

UN POSIBIL PROFIL PSIHOLOGIC AL PACIENȚILOR CU AFECȚIUNI HEPATICE

A possible psychological profile of patients with liver disorders

Dr. Dorin Dragoș¹, Dr. Maria Daniela Tănăsescu¹,
Dr. Mihaela Mirela Bratu²

¹Catedra Medicină Internă 1, UMF „Carol Davila“,
Spitalul Universitar de Urgență, București

²Facultatea de Medicină Dentară și Farmacie,
Universitatea „Ovidius“, Constanța

REZUMAT

Pro domo. Această lucrare este probabil unică prin încercarea de a defini un profil psihologic al pacienților cu afecțiuni hepatice (AfH). Dacă se dovedește că există un astfel de profil psihologic și că acesta predispune la AfH, intervențiile psihologice care-l vizează ar putea duce la ameliorarea acestora.

Obiectiv. Definirea unui profil psihologic al pacienților cu AfH, în literatura de specialitate existând puține tentative în acest sens.

Metodă. Subiecții au fost pacienți cu diverse afecțiuni interne (printre care AfH). 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. Singura TP a cărei asociere cu AfH este absolut semnificativă statistic este: „îndură, înghite (situații inacceptabile)“. TPi a căror asociere cu AfH este relativ semnificativă statistic sunt: „dornic de muncă“, „se consumă/frământă cu griji/gânduri/ supărări persistente“, „fire (aparent) calmă“, „nerăbdător“, „nu își exprimă supărarea“.

Concluzii. Un posibil profil psihologic al pacienților cu AfH ar putea avea drept trăsătură centrală tendința de a îndura situații inacceptabile, din care pacientul nu vede nici o ieșire, simțindu-se constrâns de condițiile exterioare.

Cuvinte cheie: profil psihologic, afecțiuni hepatice AfH.

ABSTRACT

Pro domo. This paper is likely to be unique through tentatively defining a psychological profile of the patients liver disorders (LD). If such a psychological profile is proved to exist and to predispose to LD, improving it through psychological interventions could lead to an amelioration of the liver condition.

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

Method. The subjects have been patients with various diseases (including LD). 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 it is associated with any among the various areas of pathology.

Results. The only PF whose association with LD is absolutely statistically significant is: „endures, bears (unacceptable situations)“. PFs having a relatively statistically significant association with LD are: „desires/ eager to work“, „is consumed with/frets about persistent worries/thoughts/grieves“, „(apparently) calm nature“, „impatient“, „does not express her/his grief“.

Conclusions. A possible psychological profile of patients with liver diseases may centre around the tendency to endure unacceptable situations, from which the patient sees no way out, feeling constraint by the external conditions.

Key words: psychological profile, liver disorders (LD).

Adresă de corespondență:

Dr. Dorin Dragoș, Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila“, Bd. Eroilor Sanitari, Nr. 8, București

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), 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; AfH = afecțiuni hepatice.

INTRODUCERE

Studiile despre implicațiile psihice ale AfH sunt foarte puține. Unele dintre ele vizează manifestările psihiatrice care însoțesc terapia cu interferon (1), între care tendințele suicidare (2), sau aspectele neuropsihologice ale encefalopatiei hepatice (utilizând datele oferite de spectroscopia prin rezonanță magnetică (3)). Calitatea vieții dependentă de sănătate a pacienților cu hepatită cronică C nu este determinată de severitatea bolii hepatice, ci de comorbiditățile psihiatrice și medicale și de îngrijorarea cauzată de boală (4). Pornind de la faptul că sistemul imun este sensibil la variații ale factorilor psihologici, Burns și colab. au studiat impactul pe care expunerea la situații stresante (SS) și strategiile de gestionare a SS (GSS) l-ar putea avea asupra titrului de anticorpi după vaccinarea anti-hepatită B. Autorii au luat în studiu două cohorte de participanți: unii vaccinați în ultimul an (recent vaccinați) și alții vaccinați anterior. La cei recent vaccinați, nici stresul și nici GSS nu au fost semnificativ asociate cu titrul de anticorpi. În schimb, între cei vaccinați cu cel puțin 1 an înainte, participanții care au avut o expunere la stres peste medie au avut un risc de peste două ori mai mare de a avea un titru de anticorpi neadecvat. GSS prin acceptarea realității situației stresante s-a dovedit protectoare, în timp ce GSS prin administrarea de medicamente se asociază cu riscul crescut de a avea un titru neadecvat de anticorpi. Aceste asocieri au rămas semnificative și după ajustarea pentru posibili factori mediatori. Mai mult, efectele stresului și cel al GSS au fost aproape complet independente unul de celălalt (5).

Tulburarea depresivă majoră și tulburarea anxioasă generalizată sunt mai frecvente la pacienții cu steatohepatită nealcoolică (SHNA) și sunt asociate cu anomalii histologice hepatice mai severe. Nu se cunoaște însă în ce măsură depresia și anxietatea afectează apariția sau progresia SHNA, astfel încât să poată fi considerate factori de risc influențabili prin intervenții terapeutice (6).

Așadar, cercetările actuale referitoare la psihosomatica AfH sunt puțin numeroase. În lucrarea noastră, ne vom strădui să demonstrăm că există un set de trăsături de personalitate (TPi) care par să se asocieze specific cu sau, posibil, să predispună la AfH.

Obiectiv

Scopul nostru a fost de a afla dacă există anumite TPi caracteristice pentru câteva dintre cele mai frecvente boli din medicina internă. Am clasificat aceste boli pe sfere anatomice și ne-am străduit să definim un tipar psihologic cât mai specific: respirator, cardiac, esofagian, gastric, duodenal, biliar, hepatic, colonic și urinar. În această lucrare vom prezenta doar rezultatele referitoare la AfH.

Metode

Prezentarea detaliată a metodei noastre am făcut-o într-un articol anterior (7). Reluăm doar aspectele esențiale. Fiecare pacient a fost lăsat să vorbească liber timp de aproximativ o oră, solicitându-i-se să relateze despre circumstanțele vieții sale, despre felul în care interacționează cu alți oameni, despre modul în care reacționează la diferite evenimente negative sau pozitive etc. În urma acestui interviu, am stabilit la fiecare pacient un număr de TPi (vom detalia mai jos felul în care am făcut aceasta). Ulterior, am analizat rezultatele 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).

Eșantion

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 suficient de clare pentru identificarea unor TPi specifice. În această lucrare vom prezenta doar rezultatele referitoare la AfH (boală hepatică alcoolică, hepatită cronică, ciroză hepatică).

Analiza datelor

S-a realizat în trei etape premergătoare (analiză brută, sinteză primară și sinteză secundară), urmate de etapa de analiză statistică.

Etapa de analiză brută. Analizând cele 491 de cazuri, au fost identificate, inițial, 760 aspecte psihologice distincte, dintre care, pentru fiecare

pacient, au fost consemnate un număr variabil (de la 1 la 34) de elemente psihologice. Ulterior, diverse grupe de elemente psihologice apropiate/similare au fost unite în câte un element psihologic sintetic.

Etapa de sinteză primară. Au fost eliminate aspectele psihologice cu prevalență scăzută.

Etapa de sinteză secundară. Aspectele psihologice restante au fost grupate în sfere de cuprindere cât mai largi, în măsura posibilului circumscrise unei anumite patologii. Drept criteriu principal s-a folosit nivelul ridicat de validitate statistică (așadar o probabilitate, p , de eroare cât mai scăzută), iar secundar, nivelul înalt al indicatorilor de risc (OR și RR). Am obținut, în final, 143 TPi clar definite, omogene și, în plus, sensibile și specifice în relație cu cel puțin o sferă de patologie. O listă selectivă a acestora a fost prezentată într-un articol anterior (7). La doar câteva dintre cele 42 tipuri de patologie stabilite inițial am reușit să construim un profil psihologic suficient de distinct.

Etapa de analiză statistică. Am studiat prevalența fiecăreia dintre cele 143 TPi pentru fiecare dintre cele 42 patologii, ceea ce a revenit la aproape 6000 (14342) parametri calculați. Aceasta ne-a obligat să introducem un factor de corecție de 10^4 pentru probabilitatea de eroare. De aceea, am considerat drept semnificative statistic (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 $0,0510^{-4} = 510^{-6} = 0,000005$). De asemenea, am avut grijă ca limitele de încredere (LI) să nu includă unitatea. Rezultatele îndeplind

aceste două condiții le-am considerat ca fiind absolut semnificative statistic (ASS). Rezultatele cu p depășind 510^{-6} , dar sub $0,05$ și cu LI neincluzând unitatea le-am considerat drept relativ semnificative statistic (RSS). Toate celelalte rezultate (pentru care p depășea $0,05$ și/sau LI includeau unitatea) au fost considerate ca ne semnificative statistic (NSS). Am tras concluziile definitive doar pe baza rezultatelor ASS. Cu toate acestea, am menționat și rezultatele RSS, întrucât au fost utile pentru o înțelegere mai nuanțată a psihologiei acestor pacienți.

REZULTATE

Vom prezenta rezultatele referitoare la AfH. Urmează o listă a TPi pentru care rezultatele referitoare la AfH au fost cel puțin RSS. Pentru toate celelalte TPi, rezultatele referitoare la AfH au fost NSS (de aceea nu le prezentăm în această lucrare).

În continuare, vom defini aceste 6 TPi, însoțind-o pe fiecare (cu o excepție) cu o figură sugerând vizual poziția fiecăreia dintre principalele sfere de patologie în relație cu cea 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 6 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 6 TPi). De fapt, cititorul ar trebui să păstreze în minte doar poziția (de multe ori frunzașă) pe care o au AfH. Pentru unele sfere de patologie, raportul șanselor

Tabelul 1. TPi asociate cu bolile hepatice. 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. Rezultatele ASS sunt scoase în evidență printr-un fundal gri; cele RSS apar pe fundal alb.

Trăsătură de personalitate (expunere = E)	Boală (B)	E+ B+	E+ B-	E- B+	E- B-	OR	LI pentru OR	p
1. îndură, înghite	Ficat	8	19	25	439	7,39	2,95-18,54	110^{-6}
	Renal	5	22	14	450	7,31	2,41-22,1	510^{-5}
	Biliar	11	16	79	385	3,35	1,5-7,49	0,002
2. dornic de muncă	Ficat	11	43	22	415	4,83	2,19-10,62	210^{-5}
	Cardiac	10	44	22	415	4,29	1,91-9,63	0,0002
	Biliar	16	38	74	363	2,07	1,09-3,9	0,02
3. se consumă / frământă cu griji/gânduri/supărări persistente	Ficat	15	110	18	348	2,64	1,29-5,41	0,006
	Dispnee	18	107	29	337	1,95	1,04-3,66	0,03
	Constipație	23	102	38	328	1,95	1,11-3,42	0,02
4. fire (aparent) calmă	Ficat	4	15	29	443	4,07	1,27-13,06	0,01
5. nerăbdător	Ficat	8	50	25	408	2,61	1,12-6,1	0,02
6. nu își exprimă supărarea	Ficat	19	172	14	286	2,26	1,1-4,62	0,02

(OR) a fost nul, ceea ce corespunde unui logaritm egal cu -8. Cum o bară de lungime infinită nu poate fi reprezentată grafic, acestor sfere de patologie le-a fost asociată o bară de lungime zero (de fapt nici o bară).

1. Îndură, îngHITE

Definire. Pacienții (N = 27: 5 M; 22 F) care au declarat că trebuie să accepte lucruri pe care le consideră inadmisibile, că trebuie să îndure, să înghită, dar nu neapărat fără să riposteze (elementul psihic „nu ripostează“ a fost considerat separat) – mulți dintre acești pacienți ripostează, dar nu au de ales decât să îndure în continuare din considerente materiale, sociale, familiale, politice etc. Altfel spus, dedesubtul atitudinii de a îndura nu se ascunde neapărat o personalitate slabă – dimpotrivă, foarte adesea este una puternică și deci îi este cu atât mai dificil să admită intolerabilul.

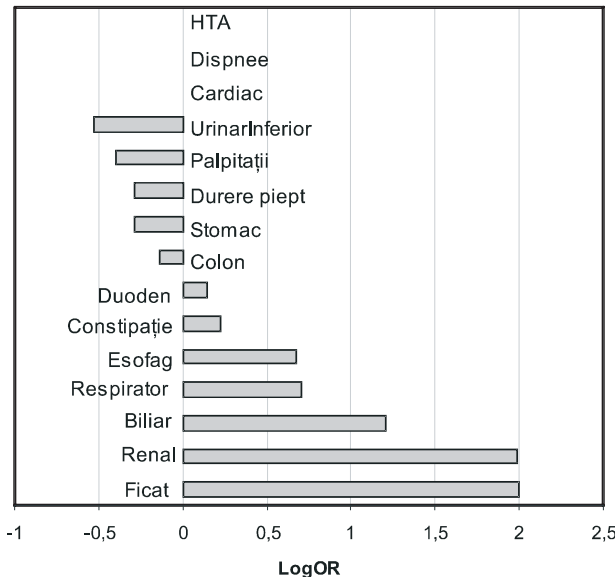


Figura 1. Comparație între șansele de a dezvolta diferite patologii la pacienții care au declarat că au tendința de a „îndura/înghiți“ situații intolerabile.

2. Dornic de muncă

Definire. Pacienții (N = 54: 12 M; 42 F) care au declarat că au tendința de a munci excesiv, dar din proprie inițiativă. Prin aceasta diferă de elementele psihice, aparent asemănătoare, care sunt „dornic să aibă/preocupat de serviciu, mânat de ambiții profesionale“ și „profesia/serviciul este solicitant/stresant“. Pacientul dorește să muncească, se implică, o face cu responsabilitate și din propria voință și nu fiindcă i-o impune altcineva. Subliniem că nu este vorba doar de activitatea profesională, ci și de alt gen de activități, inclusiv (sau mai ales) munca domestică.

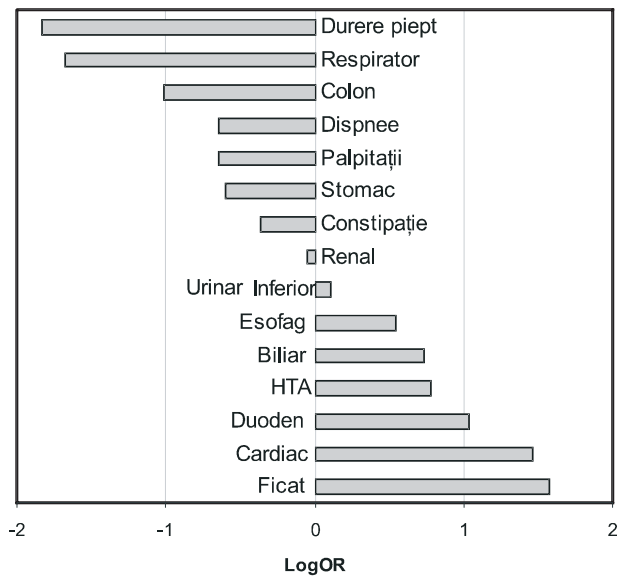


Figura 2. Comparație între șansele de a dezvolta diferite patologii la pacienții care s-au declarat „dornic de muncă“.

3. Se consumă/frământă cu griji/gânduri/ supărări persistente



Figura 3. Comparație între șansele de a dezvolta diferite patologii la pacienții care au declarat că „se consumă/frământă cu griji/gânduri/ supărări persistente“.

Definire. Pacienții (N = 125: 26 M; 99 F) care au declarat că se tot gândesc la evenimentele din trecut, rumegă amintiri neplăcute, se tot frământă gândindu-se cum ar fi trebuit să procedeze, ce ar fi trebuit să facă ori să zică.

4. Fire (aparent) calmă

Definire. Pacienții (N = 19: 5 M; 14 F) care au declarat că au o fire calmă.

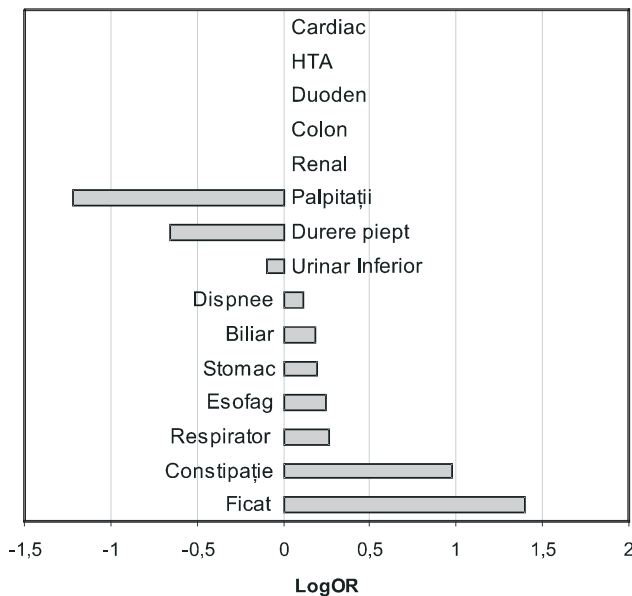


Figura 4. Comparație între șansele de a dezvolta diferite patologii la pacienții care au declarat că au o fire „calmă“.

5. Nerăbdător

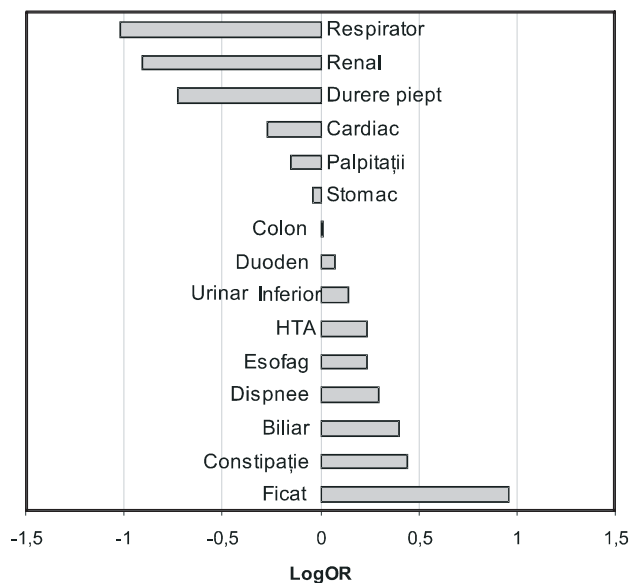


Figura 5. Comparație între șansele de a dezvolta diferite patologii la pacienții care au declarat că „nu au răbdare“.

Definire. Pacienții (N = 58: 13 M; 45 F) care au declarat că nu au răbdare. Este un element psihic eterogen, fiind incluși atât pacienții nerăbdători din cauza agitației interioare, a anxietății, cât și cei a căror motivație era dorința de a-și valorifica timpul eficient (cei care nu au răbdare să asculte argumente sterile, să aștepte după altul care se mișcă prea greu etc.), fără ca interior să fie agitați sau neliniștiți – dimpotrivă, mulți dintre ei afirmă că sunt calmi, cumpăniți, ba chiar că au răbdare atunci când au de făcut o treabă mai laborioasă.

6. Nu își exprimă supărarea

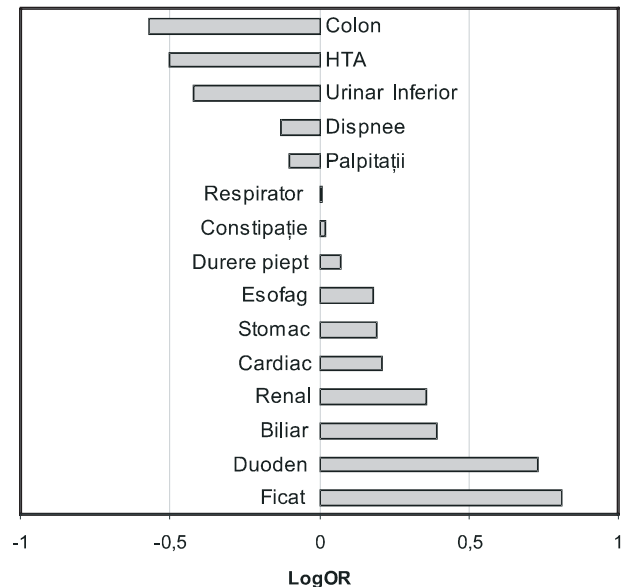


Figura 6. Comparație între șansele de a dezvolta diferite patologii la pacienții care au declarat că „nu își exprimă supărarea“.

Definire. Pacienții (N = 191: 48 M; 143 F) care au declarat că nu își exprimă supărarea, nemulțumirea, mânia, trăirile negative în general, străduindu-se să le camufleze față de ceilalți, ascunzându-se, ferindu-se în momentele în care simt că nu-și pot controla emoțiile negative.

DISCUȚIE

Scopul prezentei lucrări este de a contura un posibil profil psihologic al individului predispus la AfH.

Se remarcă două tendințe psihice dominante:

- de a îndura („îndură, înghite“ este elementul psihic cel mai caracteristic), frământându-se („se consumă/frământă cu griji/gânduri/supărări persistente“), mai degrabă în singurătate (NU „dorește să aibă companie“; OR = 0, p = 0,05), fără să își exprime supărarea („nu își exprimă supărarea“) și străduindu-se să-și păstreze calmul („fire «aparent» calmă“), deși uneori își pierde răbdarea („nerăbdător“):
- de a se suprasolicita („dornic de muncă“), muncind excesiv.

Așadar, hepaticul este un individ care îndură, înghite, dar nu neapărat fără să riposteze. De obicei, știe să-și mențină calmul, dar nu este propriu-zis răbdător. Nu își exprimă supărarea ori mânia, ci se consumă, frământat de gânduri obsedante. Se suprasolicită prin muncă excesivă. Este mai degrabă un singuratic. Tendința de a îndura și de a munci excesiv sunt caracteristicile cele mai importante ale hepaticului. Cu toate acestea, el nu

are o personalitate slabă, nici obedientă. Nu rareori, are o fire voluntară, numai că rămâne frustrat în intențiile sale din cauza dorințelor și a năzuințelor diferite ale persoanelor cu care interacționează. Aceste persoane sunt fie cele de la locul de muncă (șefi, subordonați, colegi), situație întâlnită mai ales în cazul bărbaților, fie cele din familie, conjunctură mai frecventă la persoanele de sex feminin.

Profilul psihologic al hepaticului seamănă întrucâtva cu cel al biliarului, principala diferență constând în reacția față de mediu: biliarul este mai irascibil, în timp ce hepaticul are o atitudine mai degrabă calmă. Aceasta însă este doar o aparență, dedesubt mocnind nerăbdarea, care se referă mai ales la dorința de a-și folosi eficient timpul. Își propune să realizeze anumite obiective și pentru aceasta face tot ceea ce este necesar. Nu urmărește să se impună pe scara socială sau profesională, ci să-și îndeplinească țelurile, responsabilitățile (de natură mai ales profesională în cazul bărbaților și familială/socială în cazul femeilor). În general, într-o ierarhie nu deține poziția supremă (care ar presupune mai ales activități administrative și prea puțin profesionale), dar are o poziție înaltă, tocmai pentru a-și putea îndeplini scopurile. De multe ori însă, intră în conflict fie cu superiorii (a căror lipsă de profesionalism ori de realism îl împiedică să-și realizeze obiectivele), fie cu subordonații (a căror indolență, nepricepere ori lipsă de experiență, de asemenea, îl stânjenesc în îndeplinirea obiectivelor) – de aceea, uneori pare preocupat de raporturile ierarhice/de autoritate (OR = 2,26, LI95% = 1,05-4,84, p = 0,03). De multe ori, este obligat să compenseze prin munca lui ceea ce subordonații ori superiorii nu au realizat: muncește în locul altora, face treaba pe care ar trebui să o facă alții, îndeplinește îndatoririle altora, duce pe umerii lui întreaga companie sau întreaga întreprindere. Nu este însă propriu-zis devotat, cât responsabil. Nu este vorba de pasiune, cât de profesionalism și de simțul răspunderii, de maturitate și de conștiințiozitate. Implicarea nu este atât sufletească, cât intelectuală. Stânjenit fiind în faptele sale de incompetență și delăsarea altora, poate deveni irascibil. Conștient însă că dând frâu liber sentimentelor și-ar

putea prejudicia țelurile, el nu își manifestă mânia, ci se frământă, mai degrabă în singurătate, măcinat de gânduri persistente. Subliniem că rezultatele obținute de noi nu au mai fost sesizate de alți cercetători, în literatura de specialitate, demersurile referitoare la psihosomatica AfH fiind foarte rare.

Cunoașterea profilului psihologic al pacientului hepatic ar putea permite aplicarea unor metode psihoterapeutice prin care pacientul să fie ajutat să-și înțeleagă înclinația de a se plasa și de a se menține în situații cu dublă/multiplă încătușare, în care este supus la presiuni din două sau mai multe direcții. Astfel de presiuni par să-l oblige la decizii și la acțiuni contradictorii, ceea ce constituie o sursă de frământare interioară. În mod obișnuit, pacientul consideră că împrejurările exterioare sunt cauza tribulațiilor sale, declarând că nu are de ales, că nu are ieșire din situația respectivă. Exemple frecvente sunt cel al femeii care se zburcumește din cauza comportamentului soțului, copiilor, părinților etc. sau cel al bărbatului care nu poate renunța la poziția sa ierarhică solicitantă din cauza sentimentului de responsabilitate pentru întreprindere, colegi, familie etc. Atribuind condițiilor exterioare vina pentru frământările sale, un astfel de pacient nu poate ieși din cercul psihologic vicios asociat cu perpetuarea și/sau agravarea bolii sale hepatice. Înțelegând însă că acest tipar psihologic îi este propriu și reprezintă doar una dintre reacțiile posibile la circumstanțele date, pacientul ar putea deprinde atitudini mai constructive, apte să-l ajute în a-și îmbunătăți adaptarea psihologică la mediu. Acest lucru l-ar putea realiza inclusiv în timpul episoadelor de agravare a afecțiunii sale hepatice. Pe acestea, ar putea învăța să le privească drept un semnal de alertă cu privire la principalele sale probleme psihologice, asupra cărora ar fi util să-și focalizeze atenția.

CONCLUZIE

Un posibil profil psihologic al pacienților cu AfH ar putea avea drept nucleu tendința de a îndura situații inacceptabile sau de a se menține în astfel de situații, încercând să păstreze o atitudine de calm aparent.

BIBLIOGRAFIE

1. **Nozaki O, Takagi C, Takaoka K, Takata T, Yoshida M** – Psychiatric manifestations accompanying interferon therapy for patients with chronic hepatitis C: an overview of cases in Japan. *Psychiatry Clin Neurosci* 1997; 51: 175-80
2. **Janssen HL, Brouwer JT, van der Mast RC, Schalm SW** – Suicide associated with alfa-interferon therapy for chronic viral hepatitis. *J Hepatol* 1994; 21: 241-3
3. **Huda A, Guze BH, Thomas A, Bugbee M, Fairbanks L, Strouse T, Fawzy FI** – Clinical correlation of neuropsychological tests with 1H magnetic resonance spectroscopy in hepatic encephalopathy. *Psychosom Med* 1998; 60: 550-556
4. **Häuser W, Zimmer C, Schiedermaier P, Grandt D** – Biopsychosocial Predictors of Health-Related Quality of Life in Patients With Chronic Hepatitis C. *Psychosom Med* 2004; 66: 954-958
5. **Burns VE, Carroll D, Ring C, Harrison LK, Drayson M** – Stress, Coping, and Hepatitis B Antibody Status. *Psychosom Med* 2002; 64: 287-293
6. **Jill EE, Patrick JL, Hanlin LW, Ray EC** – Depression, Anxiety, and Nonalcoholic Steatohepatitis. *Psychosom Med* 2006; 68:563-569
7. **Dragoș D, Tănăsescu MD, Bratu MM** – Un posibil profil psihologic al pacienților cu afecțiuni digestive superioare. *Revista Medicală Română* 2008; LV: 195-205