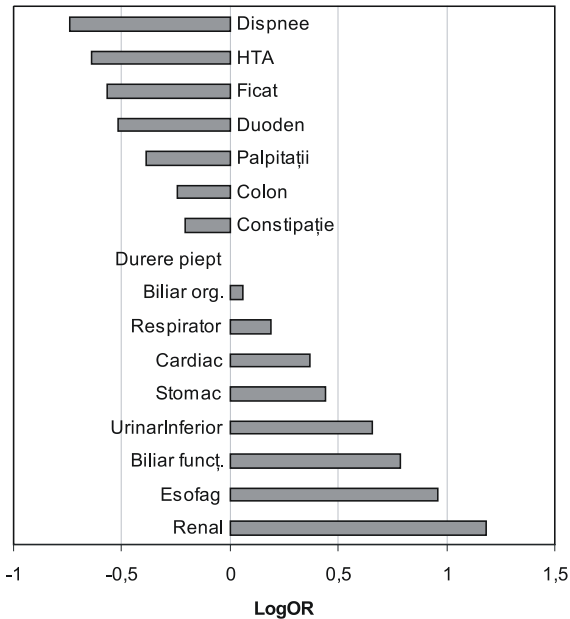


FIGURA 4. Comparație între șansele de a dezvolta diferite patologii la pacienții care au declarat că „se consideră acuzați, desconsiderați, înjosiți, jigniți, umiliți, admonestați”.

Definire. Pacienții (N = 94: 13 M; 81 F) care au declarat că sunt afectați de jigniri, reproșuri, umiliri, că tolerează greu să fie desconsiderați, înjosiți, acuzați, mai ales pe nedrept.

5. Nu îi plac zgomotele

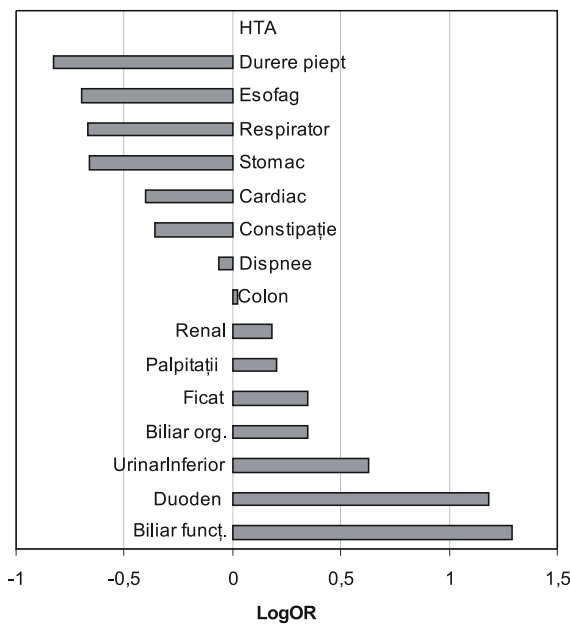


FIGURA 5. Comparație între șansele de a dezvolta diferite patologii la pacienții care au declarat că „nu le plac zgomotele” puternice.

Definire. Pacienții (N = 22: 7 M; 15 F) care au declarat că nu suportă zgomotele puternice, că acestea îi agasează, îi scot din sărite, le declanșează o reacție emoțională (de enervare, mânie, indignare etc.).

6. Nu îi plac mirosurile

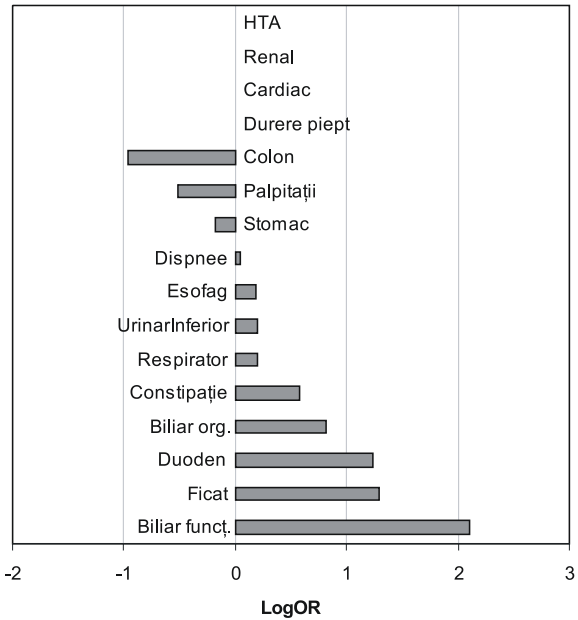


FIGURA 6. Comparație între șansele de a dezvolta diferite patologii la pacienții care au declarat că „nu le plac mirosurile” puternice.

Definire. Pacienții (N = 10: 5 M; 5 F) care au declarat că nu suportă mirosurile puternice, că acestea le provoacă repulsie și chiar irascibilitate.

7. Nu îi plac zgomotele și/sau mirosurile

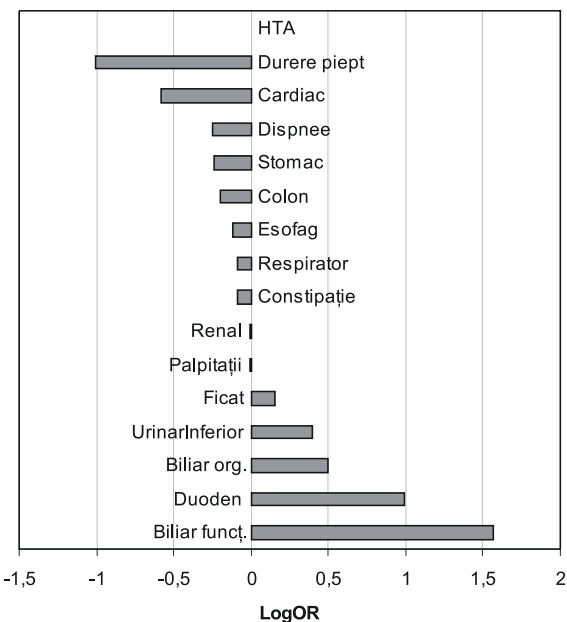


FIGURA 7. Comparație între șansele de a dezvolta diferite patologii la pacienții care au declarat că nu le plac „zgomotele și/sau mirosurile” puternice.

Definire. Pacienții (N = 26: 9 M; 17 F) care au declarat că nu suportă zgomotele și/sau mirosurile puternice. Reunește cele două TPI anterioare.

8. Nu ripostează

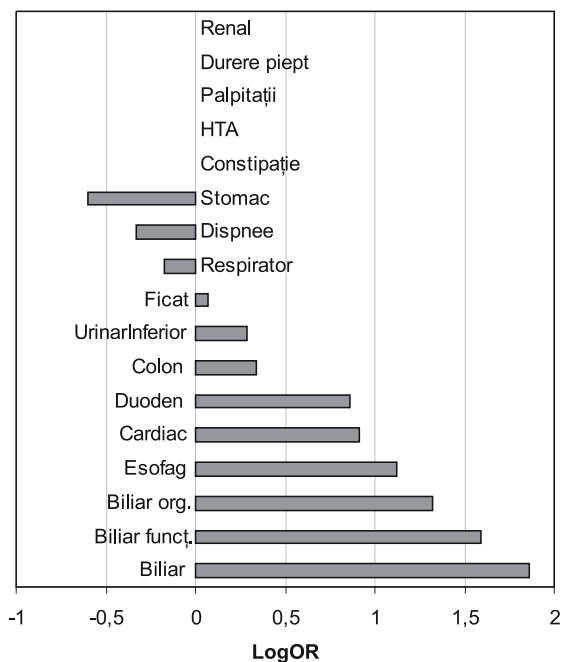


FIGURA 8. Comparație între șansele de a dezvolta diferite patologii la pacienții care au declarat că „nu ripostează”.

Definire. Pacienții (N = 14: 2 M; 12 F) care au declarat că nu răspund, nu reacționează, nu protestează la insulte, acuzații, nedreptăți, abuzuri.

DISCUȚIE

Scopul prezentei lucrări este de a contura un posibil profil psihologic (PP) al individului predispus la SiBF. Subliniem, încă de la început, că pentru niciuna dintre TPI nu s-a obținut un nivel absolut de SeSt, ci doar unul relativ.

Cele 8 TPI pot fi împărțite în 4 categorii.

1. TPI care sunt mai caracteristice pentru altă sferă de patologie decât pentru SiBF: „se consideră acuzat, desconsiderat, înjosit, jignit, umilit, admonestat” (trăsătură importantă pentru persoanele cu afecțiuni renourinare (3)) și „activ, energetic” (trăsătură caracteristică mai ales pentru pacienții cardiaci); asocierea aparent mai puternică a TP „nu ține supărarea” cu afecțiunile duodenale o privim ca fiind mai degrabă accidentală (ținând cont de valorile numerice asociate);

2. TPI asociate, cu oarecare SeSt, doar cu SiBF dintre toate sferile de patologie: „gelos, posesiv”, „nu îi plac zgomotele”, „nu îi plac mirosurile”; în plus, o TP care le reunește pe ultimele două: „nu

îi plac zgomotele și/sau mirosurile”; TP „nu ține supărarea” ar trebui, probabil, încadrată tot aici;

3. o TP („nu ripostează”) prezentă și la pacienții cu afecțiuni biliare organice (AfBO), dar relevantă mai ales pentru grupul reunit al pacienților cu simptome biliare având sau nu un substrat organic (așadar pacienții cu AfBO comasați cu cei cu SiBF); pe aceasta din urmă o vom discuta mai detaliat într-un articol ulterior dedicat unui posibil PP biliar.

Dintre toate TPI, cea mai caracteristică pentru pacienții cu SiBF este „gelos, posesiv”. Există patru argumente în acest sens:

- valoarea OR (7,18) este cea mai mare;
- limita inferioară a intervalului de încredere pentru OR (2,73) este la o distanță apreciabilă față de unitate;
- probabilitatea de eroare (4×10^{-5}) are valoarea cea mai mică (rămânând însă cu un ordin de mărime mai mare decât cea admisă de noi pentru a considera rezultat ASS);
- SiBF sunt singura sferă de patologie asociată semnificativ cu această TP.

Această TP, pe care am întâlnit-o mai ales la femeii și care pare să exprime un simț al proprietății excesiv, reprezintă o nuanță diferită de cea pe care o întâlnim la pacienții cu afecțiuni renourinare, unde accentul este pus nu atât pe ceea ce „este al meu și aș vrea să țin numai pentru mine” (cum este cazul la persoanele cu SiBF), cât pe ceea ce „mi se cuvine și sunt îndreptățită să primesc” (3)

Considerăm așadar TP „gelos, posesiv” ca reprezentând nucleul PP biliar funcțional (PPBF). Practic, ar trebui să ne limităm la această TP în tentativa de a găsi un PPBF. Pentru a obține un tablou mai nuanțat însă, am luat în considerare și alte TPI, a căror asociere cu SiBF are o SeSt mai modestă.

Înțelegerea esenței PPBF este mai ușoară dacă îl prezentăm în contrast cu PPBO. Persoana cu PPBF se deosebește de cea cu PPBO prin absența tendinței de a accepta reprimarea și printr-o natură mai extrovertită și mai energetică. Ea nu își înăbușă nemulțumirile și nici reacțiile la situațiile frustrante sau supărătoare. În plus, are un sentiment al valorii de sine și o conștiință a ceea ce îi aparține mai accentuate. Singura TP care pare să nu se încadreze în acest tablou este „nu ripostează”. Această TP este caracteristică însă nu atât pentru PPBF, cât pentru un eventual PP biliar. Subliniem că PPBF nu include reprimarea nemulțumirii, dar nici manifestarea fățișă, vehementă a acesteia – așadar nu include o

eventuală TP „ripostează”. Înclinația de a nu riposta creează propensiunea pentru afecțiuni biliare (și hepatice), cu două nuanțe:

- când această înclinație este pronunțată, ducând la reprimarea nemulțumirii, crește riscul de AfBO (sau chiar de afecțiuni hepatice, dacă este vorba de o nemulțumire profundă, de durată);
- când această înclinație este mai puțin pronunțată, în asociere cu o fire mai energică și mai sigură de sine, se deschide terenul pentru SiBF, fără a se ajunge însă până la leziuni biliare organice (și, cu atât mai puțin, până la patologie hepatică).

Fiind asociate cu un spectru de patologie similar, am reunit cele două TPi „nu îi plac zgomotele” și „nu îi plac mirosurile” într-o unică TP; corectitudinea acestui gest este demonstrată de ameliorarea SeSt (TP reunită se asociază cu SiBF cu o probabilitate de eroare mai mică decât fiecare dintre cele două TPi care o constituie). Am obținut astfel TP „nu îi plac zgomotele și/sau mirosurile”, a cărei semnificație este mai greu de înțeles. În plus, relevanța ei este discutabilă, ținând cont că este prezentă la mai puțin de o cincime din pacienți. Pe de altă parte, SiBF sunt singura sferă de patologie cu care această TP pare să aibă o oarecare afinitate. O putem înțelege dintr-o perspectivă specifică sau dintr-una nespecifică. Semnificația specifică pentru pacienții cu SiBF: zgomotele sau mirosurile sunt privite drept o violare a spațiului personal, spațiu pe care pacientul îl consideră ca aparținându-i (așadar aceeași idee de posesivitate). Din perspectivă nespecifică, TP în discuție este probabil expresia unei ușoare irascibilități (prin contrast cu iritabilitatea francă a pacienților cu AfBO): pacientul cu SiBF este calm într-un mediu confortabil, dar se simte agasat de mirosuri sau zgomote puternice. Iar reacția lui este imediată – de obicei, nu și-o reprimă, ci și-o manifestă acționând în sensul îndepărtării sau evitării factorului generator de disconfort. Nu întotdeauna însă are o astfel de reacție: uneori, el „nu ripostează”. Sau, nuanțând, pacientul cu SiBF este mai puțin dispus să accepte lucruri care îi displac (decât pacientul cu AfBO), fără a le respinge însă cu toată energia.

Cititorul se va întreba, probabil, cu ce sferă de patologie se asociază pornirea de a respinge cu toată energia situațiile/lucrurile dezagreabile;

iar răspunsul este: cu niciuna. Atitudinea cea mai sănătoasă, cea mai profilactică este de a respinge categoric orice nu ne convine – o astfel de atitudine nu predispune la nicio boală¹. Invers, cu cât gradul de reprimare este mai intens, cu atât patologia este mai severă și afectează organe mai profunde, mai importante. Aceste observații sunt valabile nu numai pentru patologia hepatobiliară. O trecere similară de la funcțional la organic în paralel cu accentuarea unei anumite TP nocive se poate constata la practic toate celelalte sfere de patologie: cardiovasculară, respiratorie, digestivă superioară, digestivă inferioară, renourinară².

Pe aceeași linie (a înclinației reduse de a accepta reprimarea) se încadrează și TP „se consideră acuzat, desconsiderat, înjosit, jignit, umilit, admonestat”. În plus, această TP sugerează o anumită conștiință a valorii de sine și a ceea ce i se cuvine (sesizăm aici similitudinea cu TP „gelos, posesiv”, care este expresia conștiinței a ceea ce îi aparține). Această TP de personalitate este însă mai puțin caracteristică pentru PPBF, fiind tipică însă pentru PP renourinar (3) și pentru PP esofagian (variantă a PP digestiv superior (1)). De remarcat că în cadrul celor trei PP, această TP are trei substraturi diferite:

- la PP urinar este expresia dorinței de dreptate, de corectitudine – persoana respectivă consideră că merită să fie tratată altfel, că nu este corect să fie admonestată/jignită, că este acuzată pe nedrept; preocuparea centrală este pentru relațiile interpersonale, cu accentul pe ideea de echitate;
- la PP esofagian ponderea se deplasează asupra ideii de ierarhie, de autoritate și subordonare (și nu de egalitate ca la PP urinar), cu accentul pe cea de-a doua: subordonarea – individul se simte oprimat, constrâns, obligat să facă anumite lucruri, deși de felul lui nu este o ființă supusă ori dispusă să accepte tirania (prin contrast cu PP hepatic);
- la PPBF senzația de înjosire/umilire se leagă mai ales de ceea ce persoana respectivă consideră că îi aparține, fără a intra în discuție noțiunea de corectitudine. Nu este vorba de o împărțire după criteriile de echitate sau de merit (cum este cazul la

¹Cel puțin nu direct. Desigur, funcționarea societății ar fi imposibilă dacă toți oamenii ar avea o astfel de atitudine (de fapt, însăși constituirea istorică a societății umane ar fi fost imposibilă), ceea ce ar duce la prăbușirea întregii infrastructuri a societății (marea majoritate a oamenilor își fac meseria nu pentru că le place, ci pentru că le asigură subzistența). Haosul rezultat ar fi urmat de apariția epidemiilor și a patologiei traumatice caracteristice pentru aceste circumstanțe.

²Vom detalia acest aspect într-un articol ulterior.

PP urinar), cu atât mai puțin de o împărțire în funcție de necesități; persoana cu PPBF consideră că acel lucru (obiect, poziție, privilegiu, persoană etc.) îi aparține ei și nimănui altcuiva printr-un dat al firii („ce-i al meu e al meu”) — și nu se pune problema să-l împartă cu altcineva sau să-l negocieze. De aceea, nu rareori o astfel de persoană va imprima o semnificație paradoxală noțiunilor de jignire, desconsiderare, acuzație, nedreptate: dacă cineva nu-i acordă sau îi ia ceea ce ea consideră că îi aparține, ea va socoti că acest gest semnifică lipsă de respect sau reprezintă o pedeapsă/admonestare/acuzație nedreaptă.

Faptul că „nu ține supărarea” este consecința tendinței reduse de a-și reprima nemulțumirile. Nu este o TP prea caracteristică și nu trebuie folosită ca element de diagnostic diferențial. Trebuie interpretată doar ca subliniind înclinația mai pronunțată (decât la PP biliar organic sau hepatic) de a se manifesta și de a reacționa la opresiune ori frustrare.

Pornirea de a fi „activ, energetic” este, și ea, aliniată ideii de manifestare în exterior. De subliniat că această tendință se menține chiar și în prezența simptomelor (în timp ce la pacientul hepatic, de exemplu, boala determină, în mod caracteristic, astenie, apatie, abulie). Deși această TP nu este specifică pentru PPBF (apare și la PP cardiac), intenția subiacentă este definitorie pentru PPBF, căci acțiunile întreprinse vizează, de obicei, dobândirea, menținerea, întreținerea a ceva ce persoana respectivă socotește că îi aparține de drept. Dimpotrivă, în cazul PP cardiac, eforturile sunt dirijate, în mod tipic, către ceva exterior (persoană, preocupare, țel etc.), căruia pacientul cardiac i se dedică uitând de sine. Focarul preocupărilor sale se află în exterior, în timp ce la pacientul cu SiBF punctul focal se menține în interior.

În concluzie, putem construi PPBF centrându-l pe ideea de posesiune, din care emană direct atitudinea specifică acestui PP („gelos, posesiv”), cât și felul în care își protejează ambianța personală (respingând/eliminând orice stimul, fizic sau emoțional, care i-ar putea-o invada ori altera: „nu îi plac zgomotele și/sau mirosurile”, „nu ține supărarea”). Când cineva/ceva atentează la ceea ce el consideră că îi aparține, se simte ofensat și nedreptățit („se consideră acuzat, desconsiderat, înjosit, jignit, umilit, admonestat”), motiv pentru care ac-

ționează viguros pentru a remedia situația („activ, energetic”).

Subliniem că rezultatele obținute de noi nu au mai fost sesizate de alți cercetători, în literatura de specialitate, demersurile referitoare la psihosomatica SiBF fiind foarte rare.

Cunoașterea PPBF reprezintă punctul de plecare în utilizarea unor metode psihoterapeutice prin care un individ cu SiBF să fie ajutat să-și înțeleagă tendința la posesivitate și, mai ales, să realizeze că aceasta îi poate genera frustrare sau îl poate aduce în conflict cu ceilalți oameni. El nu va mai privi acțiunile, gesturile, vorbele celor din jur ca pe un atentat la ceea ce îi aparține și va admite că, indiferent de relația pe care o are (sau a avut-o) cu o anumită persoană, acea persoană nu-i aparține, ci își poate lua propriile decizii și poate face propriile alegeri. Neacceptarea dreptului la existență autonomă al unei astfel de persoane poate deveni o sursă continuă de insatisfacții, întrucât îi provoacă atitudini de posesivitate, care declanșează reacții de respingere și de îndepărtare din partea celorlalte persoane; la acestea, el va fi înclinat să răspundă cu gesturi încă și mai posesive. Astfel se constituie un cerc vicios generator de tot mai multă nemulțumire. Consecința va fi un fond de frustrare tot mai dens, susceptibil să-i inducă sau să-i accentueze SiBF.

El poate realiza însă o răsturnare de perspectivă cu valențe curative: până atunci înclinat să învinovățească exteriorul de supărările lui, el are opțiunea alternativă de a se orienta către interior și de a descoperi aici sursa sentimentelor sale negative. Înțelegând că acestea nu sunt decât o reacție neadecvată, excesivă la circumstanțe altminteri banale, el își poate construi un nou mod de a interpreta evenimentele și de a reacționa la ele, devenind astfel mai apt să se integreze în ambianța relațională. Crizele simptomatice însele pot deveni momente de cotitură — în loc să le mai privească drept nemeritate accidente, el le va considera avertismente destinate a-i atrage atenția asupra felului greșit în care privește și interacționează cu semenii săi.

CONCLUZIE

Un posibil profil psihologic al pacienților cu SiBF ar putea avea drept nucleu tendința spre gelozie și posesivitate, distingându-se de PP biliar organic printr-o natură mai puțin reprimată și mai înclinată să-și exprime nemulțumirile.

BIBLIOGRAFIE

1. **Dragoș D, Tănăsescu MD, Bratu MM** – Un posibil profil psihologic al pacienților cu afecțiuni digestive superioare. *Revista Medicală Româna* 2008; LV: 195-205.
2. **Abraham HD, Anderson C, Lee D** – Somatization disorder in sphincter of Oddi dysfunction. *Psychosom Med* 1997; 59: 553-557;
3. **Dragoș D, Tănăsescu DM, Bratu MM** – A Possible Psychological Profile of the Patients with Lower Urinary Disorders. *"Ovidius" University Annals of Medical Science – Pharmacy* 2007; I: 1;

Vizitați site-ul

SOCIETĂȚII ACADEMICE DE MEDICINĂ A FAMILIEI

www.samf.ro