

Un posibil profil psihologic al pacienților cu afecțiuni cardiace organice

A possible psychological profile of patients with organic cardiac affections

Dr. DORIN DRAGOȘ¹, Dr. MARIA DANIELA TĂNĂSESCU¹,
Prof. Bioch. MIHAELA MIRELA BRATU²

¹Catedra Medicină internă 1, Spitalul Universitar de Urgență, U.M.F. „Carol Davila”, București

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

Prescurtări

TP/TPi = trăsătură/i psihică/e (trăsătură/i de personalitate); 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; PP = profil psihologic; BC = boli cardiace; BCI = boală cardiacă ischemică; CV = cardiovascular/ă/e; BCV = boli cardiovasculare.

REZUMAT

Obiectiv: Definirea unui profil psihologic (PP) al pacienților cu boli cardiace (BC), potențial util în proiectarea unor intervenții psihologice destinate prevenirii acestor afecțiuni.

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

Rezultate: TP asociată cel mai semnificativ statistic cu BC a fost „devotat, implicat, pătimaș”. TPi asociate cu BC cu o semnificație statistică mai redusă au fost: „îngrijorat pentru ceilalți”, „dornic de muncă”, „activ, energetic”, „altruist”, „tipicar, ordonat, curat”. Semnificație statistică încă și mai redusă a avut asocierea BC cu TPi: „riguros”, „responsabil”, „îngrijorat/preocupat/atașat de copii”, „dornic să-și utilizeze timpul eficient”, „dominator”.

Concluzii: Un posibil PP al pacienților cu BC ar putea avea ca nucleu tendința la implicare pătimașă, reflectată pe patru coordonate principale: 1. firea activă, muncitoare; 2. responsabilitatea, rigurozitatea; 3. dorința de a ajuta pe alții; 4. tendința dominatoare.

Cuvinte cheie: profil psihologic, boală cardiacă, boli cardiovasculare

ABSTRACT

Objective: Defining a psychological profile of the patients with cardiac diseases (CaD), potentially useful in designing psychological interventions aimed at preventing these disorders.

Method: The subjects have been patients with various diseases (including CaD). 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 PF most statistically significantly associated with CaD has been „devoted, committed, impassioned”. PFs associated with CaD with a poorer statistical significance have been: „worried for others”, „desires/eager to work”, „active, energetic”, „altruist”, „fastidious, desires order and cleanliness”. The PFs: „rigorous”, „responsible”, „worried for/concerned for/attached to children”, „desires/eager to make good use of his/her time”, „domineering” have had an even less statistically significant association with CaD.

Conclusions: The nucleus of a possible PP of patients with CaD might be the tendency to impassioned commitment, reflected on four main directions: 1. active, hard-working nature; 2. responsibility, thoroughness; 3. desire to help others; 4. domineering tendency.

Key words: psychological profile, cardiac diseases, cardiovascular diseases

INTRODUCERE

La ora actuală se consideră că spectrul stărilor psihice asociate cu BCV este larg, incluzând deznădejdea, pesimismul, depresia, ruminația, anxietatea, mânia, ostilitatea (1). Desigur, primele trei sunt înrudite, după cum sunt și ultimele două.

Depresia și bolile cardiovasculare (BCV)

Tulburarea depresivă majoră și simptomele depresive au fost identificate drept factori de risc independenți pentru morbiditatea și mortalitatea cardiacă. Depresia poate să preceadă BCV, crescând riscul de apariție a acestora (2) și crește mortalitatea cardiovasculară (CV) (3,4), în special la pacienții cu boală cardiacă ischemică (BCI) (5). Depresia este asociată cu o creștere a riscului de evoluție CV nefavorabilă după infarctul miocardic acut (6), crescând mortalitatea (7), chiar și atunci când simptomele depresive sunt minime (8). Efectele depresiei se manifestă chiar și în absența unor stenoze coronariene semnificative (9). Simptomele depresive sunt un predictor puternic al agravării pe termen scurt a stării de sănătate specifice pentru insuficiența cardiacă (10). Există mai multe mecanisme prin care depresia favorizează boala cardiacă și/sau îi agravează evoluția:

1. Promovarea evenimentelor trombotice: simptomele depresive se corelează cu indicatorii hemostatici, astfel încât asocierea lor cu riscul CV crescut ar putea fi, cel puțin parțial, mediată prin hipercoagulabilitate (11). Depresia crește susceptibilitatea trombocitelor de a fi activate, mecanismul fiind mediat de serotonină (12). Tulburarea reglării serotoninei periferice, prezentă atât în depresie, cât și în BCI, ar putea contribui la asocierea depresiei cu BCI și cu evenimentele CV. În acest sens, s-a demonstrat că la pacienții coronarieni depresia majoră se asociază cu o serotoninemie crescută independent de boala cardiacă (13).

2. Promovarea proceselor inflamatoare ar putea fi un alt mecanism al asocierii dintre depresie și BCV (14, 15), fapt demonstrat de corelarea simptomelor depresive cu indicatorii inflamatori relevanți pentru BCI (11), precum interleukina-6 și proteina C reactivă (16, 15), ca și cu metaloproteinaza matriceală 9, enzimă litică ale cărei niveluri cresc în procesele inflamatoare și despre care se crede că ar putea juca un rol în ruperea plăcilor de aterom (17). La pacienții depresivi, inflamația ar putea fi promovată (printre altele) de scăderea răspunsului cortizolic la stresul acut (18).

3. Disfuncția endotelială: s-a demonstrat că depresia (chiar și în antecedente) scade dilatația mediată de flux dependentă de endoteliu (19).

4. Tulburările metabolice: simptomele depresive sunt asociate cu adipozitatea viscerală (centrală), care este mai activă metabolic și crește riscul de BCV (ca și de diabet) mai mult decât grăsimea subcutanată (20). Sindromul metabolic este asociat independent cu depresia, explicând o mică parte din asocierea depresiei cu evenimentele CV (21).

5. Perturbarea funcționării sistemului nervos vegetativ și a axei hipotalamo-hipofizare ar putea fi implicate, la pacienții depresivi, în medierea riscului crescut de BCV (22) și de evenimente cardiace, de exemplu aritmii ventriculare (23). Simptomele depresive sunt asociate cu disfuncția sistemului nervos vegetativ CV, fapt demonstrat de recuperarea întârziată a frecvenței cardiace la pacienții coronarieni cu depresie supuși la un test de efort (24), ca și de influențarea variabilității de înaltă frecvență a frecvenței cardiace, un indicator specific al funcției vegetative parasimpatice cardiace corelat cu morbiditatea și mortalitatea CV prematură (25).

Există însă și studii care infirmă asocierea independentă a depresiei cu mortalitatea CV, demonstrând că această asociere dispare după ajustarea pentru factorii sociodemografici, obiceiurile

nesănătoase ș.a. (venitul fiind variabilă cu impactul cel mai puternic) (26).

Depresia a fost însă asociată cu multe alte tulburări funcționale și organice, din arii patologice diverse:

- *respiratorii*: simptome respiratorii funcționale (27), hipertensiune pulmonară (28), bronșită cronică (29);
- *digestive*: sindrom de colon iritabil (30, 31), boală inflamatoare colonică (32), hepatită cronică C (33), steatohepatită nealcoolică (34);
- *endocrine*: diabet (35, 36), sindromul ovarului polichistic (37);
- *musculo-articulare*: durere musculo-scheletică cronică (38), fibromialgie (39, 40), sindrom de articulație temporomandibulară (41), boli inflamatoare reumatismale (42);
- *imunologice*: alergii (43), urticarie cronică (44);
- *generale*: sindromul de oboseală cronică (45), simptome funcționale somatice (46).

În aceste condiții, se pune problema ce anume face ca la un anumit pacient depresia să aibă repercusiuni CV, în timp ce la altul să se reflecte la nivel digestiv, respirator etc.

Ostilitatea și BCV

Ostilitatea este un concept larg, care include mânia, atitudinile cinice și suspicioase și actele agresive. Ostilitatea crește riscul de evenimente CV, inclusiv fatale (47) și crește mortalitatea CV (48). Tendința la mânie crește morbiditatea și mortalitatea prin BCI (49) și induce un risc crescut de BCV, în special de infarct miocardic (50). Reciproc, exprimarea mâniei pare să protejeze de BCV (51).

Mecanismele acestei asocieri includ:

1. creșterea reactivității trombocitare – o cale fiziopatologică esențială în instalarea evenimentelor CV (52);
2. perturbări neurovegetative, de exemplu scăderea responsivității (sensibilității) receptorului β -adrenergic (la care ar putea contribui creșterea activității simpatice asociate cu ostilitatea), trăsătură caracteristică pentru multe dintre BCV și care ar putea constitui o alterare fiziopatologică timpurie indusă de ostilitate (53);
3. alterări metabolice, între care promovarea rezistenței la insulină (mai ales când survine și un nivel crescut de stres, reflectat de creșterea noradrenalinei circulante) (54), a sindromului metabolic și a aterosclerozei (55);

4. promovarea inflamației: mânia și ostilitatea se asociază semnificativ cu creșterea proteinei C reactive la persoane aparent sănătoase (15), sugerând o stare inflamatoare sistemică, care ar putea avea mai multe mecanisme, printre care alterarea profilurilor circadiene ale cortizolului (56); unele studii sugerează că ostilitatea amplifică procesele inflamatoare relevante pentru BCI doar în prezența simptomelor depresive (16).

Puține alte afecțiuni au fost puse în corelație cu ostilitatea: hiperplazia benignă de prostată (57), durerea cronică (58).

Anxietatea și BCV

Cu privire la anxietate, rezultatele sunt mai puțin consistente – există studii care sugerează că anxietatea s-ar corela cu mortalitatea CV (59), ca și cu morbiditatea cardiacă, de exemplu prin favorizarea aritmiilor ventriculare (23). Anxietatea influențează variabilitatea de înaltă frecvență a frecvenței cardiace, un indicator specific al funcției vegetative parasimpatice cardiace corelat cu morbiditatea și mortalitatea CV prematură (25).

Depresia și anxietatea coexistă însă la mulți pacienți. Deși mulți autori le consideră predictorii independenți ai evenimentelor CV, unele studii demonstrează că există o interacțiune între ele: scorurile de depresie par să fie predictorii semnificativi pentru evenimentele CV la femeile cu scoruri de anxietate scăzute, dar nu și la femeile cu niveluri mai înalte de anxietate (60). În acest sens, o serie de studii infirmă asocierea dintre anxietate și BCV, demonstrând că anxietatea nu este asociată cu mortalitatea CV (26, 4), că un istoric de tulburări anxioase este asociat cu o probabilitate mai mică de BCI semnificativă angiografic la femeile cu durere în piept (61) sau că atacurile de panică nu se asociază cu ischemia miocardică (62).

Factorii psihici și BCV

S-au acumulat așadar numeroase dovezi cu privire la asocierea mai multor factori psihici cu BCV. Cele mai multe vizează depresia, care însă a fost pusă în relație cu multe alte suferințe, organice sau funcționale. Ceva mai puține (și întrucâtva mai puțin consistente) sunt dovezile referitoare la ostilitate, dar spectrul asocierilor patologice este mult mai restrâns, făcând din această trăsătură un corelat psihic mult mai specific al BCV. În ce privește anxietatea, dovezile sunt încă și mai puține și mai degrabă contradictorii. □

OBIECTIV

Scopul nostru a fost să aflăm dacă există anumite TPI caracteristice pentru câteva dintre cele

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

METODE

Prezentarea detaliată a metodei noastre am făcut-o într-un articol anterior (63) și nu o vom relua. Reamintim doar că în urma unui interviu, am stabilit la fiecare pacient un număr de TPi, a căror asociere cu diferitele sfere de patologie am analizat-o dintr-o perspectivă epidemiologică: am considerat, pe rând, fiecare dintre TPi ca reprezentând un factor de risc/o expunere (E) și fiecare dintre patologii ca reprezentând o boală (B).

Eșantionul

Din cei aproximativ 3000 de pacienți acuzând diverse simptome, interogați într-un interval de 10 ani (1995-2005), 491 (132 M cu vârsta de 41,17 ± 13,31 ani, 359 F cu vârsta de 40,89 ± 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 BC – am încadrat aici pacienții cu patologie cardiacă organică, practic toți având (în lotul nostru) cardiopatie ischemică (N = 32: 9 M; 23 F).

Analiza datelor

S-a realizat în trei etape premergătoare (analiză brută, sinteză primară și sinteză secundară), urmate de etapa de analiză statistică. Am descris aceste etape într-un articol anterior (63). Reamintim doar că numărul mare de parametri calculați ne-a obligat să introducem un factor de corecție de 104 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 $0,05 \times 10^{-4} = 5 \times 10^{-6} = 0,000005$. De asemenea, am avut grijă ca limitele de încredere (LI) să nu includă unitatea. Rezultatele îndeplinind aceste două condiții le-am considerat ca fiind absolut semnificative statistic (ASS). Rezultatele cu p depășind 5×10^{-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). Reamintim că am consemnat TPi declarate spontan de pacienți. De aceea, este probabil ca prevalența reală a acestor TPi să fie (mult) mai mare. □

REZULTATE

Urmează o listă a TPi a căror asociere cu BC a fost RSS. Pentru toate celelalte TPi rezultatele

Tabelul 1. TPi asociate cu BC. 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 (org. = organic, funcț. = funcțional).

Trăsătură de personalitate (expunere = E)	Boală (B)	E+ B+	E+ B-	E- B+	E- B-	OR	LI pentru OR	p
1. Devotat, implicat, pătimăș	Cardiac	21	60	11	399	12,7	5,83-27,65	110 ⁻¹⁴
	HTA	14	67	21	389	3,87	1,88-7,99	0,0002
2. Îngrijorat pentru ceilalți	Cardiac	7	21	25	438	5,84	2,27-15,03	0,0002
3. Dornic de muncă	Cardiac	10	44	22	415	4,29	1,91-9,63	0,0002
	Biliar org.	12	42	38	399	3,00	1,46-6,18	0,004
	Ficat	11	43	22	415	4,83	2,19-10,62	210 ⁻⁵
4. Activ, energic	Cardiac	17	108	15	351	3,68	1,66-8,19	0,0005
	Biliar funcț.	18	107	22	344	2,63	1,28-5,34	0,006
5. Altruist	Cardiac	10	57	22	402	3,21	1,44-7,12	0,006
6. Tipicar, ordonat, curat	Cardiac	13	87	19	372	2,93	1,39-6,15	0,007
7. Riguros	Cardiac	7	33	25	426	3,61	1,46-8,98	0,01
8. Responsabil	Cardiac	10	60	22	399	3,02	1,36-6,7	0,01
9. Îngrijorat/ preocupat/ atașat de copii	Cardiac	8	43	24	416	3,22	1,37-7,62	0,01
	Urinar inferior	16	35	68	372	2,5	1,31-4,77	0,008
10. Dornic să-și utilizeze timpul eficient	Cardiac	13	95	19	364	2,62	1,14-5,81	0,02
	Biliar org.	19	89	31	352	2,42	1,23-4,66	0,007
11. 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 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)
	Biliar	25	58	65	343	2,27	1,27-4,00	0,004

referitoare la BC au fost NSS (de aceea nu le prezentăm în această lucrare).

În continuare, vom defini aceste 11 TPi și vom asocia fiecareia o figură sugerând vizual poziția principalelor sfere de patologie în relație cu acea TP. Am folosit logaritmul natural din raportul șanselor (logOR) pentru a cuantifica pozițiile relative ale diferitelor sfere de patologie. În relație cu aceste 11 TPi, rezultatele au fost cel puțin RSS doar pentru sferele de patologie menționate în tabelul de mai sus. Drept urmare, nu acordăm încredere poziției relative a nici unei alte sfere de patologie (în relație cu aceste 11 TPi). Pentru unele sfere de patologie, raportul șanselor (OR) a fost nul, ceea ce corespunde unui logaritm egal cu -8 – o bară de lungime zero (de fapt nici o bară) a fost folosită pentru reprezentarea grafică a acestor sfere de patologie.

1. Devotat, implicat, pătimaș

Definire. Pacienții (N = 81: 9 M; 72 F) care au declarat că pun suflet în ceea ce fac, se implică, participă, se sacrifică, fac mai mult decât li se cere, din proprie inițiativă.

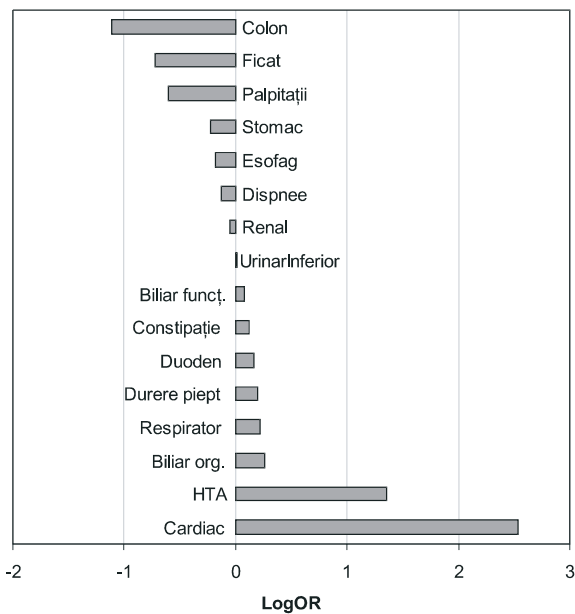


Figura 1. Comparație între șansele de a dezvolta diferite patologii la pacienții care au declarat că sunt „devotați, implicați, pătimași“.

2. Îngrijorat pentru ceilalți

Definire. Pacienții (N = 28: 6 M; 22 F) care au declarat, în mod explicit, că își fac griji pentru ceilalți (cel mai adesea membri ai familiei, dar și prieteni, colegi sau chiar persoane necunoscute), dar care nu puneau binele celorlalți deasupra propriilor interese, care nu făceau tot ce le era posibil pentru a face bine celorlalți (prin contrast cu definiția de la TP „altruist“).

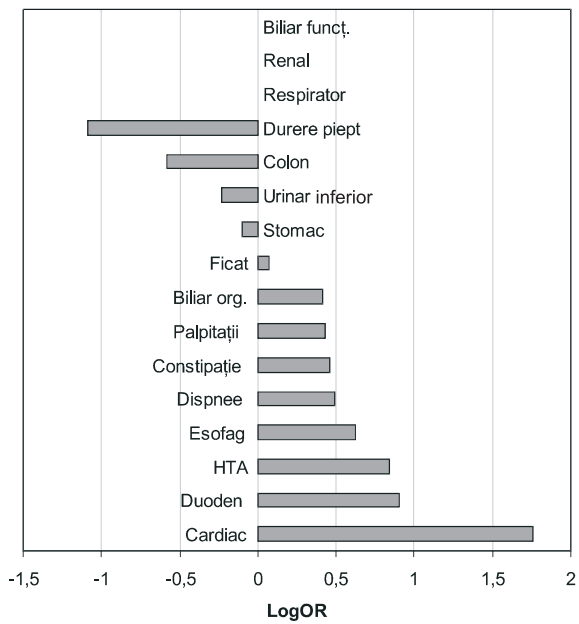


Figura 2. Comparație între șansele de a dezvolta diferite patologii la pacienții care au declarat că sunt „îngrijorați pentru ceilalți“.

3. 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 TPi, 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.

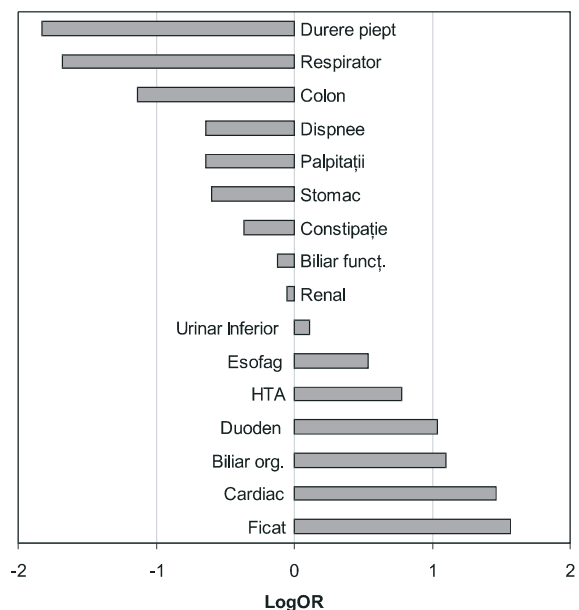


Figura 3. Comparație între șansele de a dezvolta diferite patologii la pacienții care s-au declarat „dornici de muncă“.

4. Activ, energic

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

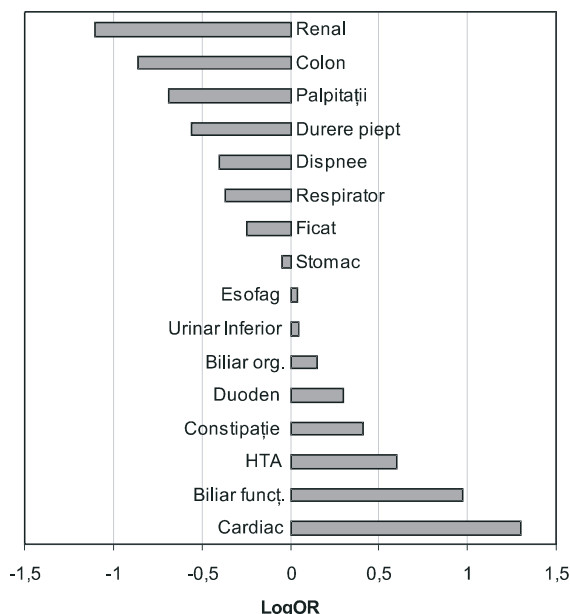


Figura 4. Comparație între șansele de a dezvolta diferite patologii la pacienții care au declarat că sunt „activi, energici“.

5. Altruist

Definire. Pacienții (N = 67: 16 M; 51 F) care au declarat că fac tot ce pot pentru ceilalți, că pun binele celorlalți mai presus decât propriul bine. Altruismul este o atitudine nu foarte diferită de cea a persoanei implicate – este un implicat care urmărește bunăstarea semenilor; probabil din acest motiv indicatorii de risc și semnificația

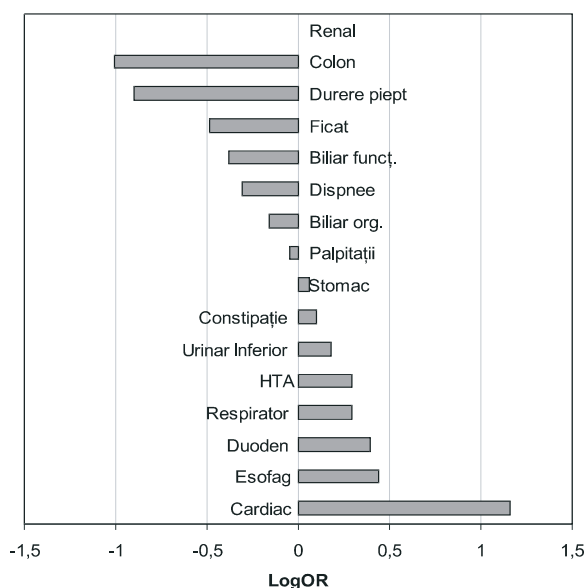


Figura 5. Comparație între șansele de a dezvolta diferite patologii la pacienții care au declarat că sunt „altruști“.

statistică sunt inferioare celor de la „devotat, implicat, pătimaș“, această ultimă TP având o arie de cuprindere mult mai largă.

6. Tipicar, ordonat, curat

Definire. Pacienții (N = 100: 26 M; 74 F) care au declarat că sunt preocupați de ordine și/sau curățenie, că fac lucrurile ordonat și meticolos. Este o TP destul de eterogenă, la pacienții cardiaci având filiații mai degrabă cu rigurozitatea, conștiinciozitatea, responsabilitatea, decât cu atenția pentru detalii.

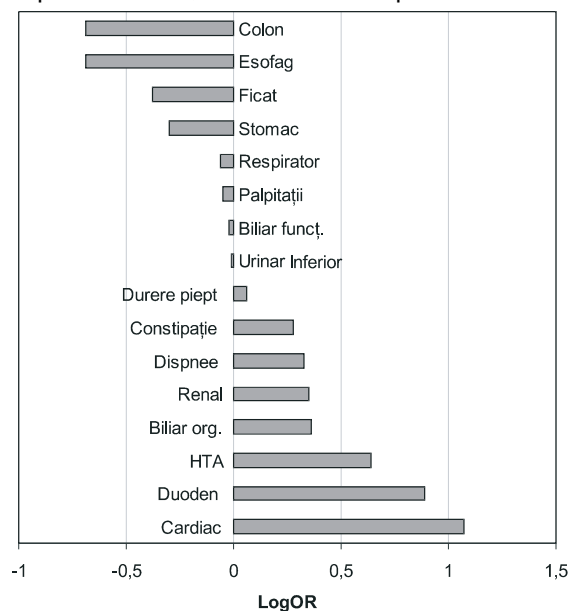


Figura 6. Comparație între șansele de a dezvolta diferite patologii la pacienții care au declarat că sunt „tipicari, ordonați, curați“.

7. Riguros

Definire. Pacienții (N = 40: 12 M; 28 F) care au declarat că sunt riguroși în ceea ce fac. Este o

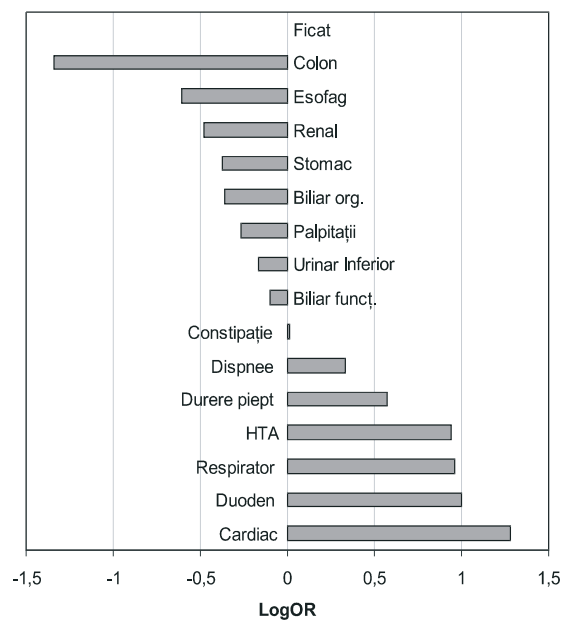


Figura 7. Comparație între șansele de a dezvolta diferite patologii la pacienții care au declarat că sunt „riguroși“.

TP destul de apropiată de „responsabil”, fapt demonstrat și de spectrul de patologie similar (având însă ca principală diferență poziția patologiei respiratorii), dar cu un accent mai puternic pe ideea de exactitate și corectitudine.

8. Responsabil

Definire. Pacienții (N = 70: 32 M; 38 F) care au declarat că sunt responsabili în ceea ce fac. Se deosebește de TP „riguros” prin accentul pus nu atât pe exactitate și corectitudine, cât pe implicarea psihoemoțională (prin care se apropie de TP pivot pentru PP cardiac: „devotat, implicat, pătimaș”).

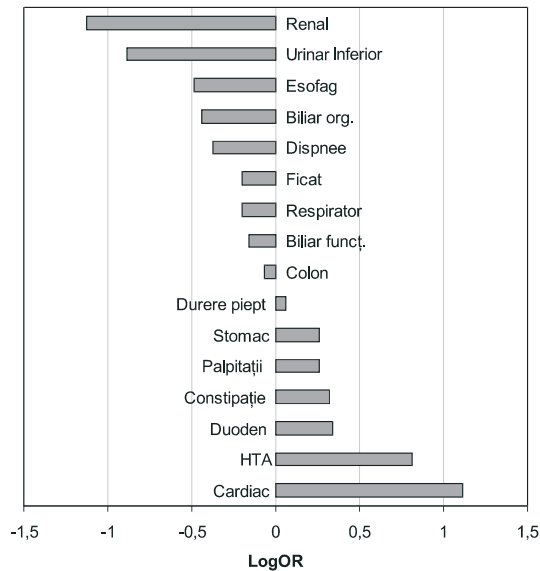


Figura 8. Comparație între șansele de a dezvolta diferite patologii la pacienții care au declarat că sunt „responsabili”.

9. Îngrijorat/preocupat/atașat de copii

Definire. Pacienții (N = 51: 2 M; 49 F), mai bine zis pacientele care au declarat că sunt

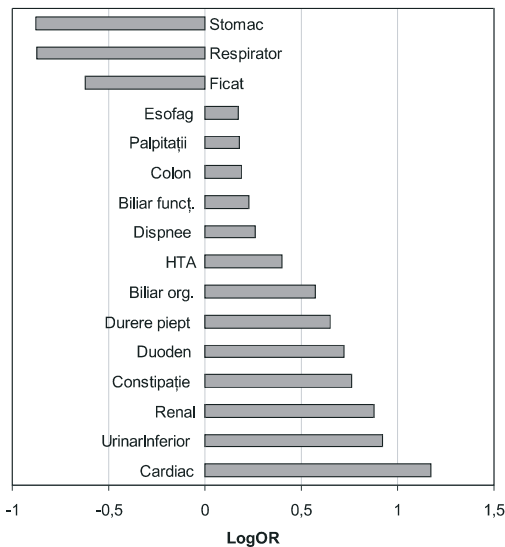


Figura 9. Comparație între șansele de a dezvolta diferite patologii la pacienții care au declarat că sunt „îngrijorați/preocupați/atașați de copii”.

îngrijorate, preocupate, atașate de copii. Deși această TP ar putea părea de la sine înțeleasă, reamintim că am consemnat-o (ca și în cazul celorlalte TPi) doar la pacienții (cel mai adesea pacientele) care au declarat-o spontan.

10. Dornic să-și utilizeze timpul eficient

Definire. Pacienții (N = 108: 38 M; 70 F) care au declarat că sunt preocupați să-și valorifice cât mai bine timpul, să nu-l irosească, să fructifice fiecare moment, deseori să facă mai multe lucruri deodată.

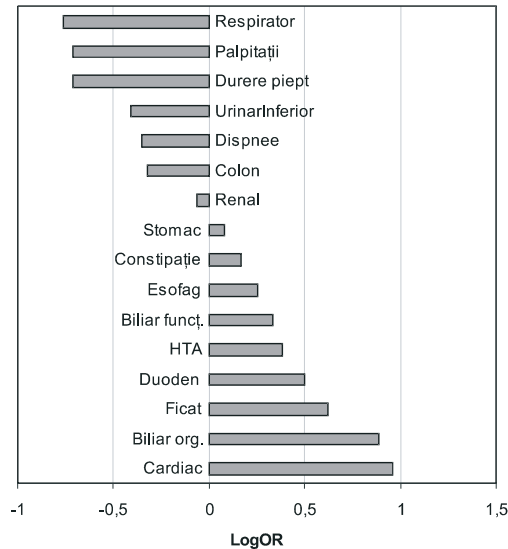


Figura 10. Comparație între șansele de a dezvolta diferite patologii la pacienții care au declarat că sunt „dornici să-și utilizeze timpul eficient”.

11. Dominator

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.

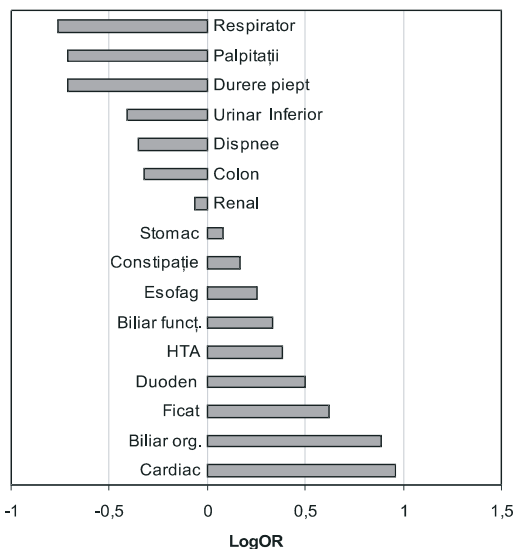


Figura 11. Comparație între șansele de a dezvolta diferite patologii la pacienții care au declarat că au tendința de a fi „dominatori”.

DISCUŢIE

Scopul prezentei lucrări este de a contura un posibil PP al individului predisus la BC.

O singură TP îndeplineşte riguros criteriile de validitate statistică: „devotat, implicat, pătimaş”. De aceea vom considera această TP ca fiind esenţa personalităţii pacientului cardiac. Toate celelalte TPi derivă din sau sunt modulate de aceasta. Cardiacul este un om care se dăruieşte total unui anumit obiectiv. Pentru a nuanţa PP, vom lua în discuţie alte câteva TPi cu indicatori de risc supraunitari, dar cu validitate statistică doar relativă (valide numai dacă nu se aplică factorul de corecţie de 104). Le putem grupa în patru tendinţe psihologice:

- „activ, energic”, „dornic de muncă”, „dornic să-şi utilizeze timpul eficient”; NU este „speriat/stresat de examene/probe/confruntarea cu situaţii inedite/deosebite”;
- „responsabil”, „riguros”, „tipicar, ordonat, curat/preocupat de ordine şi curăţenie”;
- „altruist”, „este îngrijorat pentru ceilalţi”, este „îngrijorat/preocupat/ataşat de copii”;
- „dominator”.

TP definitorie pentru PP cardiac este tendinţa de a se implica pătimaş, cu dăruire. Deşi îndeobşte asociată unei conotaţii pozitive, această TP duce adesea la atitudini abuzive, agresive, exagerate, încrâncenate. Cardiacul este un om convins de el însuşi, de dreptatea lui, de faptul că actele lui sunt justificate şi reprezintă singura cale corectă. El vrea să-şi impună voinţa celorlalţi (este „dominator”). De fapt, adesea nu ţine cont de cei din jur. Devotamentul lui nu este neapărat faţă de ceilalţi, ci adesea faţă de un obiectiv, o activitate, un ţel pe care le consideră mai presus de orice altceva. Când obiectivul lui este o altă persoană (variantă întâlnită mai frecvent la femei), se va dedica acesteia trup şi suflet. Expresivă în aceste sens este grija pentru copii („îngrijorat/preocupat/ataşat de copii”), dar nu în mod special pentru partener (relaţia de cuplu nu îl preocupă în mod special). Atitudinea faţă de persoana căreia i se dedică este, de regulă, una protectoare, dar şi dominatoare – el poate ajunge să o strivească, să-i îngădească libertatea, să-i impună ce să facă, de fiecare dată însă cu bune intenţii (este „altruist”, „îngrijorat pentru ceilalţi”¹). El „face bine” cu forţa, socotind că este mai în măsură să hotărască ce-i trebuie celuiilalt, fără să-i mai ceară părerea sau adesea împotriva părerii acestuia. Exemplul tipic este cel al mamei devotate.

Aceeaşi atitudine o regăsim şi atunci când se dăruieşte nu unei persoane, ci un obiect/obiectiv (mai adesea la bărbaţi, tot mai frecvent însă, la ora actuală, şi la femei) – adesea este ceva de natură profesională: întreprinderea, afacerea, locul de muncă (pentru un om de afaceri), o temă de cercetare, de studiu (în cazul unui savant), un hobby (o colecţie etc.), un viciu (jocuri de noroc etc.). El se dăruieşte întru totul acelui obiectiv, care devine lucrul cel mai important, dacă nu singurul important – acestuia îi sacrifică orice altceva. În această situaţie, poate să apară tendinţa de a neglija oamenii din jur (aparent în contradicţie cu descrierea anterioară), indiferent că este vorba de familie (soţ/ie, copii etc.), prieteni, angajaţi, colaboratori, parteneri etc. El pare lipsit de scrupule, cinic. În realitate este aceeaşi dăruire, orientată însă diferit. Dedicându-se unui anumit obiectiv, cardiacul îşi mobilizează toate resursele, este „dornic de muncă”, „activ, energic”, îşi valorifică timpul cu maximă eficienţă, este „responsabil”, „riguros”, „ordonat, tipicar”, tinde să se impună (este „dominator”). De data aceasta, exemplul tipic este afaceristul împătimit.

Iată cum mama devotată şi afaceristul cinic, amândoi predispuşi la BC, sunt structuri de personalitate similare, doar că diferit orientate. Ambii consideră că este corect să le impună celorlalţi ce să facă, ba chiar că este justificat să comită (în numele afacerii, al copilului etc.) fapte reprobabile, incorecte faţă de alţii sau chiar ilegale. Cardiacul poate socoti îndreptăţite, în măsura în care îi servesc ţelurile, minciuna, furtul, traficul de influenţă, mituirea, manipularea rezultatelor unor concursuri/alegeri sau chiar crima (în cazuri anecdotice).

Cardiacul pune suflet (şi pune la suflet), se implică, participă, dar nu neapărat din ambiţie, orgoliu sau pentru a dobândi un ascendent asupra celorlalţi, nici pentru bani sau confort material, ci o face cu dedicare. Nu-şi uită meseria nici la domiciliu – continuă să fie medic, director etc. chiar şi în somn. Nu-l indispuie să fie căutat acasă nici noaptea, nici la sfârşit de săptămână – dimpotrivă, exultă când ceilalţi au nevoie de el, când se ştie indispensabil. Îi place ca ceilalţi să nu se poată descurca fără el, să depindă de el – s-ar simţi frustrat dacă oamenii nu ar avea nevoie de sacrificiul lui.

Uneori strădania de a atinge obiectivul pare să devină mai importantă decât obiectivul în sine: el trebuie să-l dobândească, prin el trebuie să se realizeze, el vrea neapărat să participe la realizarea

¹Reamintim că am consemnat ceea ce relatea pacientul, viziunea pacientului despre sine.

acelui obiectiv – de fapt nu doar să participe, ci să conducă în realizarea acelui obiectiv. Se sacrifică pentru acesta. Dacă acel obiectiv se îndeplineşte, dar fără ca el să ia parte, se simte frustrat. Vrea binele copilului său, dar doreşte ca acel bine să se realizeze prin el şi aşa cum crede el. Vrea să triumfe în afacerea sa, dar nu ar vrea ca aceasta să se realizeze printr-un noroc ori sub direcţia altuia – el trebuie să conducă. Ca urmare, nu dă înapoi din faţa provocărilor; dimpotrivă, acestea îl incită (NU este „speriat/stresat de examene/probe/confruntarea cu situaţii inedite/deosebite“: OR = 0,24, LI = 0,04-1,05, p = 0,06).

Caracteristică pentru cardiac este patima/înverşunarea cu care se implică în tot ceea ce face. Această înverşunare îi impregnează toate acţiunile şi gesturile şi practic nici o altă TP nu poate fi înţeleasă în afara ei – cardiacul poate să manifeste tendinţe aparent contradictorii după cum îl îndeamnă să acţioneze implicarea lui într-o anumită direcţie. El nu este pur şi simplu muncitor, responsabil, ordonat ori perfecţionist, ci se manifestă astfel numai în activitatea căreia i s-a dedicat. Poate să fie riguros şi tipic, energic şi plin de iniţiativă când este vorba de obiectul interesului său (acolo se va implica plin de abnegaţie, mobilizându-şi toate resursele, cu maxim de seriozitate). Dimpotrivă, va fi superficial şi dezinteresat, dezordonat şi comod, ba chiar iresponsabil, încălcând norme, reguli, legi, când este vorba de o activitate care îi răpeşte din timpul şi energia pe care ar vrea să le canalizeze către ceea ce îl interesează. De aceea, aparenţa cardiacului poate să fie foarte diferită şi, în afară de dăruire/patimă, aproape nici o altă TP nu este consistent prezentă. Dacă pasiunea sa este îngrijirea celorlalţi (medic, asistentă, sfătuitor etc.), el va apărea drept altruist. Dacă însă este o activitate în care prezenţa celorlalţi este incomodă sau exclusă, el va părea cinic, nepăsător faţă de ceilalţi. Tot astfel, în funcţie de tipul de activitate căreia i se dedică, el poate părea deschis ori închis (ca fire), comunicativ sau taciturn, dorindu-şi să călătorească şi să cunoască sau dimpotrivă, preocupat de artă sau nu, devotat copiilor sau indiferent faţă de aceştia ş.a.m.d.

De remarcat că TP identificată în studiul nostru ca fiind centrală pentru PP cardiac, este apropiată, în esenţă, de ostilitate: dedicarea pătimaşă unei persoane, unui scop, unei activităţi este de natură să genereze încrâncenare, frustrare şi deci mânie, ostilitate faţă de eventualele piedici (persoane ori circumstanţe potrivnice), ca şi gânduri persistente (ruminaţie) alimentate tocmai de aceste sentimente de ostilitate.

Cunoaşterea PP cardiac poate fi importantă în conceperea unui program de intervenţie psiho-

logică destinat prevenirii BC. Terapeutul va urmări să îndrume pacientul spre a înţelege resorturile psihoemoţionale ale bolii sale, punând accentul pe aspectul de implicare înverşunată şi atrăgându-i atenţia asupra tiparelor de comportament şi atitudine care-l consumă interior – enumerăm câteva dintre cele mai frecvent întâlnite:

- munceşte excesiv, pune suflet în ceea ce face, se implică excesiv, se dăruieşte, stă peste program, nu se lasă până nu termină ceea ce şi-a propus;
- crede că fără el lucrurile nu ar putea să meargă;
- consideră că face lucrurile mai bine decât ceilalţi, că ceilalţi nu îşi fac treaba, că nu sunt serioşi;
- respectă regulile, suferă din cauza nereseriozităţii şi incorectitudinii celorlalţi;
- este afectat dacă este jignit, dacă eforturile sale şi/sau valoarea realizărilor sale nu sunt apreciate;
- are un pronunţat simţ al datoriei, care îl face să suporte greu reproşurile: este apăsător de sentimentul responsabilităţii şi al vinovăţiei când i se adresează acuzaţii pe care el le consideră justificate, dar şi consumat de revoltă şi de indignare când socoteşte că este incriminat pe nedrept;
- nu-şi manifestă nemulţumirile ori durerile, ci îşi reprimă suferinţa, nu o spune celorlalţi, dar nu pentru că este o fire slabă, ci pentru a nu-i face pe ceilalţi să sufere;
- se consumă când alţii suferă;
- îşi neglijează propriile nevoi pentru a-i ajuta pe cei care suferă ori necesită ajutor;
- este afectat de despărţirea de persoane foarte apropiate (soţ/ie, rude apropiate, persoane dragi), faţă de care există o mare încărcătură emoţională şi afectivă (doliu, divorţ, ceartă).

Astfel de tipare de comportament generează ostilitate şi/sau depresie, factori de risc dovediţi pentru BCV (aşa cum am arătat în introducere). Demontarea lor, prin intervenţii psihologice, ar putea contribui la prevenirea BC. □

CONCLUZIE

Ostilitatea şi depresia, recunoscute la ora actuală drept factori predispozanţi pentru BC, ar putea avea ca substrat frustrarea ori suferinţa generate de implicarea pătimaşă într-o activitate/relaţie etc., de abnegaţie/înverşunarea cu care persoana respectivă se dedică unui scop, unei meserii/vocaţii, unor oameni etc. □

BIBLIOGRAFIE

1. Kubzansky LD, Davidson KW, Rozanski A – The Clinical Impact of Negative Psychological States: Expanding the Spectrum of Risk for Coronary Artery Disease. *Psychosom Med* 2005; 67: S10-14S.
2. Ferkeitch A, Schwartzbaum J, Frid D, Moeschberger M – Depression as an antecedent to heart disease among women and men in the NHANES I study: National Health and Nutrition Examination Study. *Arch Intern Med* 2000;160:1261-8.
3. Wassertheil-Smolser S, Shumaker S, Ockene J, et al – Depression and cardiovascular sequelae in postmenopausal women. *Arch Intern Med* 2004;164:289-98.
4. Mykletun A, Bjerkset O, Dewey M, Prince M, Overland S, Stewart R. Anxiety – Depression, and Cause-Specific Mortality: The HUNT Study. *Psychosom Med* 2007 69: 323-331.
5. Barth J, Schumacher M, Herrmann-Lingen C – Depression as a risk factor for mortality in patients with coronary heart disease: a meta-analysis. *Psychosom Med* 2004;66:802-13.
6. van Melle JP, de Jonge P, Spijkerman TA, et al – Prognostic Association of Depression Following Myocardial Infarction With Mortality and Cardiovascular Events: A Meta-analysis. *Psychosom Med* 2004 66: 814-822.
7. Carney RM, Freedland KE, Steinmeyer B, et al – History of Depression and Survival After Acute Myocardial Infarction. *Psychosom Med* 2009 71: 253-259.
8. Bush D, Ziegelstein R, Tayback M, Richter D, Stevens S, Zahalsky H, Fauerbach JA – Even minimal symptoms of depression increase mortality risk after myocardial infarction. *Am J Cardiol* 2001;88:337-41.
9. Rutledge T, Reis SE, Olson M, Owens J, et al – Depression Is Associated With Cardiac Symptoms, Mortality Risk, and Hospitalization Among Women With Suspected Coronary Disease: The NHLBI-Sponsored WISE Study. *Psychosom Med* 2006 68: 217-223.
10. Rumsfeld JS, Havranek E, Masoudi FA, et al – Depressive symptoms are the strongest predictor of short-term declines in health status in patients with heart failure. *J Am Coll Cardiol* 2003;42:1811-7.
11. Matthews KA, Schott LL, Bromberger J, et al – Associations Between Depressive Symptoms and Inflammatory/Hemostatic Markers in Women During the Menopausal Transition. *Psychosom Med* 2007 69: 124-130.
12. Schins A, Honig A, Crijns H, Baur L, Hamulyak K – Increased coronary events in depressed cardiovascular patients: 5-HT_{2A} receptor as missing link?. *Psychosom Med* 2003;65:729-37.
13. Wulsin LR, Musselman D, Otte C, Bruce E, Ali S, Whooley MA – Depression and Whole Blood Serotonin in Patients With Coronary Heart Disease From the Heart and Soul Study. *Psychosom Med* 2009 71: 260-265.
14. Surtees PG, Wainwright NWJ, Boekholdt SM, et al – Major Depression, C-Reactive Protein, and Incident Ischemic Heart Disease in Healthy Men and Women. *Psychosom Med* 2008 70: 850-855.
15. Suarez EC – C-Reactive Protein Is Associated With Psychological Risk Factors of Cardiovascular Disease in Apparently Healthy Adults. *Psychosom Med* 2004 66: 684-691.
16. Stewart JC, Janicki-Deverts D, Muldoon MF, Kamarck TW – Depressive Symptoms Moderate the Influence of Hostility on Serum Interleukin-6 and C-Reactive Protein. *Psychosom Med* 2008 70: 197-204.
17. Garvin P, Nilsson L, Carstensen J, Jonasson L, Kristenson M – Plasma Levels of Matrix Metalloproteinase-9 are Independently Associated With Psychosocial Factors in a Middle-Aged Normal Population. *Psychosom Med* 2009 71: 292-300.
18. Taylor CB, Conrad A, Wilhelm FH, et al – Psychophysiological and Cortisol Responses to Psychological Stress in Depressed and Nondepressed Older Men and Women With Elevated Cardiovascular Disease Risk. *Psychosom Med* 2006 68: 538-546.
19. Wagner JA, Tennen H, Mansoor GA, Abbott G – History of Major Depressive Disorder and Endothelial Function in Postmenopausal Women. *Psychosom Med* 2006 68: 80-86.
20. Everson-Rose SA, Lewis TT, Karavolos K, Dugan SA, Wesley D, Powell LH – Depressive Symptoms and Increased Visceral Fat in Middle-Aged Women. *Psychosom Med* 2009 71: 410-416.
21. Vaccarino V, McClure C, Johnson BD, et al – Depression, the Metabolic Syndrome and Cardiovascular Risk. *Psychosom Med* 2008 70: 40-48.
22. Bosch NM, Riese H, Dietrich A, Ormel J, Verhulst FC, Oldehinkel AJ – Preadolescents' Somatic and Cognitive-Affective Depressive Symptoms Are Differentially Related to Cardiac Autonomic Function and Cortisol: The TRAILS Study. *Psychosom Med* 2009 71: 944-950.
23. Watkins LL, Blumenthal JA, Davidson JRT, Babyak MA, McCants CB, Sketch JaMH, Jr. Phobic – Anxiety, Depression, and Risk of Ventricular Arrhythmias in Patients With Coronary Heart Disease. *Psychosom Med* 2006 68: 651-656.
24. Hughes JW, York KM, Li Q, Freedland KE, Carney RM, Sheps DS – Depressive Symptoms Predict Heart Rate Recovery After Exercise Treadmill Testing in Patients With Coronary Artery Disease: Results From the Psychophysiological Investigations of Myocardial Ischemia Study. *Psychosom Med* 2008 70: 456-460.
25. Bleil ME, Gianaros PJ, Jennings JR, Flory JD, Manuck SB – Trait Negative Affect: Toward an Integrated Model of Understanding Psychological Risk for Impairment in Cardiac Autonomic Function. *Psychosom Med* 2008 70: 328-337.
26. Phillips AC, Batty GD, Gale CR, Deary IJ, Osborn D, MacIntyre K, Carroll D – Generalized Anxiety Disorder, Major Depressive Disorder, and Their Comorbidity as Predictors of All-Cause and Cardiovascular Mortality: The Vietnam Experience Study. *Psychosom Med* 2009 71: 395-403.
27. Goodwin RD, Lewinsohn PM, Seeley JR – Respiratory Symptoms and Mental Disorders Among Youth: Results From a Prospective, Longitudinal Study. *Psychosom Med* 2004 66: 943-949.
28. Löwe B, Gräfe K, Ufer C, Kroenke K, Grönig E, Herzog W, Borst MM – Anxiety and Depression in Patients With Pulmonary Hypertension. *Psychosom Med* 2004 66: 831-836.
29. Wagena EJ, Kant I, van Amelsvoort LGPM, Wouters EFM, van Schayck CP, Swaen GMH – Risk of Depression and Anxiety in Employees With Chronic Bronchitis: The Modifying Effect of Cigarette Smoking. *Psychosom Med* 2004 66: 729-734.
30. Lackner JM, Quigley BM, Blanchard EB – Depression and Abdominal Pain in IBS Patients: The Mediating Role of Catastrophizing. *Psychosom Med* 2004 66: 435-441.
31. Guthrie E, Barlow J, Fernandes L, et al – Changes in Tolerance to Rectal Distension Correlate With Changes in Psychological State in Patients With Severe Irritable Bowel Syndrome. *Psychosom Med* 2004 66: 578-582.
32. Mittermaier C, DeJaco C, Waldhoer T, et al – Impact of Depressive Mood on Relapse in Patients With Inflammatory Bowel Disease: A Prospective 18-Month Follow-Up Study. *Psychosom Med* 2004 66: 79-84.
33. 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.
34. Elwing JE, Lustman PJ, Wang HL, Clouse RE – Depression, Anxiety, and Nonalcoholic Steatohepatitis. *Psychosom Med* 2006 68: 563-569.
35. Lustman PJ, Clouse RE – Depression in Diabetes: The Chicken or the Egg?. *Psychosom Med* 2007 69: 297-299.
36. Knol MJ, Heerdink ER, Egberts ACG, et al – Depressive Symptoms in Subjects With Diagnosed and Undiagnosed Type 2 Diabetes. *Psychosom Med* 2007 69: 300-305.
37. Weiner CL, Primeau M, Ehrmann DA – Androgens and Mood Dysfunction in Women: Comparison of Women With Polycystic Ovarian Syndrome to Healthy Controls. *Psychosom Med* 2004 66: 356-362.
38. Bair MJ, Wu J, Damush TM, Sutherland JM, Kroenke K – Association of Depression and Anxiety Alone and in Combination With Chronic Musculoskeletal Pain in Primary Care Patients. *Psychosom Med* 2008 70: 890-897.

39. **Thieme K, Turk DC, Flor H** – Comorbidity Depression and Anxiety in Fibromyalgia Syndrome: Relationship to Somatic and Psychosocial Variables. *Psychosom Med* 2004 66: 837-844.
40. **Zautra AJ, Fasman R, Reich JW, et al** – Fibromyalgia: Evidence for Deficits in Positive Affect Regulation. *Psychosom Med* 2005 67: 147-155.
41. **Sherman JJ, LeResche L, Huggins KH, Mancl LA, Sage JC, Dworkin SF** – The Relationship of Somatization and Depression to Experimental Pain Response in Women With Temporomandibular Disorders. *Psychosom Med* 2004 66: 852-860.
42. **Löwe B, Willand L, Eich W, Zipfel S, Ho AD, Herzog W, Fiehn C** – Psychiatric Comorbidity and Work Disability in Patients With Inflammatory Rheumatic Diseases. *Psychosom Med* 2004 66: 395-402.
43. **Goodwin RD, Castro M, Kovacs M. Major Depression and Allergy** – Does Neuroticism Explain the Relationship?. *Psychosom Med* 2006 68: 94-98.
44. **Brzoza Z, Kasperska-Zajac A, Badura-Brzoza K, et al** – Decline in Dehydroepiandrosterone Sulfate Observed in Chronic Urticaria is Associated With Psychological Distress. *Psychosom Med* 2008 70: 723-728.
45. **Moss-Morris R, Spence M** – To “Lump” or to “Split” the Functional Somatic Syndromes: Can Infectious and Emotional Risk Factors Differentiate Between the Onset of Chronic Fatigue Syndrome and Irritable Bowel Syndrome? *Psychosom Med* 2006 68: 463-469.
46. **Burton C, Weller D, Sharpe M** – Functional Somatic Symptoms and Psychological States: An Electronic Diary Study. *Psychosom Med* 2009 71: 77-83.
47. **Olson MB, Krantz DS, Kelsey SF, et al** – Hostility Scores Are Associated With Increased Risk of Cardiovascular Events in Women Undergoing Coronary Angiography: A Report from the NHLBI-Sponsored WISE Study. *Psychosom Med* 2005 67: 546-552.
48. **Matthews KA, Gump BB, Harris KF, Haney TL, Barefoot JC** – Hostile behavior predicts cardiovascular mortality among men enrolled in the multiple risk factor intervention trial. *Circulation* 2004;109:66-70.
49. **Williams JE, Panton CC, Siegler IC, Eigenbrodt ML, Nieto FJ, Tyroler HA** – Anger proneness predicts coronary heart disease risk: prospective analysis from the Atherosclerosis Risk in Communities (ARIC) study. *Circulation* 2000; 101: 2034-9.
50. **Chang PP, Ford DE, Meoni LA, Wang N-Y, Kiang MJ** – Anger in young men and subsequent premature cardiovascular disease: the Precursors Study. *Arch Intern Med* 2002; 162: 901-6.
51. **Eng PM, Fitzmaurice G, Kubzansky LD, Rimm EB, Kawachi I** – Anger Expression and Risk of Stroke and Coronary Heart Disease Among Male Health Professionals. *Psychosom Med* 2003 65: 100-110.
52. **Shimbo D, Chaplin W, Kuruvilla S, Wasson LT, Abraham D, Burg MM** – Hostility and Platelet Reactivity in Individuals Without a History of Cardiovascular Disease Events. *Psychosom Med* 2009 71: 741-747.
53. **Sherwood A, Hughes JW, Kuhn C, Hinderliter AL** – Hostility Is Related to Blunted, α -Adrenergic Receptor Responsiveness Among Middle-Aged Women. *Psychosom Med* 2004 66: 507-513.
54. **Zhang J, Niaura R, Dyer JR, Shen BJ, Todaro JF, et al** – Hostility and Urine Norepinephrine Interact to Predict Insulin Resistance: The VA Normative Aging Study. *Psychosom Med* 2006 68: 718-726.
55. **Räikkönen K, Matthews KA, Sutton-Tyrrell K, Kuller LH** – Trait Anger and the Metabolic Syndrome Predict Progression of Carotid Atherosclerosis in Healthy Middle-Aged Women. *Psychosom Med* 2004 66: 903-908.
56. **Ranjit N, Diez-Roux AV, Sanchez B, Seeman T, et al** – Association of Salivary Cortisol Circadian Pattern With Cynical Hostility: Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis. *Psychosom Med* 2009 71: 748-755.
57. **Ullrich PM, Lutgendorf SK, Leserman J, Turesky DG, Kreder KJ** – Stress, Hostility, and Disease Parameters of Benign Prostatic Hyperplasia. *Psychosom Med* 2005 67: 476-482.
58. **Burns JW, Bruehl S, Quartana PJ** – Anger Management Style and Hostility Among Patients With Chronic Pain: Effects on Symptom-Specific Physiological Reactivity During Anger- and Sadness-Recall Interviews. *Psychosom Med* 2006 68: 786-793.
59. **Székely A, Balog P, Benkő E, Breuer T, Székely J, Kertai MD, et al** – Anxiety Predicts Mortality and Morbidity After Coronary Artery and Valve Surgery—A 4-Year Follow-Up Study. *Psychosom Med* 2007 69: 625-631.
60. **Rutledge T, Linke SE, Krantz DS, et al** – Comorbid Depression and Anxiety Symptoms as Predictors of Cardiovascular Events: Results From the NHLBI-Sponsored Women’s Ischemia Syndrome Evaluation (WISE) Study. *Psychosom Med* 2009 71: 958-964.
61. **Rutledge T, Reis SE, Olson M, et al** – History of anxiety disorders is associated with a decreased likelihood of angiographic CAD in women with chest pain: the WISE study. *J Am Coll Cardiol* 2001;37:780-5.
62. **Smoller JW, Pollack MH, Wassertheil-Smoller S, et al** – Panic Attacks, Daily Life Ischemia, and Chest Pain in Postmenopausal Women. *Psychosom Med* 2006 68: 824-832.
63. **Dragoș D, Tănăsescu MD, Bratu MM** – Un posibil profil psihologic al pacienților cu afecțiuni digestive superioare. *Revista Medicală Română* 2008; LV: 195-205.

Vizitați site-ul

SOCIETĂȚII ACADEMICE DE MEDICINĂ A FAMILIEI

www.samf.ro