

Un posibil profil psihologic al pacienților cu afecțiuni biliare și un ipotetic profil psihologic hepatobiliar

A possible psychological profile of patients with biliary disorders and a hypothetical hepatobiliary psychological profile

Dr. DORIN DRAGOȘ, Dr. MARIA DANIELA TĂNĂSESCU

Spitalul Universitar de Urgență, UMF „Carol Davila”, București,

REZUMAT

Obiectiv: Definirea unui PP al pacienților cu AfB, ca și a unui ipotetic PP hepatobiliar, studiile pe această temă din literatura de specialitate fiind foarte puține sau inexistente.

Metodă: Subiecții au fost pacienți cu diverse afecțiuni interne (printre care AfB). 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: TPi cel mai puternic asociate cu AfB sunt „nu ripostează” și „are tendința de a analiza lucrurile”. Asocieri mai slabe au fost sesizate pentru TPi „își exprimă supărarea”, „dominator”, „fire luptătoare”, „se consideră capabil, înzestrat, superior (celorlalți)” și „nu îi place lipsa de punctualitate”. Pentru nici una dintre aceste TPi, asocierea cu AfB nu a fost absolut semnificativă statistic (vom defini ulterior acest termen).

Concluzii: AfB par să fie favorizate de tendința de a-și înghiți frustrările și mânia. În funcție de intensitatea reprimării, sunt mai probabile simptomele biliare funcționale (reprimare mai slabă) sau AfB organice (reprimare mai puternică). O reprimare încă și mai intensă pare să se asocieze cu afecțiunile hepatice (AfH), conturându-se astfel unui ipotetic PP hepatobiliar.

Cuvinte cheie: profil psihologic, afecțiuni biliare, hepatobiliar

ABSTRACT

Objective. Defining a psychological profile of the patients with BilD, as well as a hypothetical hepatobiliary PP, as few if any references upon this subject are to be found in literature.

Method. The subjects have been patients with various diseases (including BilD). 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, with the aim of finding out if and to what degree is it associated with any among the various areas of pathology.

Results. The PFs most strongly associated with BilD are “he/she does not retort” and “tendency to analyze facts”. Weaker associations were found for PFs “he/she expresses his/her anger”, “domineering”, “he/she is a fighter”, “he/she considers him/herself capable, endowed, superior (to the others)” and “he/she dislikes lack of punctuality”. For neither of these PFs was the association with BilD absolutely statistically significant.

Adresă de corespondență:

Dr. Dorin Dragoș, Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila”, B-dul Eroilor Sanitari, Nr. 8, București

Conclusions. *BilD seem to be more frequent in individuals prone to swallow their frustrations and anger. Depending upon the intensity of the repression, functional BilD (weaker repression) or organic BilD (stronger repression) are more probable. An even stronger repression seems to be associated with liver disorders; hence, a hypothetical hepatobiliary PP.*

Key words: psychological profile; biliary disorders; hepatobiliary

Prescurtări: TP/ TPi = trăsătură/ i psihică/ e; 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 afecțiunea respectivă; AfB = afecțiuni biliare; AfBO = AfB organice; AfH = afecțiuni hepatice; SiBF = simptome biliare funcționale; PP = profil psihologic; PPB = PP biliar; PPBO = PP biliar organic; PPH = PP hepatic.

INTRODUCERE

Studiile vizând intervenția factorilor psihici în AfB sunt cvasiabsente în literatura de specialitate. În două articole anterioare (2, 3) am prezentat cele câteva studii care ating acest subiect (4, 5, 6) și am demonstrat că se poate contura un PP al pacienților cu AfBO, ca și un PP al pacienților cu SiBF. Într-un alt articol, am conturat un PP al pacienților cu AfH (1). Anumite similitudini existente între aceste profile psihologice ne fac să credem că ar putea exista un PPB și chiar un PP hepatobiliar.

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 o sinteză a rezultatelor referitoare la AfB organice și funcționale.

Metode

Prezentarea detaliată a metodei noastre am făcut-o într-un articol anterior (7) și nu o vom relua.

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. Am descris în articole anterioare (2, 3) felul în care am definit pacienții cu AfBO (N = 50: 8 M; 42 F) și pe cei cu SiBF (N = 40: 12 M; 28 F).

Analiza datelor

Am descris felul în care s-a făcut analiza datelor în articole anterioare (7, 2, 3), unde am precizat și motivul pentru care am considerat drept absolut semnificative statistic (ASS) doar

rezultatele cu o probabilitate de eroare (p) de cel mult $0,05 \times 10^{-4} = 5 \times 10^{-6} = 0,000005$ și la care limitele de încredere (LI) nu includ unitatea și drept relativ semnificative statistic (RSS) rezultatele cu p depășind 5×10^{-6} , dar sub 0,05 și cu LI de asemenea neincluzând unitatea.

Rezultate

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

În continuare, vom defini 6 dintre aceste 7 TPi, însoțind-o pe fiecare (cu excepția celei dintâi, discutată într-un articol anterior (3) cu o figură sugerând vizual poziția fiecăreia dintre principalele sfere de patologie în relație cu acea TP. Logaritmul natural din raportul șanselor ($\log OR$) a fost folosit pentru a cuantifica pozițiile relative ale diferitelor sfere de patologie. Cum rezultatele pentru aceste 7 TPi au fost cel puțin RSS doar pentru sferile de patologie menționate în tabelul de mai sus, nu acordăm încredere poziției relative a nici unei alte sfere de patologie (în relație cu aceste 7 TPi). Doar poziția (de multe ori frunzașă) a AfB este relevantă. 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 nici o bară) a fost folosită pentru reprezentarea grafică a acestor sfere de patologie.

1. Nu ripostează

Rezultatele au fost prezentate deja într-un articol anterior (3).

2. Tendința de a analiza lucrurile

Definire. Pacienții (N = 12: 3 M; 9 F) care au declarat că au obiceiul de a analiza mult lucrurile, evenimentele, situațiile, mai ales înainte de a lua o decizie și de a acționa. De remarcat că această TP nu are conotații emoționale (nu presupune resentimente, culpabilitate, teamă etc.) Spre deosebire de TP „se consumă/frământă cu grijă/gânduri/supărări persistente“.

ABELUL 1. TPI asociate cu afecțiunile biliare. Raportul șanselor (OR) este folosit pentru a evalua forța corelației. Am menționat 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
TPI biliare, biliare organice și biliare funcționale								
1. 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
TPI biliare și biliare organice								
2. are tendința de a analiza lucrurile	Biliar	7	5	83	396	6,68	1,77-27,22	0,002
	Biliar org.	4	8	46	433	4,71	0,99-18,30	0,03
	Biliar funcț.	3	9	37	442	3,98	0,66-16,80	NS (0,07)
3. își exprimă supărarea	Biliar	10	16	80	385	3,01	1,17-7,33	0,02
	Biliar org.	6	20	44	421	2,87	0,89-7,90	0,04
	Biliar funcț.	4	22	36	429	2,17	0,51-6,87	NS (0,2)
4. dominator	Cardiac	12	71	20	388	3,28	1,39-7,39	0,03
	HTA	11	72	24	384	2,44	1,15-5,21	0,03
	Biliar	25	58	65	343	2,27	1,27-4,00	0,004
	Biliar org.	15	68	35	373	2,35	1,13-4,70	0,02
	Biliar funcț.	10	73	30	378	1,73	0,72-3,82	NS (0,2)
TPI doar biliare								
5. fire luptătoare	HTA	3	7	32	449	6,01	0,95-27,73	0,03
	Biliar	5	5	85	396	4,66	1,04-20,64	0,02
	Biliar org.	3	7	47	434	3,96	0,64-17,98	NS (0,07)
	Biliar funcț.	2	8	38	443	2,91	0,29-15,29	NS (0,2)
6. se consideră capabil, înzestrat, superior (celorlalți)	Biliar	18	38	72	363	2,39	1,21-4,56	0,008
	Biliar org.	10	46	40	395	2,15	0,89-4,73	NS (0,07)
	Biliar funcț.	8	48	32	403	2,1	0,79-4,99	NS (0,1)
7. nu îi place lipsa de punctualitate	Biliar	5	5	85	396	4,66	1,04-20,64	0,02
	Biliar org.	3	7	47	434	3,96	0,64-17,98	NS (0,07)
	Biliar funcț.	2	8	38	443	2,91	0,29-15,29	NS (0,2)

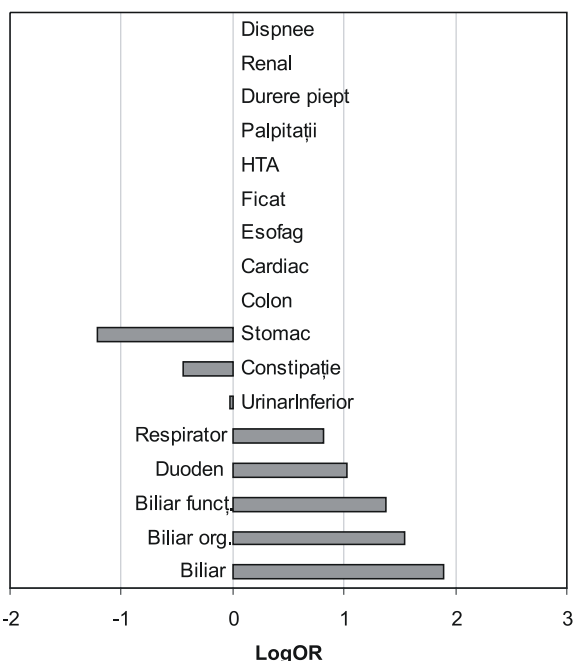


FIGURA 1. Comparație între șansele de a dezvolta diferite patologii la pacienții care au declarat că au „tendința de a analiza lucrurile”

3. Își exprimă supărarea

Definire. Pacienții (N = 26; 2 M; 24 F) care au declarat că își exprimă supărarea, nemulțumirea,

mânia, trăirile negative în general, că nu le ascund de ceilalți. Această TP este opusă lui „nu își exprimă supărarea”, pentru care pacienții cu

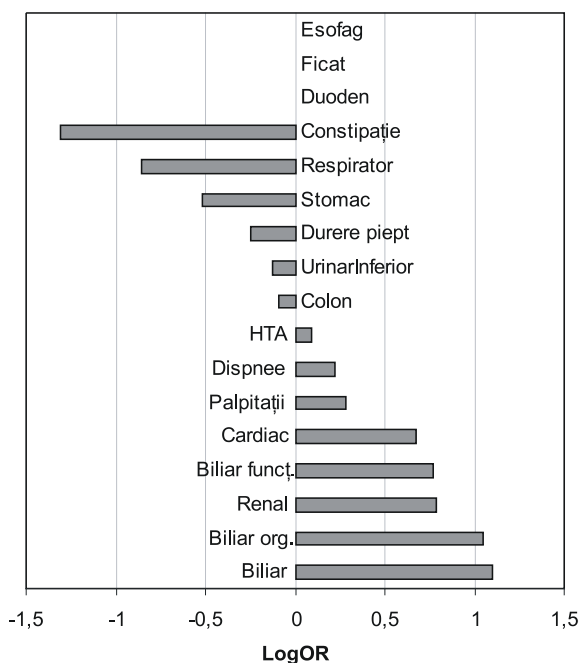


FIGURA 2. Comparație între șansele de a dezvolta diferite patologii la pacienții care au declarat că „își exprimă supărarea”

patologie biliară, atât organică, cât și funcțională, au de asemenea indicatori de risc supraunitari, dar fără semnificație statistică (SeSt).

4. Dominator

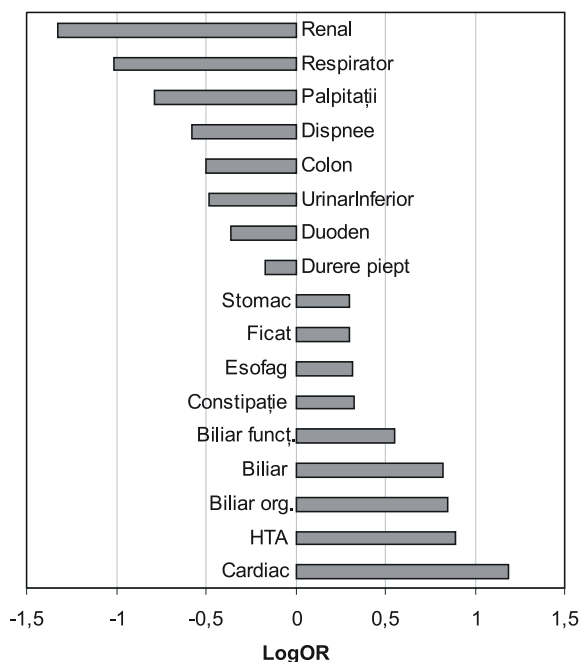


FIGURA 3. Comparație între șansele de a dezvolta diferite patologii la pacienții care au declarat că au tendința de a fi „dominatori”

Definire. Pacienții (N = 83: 26 M; 57 F) care au declarat că au tendința de a le impune celorlalți cum să acționeze, cum să se poarte, ce alegeri să facă, ce decizii să ia.

5. Fire luptătoare

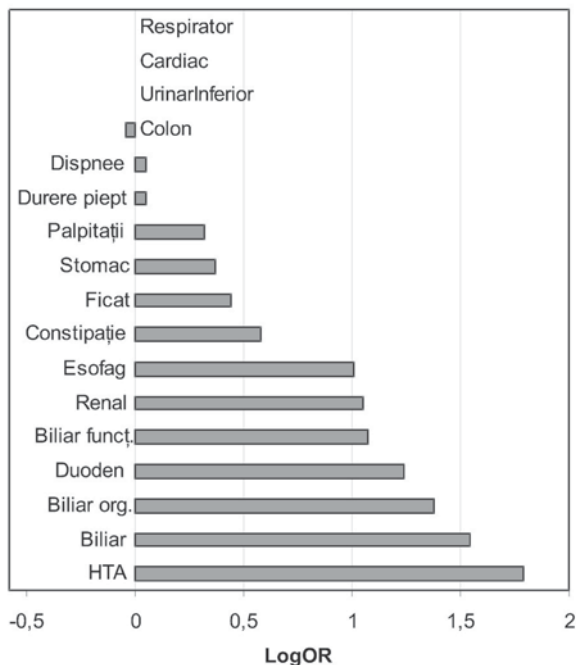


FIGURA 4. Comparație între șansele de a dezvolta diferite patologii la pacienții care au declarat că au o „fire luptătoare”

Definire. Pacienții (N = 10: 3 M; 7 F) care au declarat că au o fire combativă, că nu se lasă doborâți.

6. Se consideră capabil, înzestrat, superior (celorlalți)

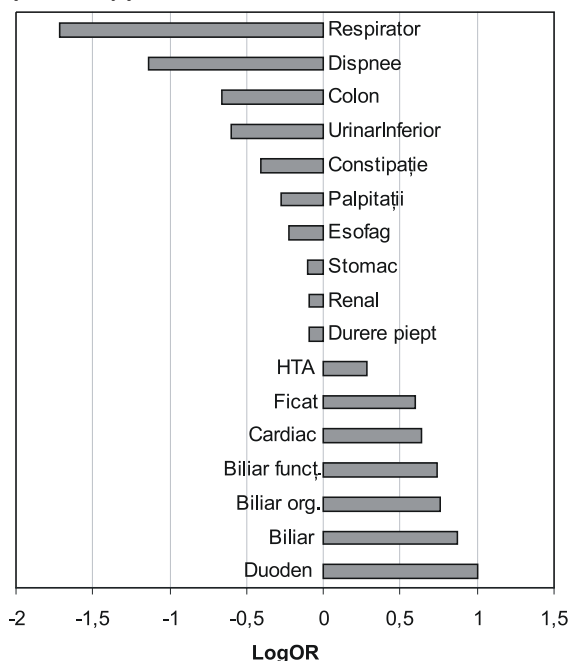


FIGURA 5. Comparație între șansele de a dezvolta diferite patologii la pacienții care au declarat că „se consideră capabili, înzestrați, superiori (celorlalți)”

Definire. Pacienții (N = 56: 31 M; 25 F) care au declarat că se consideră pricepuți, bine pregătiți (mai ales în profesia lor), că fac lucrurile mai bine decât ceilalți.

7. Nu îi place lipsa de punctualitate

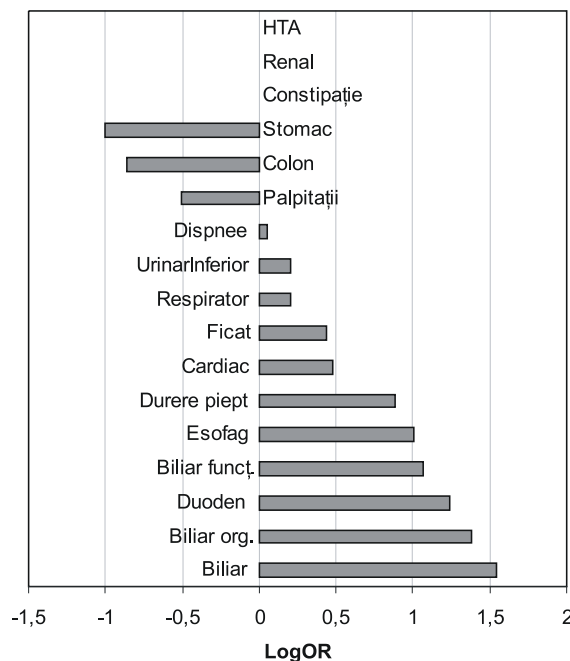


FIGURA 6. Comparație între șansele de a dezvolta diferite patologii la pacienții care au declarat că „nu le place lipsa de punctualitate”

Definire. Pacienții (N = 10: 3 M; 7 F) care au declarat că nu le place lipsa de punctualitate, fără ca aceasta să însemne că ei ar fi neapărat punctuali. □

DISCUȚIE

Scopul prezentei lucrări este de a contura un posibil PP al individului predispus la AfB (organice sau funcționale) și, în ipoteza că există, un PP hepatobiliar.

Pentru nici una dintre TPi menționate mai sus nu se atinge nivelul absolut de SeSt. De aceea, rezultatele pe care le prezentăm în această lucrare le considerăm orientative. Criteriul după care am selectat aceste TPi este cel al sinergiei statistice: comasarea celor două grupuri separate (biliar organic și biliar funcțional) într-un grup reunit (biliar) determină creșterea nivelului de SeSt. La toate celelalte TPi menționate la PPBO (2) și la PPBF (3), indicatorii statistici ai grupului comasat (biliar) au valori intermediare celor două grupuri separate (biliar organic și biliar funcțional), sugerând că reunirea celor două grupuri este un gest artificial, cele două necorespunzând aceluiași tendințe psihologice.

Am împărțit în trei categorii cele 7 TPi propuse drept părți componente ale PPB.

O primă categorie include două TPi („are tendința de a analiza lucrurile“ și „nu ripostează“) care se asociază RSS atât cu AfBO, cât și cu SiBF, reprezentând probabil părți componente ale unui PP mai cuprinzător: presupusul PP biliar (PPB).

O a doua categorie constă din două TPi („dominator“ și „își exprimă supărarea“) care par să diferințieze pacienții cu AfBO de cei cu SiBF, întrucât se asociază RSS cu AfBO, dar nu și cu SiBF. În schimb, în grupul reunit SeSt a asocierii crește (reunirea are efect sinergic asupra SeSt).

În sfârșit, o a treia (și ultimă) categorie, conține TPi („fire luptătoare“, „nu îi place lipsa de punctualitate“, „se consideră capabil, înzestrat, superior (celorlalți)“) care nu se asociază SS nici cu AfBO (de fapt, probabilitatea de eroare depășește modest limita general admisă de 0,05), nici cu SiBF; în schimb, asocierii cu grupul reunit (AfBO + SiBF) este RSS. Probabil că și aceste TPi fac parte din presupusul PPB.

Așadar, dintre cele 7 TPi pe care le-am propus pentru PPB, una singură („nu ripostează“) se asociază cu SiBF; în schimb, patru se asociază cu AfBO. Aceasta ne face să credem că posibilul PPB este o extensie a PPBO și este diferit de PPBF. Altfel spus, deși există anumite asemănări, fondul psihoemoțional asociat cu AfBO diferă

de cel asociat cu SiBF, subliniind deosebirea dintre cele două sfere de patologie¹.

Două dintre TPi, similare ca semnificație, se asociază semnificativ nu doar cu afecțiunile biliare (AfB), ci și cu cele cardiovasculare: „dominator“ și „fire luptătoare“. Pentru toate celelalte TPi, doar asocierea cu AfB (dintre toate sferile de patologie) are SeSt. Dintre acestea, doar pentru două TPi avem un număr rezonabil de pacienți: „își exprimă supărarea“ și „se consideră capabil, înzestrat, superior“. Cea dintâi, sugerează că pacienții biliari nu își reprimă supărările, ci și le manifestă. Subliniem că TP opusă „nu își exprimă supărarea“ prezintă o oarecare asociere cu PPBO (OR = 1,66, dar NSS), dar nu și cu PPBF (pentru care indicatorii de risc sunt practic unitari: OR = 1,18). Am putea specula că din PPB originar virează către PPBO pacienții care au o tendință mai accentuată de a-și reprimă supărarea.

Înclinația spre a-și exprima supărarea ar putea să fie unul dintre elementele distinctive ale PPB față de PP al pacienților cu afecțiuni hepatice, aflați pe primul loc la TP „nu își exprimă supărarea“. Pacienții biliari au o tendință mai pronunțată de a-și exprima supărarea decât cei hepatici², fără a se revolta însă, fără a încerca să răstoarne o situație („nu ripostează“) – ei dau glas nemulțumirii, dar nu acționează mânați de aceasta.

Am arătat într-un articol anterior (2) că una dintre tendințele psihice ale PPBO constă în nemulțumire, suspiciune, neîncredere, asociate cu irascibilitate și cu înclinația de a „plânge din orice“. Am putea privi această tendință drept o emanație a pornirii de „a-și exprima supărarea“ pe care o regăsim în PPB. Înclinația de a „plânge din orice“ are ca fundal o fire mai slabă. Dimpotrivă, tendința de „a-și exprima supărarea“ a pacienților biliari pare să aibă ca substrat o fire mai puternică, mai asertivă. Am putea specula că dintre pacienții având PPB, cei care au o fire mai supusă vor luneca spre PPBO. Ei vor avea o înclinație mai puternică de a-și reprimă emoțiile, ceea ce i-ar putea predispuce la AfBO.

O serie de TPi („are tendința de a analiza lucrurile“, „nu ripostează“, „fire luptătoare“, „nu îi place lipsa de punctualitate“, „se consideră capabil, înzestrat, superior“) au fost consemnate la un număr prea mic de pacienți (10-14 din lotul total de 491) pentru ca rezultatele să poată

¹O situație similară vom întâlni (în articole viitoare) la simptomele funcționale cardiovasculare, care se asociază cu un PP diferit de cel al bolilor cardiovasculare.

²Nu ne putem reține să nu facem analogia cu faptul că secreția biliară este o emanație fiziologică a ficatului și că neeliminarea acesteia poate produce leziuni hepatice. De altfel, bila (fierea) este în mod obișnuit privită (în cultura populară, cel puțin) drept o condensare a supărării/mâniei.

fi considerate cu adevărat demne de încredere (motivele pentru care ne-am folosit totuși de aceste TPI le-am precizat într-un articol anterior) (3). Una dintre aceste TPI („are tendința de a analiza lucrurile”) ne oferă cheia pentru a înțelege două TPI din PPBO: „are probleme în luarea deciziilor” și „are preocupări intelectuale”. Toate trei par să se adune într-un tot coerent, schițând imaginea unei persoane care chibzuieste mult înainte de a se hotărî, întoarce lucrurile pe toate părțile, gândește mult până să se angajeze în vreo direcție. Altele însă par contradictorii: „fire luptătoare” și „nu ripostează”.

Se conturează astfel imaginea unei persoane care cumpănește mult înainte de a lua o hotărâre. Cu toate acestea, odată ce a luat o decizie și a adoptat o linie de acțiune, se mobilizează pentru îndeplinirea aceluși obiectiv („fire luptătoare”), se impune („dominator”), considerându-se aptă (și chiar mai aptă decât ceilalți) să ducă lucrurile la bun sfârșit („se consideră capabil, înzestrat, superior celorlalți”).

Natura luptătoare și dominatoare a pacienților biliari își trimite reverberațiile în PPBO sub forma TP „irascibil, coleric, impulsiv”, pe care o putem considera ca aflându-se la baza ramurii PPBO care se desprinde din trunchiul comun al PPB. Nu este singura TP din această categorie. Astfel, TPI precum punctualitatea și „dorința de a-și utiliza timpul eficient” din PPBO se corelează cu faptul că „nu îi place lipsa de punctualitate”, TP din PPB. Schimbarea de polaritate este grăitoare pentru diferența dintre PPBO și PPB. Pacienții predispuși la AfBO, mai submisivi, sunt punctuali, dar nu sunt în mod special deranjați de lipsa de punctualitate a altora. În contrast, pacienții predispuși la AfB, mai dominatori, nu sunt neapărat punctuali, dar nu agreează lipsa de punctualitate a altora.

Dintre toate TPI, una singură („nu ripostează”) pare să rămână în afara unui tablou coerent. Probabil că aceasta este una dintre TPI nodale, pregătind inflexiunile PPBO – această TP pare să marcheze momentul în care persoana cu fire luptătoare, dominatoare și aptă să-și exprime supărarea începe să lunece de pe această poziție de forță pe una slabă. TP „nu ripostează” reprezintă o prelungire a PPBO în PPB, după cum TP „irascibil, coleric, impulsiv” reprezintă o prelungire a PPB în PPBO.

Așadar, față de PPBF și PPBO, două tendințe suplimentare sunt aduse de PPB: (1) firea „luptătoare” și „dominatoare” a unei persoane conștiente de aptitudinile ei („se consideră capabil, înzestrat, superior celorlalți”) și (2) înclinația spre a chibzui îndelung („tendința de a analiza lucrurile”) înainte de a se angaja într-o acțiune.

Această cumpănire temeinică îl face probabil să se simtă superior celorlalți și să aibă tendința de a se impune, probabil pentru a putea acționa eficient. Inflexiuni ale acestei tendințe ar putea explica înclinația pacienților cu PPBO de a-și valorifica timpul, demonstrată de TPI „dornic să-și utilizeze timpul eficient” și „punctual”, coroborate de TP „nu îi place lipsa de punctualitate” din PPB. Aici am putea găsi și explicația faptului că pacienții biliari „nu ripostează” – ei nu își risipesc energiile și timpul în revolte inutile.

Sintetizând, două tendințe psihice (având, probabil, o rădăcină comună) par să se contureze în cadrul PPB (privit ca o sinteză a PPBO și PPBF):

- nemulțumirea, suspiciunea, neîncrederea: „nemulțumit”, „suspicios, nu are încredere în ceilalți”, „irascibil, coleric, impulsiv”, „își exprimă supărarea”, „plânge din orice”;
- după ce au chibzuit îndelung („tendința de a analiza lucrurile”, „probleme în luarea deciziilor”, „preocupări intelectuale”), își valorifică timpul („dornic să-și utilizeze timpul eficient”, „punctual”, „nu îi place lipsa de punctualitate”) acționând cu tenacitate („fire luptătoare”, „dominator”), conștienți de aptitudinile lor („se consideră capabil, înzestrat, superior celorlalți”) și fără a-și risipi energiile și timpul în revolte inutile („nu ripostează”).

Se poate observa diferența față de:

- pacienții predispuși la afecțiuni hepatice: aceștia nu ripostează; ei acumulează mânie și resentimente timp de ani sau decenii (corespunzător, multe afecțiuni hepatice evoluează moacnit timp îndelungat înainte să se manifeste);
- pacienții predispuși la afecțiuni gastrice: aceștia sunt interesați în primul rând de afirmare, de dobândirea întâietății, de ascensiune ierarhică (aspecte necaracteristice pentru pacienții cu AfBO).

Presupusul PPB nu diferă radical de PPBO întrucât conține elemente din ambele tendințe psihice principale ale acestuia: este prezentă atât firea analitică, cât și tendința de a accepta anumite lucruri (TP „nu ripostează” poate fi pusă în corelație cu TP „îndură, înghite”). Regăsim, de asemenea, firea „dominatoare” și propensiunea spre „exprimarea supărării”. În TP „irascibil, coleric, impulsiv” din PPBO putem întrezări forța originară a PPB. Așadar, în PPB avem mai toate ingredientele esențiale ale PPBO.

Încercând să facem o sinteză a PPB, PPBO și PPBF, sesizăm că adesea este vorba de un individ care „îndură, înghite” situații intolerabile, chiar dacă ripostează („își exprimă supărarea”) sau nu („nu ripostează”). Ca urmare, este „nemulțumit”,

„este suspicios, nu are încredere în ceilalți”, iar faptul că „plânge din orice” este probabil urmarea nemulțumirii înăbușite. Aceasta și fiindcă are „tendința de a analiza lucrurile”, fiind o fire rațională, cu „preocupări intelectuale”. De aceea, cumpănește mult, având „probleme în luarea deciziilor”. Are o fire puternică, este „dominator”, are „fire luptătoare”, „se consideră capabil, înzestrat, superior”. Este „irascibil, coleric, impulsiv”. Este „dornic să-și utilizeze timpul eficient” – de aceea este „punctual” și „nu îi place lipsa de punctualitate”.

Reamintim că cele două TPi care se asociază cu AfBO cu cea mai mare SeSt („îndură, înghite”, „dornic de muncă”) definesc cele două coordonate esențiale ale PP hepatic. Pe de altă parte, PPBO conține anumite TPi pe care nu le regăsim în PP hepatic, vizând mai ales nemulțumirea, irascibilitatea, înclinația de a plânge din orice. Am putea vorbi așadar de un PP hepatobiliar, din care se desprind două ramuri:

- cea hepatică la persoanele care îndură situații inacceptabile, dar nu își exprimă supărarea, ci păstrează o aparență calmă, sub care se ascund însă frământare și nerăbdare;
- cea biliară la persoanele care își reprimă mai puțin nemulțumirea, uneori manifestându-și-o.

Așadar, la persoanele obligate să accepte situații care nu le convin, o reprimare foarte intensă a nemulțumirii predispune mai ales la AfH, în timp ce o reprimare mai puțin intensă creează susceptibilitate la AfB, mai ales la AfBO. Când reprimarea este încă și mai slabă, la suprafață ieșind firea dominatoare și încrederea în sine, individul începe să se compare cu cei din jur, astfel încât gelozia devine TP dominantă, uneori asociată cu senzația că este invidiat de ceilalți – este tabloul psihoemoțional asociat cu SiBF.

Așadar, predispus la AfB pare să fie individul care se consideră silit să-și înghită frustrările și mânia, fie că ripostează sau nu, ceea ce îi este greu de suportat, căci are o fire dominatoare, luptătoare. Este sigur de propriile capacități și

forțe, nu este timid, dimpotrivă, are reacții viguroase, este mândru și irascibil. Socotindu-se constrâns de circumstanțe, chiar dacă își verbalizează supărarea, el nu îi dă curs și prin fapte. De multe ori, însă, nu și-o exprimă deloc, și de aici suspiciunea și lipsa de încredere în ceilalți. Reprimându-și iritarea și nemulțumirea, adesea plânge de ciudă (aparent fără motiv), se tot frământă, rumegându-și gândurile și năduful, cu atât mai mult cu cât are o fire analitică, rațională, cu înclinații intelectuale. De aceea, cumpănește mult până ia o decizie.

Un posibil PP hepatobiliar s-ar putea centra pe tendința de a-și reprimă nemulțumirea, îndurând situații inacceptabile. Această tendință are trei grade de intensitate, asociate, de la cel mai înalt până la cel mai scăzut cu cele trei tipuri de afecțiuni: hepatice (foarte marcată; individul nu-și exprimă frustrarea, păstrând o aparență calmă), biliare organice (mai puțin accentuată; individul are adesea izbucniri de mânie) și, respectiv, biliare funcționale (și mai puțin accentuată; individul își exprimă nemulțumirea, plângându-se adesea).

Subliniem că rezultatele obținute de noi nu au mai fost sesizate de alți cercetători, în literatura de specialitate, demersurile referitoare la psihosomatica AfB fiind foarte rare. Am discutat utilitatea cunoașterii profilului psihologic al pacientului biliar în două articole anterioare (2, 3). □

CONCLUZIE

Propensiune pentru patologie biliară par să aibă persoanele obligate să-și înghită frustrările și nemulțumirile, fie că ripostează sau nu, ceea ce le este greu de suportat dată fiind firea lor mai degrabă puternică. După cum reprimarea este mai puternică sau mai slabă, sunt mai probabile AfBO sau, respectiv, SiBF.

Ipoteticul PP hepatobiliar ar putea avea ca nucleu reprimarea nemulțumirii, pregnantă mai ales la pacienții cu AfH și mai puțin intensă la cei AfB. □

BIBLIOGRAFIE

1. **Dragoș D, Tănăsescu MD, Bratu MM** – Un posibil profil psihologic al pacienților cu afecțiuni hepatice. *Revista Medicală Română 2009; 16: 127-132*;
2. **Dragoș D, Tănăsescu MD, Bratu MM** – Un posibil profil psihologic al pacienților cu afecțiuni biliare organice. *Revista Medicală Română 2010; 18: 115-122*;
3. **Dragoș D, Tănăsescu MD** – Un posibil profil psihologic al pacienților cu simptome biliare funcționale. *Revista Medicală Română 2010; 19: 223-231*;
4. **Luman W, Adams WH, Nixon SN, McIntyre IM, Hamer-Hodges D, Wilson G, Palmer KR** – Incidence of persistent symptoms after laparoscopic cholecystectomy: a prospective study. *Gut 1996; 39:863-866*;
5. **Ho KY, Kang JY, Yeo B, Ng WL** – Non-cardiac, non-oesophageal chest pain: the relevance of psychological factors. *Gut 1998; 43:105-110*;
6. **Abraham HD, Anderson C, Lee D** – Somatization disorder in sphincter of Oddi dysfunction. *Psychosom Med 1997; 59: 553-557*;
7. **Dragoș D, Tănăsescu MD, Bratu MM** – Un posibil profil psihologic al pacienților cu afecțiuni digestive superioare. *Revista Medicală Română 2008; 15: 195-205*;