

ZAŠTITNE I RIZIČNE OSOBINE LIČNOSTI ZA RAZVOJ I TIJEK KORONARNE SRČANE BOLESTI

Iva Žegura

Psihijatrijska bolnica Vrapče
Bolnička 32, 10090 Zagreb
iva.zegura@bolnica-vrapce.hr

Sažetak

Istraživanja načina na koje psihološki faktori mogu djelovati na tjelesno zdravlje pokazuju očitu interakciju tjelesnog i psihičkog; psihički procesi i ponašanje mogu djelovati na tjelesne funkcije, a tjelesna stanja mogu utjecati na način mišljenja i djelovanja pojedinca.

Pokušaji identifikacije psiholoških faktora rizika pokazali su kako postoje određena emocionalna stanja koja pogoduju razvoju koronarne srčane bolesti. U rizičnu skupinu ulaze pojedinci skloni kroničnim negativnim emocijama, te pojedinci s osobinama ličnosti rizičnim za KSB.

Sve veći interes zdravstvene psihologije danas je usmjeren na područje ispitivanja psihoneuroimunologije, odnosno istraživanje mehanizma djelovanja psihičkih faktora na imunosne promjene, ponašanja vezana uz zdravlje te zdravstvene ishode ili tijek bolesti. Sam stres stvara različite hemodinamičke, endokrine i imunosne promjene koje potiču razvoj koronarne srčane bolesti.

Učinkovito otkrivanje psihosocijalnih faktora zaštite i rizika zahtijeva pristup pacijentu unutar biopsihosocijalnog konteksta, stoga je nužna suradnja liječnika i psihologa, ne samo u rehabilitaciji pacijenata nakon samog kardiovaskularnog incidenta, već i u prevenciji KSB. Nove spoznaje i istraživanja mogu pomoći u osmišljavanju primarne prevencije, u radu s osobama kod kojih je utvrđen faktor rizika za razvoj KSB te tijekom tercijarne prevencije u rehabilitaciji oboljelih. Prilikom terapijskog i rehabilitacijskog rada s pacijentima nužno je obratiti pažnju na individualne razlike u stupnju izraženosti faktora pozitivnog i negativnog afekta koji leže u razvoju i tijekom same bolesti.

Glavne riječi: distres, D- tip ličnosti, faktori rizika, koronarna srčana bolest, negativan afekt, pozitivan afekt, zaštitni faktori, zdravstvena psihologija

Kratki pregled osnovnih modela istraživanja utjecaja psiholoških faktora na tjelesno zdravlje

Istraživanja načina na koje psihološki faktori mogu djelovati na tjelesno zdravlje pokazuju očitu interakciju tjelesnog i psihičkog; psihički procesi i ponašanje mogu

djelovati na tjelesne funkcije, a tjelesna stanja mogu utjecati na način mišljenja i djelovanja pojedinca (Nietzel i sur., 2001). Zdravstvena psihologija i bihevioralna medicina slijede biopsihosocijalni model prema kojem su tjelesne bolesti posljedica bioloških, psiholoških i socijalnih poremećaja. Njihov predmet proučavanja obuhvaća način na koji su ličnost, emocionalna stanja i procesi ponašanja povezani sa zdravljem i bolešću. Biomedicinski model bolesti postao je temeljem istraživanja, prevencije i liječenja kardiovaskularnih bolesti u ovome stoljeću (Clark, Nash i sur., 1998; prema Kleespies, 1998).

Danas je pretpostavka zdravstvene psihologije kako psihološki čimbenici mogu utjecati na gotovo sve bolesti. Tako, na primjer, depresija često nepovoljno djeluje na tijek različitih bolesti kao što su kardiovaskularne bolest, no srčani udar isto tako može dovesti do kliničke depresije.

Pokušaji identifikacije psiholoških faktora rizika pokazali su kako postoje određena emocionalna stanja koja doprinose razvoju koronarne srčane bolesti. U rizičnu skupinu ulaze pojedinci skloni kroničnim negativnim emocijama, te pojedinci s osobinama ličnosti rizičnim za KSB.

Booth-Kewley i Friedman 1987. (Taylor, 1995) u svojem su istraživanju pokazali kako postoji visoka povezanost između depresije i KSB-a, isto kao i veza između ljutnje, hostilnosti, agresije, anksioznosti i KSB. Ovaj nalaz potvrđuju mnoga kasnija istraživanja (Stoney, 1998; prema Blechman i Brownell, 1998; Denollet, 2000), štoviše, potvrđeno je kako je depresija neovisan faktor rizika morbiditeta koronarne srčane bolesti (Wojciechowski, Striki sur., 2000).

Druge su studije pokazale kako je anksioznost faktor rizika za KSB (Markowitz i sur., 1991; Adler i Matthews, 1994; prema Taylor, 1995), naročito anksioznost kao crta ličnosti (Denollet, 2000).

Svaka bolest, pa tako i infarkt miokarda, stresan je životni događaj. Emocije se javljaju uz stanje stresa te ljudi koriste emocionalna stanja kako bi evaluirali stanje stresa, pri čemu kognitivni procesi utječu i na stres i na emocionalni doživljaj stresa (Scherer, 1986; prema Sarafino, 2006). Iznenađna promjena zdravstvenog stanja i mijenjanje životnih navika te stanje neizvjesnosti vezano uz oporavak nakon infarkta miokarda dovode do povišene anksioznosti. Depresivnost, osim što se pokazala faktorom rizika za KSB, predstavlja vrlo čestu reakciju bolesnika nakon infarkta miokarda.

Sve veći interes zdravstvene psihologije danas je usmjeren na područje ispitivanja psihoneuroimunologije, odnosno istraživanje mehanizma djelovanja psihičkih faktora na imunosne promjene, ponašanja vezana uz zdravlje te zdravstvene ishode ili tijek bolesti (Hudek-Knežević, Kardum, 2005). Najčešće ispitivane varijable odnose se na različiti stupanj stresnih iskustava, oblike suočavanja sa stresnim situacijama i ponašanja vezana uz neke osobine ličnosti te na ona ponašanja koja su posljedica negativnih emocionalnih stanja. Tako kod osoba koje su sklone negativnim afektivnim čuvstvima često nalazimo ponašanja koja su štetna za zdravlje (npr. pušenje, alkoholizam, prejedanje). Sam stres stvara različite hemodinamičke, endokrine i imunosne promjene koje potiču razvoj koronarne srčane bolesti (Merz i sur. 2002). Hemodinamički i neuroendokrini odgovori na stres karakterizirani su

otpuštanjem katekolamina i kortikosteroida te povećanjem broja srčanih otkucaja, minutnog volumena i krvnog tlaka. Dugotrajna izloženost autonomnog živčanog sustava stresu stvara disfunkciju endotela krvnih žila, potiče vazokonstrikciju, dovodi do upalnih procesa i stvaranja aterosklerotskog plaka i njegova pucanja te uzrokuje koronarnu srčanu bolest. Ove fiziološke promjene uzrokovane stresom zbivaju se i u organizmu zdravih i bolesnih osoba te je važno preispitati kakvu ulogu imaju zaštitni, odnosno rizični faktori ličnosti u nastanku i razvoju koronarne srčane bolesti.

Podjela kardiovaskularnih bolesti

Kardiovaskularne bolesti odgovorne su za više od 50% svih smrti, a dijele se na (Bahn, 1997): srčani udar, koronarnu srčanu bolest, popuštanje srca (kongestivno zatajenje srca), aritmije i bolesti srčanih zalistaka (valvula).

Koronarna srčana bolest primarni je uzrok morbiditeta i mortaliteta naše civilizacije te se u razvijenim zemljama smatra direktnim ili indirektnim uzrokom četvrtine svih smrti. Opisuje uvjete u kojima dolazi do smanjene prokrvljenosti srčanog mišića, te zbog toga, njegove smanjene opskrbljenosti kisikom i hranjivim tvarima, što dovodi do njegovog ubrzanog umaranja. Pacijent ovo osjeća kao napad angine pectoris, dok uznapredovali stadij i ozbiljnije stanje mogu dovesti do akutnog infarkta miokarda ili iznenadne smrti.

Glavni simptom KSB-a je bol u prsnom košu, koju je prvi put opisao Heberden 1772. te prozvao angina pectoris (Bahn, 1997). Pacijenti percipiraju anginoznu bol na različite načine, no najčešće se bol širi iz lijeve strane prsnog koša lijevom rukom i vratom, uz gušenje i gubljenje daha. Angina pectoris ne dovodi do trajnog oštećenja srčanog mišića.

Postoje različiti oblici u kojima se javlja angina pectoris; a) stabilna angina pectoris i b) nestabilna angina pectoris. Najbolji način uspostavljanja dijagnoze i određivanja oblika angine pectoris jest pomoću upitnika simptoma te odgovarajuće kardiološke pretrage kao što je elektrokardiogram (Čustović, 1999; prema Hadžić i sur., 1999). KSB se može razvijati duže vrijeme bez ikakvih simptoma i, prema tome, pacijent je ne mora primijetiti. Kada se prvi put jave specifični simptomi, obično ostanu konstantni po svome intenzitetu. U slučaju kada se simptomi angine pectoris ne mijenjaju tijekom dužeg vremenskog perioda te se javljaju pod istim uvjetima fizičkog i mentalnog stresa, riječ je o stabilnoj angini pectoris. Nestabilna angina pectoris može iznenada završiti infarkt miokarda (Bahn, 1997).

Faktori rizika za nastanak i razvoj koronarne srčane bolesti

Posebne karakteristike osoba i specifičan način života koji neovisno jedno o drugome mogu dovesti do razvoja bolesti, kao i faktori koji proizlaze iz bioloških

i okolnih uvjeta nazivaju se faktori rizika. Većina ljudi iz rizične skupine nema dominantan faktor rizika, već kod njih koegzistira nekoliko faktora rizika koji pojedinačno ne mogu uzrokovati bolest. Međutim, u kombinaciji ovi faktori mogu dovesti pojedinca u stanje rizika za obolijevanje od koronarne srčane bolesti. Kao rezultat ove situacije, mnogi ljudi pod rizikom ne traže medicinsku pomoć i tek nakon što prebole akutni infarkt miokarda postanu svjesni (kao i njihovi liječnici) povijesti bolesti koju dugo nisu prepoznali.

S obzirom na navedeno, edukacija je najvažniji čimbenik u smanjenju javljanja rizičnih faktora kod pacijenata (Žegura, 1986; Havelka, 1998). Faktore rizika za nastanak i razvoj koronarne srčane bolesti možemo podijeliti u dvije velike skupine (Bahn, 1997):

- 1) nepromjenjivi: dob, spol, naslijeđe
- 2) promjenjivi, unutar kojih razlikujemo:
 - a) faktore rizika vezane uz tjelesno zdravlje i rizične navike ponašanja: hipertenzija, povišen kolesterol u krvi, povišeni trigliceridi u krvi, dijabetes, pušenje, pretilost, nedostatna tjelesna aktivnost;
 - b) psihološke faktore rizika i osobine ličnosti koje doprinose nastanku i razvoju koronarne srčane bolesti: stres, neuroticizam, strategije suočavanja, nedostatak socijalne podrške, hostilnost, depresivnost, anksioznost, tendencija doživljavanja negativnih afektivnih stanja.

Pokušaji identifikacije psiholoških faktora rizika pokazali su kako postoje određena emocionalna stanja koja doprinose razvoju koronarne srčane bolesti. U rizičnu skupinu ulaze pojedinci skloni kroničnim negativnim emocijama, te pojedinci s osobinama ličnosti rizičnim za KSB.

D- tip ličnosti

Najnovija ispitivanja Denolleta i suradnika pokazuju kako kronična negativna čuvstva, bila ona dio tipa-A ponašanja ili ne, predstavljaju najveći rizik za nastanak KSB-a i ostalih tjelesnih bolesti općenito (Denollet, 1991; Denollet, 2000; Denollet, Veas, Brutsaert, 2000). Ljudi koji kronično doživljavaju jedno ili više negativnih raspoloženja kao što su depresivnost, anksioznost, agresivna kompetitivnost pod većim su rizikom za razvoj KSB-a (Booth-Kewley i Friedman, 1987), kao i oni koji izvješćuju o umoru, odbačenosti, porazu, socijalnoj inhibiranosti, povećanoj razdražljivosti, odnosno stanju nazvanom "vitalna iscrpljenost" te su pod stalnim distresom i imaju tip-D ličnosti (Schmidt-Pedersen, Middel, 2001).

Prema tome, ispitivanja Denolleta i suradnika naglašava potencijalnu ulogu ličnosti kao determinante emocionalnog distresa KSB pacijenata. Preciznije, njihov je rad postavio teoriju fokusiranu na "distres" tip ličnosti ili "tip D", to jest na one pojedince koji simultano imaju tendenciju a) doživljavanja negativnih emocija, b) inhibiranja izražavanja vlastitog mišljenja i stavova, c) nepovjerenja prema socijalnoj okolini i d) izbjegavanja socijalne okoline i općenito netraženja podrške od nje

(Denollet, 2000; Denollet i Van Heck, 2001). Dokazi pokazuju da psihološki faktori rizika teže zajedničkome povezivanju u klastere, što bitno povećava rizik od kardiovaskularnih incidenata. Stabilne osobine ličnosti mogu imati značajnu predikcijsku vrijednost s obzirom na klastriranje faktora rizika u pacijenata s KSB-om.

Prema Denolletovu konceptu D-tipa ličnosti (2001), doživljavanje negativnih emocija povezano je s bolovima u prsnoj koži u odsutnosti KSB-a, ali i kod prisutnosti KSB-a. Prema tome, negativna čuvstva mogu se javiti kako ometajuća varijabla, ali i kao faktor rizika. U bilo kojem slučaju, ne može se govoriti o čvrstoj povezanosti negativnih čuvstava i zdravlja, nužna su daljnja ispitivanja.

Costa i McCrae ispitivali su važnost ovih nalaza (1985, 1987), utvrđujući ulogu neuroticizma, crtu ličnosti koja je definirana kao “dimenzija individualnih razlika u tendenciji doživljavanja negativnih, uznemirujućih emocija te posjedovanja popratnih ponašajnih i kognitivnih obrazaca” (Costa & McCrae, 1987). Koriste se NEO-PI-R upitnikom ličnosti kako bi zahvatili 5 dimenzija ličnosti od kojih svaka sadrži 6 faceta. Tako se, npr. dimenzija neuroticizma sastoji od skala za procjenu anksioznosti, hostilnosti, depresivnosti, samopouzdanja, impulzivnosti i ranjivosti. Skala za procjenu ugodnosti odnosi se na procjenu kvalitete nečije interpersonalne orijentacije u mišljenju, doživljavanju i ponašanju duž kontinuuma suosjećanje-antagonizam. Stoga, osobe koje ostvaruju visoke rezultate na dimenziji ugodnosti, imaju tendenciju doživljavati druge osobe vrijednima, pouzdanima; iskrene su, spremne pomoći, suportivne, brižne, umjerene i tolerantne. Skalama za mjerenje dimenzije ekstraverzije procjenjuje se kvantiteta i intenzitet interpersonalne interakcije, nivo aktivacije organizma, potreba za stimulacijom, kapacitet za užitak. Otvorenost k iskustvu predstavlja dimenziju kojom se procjenjuje proaktivno traženje iskustva, tendencija istraživanju nepoznatog i tolerancija na nepoznato. Dimenzija savjesnost odnosi se na procjene individualnog nivoa organizacije, ustrajnosti i motivacije u ponašanju usmjerenom prema cilju (Costa & McCrae, 1992).

Pozitivni i negativni afekt

Budući da je emocionalni doživljaj određen dvjema širokim te uvelike neovisnim dimenzijama– negativnim čuvstvima i pozitivnim čuvstvima, bitno je uzeti u obzir oba faktora prilikom istraživanja kako se ponašanje odražava na različite fenomene (Watson, Clark & Tellegen, 1984). Negativna čuvstva generalna je dimenzija subjektivne procjene distresa. Faktori povezani s negativnim čuvstvima obuhvaćaju širok raspon različitih averzivnih stanja raspoloženja, uključujući ljutnju, prezir, krivnju, strah, depresiju. Suprotno tome, pozitivna čuvstva odnose se na razinu energije i uzbuđenja kod pojedinca te njegov entuzijizam. Oba navedena stanja raspoloženja mogu biti mjerena kao stanje (prolazna fluktuacija u raspoloženju) ili kao crte ličnosti (stabilne individualne razlike na razini afekta). Ako razmatramo sklonost negativnim čuvstvima kao crtu ličnosti unutar koncepta neuroticizma

Costae i McCraea (Watson & Clark, 1984), tada pojedinci kod kojih je navedena crta ličnosti izražena, češće doživljavaju intenzivna negativna afektivna stanja, dok pojedinci s izraženom crtom pozitivnih čuvstava izvještavaju znatno češće o pozitivnim afektivnim stanjima. Dimenzija negativne afektivnosti odnosi se na stabilne i pervazivne razlike u negativnom samopoimanju te lošem raspoloženju. Osobe sklone doživljavanju negativnih afektivnih stanja u znatno većoj mjeri, gotovo stalno i neovisno o danoj situaciji, čak i u odsutnosti stresnih događaja, doživljavaju distres i nezadovoljstvo. Ovi pojedinci introspektivniji su, usmjereni su na negativne osobine drugih te imaju koncept svijeta kao negativnog i opasnog mjesta. Manje su zadovoljni sobom i svojim životom te imaju razvijenu negativnu sliku o sebi.

Osobe kod kojih nije izražena crta ličnosti prema sklonosti doživljavanju negativnih afektivnih stanja zadovoljne su, sigurne su u sebe te imaju pozitivnu sliku o sebi. Dimenzija pozitivnih čuvstava odnosi se na ekstraverziju, odražava razinu energije i entuzijazma kod osobe te dobro stanje pojedinca. Pojedinci s izraženom crtom ličnosti doživljavanja pozitivnih afektivnih stanja vode potpun, zadovoljavajući, sretan i zanimljiv život te gotovo stalno održavaju visok stupanj aktiviteta (Costa i McCrae, 1980; Diener, Eunkook, Shigehiro, 1997). Usmjereni su na konstruktivno rješavanje problema, stvaranje dobre socijalne podrške te su kreativni (Petitt & Kline, 2001). Iz ovih razloga crta sklonosti doživljavanju pozitivnih afektivnih stanja moguće je da doprinosi mnogim pozitivnim ishodima, od poticanja usvajanja novih sadržaja i učinkovitih obrazaca suočavanja s problemima do otpornosti na psihološki distres (Joiner, 2000). Razmatrajući crtu ličnosti prema sklonosti doživljavanju pozitivnih afektivnih stanja, dimenzije savjesnost i ugodnost pokazale su se značajnim prediktorom zdravih obrazaca ponašanja i kognicija te tendencija (Lemos-Giraldez, Fidalgo-Aliste, 1998).

U ispitivanju psiholoških faktora vezanih za KSB nalazi Coste i McCrae upućuju na to da dok su rezultati na skali neuroticizma umjereno do visoko povezani sa subjektivnim pritužbama na zdravstveno stanje, uglavnom nisu povezani s objektivnim pokazateljima zdravstvenog stanja sudionika (npr. objektivnim pokazateljima bolesti, mortalitetom). Štoviše, Schroeder i Costa (1984) upozoravaju na to da mnoge mjere stresa putem samoiskaza sadrže značajnu komponentu neuroticizma. Iz ovoga razloga početne studije kojima se ispitivala povezanost sklonosti doživljavanju negativnih čuvstava sa stanjem kardiovaskularnoga sustava ograničena su metodološkim nedostacima. Novija, metodološki rigoroznija ispitivanja usmjerena su na otkrivanje povezanosti specifičnih aspekata sklonosti doživljavanju negativnih čuvstava, uključujući depresivnost, anksioznost, bespomoćnost s incidencijom KSB-a te njezinim ishodima (Gallo & Matthews, 2003; Glassman & Shapiro, 1998; Kubzansky & Kawachi, 2000).

Socijalna podrška i suočavanje sa stresom

Nadalje, osobe visoke socijalne kompetencije, niske socijalne anksioznosti te boljih socijalnih vještina razvijaju efikasniju socijalnu podršku te je za njih vjerojat-

nije da će sklopiti prijateljstva. Takvi pojedinci ostvaruju veće rezultate na dimenziji ugodnosti (Costa i McCrae, 1987). Ovi nalazi (Denellot, 2000; Kessler i sur., 1992, prema Taylor, 1995) upućuju na to da je socijalna podrška kao tehnika suočavanja sa stresom više posljedica razlike u genetskom utjecaju, ličnosti, socijalnim vještinama i kompetenciji nego što se može pripisati vanjskom utjecaju. Dunkel-Schetter, Folkman i Lazarus (1987), (Hudek-Knežević, 1994), dokazali su kako su genetske predispozicije mnogo više povezane s emocionalnom podrškom nego što su s informacijskom podrškom. Ovi nalazi isto tako govore u prilog tome da je sposobnost iznalaženja emocionalne podrške od drugih genetska predispozicija ili faktor ličnosti (kao što je npr. socijabilnost).

Iako je veza socijalne podrške i stresa uzrokovanog bolešću složena i zahtijeva dodatna ispitivanja, može se reći kako socijalna podrška smanjuje doživljaj stresa, povećava sposobnost nošenja sa stresorima, smanjuje fizički i mentalni distress i/ili bolest te dovodi do ubrzanog oporavka.

Nadalje, socijalna podrška nije povezana s različitim uzrocima smrti, već prvenstveno sa smrću od raka i koronarne srčane bolesti (Saraphino, 1995).

Utjecaj stresora može biti povećan ili smanjen pod utjecajem psiholoških faktora koji se odnose na to kako interpretiramo stresore (izazov, prijetnja) te naše vjerovanje o njihovoj kontrolabilnosti. Prema Lazarusu i Folkmanu (1984), pojedinci koji stresore smatraju izazovima i vjeruju da se s njima mogu nositi, imat će manju razinu fiziološke pobuđenosti i manji doživljaj neugode.

Dispozicijski optimizam odnosi se na generalizirano očekivanje pozitivnih ishoda u životu (Scheier, Weintraub i Carver, 1986). Takvo općenito očekivanje pozitivnih ishoda, tj. dispozicijski optimizam, utječe na održanje aktivnosti usmjerenih prema postizanju poželjnog cilja i pri pojavi prepreka te na adaptivnije suočavanje sa stresnim situacijama. Optimisti tako ulažu više truda u postizanje poželjnog cilja čak i kad je napredak težak i spor, a s prijetećim situacijama suočavaju se usmjeravajući se na problem, tražeći socijalnu podršku i naglašavajući pozitivne aspekte situacije (Scheier, Weintraub i Carver, 1986). Optimizam kao stabilna dispozicija utječe stoga i na očuvanje i poboljšanje zdravlja ljudi. Optimisti kojima je buduće dobro zdravlje poželjan cilj, više sudjeluju u ponašanjima koja potiču zdravlje, a s percipiranim prijetnjama za zdravlje i samim bolestima suočavaju se na adaptivan način (npr. usmjeravaju se na problem), što ujedno omogućuje i brži oporavak od zdravstvenih teškoća (Scheier i Carver, 1992; prema Davidson i Prkachin, 1997).

Hostilnost

Dvojica su kardiologa, Friedman i Rosenman 1974. (Lindsay, 1994), uočili kako je hostilnost glavni psihološki faktor tipičan za osobe oboljele od KSB-a te psihološka odrednica tipa-A ponašanja, koji uz samu hostilnost karakteriziraju impulzivnost, reaktivnost, nestrpljivost, kompetitivnost (Smith, 1992, prema Saraphino, 1994). Hostilnost se definira kao set negativnih stavova, vjerovanja i procjena

prema osobama iz socijalne okoline čije namjere i ponašanja hostilni pojedinac interpretira kao provokaciju, napad, doživljava ih frustrativno te nepovjerljivo (Smith, 1992; prema Kleepsies, 1998). Hostilnost može indirektno utjecati na razvoj KSB-a, povisujući stupanj simpatičke aktivnosti do te mjere da postaje vidljiva u ponašanju kao izazivanje provokacije u interpersonalnim odnosima (Suarez 2003), a koja pak dovodi do smanjenog primanja socijalne podrške (Smith i Frohm, 1985; prema Kleepsies, 1998). Naposljetku, hostilnost je povezana s drugim negativnim afektivnim stanjima kao što su anksioznost i depresija, za koje se isto tako pretpostavlja da imaju utjecaj na povećanje rizika obolijevanja od KSB-a (Smith i Frohm, 1985; prema Kleepsies).

Zaključno razmatranje

Učinkovito otkrivanje psihosocijalnih faktora zaštite i rizika zahtijeva pristup pacijentu unutar biopsihosocijalnog konteksta; stoga je nužna suradnja liječnika i psihologa, ne samo u rehabilitaciji pacijenata nakon samog kardiovaskularnog incidenta, već i u prevenciji KSB-a. Nove spoznaje i istraživanja mogu pomoći u osmišljavanju primarne prevencije u radu s osobama kod kojih je utvrđen faktor rizika za razvoj KSB-a te tijekom tercijarne prevencije u rehabilitaciji oboljelih. Tako je, vezano za crtu sklonosti doživljavanju pozitivnog ili negativnog raspoloženja, primjerice, bitno obratiti pažnju na osobe npr. sniženog pozitivnog raspoloženja, ali čije negativno raspoloženje ne odstupa značajno od prosjeka zdrave populacije, koje doživljavaju emocionalnu patnju, iako ne ispunjavaju klinički prag za dijagnozu depresije ili anksioznosti, koje posjeduju rizične crte ličnosti za razvoj KSB-a te njima valja posvetiti pažnju u savjetodavnome i terapijskome radu. Prilikom terapijskog i rehabilitacijskog rada s pacijentima nužno je obratiti pažnju na individualne razlike u faktorima koji su doprinijeli razvoju i tijeku same bolesti.

Zaključno možemo reći da nalazi prikazanih rezultata i pregled teoretskih spoznaja nameću potrebu zapošljavanja psihologa u sklopu liječničkih timova na kardiološkim odjelima te pri rehabilitacijskim centrima za oboljele od kardiovaskularnih bolesti. Oni ujedno mogu predstavljati poticaj i osnaženje postojećim stručnjacima različitih profesija uključenim u liječenje bolesnika oboljelih od koronarne srčane bolesti potencirajući važnost posla koji rade. Otvaraju mogućnost pokretanja novih ispitivanja i istraživanja s ciljem boljeg i sustavnijeg prikaza i razumijevanja psihologije oboljelih od koronarne srčane bolesti. Posebno se fokusiraju na proces prilagodbe i posebne uvjete u edukaciji, savjetodavnom radu te terapiji bolesnika i njihovih obitelji.

LITERATURA

Bahn, D. (1997). *Coronary Heart Disease: Prevention, Diagnosis and Therapy*. Medical Department, (str. 9-48). Leverkusen: Bayer AG, Business Group Consumer Care

- Booth-Kewelew, S. i Friedman, H.S. (1987). Psychological predictors of heart disease: A quantitative review. *Psychological Bulletin*, 101, 343-362.
- Costa, E T., Jr., & McCrae, R. R. (1980). Influence of extraversion and neuroticism on subjective well-being: Happy and unhappy people. *Journal of Personality and Social Psychology*, 38, 668-678.
- Costa, P.T., & McCrae, R.R. (1985). The NEO Personality Inventory manual. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Costa, E T., Jr., & McCrae, R. R. (1985a). Hypochondriasis, neuroticism, and aging: When are somatic complaints unfounded? *American Psychologist*, 40, 19-28.
- Costa, P.T. (1987). Influence of the normal personality dimension of neuroticism on chest pain symptoms and coronary artery disease. *American Journal of Cardiology*, 60, 20J-26J.
- Costa, P.T., & McCrae, R.R. (1987). Neuroticism, somatic complaints, and disease: Is the bark worse than the bite? *J. Personal.*, 55, 299-316.
- Costa, P. T. i McCrae, R. R. (1992). *NEO-PI-R: Professional Manual*. Florida: Psychological Assessment Resources, Inc.
- Čustović, F. (1999). *Nestabilna angina pectoris*. Hadžić, N., Goldner, V. (Ur.). *Izabrana poglavlja iz gastroenterologije i kardiologije*. (str. 266-284) Zagreb: Art studio Azinović.
- Davidson, K., Prkachin, K. (1997). Optimism and unrealistic optimism have an interacting impact on health promoting behavior and knowledge changes. *Personality and Social Bulletin*, 23, 617-625.
- Denollet J. (1991). Negative affectivity and repressive coping: pervasive influence on self-reported mood, health, and coronary-prone behaviour. *Journal of Psychosomatic Medicine*, 53, 538-56.
- Denollet, J. (2000). Type D personality- A potential risk factor refined. *Journal of Psychosomatic Research*, 49, 255-266.
- Denollet, J., Vaes, J., Brutsaert, D. (2000). Inadequate Response to Treatment in Coronary Heart Disease Adverse Effects of Type D Personality and Younger Age on 5-Year Prognosis and Quality of Life From the University Hospital of Antwerpen. <<http://circ.ahajournals.org/cgi/content/full/102/6/630>> 6.10.2002.
- Denollet, J., Van Heck, G.L. (2001). Psychological risk factors in heart disease- What Type D personality is (not) about. *Journal of Psychosomatic Research*, 51, 465-468.
- Diener, E., Eunkook, S., Shigehiro, O. (1997). Recent Findings on Subjective Well-Being). *Indian Journal of Clinical Psychology*.
- Gallo, L. C., & Matthews, K. A. (2003). Understanding the association between socioeconomic status and physical health: Do negative emotions play a role? *Psychological Bulletin*, 129, 10-51.
- Glassman, A. H. & Shapiro, P.A. (1998). Depression and the course of coronary artery disease. *American Journal of Psychiatry*, 155, 4-11.
- Havelka, M. (1998). *Psihološki učinci teških tjelesnih bolesti*. Havelka, M. (Ur.). *Zdravstvena psihologija*. Jastrebarsko: Naklada Slap, 112-119.
- Hudek-Knežević, J. (1994). Suočavanje sa stresnim situacijama izazvanim konfliktom između profesionalne i obiteljske uloge: uloga stilova suočavanja, samopoimanja i percepcije socijalne okoline. Zagreb: Filozofski fakultet, neobjavljena doktorska disertacija.

- Hudek-Knežević, J. i Kardum, I. (2005.). Psihosocijalne odrednice tjelesnog zdravlja- Stres i tjelesno zdravlje. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Joiner, T. E., Jr., Pettit, J. W., Perez, M., Burns, A. B., Gencoz, T., Gencoz, F., & Rudd, M.D. (in press). Can positive emotion influence problem-solving attitudes among suicidal adults? *Professional Psychology: Research and Practice*.
- Kleespies, P.M. (Ur.). *Emergencies in Mental health practice*. (str. 355-376) New York: Guilford Press.
- Kubzansky, L. D., & Kawachi, I. (2000). Going to the heart of the matter: Do negative emotions cause coronary heart disease? *Journal of Psychosomatic Research*, 48, 323-337.
- Lazarus, R.S., Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Lemos-Giráldez, Serafin & Fidalgo-Aliste, Angel M. (1998). Personality Dispositions and Health-related Habits and Attitudes: a Cross-sectional Study. *European Journal of Personality*, 11, 197-209.
- Lindsay, S.J.E. (1994). *Fears and anxiety: Investigation*. Lindsay, S.J.E. i Powell, G.E. (Ur.). *The Handbook of Clinical Adult Psychology*. New York: Routledge.
- Merz, C.N.B., Dwyer, J., Nordstorm, C.K. Walton, K.G., Salerno, J.W., Schneider, R.H. (2002). Psychosocial stress and cardiovascular disease: Pathophysiological links. *Behavioral Medicine*, 27, 141-147.
- Nietzel, M.T., Bernstein, D.A., Milich, R. (2001). *Uvod u kliničku psihologiju*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Pettit, Jeremy W. and Kline, John P. (2001). Are Happy People Healthier? The Specific Role of Positive Affect in Predicting Self-Reported Health Symptoms. *Journal of Research in Personality*.
- Penezić, Z. (2004). *Zadovoljstvo životom u adolescentnoj i odrasloj dobi - provjera teorije višestrukih diskrepancija*. Doktorski rad. Filozofski fakultet, Sveučilište u Zagrebu.
- Sarafino, E.P. (1994). *Health Psychology – Biopsychosocial Interactions*. New York: John Wiley & sons.
- Scheier, M. F., Weintraub, J.K., Carver, C. S. (1986). Coping with stress: Divergent strategies of optimists and pessimists. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1257-1264.
- Schmidt-Pedersen, S., Middel, B. (2001). Increased vital exhaustion among type-D patients with ischemic heart disease. *Journal of Psychosomatic Research*, 51, 443-449.
- Schroeder, D. H., & Costa, E T., Jr. (1984). Influence of life event stress on physical illness: Substantive effects or methodological flaws? *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 853-863.
- Smith, W. & John, R. (2002.) Psychosocial Influences on the Development and Course of Coronary Heart Disease: Current Status and Implications for Research and Practise. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 548-568.
- Suarez, E. C. (2003). Joint effect of hostility and severity of depressive symptoms on plasma interleukin-6 concentration. *Psychosomatic Medicine*, 65, 523-527.
- Taylor, S.E. (1995). *Health psychology*. New York: McGraw-Hill.
- Žegura, I. (1986). *Prevalencija koronarne bolesti u jednom radnom kolektivu*. Zagreb: Medicinski fakultet, magistarski rad.

Watson, D., & Clark, L. A. (1984). Negative affectivity: The disposition to experience aversive emotional states. *Psychological Bulletin*, 96, 465–490.

PROTECTIVE AND RISK PERSONALITY TRAITS FOR THE DEVELOPMENT AND PROGRESSION OF THE CORONARY HEART DISEASE

Summary

Research work about the mechanisms in which psychological factors are related to physical health show that there is obvious interaction between physical and psychological; physical processes and behavior may reflect on bodily functions, and physical states can reflect on the way of thinking and behavior of each person.

Attempts for identification psychological risk factors are showing that there are some specific emotional states that are enhancing development of coronary heart disease. Risk group includes persons who are prone to chronic negative affect states and persons with coronary heart disease risk personality traits.

Growing interest of health psychology is focused on the field of investigation of psychoneuroimmunology and investigation of the mechanisms in which psychological factors are related to the immunological changes, behaviors connected to the health and health outcomes or to the development of the disease. Stress is causing different hemodynamic, endocrine and immunological changes that are enhancing development of the coronary heart disease.

Efficient defining of psychosocial protective and risk factors lies in biopsychological approach to the patient, so collaboration between doctors and psychologists is necessary, not only in the process of rehabilitation after coronary incident, but also in prevention of the coronary heart disease. Recent findings and research may contribute to the practical work in the field of primary prevention, to the work with persons who have risk factor for developing coronary heart disease and during the tertiary prevention procedure in patient rehabilitation. During therapeutic and rehabilitational work with patients it is of primary interest to be focused on individual differences in the level of positive and negative affect factors that lay in the development and progression of the coronary heart disease.

Key words: distress, D-type personality, risk factors, coronary heart disease, negative affect, positive affect, protective factors, health psychology

