

Inteligența emoțională, astmul bronșic și emoțiile

Emotional intelligence, bronchial asthma and emotions

Drd. ANDREEA-CORINA ROPOTEANU (ZANFIR), Coord. Prof. Univ. Dr. IOAN – BRADU IAMANDESCU

Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila”, București

REZUMAT

Am ales această temă, cunoscut fiind faptul că emoțiile puternice, fie pozitive, fie negative, ca și vulnerabilitatea față de stres reprezintă adesea factori importanți în declanșarea, menținerea și accentuarea simptomatologiei astmului bronșic. În urma aplicării unui test situațional de inteligență emoțională pe un lot de pacienți cu astm bronșic, am constatat că nivelul coeficientului de inteligență emoțională este semnificativ scăzut față de un lot de control format din pacienți clinic sănătoși. De aceea conștientizarea, înțelegerea, controlul și dirijarea emoțiilor într-o direcție adaptativă constituie un factor predictiv pentru ameliorarea simptomatologiei și implicit a calității vieții pacienților cu astm bronșic. În final am propus un plan de psihoterapie în 7 pași pentru pacienții cu astm bronșic ce are drept obiective principale ameliorarea simptomelor și implicit a calității vieții acestora.

Cuvinte cheie: inteligență emoțională, astm bronșic, emoții

ABSTRACT

I have chosen this subject, being generally known the fact that strong emotions, either positive or negative, as well as vulnerability to stress are often major factors in triggering, maintaining and emphasising the symptoms of bronchial asthma. We applied a situational test of emotional intelligence on a group of asthmatic patients and we observed that the level of emotional quotient is very low compared with a control group made by clinically healthy patients. That is why emotions awareness, understanding, control and directing to one adaptive direction of patients with bronchial asthma represents a predictive factor for the improvement of symptoms and implicitly an improvement of the quality of life of patients with bronchial asthma. Finally, we proposed a group psychotherapy plan in 7 steps for asthmatic patients that has as main objectives to improve symptoms and therefore the patients' quality of life.

Key words: emotional intelligence, bronchial asthma, emotions

Cei mai mulți dintre autorii care au încercat să definească inteligența emoțională au pornit de la întrebarea: „Cum reușește un om cu un coeficient de inteligență generală

scăzut să se descurce surprinzător de bine în aproape tot ceea ce întreprinde și cum este posibil ca un om cu un IQ ridicat să se zbată din greu pentru a obține niște rezultate mediocre?” Sunt foarte puține cazurile în care IQ-ul

Adresă de corespondență:

Drd. Andreea-Corina Ropoteanu (Zanfiri), Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila”, B-dul Eroilor Sanitari, Nr. 8, București

determină succesul, cercetările demonstrând că acest lucru se întâmplă în proporție de 20%, restul de 80% fiind generat de alți factori. În general succesul în plan personal, social, profesional este determinat într-o mică măsură de performanța cuantificabilă și într-o măsură semnificativă de variabile precum: controlul impulsurilor și amânarea satisfacției, cunoașterea propriilor posibilități și aprecierea realistă a acestora, cunoașterea și înțelegerea emoțiilor și controlul manifestărilor comportamentale, motivația, perseverența, dezvoltarea abilităților de interrelaționare. Toate acestea pot fi reunite în conceptul de inteligență emoțională.

În timp ce intelectul ne ajută să rezolvăm probleme, să facem calcule sau să procesăm informații, inteligența emoțională (EQ) ne permite să fim **mai creativi** și să ne folosim emoțiile pentru a ne rezolva problemele. Inteligența emoțională este „abilitatea de a percepe și exprima, de a asimila emoții în gândire, de a înțelege prin prisma emoțiilor și de a regla emoțiile proprii și ale altora” (Mayer, Caruso, Salovey, 2000).

Vorbind despre baza neurologică a emoțiilor, Goleman consideră că de la lobul olfactiv din creierul arhaic sau visceral au început să evolueze centrii străvechi ai emoției (Goleman, 2001, p. 25). Creierul visceral reglează funcțiile de bază ale organismului, precum respirația, metabolismul, controlul reacțiilor motorii, asigurând supraviețuirea. Acest creier rudimentar este alcătuit din două zone, hipocâmpul și amigdala, unde se află și centrii olfactivi, care la speciile primitive asigurau adaptarea la mediu (Roco, 2001, p. 136).

Hipocâmpul și nucleul amigdalian erau cele două zone cheie ale primitivului „creier al nasului” (Goleman, 2001, p. 30). În vreme ce hipocâmpul asigură o memorie cât mai bună a unui eveniment stresant, nucleul amigdalian reține partea emoțională care însoțește situația respectivă.

Iată cum descrie Goleman activarea neurofiziologică în situații de stres: „Într-o stare de stres (anxietate sau emoție intensă, respectiv bucurie), un nerv care pornește de la creier ajunge la glandele suprarenale, determinând o secreție de hormoni, epinefrine și norepinefrine, care circulă prin corp, dând semnalul că este o stare limită. Acești hormoni activează receptorii nervului vag, care transmite mesaje de la creier pentru a regla inima și le transmite și înapoi la creier, generând epinefrine și norepinefrine. Nucleul amigdalian este locul principal din creier unde se duc aceste semnale; acestea activează

neuronii din nucleul amigdalian, care semnalizează altor regiuni ale creierului, în așa fel încât să sporească amintirea a ceea ce se întâmplă. Această trezire a nucleului amigdalian se pare că imprimă în memorie majoritatea momentelor de intensă activitate emoțională cu un grad suplimentar de forță” (Goleman, 2001, p. 36-37). Cu cât această trezire este mai intensă, cu atât amintirea este mai puternică – de pildă lucrurile care ne îngrozesc cel mai mult sunt cele mai greu de șters amintiri.

În investigarea dimensiunilor inteligenței emoționale, cercetătorii au utilizat concepte precum abilități sociale, competență interpersonală, maturitate psihologică, învățare socială și emoțională. „Inteligența emoțională ne armonizează cu mediul și cu noi înșine” (Roco, 2001, p. 138).

Robert Wood și Harry Tolley (2007) au construit un test de autoevaluare a nivelului de inteligență emoțională, pornind de la cele cinci componente general acceptate ale acesteia, și anume:

- 1. autoreglarea** – capacitatea individului de a-și dirija emoțiile și de a controla propria stare emoțională;
- 1. conștiința de sine** – cunoașterea și înțelegerea propriilor sentimente;
- 1. motivația** – canalizarea sentimentelor pentru atingerea scopurilor propuse;
- 1. empatia** – capacitatea de a identifica și de a descifra sentimentele celorlalți;
- 1. abilitățile sociale** – stabilirea relațiilor cu ceilalți și influențarea acestora.

IE este o combinație de trăsături puternice și slăbiciuni ce pot fi îmbunătățite, fiind perfectibile. Aceste componente sunt legate între ele, fiecare depinzând de nivelul de dezvoltare al celorlalte și problema constă în cum anume va fi echilibrată această combinație de componente și cum ne va influența viața în bine sau în rău. Indiferent dacă ne place sau nu, sentimentele ne dirijează comportamentul și trebuie să ne decidem dacă ne folosim sentimentele pentru a face ceea ce ne propunem în viață sau ne împotrivim lor. Astfel, folosirea emoțiilor într-un mod constructiv sau pe care îl considerăm potrivit – **autoreglare**, este o aptitudine care se bazează pe un nivel ridicat de autocunoaștere – **conștiința de sine**. Cei care își pot identifica propriile sentimente – conștiința de sine, sunt capabili să le identifice și să le înțeleagă și pe ale altor oameni – **empatie**. Pe de altă parte, toate aceste abilități se formează în și prin intermediul relațiilor cu ceilalți, prin comunicare, comparație, necesitând **dezvoltarea abilităților sociale**. Pe de altă parte,

fără a ne cunoaște suficient, fără conștiința de sine care ne dă puterea de a realiza ceva, este puțin probabil să intrăm în vreo competiție – **automotivarea**.

M. Roco (2001, p. 137-138) consideră că emoțiile sunt importante deoarece ele asigură:

- **Supraviețuirea** – funcționează ca un sistem interior de ghidare, ne atenționează;
- **Luarea deciziilor** – este important ceea ce simțim în legătură cu deciziile luate și acest lucru ne influențează alegerile;
- **Stabilirea limitelor** – ne ajută să tragem semnale de alarmă atunci când ne deranjează comportamentul altor persoane și să exprimăm acest lucru
- **Comunicarea** – ne ajută să comunicăm cu ceilalți, însoțind limbajul verbal cu expresii emoționale care transmit informații suplimentare;
- **Unitatea** – empatia, compasiunea, cooperarea, iertarea, au potențialul de a ne uni ca specie.

În general „sentimentele ne unesc, convingerile ne despart“.

În ceea ce privește pacienții cu astm bronșic „unul dintre aspectele cele mai importante care pot optimiza tratamentul în cazul acestei afecțiuni ar trebui să fie luarea în considerații a componentei emoționale care stă la baza apariției și menținerii acesteia.“ (Holdevici, 2009, p. 330)

O legătură foarte apropiată între astm și psihic a fost recunoscută încă din antichitate. În evul mediu și la începutul epocii moderne, autorii care au scris despre astm, precum Maimonides, van Helmont, Floyer, Buchan și Cullen au pus accentul pe „pasiunile violente ale minții“ ca trigeri principali ai crizelor de astm și pe importanța evitării furiei excesive sau a fricii la pacienții predispuși către această boală. În secolul al XIX-lea, Salter, împreună cu alți autori au continuat să vorbească despre credința potrivit căreia, atât emoțiile puternice, cât și oboseala pot produce sau exacerba crizele. Din punct de vedere istoric, legătura dintre emoții și astm a fost probabil cel mai greu de contestat aspect al bolii.

Studiile inițiale privind aspectele psihogene ale bolii erau realizate în principal în clinicile de alergologie și aveau tendința de a contopi aspectele psihologice și imunologice ale bolii. În 1930, fizicianul german Erich Wittkower a publicat rezultatele investigațiilor sale asupra personalității astmaticului. Wittkower a comparat 55 de pacienți de la o clinică de alergologie cu un lot de control format din același număr de subiecți

și a constatat că pacientul alergic tipic este delicat, copilul unic al unei familii de clasă socială superioară devenit un adult neadaptat din punct de vedere social și emoțional, nu numai insistent, contestat, elitist, nevrotic cu polinoză, dar și stereotipul izolatului, copilului astmatic delicat (Wittkower, E., 1938, p.352-369).

Date fiind rădăcinile adânc îngropate ale astmului, numai psihoterapia de lungă durată poate conduce la restabilirea echilibrului emoțional care va permite pacienților lui Dunbar „să respire din nou“ (Dunbar, 1947, p. 177).

Una dintre cele mai importante trăsături de personalitate identificate la pacienții cu astm bronșic este vulnerabilitatea față de stres (Iamandescu, 2007, p. 228).

Într-un studiu publicat în 1985, I. B. Iamandescu a constatat că la 66% dintre pacienții studiați, primele crize de astm au apărut *ca urmare a unor evenimente traumatice din punct de vedere psihic*, în general de ordin familial, în special conflicte maritale, culminând cu divorțul. Nici unul dintre pacienții incluși în studiu nu s-a dovedit a avea însă astm bronșic psihogen pur, 89 dintre aceștia având astm bronșic alergic și 31 astm intrinsec. Cu alte cuvinte, *deși stimulii de natură psihică pot declanșa crize de astm bronșic, aceștia nu se constituie în factori etiologici exclusivi*, acțiunea lor depinzând și de alte elemente precum antecedentele heredo-colaterale și hiperreactivitatea bronșică (Iamandescu, 2007, p. 225-226)¹.

Așa cum personalitatea este unitatea bio-psiho-socio-culturală a individului, la fel și boala implică tulburare fizică (somatică), suferință sufletească (psihică), apăsare morală, modificarea statutului și rolului psihosocial și profesional al persoanei (axiologică) și împiedică desfășurarea firească a existenței (ontologică). Toate aceste dimensiuni ale bolii își lasă amprenta asupra personalității pacienților. Pe de altă parte, se pot distinge în personalitatea bolnavului trăsături cu rol predispozant, care contribuie la instalarea sau agravarea anumitor boli psihosomatiche, alături de alți factori etiologici. O trăsătură particulară a personalității bolnavului psihosomatic este raportul său cu boala, suferința fiind însoțită de un cortegiu de fenomene clinice plastice, elaborate și întreținute atât de către bolnav, cât și de către persoanele apropiate acestuia sau chiar de medicul curant. Pentru a-l putea înțelege însă și explica pe omul bolnav,

¹Rezultatele studiului au fost publicate de I.B. Iamandescu în Teza sa de Doctorat (1980) și în articolul „Rolul factorilor psihoemoționali în etiopatologia astmului bronșic“, *Viața medicală*, 1985, 1, p. 34-39.

trebuie să ne întoarcem la omul sănătos, cel de dinaintea îmbolnăvirii. (Enăchescu & Enăchescu, 2008, p. 185-189).

Sivadon (1973) afirma că personalitatea bolnavilor se modifică pe parcursul evoluției clinice a bolii, apărând aspecte psihologice noi, în special în plan emoțional-afectiv, cognitiv și relațional. Aceste schimbări au drept cauze teama, grija și autoanaliza și favorizează apariția următoarelor modificări individuale concretizate în plan relațional și comportamental:

- regresia urmată de egocentrism și dependență
- transferul și contratransferul față de medic și personalul de îngrijire, fie de tip pozitiv (încredere), fie de tip negativ (neîncredere)
- pierderea autonomiei și chiar instalarea unor stări anxios-depresive.

După ce în 1860, Slaver (în Melmed, Roth, Edelstein, 1990) a evidențiat declanșarea crizelor de astm ca urmare a emoțiilor puternice, studiile efectuate în continuare au demonstrat că este de necontestat etiologia psihogenă a astmului în majoritatea cazurilor. În capitolul publicat în volumul Psihosomatică Generală și aplicată (Iamandescu, 2008)², observam cum o serie de cercetători au studiat implicația **stilului de personalitate** ca mediator al răspunsului la stres. Astfel, o modificare a teoriei neajutorării învățate propusă de Abramson și colaboratorii săi (1978) argumentează faptul că, atunci când indivizii atribuie evenimentele negative unor cauze interne („este vina mea”), stabile în timp („va dura o veșnicie”) și care afectează multe domenii ale vieții lor („va avea impact asupra întregii mele activități”), aceștia au o probabilitate crescută de a deveni deprimați, neajutorați, deci vulnerabili în fața evenimentelor negative. Cercetările au demonstrat că în general, indivizii cu un stil **atribuțional pesimist**, tind să simtă că au un control redus asupra vieții și asupra stării lor de sănătate, deci o funcționare deficitară a sistemului imunitar comparativ cu subiecții cu un stil atribuțional optimist. Cei cu stilurile atribuționale pesimiste pot de asemenea să nu se îngrijească suficient sau să nu respecte întocmai tratamentele prescrise, iar comportamentul negativ poate conduce la îmbolnăvire (Atkinson, Atkinson, Smith, Bem, 2002).

O altă direcție de cercetare s-a concentrat pe indivizii rezistenți la stres, care nu devin afectați

fizic sau emoțional chiar în confruntarea cu evenimente stresante majore. Rezultatele unei cercetări realizate de Kobasa (1979) pe un număr de peste 600 de subiecți care au făcut parte din personalul de conducere al unei firme, au arătat că cei rezistenți se deosebeau de cei vulnerabili și care se îmbolnăveau în condiții de stres în trei privințe majore: erau mai activ **implicați în muncă și în viața socială**, mai **orientați spre provocare și schimbare** și se simțeau mai **capabili să controleze evenimentele din viața lor**.

Un pattern comportamental care a primit o mare atenție este personalitatea de tip A. Indivizii care manifestă acest pattern comportamental sunt extrem de competitivi, orientați spre realizare, au un simț al urgenței temporale deosebit de dezvoltat, le este dificil să se relaxeze și devin furioși și nerăbdători atunci când au parte de întârzieri sau sunt nevoiți să lucreze cu indivizi considerați incompetenti. Ei prezintă o neîncredere mascată printr-o încredere excesivă în forțele proprii și se forțează pentru a face cât mai multe lucruri într-un timp cât mai scurt. Aceștia sunt în general predispuși către o boală cardiacă prin modul hiperreactiv în care sistemul lor nervos simpatic răspunde la stres (Friedman, Rosenman, 1974). Pe de altă parte, indivizii cu **personalitate de tip B** sunt capabili să se relaxeze, le lipsesc simțul urgenței, nerăbdarea și se înfurie greu. **Când indivizii neostili, de tip B sunt excitați și supărați, sistemul lor nervos parasimpatic acționează ca un comutator de oprire pentru a-i calma.**

În cazul astmului bronșic, situațiile de stres acut produc reacții neurovegetative puternice, cu eliberare masivă de mediatori, lucru care acționează negativ asupra bronșiilor hiperreactive. În general, astmaticii sunt caracterizați de o anumită fragilitate **psihemoțională – „hiperemotivitate, anxietate, fobii”** (Iamandescu B.I., 1993, p. 176) care în corelație cu excitanții emoționali puternici din mediu poate conduce la exacerbarea simptomelor și la creșterea frecvenței crizelor de astm.

S-au realizat o serie de experimente bazate pe declanșarea reflexă, condiționată a crizelor de astm, după modelul școlii pavloviene, la vederea pe un ecran tv a unei expoziții de pisici (Păun, Popescu, 1983) sau a unei băți cu perne umplute cu fulgi (Iamandescu, 1980). S-a constatat că la **introverțiți condiționarea patologică este mai facilă** (Taylor, 1975).

Studiile realizate asupra personalității astmaticului cu o baterie de teste din care s-au reținut în final numai MMPI și Rorschach (Iamandescu, 1980) au demonstrat că **nu există un tip de personalitate unitar, specific bolnavului astmatic**, ci o **gamă variată de trăsături de personalitate care**

²Zanfir, A.C., „Strategii de coping și elemente generale de psihoterapie în bolile psihosomatice”, publicat în vol. „Psihosomatică generală și aplicată” S (2008), sub coord. I.B. Iamandescu.

vulnerabilizează pacientul față de stres. Printre trăsăturile identificate, enumerăm „**anxietatea, trăsături paranoide – tenacitate, perseverență, încăpățănare, suspiciozitate, un grad crescut de introversie, imaturitate emoțională, tendințe obsesive și fobice precum și elemente depresive**” ca urmare a reculului somato-psihiic al bolii (Iamandescu, 1993, p. 182).

În 1956, Rees a efectuat un studiu pe un număr mare de subiecți cu astm bronșic, identificând scoruri ridicate la **anxietate, timiditate, hipersensibilitate și trăsături obsesive.** Autorul a observat de asemenea la copiii cu astm bronșic, **atitudini greșite ale părinților** precum **hiperprotecția și mai rar respingere și perfecționism** (în Holdevici, 2009, p. 329).

Anxietatea, panica, frustrarea, furia, imaturitatea, tristețea, izolarea au fost identificate ca fiind consecințe ale astmului (Peck, Bray, Kehle, 2003).

Cohen (1971) subliniază și el **rolul anxietății, sugestiei și condiționării** în declanșarea crizei de astm, fapt demonstrat și de cercetările de laborator în cadrul cărora au putut fi declanșate în mod artificial crize de astm. A devenit celebru deja cazul unui pacient alergic la trandafiri care a declanșat o criză de astm la vederea unei vase cu flori artificiale (Holdevici, 2001, p. 265-266; 2009, p. 329).

Din cauză că atacurile de astm sunt în cea mai mare parte imprevizibile și pacienții nu au siguranța dată de prezența medicului specialist, așa cum era în spital pe perioada internării, aceștia **vor căuta în mediul înconjurător anumite indicii predictive în legătură cu declanșarea crizei** (De Peuter, Put, Lemaigre, Demedts, Verleden & Van Den Bergh, Aug. 2007). Cum crizele vechi își păstrează reprezentarea în memorie, experiențele următoare care au elemente comune cu primele declanșează activarea celor vechi din memorie, activare care conduce la structurarea noii experiențe. Pacienții cu astm bronșic manifestă în mod pronunțat tendința de a actualiza din memorie informații care au legătură cu situația actuală în interpretarea simptomelor (Rietveld & Houtveen, 2004).

Enăchescu & Enăchescu (2008, p. 68-69) au desprins trei tipuri constituționale psihosomatice, respectiv:

1. Tipul A sau simpaticoton, caracterizat prin dominarea activității sistemului nervos simpatic, teren care predispune pacientul către următoarele afecțiuni: hipertensiune arterială, migrenă, infarct miocardic, accident vascular cerebral, hemoragie cerebrală, hipertiroidie Basedow, atacuri de panică.
2. Tipul B sau parasimpaticoton (vagal) este caracterizat prin dominarea sistemului

nervos parasimpatic, acești pacienți fiind predispuși către ulcer gastric și/sau duodenal, colită spastică, rectocolită ulcerohemoragică, astm bronșic, alergii cutanate, urticarie.

3. Tipul C sau amfoton, caracterizat prin manifestarea mixtă a sistemului nervos vegetativ, atât simpatic, cât și parasimpatic, acest teren predispunând pacienții către afecțiuni osteoarticulare, musculare, genitourinare, tulburări de dinamică sexuală.

De asemenea, autorii menționați consideră că în patogeneza psihosomatică a tulburărilor respiratorii sunt implicate două categorii de factori, respectiv **anxietatea și stări emoționale diferite asociate cu situații fobice** care pot produce tahipnee sau apnee (op.cit., p. 148).

Păunescu-Podeanu (1969) au realizat o tipologie a bolnavilor psihosomatici, împărțindu-i în trei categorii:

1. bolnavul dificil frustrat, incidental care acuză afecțiuni vagi, fără o localizare precisă și care, pentru a se liniști, așteaptă asigurări din partea medicului în privința faptului că nu suferă de nimic grav;
2. bolnavul dificil de formă severă, majoră care este în permanență preocupat de afecțiunea sa și nemulțumit de felul în care este tratat, considerând că nu i se acordă suficientă atenție. Acesta are tendința de a exagera, este nemulțumit, revendicativ, neliniștit, insomniac, face acuze nefondate asupra medicului și personalului de îngrijire;
3. tipurile intermediare care includ cinci subtipuri:
 - bolnavul itinerant, ușor de influențat, care merge la medic pentru suferințe banale sau imaginare, rezultate în urma lecturilor sau discuțiilor cu alți bolnavi;
 - studentul la medicină care își autoinduce o „patologie de lectură”;
 - bolnavul neurastenic mascat care acuză suferințe somatice rebele, care rezistă în general oricărui tip de tratament, însă recunosc existența unor traume psihoemoționale în istoria de viață;
 - bolnavul suspicios este cel care consultă o serie de medici recunoscuți cărora le relatează cu lux de amănunte simptomele pe care le are și nu urmează prescripțiile nici unuia dintre aceștia;
 - bolnavul conștiincios, obedient este cel care urmează cu rigurozitate prescripțiile medicului curant și se concentrează excesiv asupra afecțiunii sale, fiind înfricoșat de seriozitatea acesteia și având o gândire catastrofizantă.

Într-un studiu realizat între anii 2007-2010 pe un lot de pacienți diagnosticați cu astm bronșic și în paralel pe un lot de control format din pacienți clinic sănătoși cu ocupații în domenii socioumane și stabiliți în mai multe regiuni ale țării, am constatat că subiecții din primul lot au înregistrat scoruri semnificativ scăzute la coeficientul de inteligență emoțională, comparativ cu subiecții din cel de-al doilea lot. Prezentăm în continuare un tabel cu diferența dintre mediile realizate pe ambele grupuri la cele cinci competențe ale inteligenței emoționale (Tabelul 1).

TABELUL 1

	Scor maxim	Media scorurilor obținute	
		Grup de control	Grup experimental
Coeficient de IE	252	189,5	161,34
Autoreglare	48	35,6	33,38
Conștiință de sine	72	55,23	46,65
Empatie	48	34,52	31,13
Motivație	48	39,12	32,75
Abilități sociale	36	25,03	17,42

Cu alte cuvinte, apare evident faptul că **subiecții astmatici din populația testată au un coeficient de inteligență emoțională în general scăzut** și extrapolând, putem afirma că pacienții diagnosticați cu astm bronșic au un nivel în general scăzut al inteligenței emoționale. În consecință, putem afirma că **pacienții sunt mai puțin capabili de a-și controla și dirija emoțiile (autoreglare), de a conștientiza sentimentele proprii și pe ale celorlalți (conștiință de sine), de a înțelege și a se transpune în situația altora (empatie), de a identifica și stabili scopuri care îi pot conduce spre succes (motivație), de a iniția și menține un cerc extins de relații sociale, de a se integra cu ușurință în grupuri (abilități sociale)**. Fără îndoială că în funcție de mediul psiho-socio-emoțional în care s-au format și de mediul socio-profesional în care activează, pacienții **pot dezvolta anumite competențe ale inteligenței emoționale care le sunt absolut necesare, fie în timp, de la sine**, ca urmare a acumulării experienței de viață, fie în cadrul unor **grupuri de psihoterapie pentru astmatici sau al unor grupuri de dezvoltare personală**.

Ca urmare a acestor constatări, am propus un plan de psihoterapie de grup în șapte pași, cu următoarele teme principale care se pot desfășura pe parcursul mai multor întâlniri:

1. Gestionarea emoțiilor – conștientizarea, diferențierea, controlul și dirijarea eficientă a acestora;

2. Acceptarea bolii și conviețuirea cu ea;
3. Gestionarea anxietății și depresiei;
4. Creșterea încrederii în forțele proprii și a autonomiei în raport cu ceilalți;
5. Gestionarea eficientă a stresului generat de boală. Explorarea, conștientizarea și utilizarea optimă a resurselor interioare în scopul ameliorării bolii;
6. Dezvoltarea asertivității și extinderea cercului relațional;
7. Integrarea morții, ca temă fundamentală a existenței.

Principalele obiective ale acestui program sunt următoarele:

- gestionarea eficientă a emoțiilor – identificarea, conștientizarea, autoreglarea;
- dezvoltarea abilităților de relaționare, de împărtășire cu alții și de învățare din experiențele celorlalți;
- dezvoltarea asertivității;
- identificarea și mobilizarea resurselor interioare pentru ameliorarea bolii;
- managementul stresului;
- dezvoltarea abilităților de a găsi soluții la situațiile problematice legate de boală;
- creșterea autostimei;
- dezvoltarea autonomiei în luarea deciziilor.

Acestea vor fi realizate prin tehnici preluate și adaptate din mai multe școli psihoterapeutice:

- tehnici cognitiv-comportamentale de identificare a distorsiunilor cognitive și combatere a acestora prin gânduri alternative mai raționale, conștientizarea legăturilor dintre gândurile negative automate, emoții și comportament, joc de rol, antrenament asertiv;
- tehnici psihodramatice de elaborare și testare in vivo a unor comportamente mai adaptative în relație cu ceilalți;
- relaxare și hipnoză – utilizarea de scenarii de imagerie mentală și relaxare musculară Jacobson pentru identificarea resurselor inconștiente și creșterea autostimei;
- programare neurolingvistică – tehnici de antrenament mintal, de autoreglare și ancorare în stări resursă;
- analiză tranzacțională pentru identificarea stărilor Eu-lui și deprinderea abilităților de a comunica eficient cu ceilalți, de pe poziția Adultului;
- tehnici experiențiale – muzicoterapie, dansterapie, aromoterapie.

BIBLIOGRAFIE

1. **Abramson, L.Y., Garber, J., Edwards, N., Seligman, M.E.P.** – Expendancy changes in depression and schizophrenia, *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 165-179; 1978.
2. **Atkinson, R.L., Atkinson, R.C., Smith, E.E., Bem, D.J.** – Introducere în Psihologie, București, Editura Tehnică; 2002.
3. **De Peuter, S., Put, C., Lemaigre, V., Demedts, M., Verleden, G., & Van Den Bergh, O.** – Context-Evoked Overperception in Asthma, *Psychology and Health*, 22(6): 737-748; 2007.
4. **Dunbar, F.** – Mind and Body: Psychosomatic Medicine, New York; 1947.
5. **Enăchescu, C., Enăchescu, L.** – Psihosomatică, Iași, Editura Polirom; 2008.
6. **Friedman, M., Rosenman, R.H.** – Type A Behavior, New York, Knopf, 600; 1974.
7. **Gardner, H.** – Frames of Mind: The Theory of Multiple Intelligences, New York: Basic; (1983).
8. **Goleman, D.** – Inteligența emoțională, București, Editura Curtea Veche; 2001.
9. **Holdevici, I.** – Hipnoza clinică, București, Editura Ceres; 2001.
10. **Holdevici, I.** – Hipnoza Clinică, București, Editura Trei; 2009.
11. **Iamandescu, I.B.** – Psychoneuroallergology, București, Editura Amaltea – Medical Publishing House; 2007.
12. **Iamandescu, I.B.** – Psihologie Medicală, vol. 2 – Psihosomatică generală și aplicată, București, Editura Info Medica 2008.
13. **Iamandescu, B.I.** – Stresul psihic și bolile interne, București, Editura All; 1993.
14. **Iamandescu, I.B.** – Corelații psihosomatice în astmul bronșic, Teză de Doctorat, București, IMF; 1980.
15. **Jackson, M.** – Asthma – The Biography, New York, Oxford Univ. Press; 2009.
16. **Mayer, J.D., Caruso, D., and Salovey, P.** – Emotional Intelligence Meets Traditional Standards for an Intelligence, *Intelligence*, 27(4), 267-298; 2000.
17. **Melmed, R.N., Roth, D., Edelstein, E.** – Symptom Anticipation and Learned Visceral Response, *Israel Journal of Medical Sciences*, 26, 43-46; 1990.
18. **Peck, H., Bray, M., Kehle, T.** – Relaxation and Guided Imagery: A School-Based Intervention For Children with Asthma, *Psychology in the Schools*, Vol. 40(6), *Wiley Periodicals, Inc.*; 2003.
19. **Roco, M.** – Creativitate și inteligență emoțională, Iași, Editura Polirom; 2001.
20. **Salovey, P., Mayer, J.D.** – Emotional Intelligence, *Imagination, Cognition and Personality*, 9: 185-211; 1990.
21. **Sivadon, P.** – Traite de psychologie medicale, vol I-III, Paris: PUF; 1973.
22. **Wittkower, E.** – Studies in Hay-fever Patients (The Allergic Personality), *Journal of Mental Science*, 84, p.352-369; (1938).
23. **Wood, R., Tolley, H.** – Inteligența emoțională prin teste, București, Meteor Press. (2007).

REVISTA PRESEI MEDICALE INTERNAȚIONALE

Long-time statin users have lower gallstone risk

People who take cholesterol-lowering statins for at least one to two years appear to be less likely to develop gallstones, a study of nearly two million Danish residents shows.

Among those receiving at least five prescriptions for the drugs, the risk of developing gallstones fell by 11 to 24 percent -- and the more prescriptions, the larger the decrease.

People who had just started taking statins, meanwhile, had a higher risk of developing gallstones, which form when bile stored in the gallbladder hardens into pieces of stone-like material.

That makes sense, study author Dr. Rune Erichsen of Aarhus University Hospital in Denmark told Reuters Health. People are prescribed statins to lower their cholesterol, which is one of the ingredients in gallstones. What's more, high cholesterol is tied to obesity, poor diet, and other factors that can increase the risk of gallstones.

"This is the reason that we find an increased gallstone disease risk in patients (who) just started taking statins," Erichsen said. But after a while on statins, those risks appeared to diminish, which squares with earlier research.

Some gallstones are tiny, while others can be as large as a golf ball. Often they cause no symptoms, but if they become lodged in the wrong place -- blocking the outlet from the gallbladder or pancreas, for instance -- they can cause inflammation and severe pain. Depending on the country, between six and 50 percent of adults in the Western world eventually develop some form of gallstone disease.

Statins, too, are common in the Western world. They are prescribed more than any other class of medications in the U.S. and used by about one in five adults. Their cost ranges widely, from \$11 to more than \$200 per month, and they have been shown to increase the rates of liver dysfunction, kidney failure, muscle weakness and cataracts in some populations.

To investigate further how statins impact gallstones, Erichsen and colleagues reviewed nationwide data collected from 1.7 million people living in Northern Denmark. Nearly 33,000 people developed gallstones between 1996 and 2008.

Reporting in the *American Journal of Epidemiology*, the authors found that more five percent of people who developed gallstones also took statins --

slightly more than among those without gallstones.

But after accounting for diseases tied to gallstones, such as liver and heart problems, people with at least five statin prescriptions had lower rates of gallstones than people who didn't take the drug.

Those with 20 or more prescriptions, for instance, had a 24-percent decrease in their chances of developing gallstones compared with non-users.

In an e-mail, Erichsen noted that the study cannot prove that statins directly caused the decrease.

"However, in the specific issue of statins and gallstone disease, there is compelling evidence that long-term statin use reduces the risk of gallstone disease," the researcher concluded. "Statins reduce the synthesis of cholesterol, so less cholesterol is excreted in the liver, and the risk of gallstone disease eventually seems to decrease."

By Alison McCook
Sursa: Reuters – NEW YORK