

Psihološki korelati infarkta miokarda

Jelena SUBOTIĆ-KRIVOKAPIĆ*, Bejan ŠAĆIRI, Lidija MILENOVIĆ
Visoka medicinska škola strukovnih studija „Milutin Milanković”,
Beograd, Srbija

Infarkt miokarda kao oboljenje svojom simptomatologijom i lokalizacijom spada primarno u domen kardiologije, odnosno medicine. Međutim, i psihologija kao nauka je dala svoj doprinos širem razumevanju ovog oboljenja. Doprinos psihologije prvenstveno se ogleda u proširenju shvatanja faktora rizika na domen psihe, u smislu trajnih dispozicija i/ili karakteristika ličnosti koje doprinose povećanju vulnerabilnosti pojedinca ili grupe za nastanak ove bolesti. Dodatno, doprinos psihologije možemo videti i u novom pravcu prevencije infarkta miokarda i dodatnom suportativnom pristupu medicinskom lečenju. U skladu sa navedenim, u ovom radu ćemo prikazati psihološke korelate infarkta miokarda, kroz deskripciju različitih teorijskih okvira i istraživanja koja su imala najveći doprinos razumevanju ove bolesti u sistemu psihologije. Metodologija ovog preglednog rada je analiza stručnih časopisa i baza podataka sa temom psiholoških aspekata infarkta miokarda, a cilj je sažet prikaz najčešće ispitivanih dispozicija, struktura ili karakteristika ličnosti u različitim teorijskim okvirima psihologije, a koje ova nauka povezuje sa infarktom miokarda.

Ključne reči: infarkt miokarda, dispozicije ličnosti, karakteristike ličnosti, strukture ličnosti

Uvod

Od početka svog postojanja psihologija u fokus interesovanja postavlja ljudsku dušu. Na navedeno upućuje i sam naziv ove nauke. U skladu sa tim, jedan od najprihvaćenijih, ali i vrlo širokih opisa predmeta proučavanja

* Jelena Subotić-Krivokapić, jelena.s.krivokapic@gmail.com

psihologije, kaže da se psihologija bavi, sa jedne strane, proučavanjem svesnih psihičkih sadržaja, sa druge strane, proučavanjem nesvesnih psihičkih pojava, ali i sa treće, ukupnim čovekovim načinom ponašanja i reagovanja u različitim situacijama. (Hrnjica, 1994)

Ako imamo na umu predmet interesovanja i proučavanja psihologije, ne možemo očekivati da njen doprinos temi infarkta miokarda ide u pravcu definisanja ili navođenja simptomatologije ove bolesti, koja po prirodi i lokalizaciji svog nastanka pripada diskursu medicine. Međutim, doprinos psihologije širem razumevanju infarkta miokarda, svakako, možemo videti u proširenju shvatanja faktora rizika na domen psihe, u vidu trajnih dispozicija i/ili karakteristika ličnosti koje doprinose povećanju vulnerabilnosti pojedinačne osobe ili grupe za nastanak infarkta miokarda. Dodatno, doprinos ove nauke možemo videti i u novom pravcu prevencije oboljenja koje analizira ovaj rad i dodatnom suportativnom pristupu medicinskom lečenju, iz sistema psihologije. U skladu sa navedenim, infarkt miokarda, u okviru psihološkog diskursa, prikazan je kroz deskripciju pojedinačnih karakteristika ličnosti ili struktura ličnosti kod kojih je veća verovatnoća da se javi infarkt miokarda. Promenom upravo tih karakteristika ili struktura ličnosti putem psihoterapijskih metoda i tehnika, psihologija daje novo viđenje pristupu prevencije ili potporu prilikom lečenja infarkta miokarda. Iz navedenog zaključujemo da prikazom faktora rizika za nastanak infarkta miokarda u sistemu psihologije istovremeno ukazujemo na oblasti preventivnog i suportativnog delovanja različitim psihoterapijskim intervencijama. Razvojem psihologije kao nauke, usavršavanjem njene metodologije i tehnika za ispitivanje pomenutih karakteristika i/ili celokupnih struktura ličnosti, ali i napretkom tehnologije (EEG, MRI), nastajali su različiti teorijski okviri psihologije. Neki od njih su u centar svog interesovanja postavljali svesne ili nesvesne psihičke procese, drugi pak ponašanje pojedinca ili načine sagledavanja ponašanja, ali i interakciju psihičkih sadržaja i somatskih reakcija unutar jednog istog organizma/sistema, čija promena u ma kom segmentu može rezultovati pojavom ili izostankom nekog somatskog oboljenja, uključujući i infarkt miokarda.

U zavisnosti od teorijskog okvira iz kog polaze, opisi struktura ličnosti povezani sa infarktom miokarda u sistemu psihologije, razlikuju se u pojavama koje stavljaju u fokus svog interesovanja. Preciznije, centralno mesto psiholoških deskripcija u odnosu na infarkt miokarda zauzimaju različite psihičke pojave, zavisno od polaznog teorijskog okvira koji koriste. Počeci psiholoških istraživanja infarkta miokarda potiču iz psihodinamskog

teorijskog okvira, koji je prvenstveno bio usmeren na otkrivanje nesvesnih, intrapsihičkih konflikata ličnosti, koji predstavljaju osnovu za pojavu navedene bolesti. Na tim osnovama nastaje psihosomatika. Biheviorizam je, sa druge strane, ukazao na manifestne karakteristike ponašanja pojedinca, koja mogu predstavljati bazu za pojavu infarkta miokarda, dok je holistički pristup pokušao da sagleda pojedinca (njegove psihološke i somatske činioce) kao jedinstveni sistem unutar kog promena u jednom njegovom delu utiče na promenu sistema u celini, pa tako može dovesti do pojave bolesti ili izbegavanja iste. Navedeni pristupi, u skladu sa svojim teorijskim okvirom, dali su viđenje potencijalnih faktora rizika za nastanak infarkta miokarda, a u skladu sa njima i načine za prevenciju i podršku lečenju ovog oboljenja. S obzirom na različite polazne osnove i centralne tačke ovih deskripcija, otežana je ili gotovo u potpunosti onemogućena njihova komparacija i zajednička interpretacija. Stoga ćemo u nastavku rada predstaviti svaki od navedenih psiholoških pristupa relevantnih za temu kojom se ovaj rad bavi pojedinačno, ističući pojedinačne karakteristike ili strukture ličnosti koje ovi pristupi navode kao faktore rizika za nastanak infarkta miokarda, ali i koje se koriste kao osnova za medijske reprezentacije ove bolesti.

Psihološki teorijski okviri

Psihodinamski pristup infarktu miokarda

Psihodinamski teorijski okvir polazi od prepostavke da su nesvesni dinamski faktori ti koji utiču na formiranje manifestnih crta ličnosti, poput zauzimanja određenih društvenih položaja i izbora profesija, ali i da isti faktori mogu izazvati somatske promene u organizmu. (Berger & Todorović, 1981, prema Subotić-Krivokapić, 2023) Teoretičari ovog pravca smatraju da osnovu somatskih poremećaja čine potisnuti intrapsihički konflikti koji predstavljaju njihovo jezgro. Ovaj teorijski pravac ima više različitih modela čiju zajedničku osnovu predstavljaju nesvesne motivacije. Kada je reč o koronarnim bolesnicima ovi nesvesni konflikti i motivi sačinjeni su od potisnutih emocija agresivnosti i anksioznosti. Karakteristike ličnosti koje pripadnici ove orijentacije pripisuju obolelima od infarkta miokarda gotovo su identične karakteristikama kojima se u psihopatologiji opisuje opsesivno-kompulzivna struktura ličnosti, a čine ih: ambicioznost, perfekcionizam, velika radna energija, dostizanje visokog dometa u profesiji, unutrašnje osećanje

nesigurnosti i skrivanje sopstvenih osećanja. Navedene manifestne karakteristike proističu iz pokušaja smanjenja ili izbegavanja unutrašnje napetosti kroz iscrpljujući rad i kompulzivno, rigidno ponašanje, dok se nesigurnost kompenzuje hiperaktivnošću. Frankofonska grupa psihijatara, koji bazično pripadaju psihodinamskoj orijentaciji, na osnovu svojih istraživanja zaključuje su da je opsesivno ponašanje bitan etiološki faktor za osobe obolele od infarkta miokarda. Ličnost sklona oboljenjima srca prema njihovim nalazima je lišena spontanosti, sumnjičava i hladna u međuljudskim odnosima. Pokazuje perfekcionističke tendencije, težnju da dominira svojom okolinom, iskazuje visok radni kapacitet i potrebu za širokim spektrom znanja, a sve navedeno predstavlja odbranu od anksioznosti (Adamović, 1984, prema Subotić-Krivokapić, 2023).

Oblast psihologije koja se najviše bavila somatskim bolestima i njihovim psihološkim korelatima je upravo pomenuta psihosomatika. Navedena oblast prema svojim deskripcijama i osnivačima takođe pripada psihodinamskoj orijentaciji. Pojedini istraživači iz oblasti psihosomatike, koronarnu bolest posmatraju kao sekundarnu psihosomatsku bolest. Tačnije, infarkt miokarda i druge kardiovaskularne bolesti pripadaju onoj grupi oboljenja u kojima je psihogeni faktor paralelno dejstvujući, zajedno sa ostalim somatskim faktorima, ali nije jedini i presudan kao kod primarnih psihosomatskih bolesti. Iako predstavlja zasebnu oblast, psihosomatika sadrži obilje oprečnih stavova o povezanosti emocija, karakteristika ličnosti i drugih psiholoških faktora sa organskim manifestacijama bolesti, poput fizioloških oštećenja ili simptoma oboljenja. Psihosomatski pristup ima dve vrlo uticajne i međusobno suprotstavljene škole. Helen Flanders Danbar [Helen Flanders Dunbar] pripada njujorškoj psihosomatskoj školi koja ističe značajnu i važnu povezanost tipa ličnosti sa određenim organskim poremećajima. Sa druge strane, Čikaška škola psihosomatike, na čelu sa Francom Aleksanderom [Franz Alexander], govori o odnosu konflikta i konfliktne ličnosti, odnosno njegovoj specifičnoj psihodinamičkoj konfiguraciji koja umnogome može doprineti razvoju koronarne bolesti. (Degni, 2020)

Danbarova je u četvrtoj deceniji prošlog veka počela da se interesuje za probleme psihosomatske medicine istraživanjima uloge ličnosti u razvoju telesne bolesti. Smatra se začetnikom ideje o koronarnoj ličnosti pored ulkusne, dijabetične i traumatofilne ličnosti. Pretpostavljala je da su telesne bolesti poput infarkta, ulkusa, dijabetesa, ali i sklonosti nesrećama, izazvane isključivo psihološkim osobinama pojedinačne ličnosti. Konkretno, koronarnu ličnost čini skup onih osobina ličnosti koje pojedinačno ili u

sadejstvu sa još nekim faktorom mogu izazvati infarkt miokarda ili anginu pektoris. Te osobine su: ambicioznost koja se odlikuje samosavlađivanjem i sposobnošću da pojedinac sopstvene aktivnosti podredi dalekim ciljevima; sposobnost potiskivanja emocija, htenja, osećanja, želja kompulzivni način rada, bez predaha i odmora; visoke aspiracije uz zanemarivanje sopstvenog zdravlja; agresivno ponašanje; izostanak interesovanja za sport i hobije; izostanak avanturističkog stila života.

Navedene karakteristike Danbar je izdvojila na osnovu intervjuisanja svega 22 koronarna bolesnika. Upravo tako mali uzorak, ali i ispitivanje retrospektivnog tipa, bile su glavne zamerke koje su joj upućivane. (Adamović, 1984, prema Subotić-Krivokapić, 2023) Međutim, u nastavku rada ćemo videti koliko prikazane karakteristike ličnosti rezonuju sa strukturom tipa A, koja će biti nešto kasnije opisana, a koju današnja kardiologija priznaje kao faktor rizika za nastanak kardiovaskularnih bolesti.

Franc Aleksander je rodonačelnik teorije po kojoj visok krvni pritisak nepoznatog porekla preovlađuje primarno kod osoba orijentisanih na socijalni status. On smatra da ovakva pojava hipertenzije ima ključnu ulogu u inhibiciji kognitivnih i emotivnih izliva besa, a uzrok pojave povišenog pritiska je izbegavanje socijalnih konflikata.

Najveća zamerka koja se upućuje psihosomatskom pristupu u celini predstavlja izbor organa na kojima se promene dešavaju. Drugim rečima, nijedna od prethodno analizirane dve škole ne daje odgovor na pitanje: kako je, recimo, moguće da jedna osoba razvije gastrointestinalne a druga koronarne smetnje pod sličnim konfliktnim uslovima ili uz postojanje slične strukture ličnosti?

Bihevioristički pristup infarktu miokarda

Drugi psihološki teorijski okvir bazira se na pretpostavci da se uzroci mnogih hroničnih oboljenja prvenstveno nalaze u manifestnim karakteristikama ponašanja pojedinca. U okviru ovog teorijskog pravca, pored analize pojedinačnih karakteristika ličnosti razvijene su i tri teorije ponašanja: teorija zdravstvenih uverenja, teorija planiranog ponašanja i teorija promena ponašanja u stadijima. Navedene teorije ponašanja sagledavaju faktore rizika za nastanak infarkta miokarda koje navodi sistem medicine, a na koje pojedinac svojim aktivnostima može delovati, i ukazuju na načine promene istih sa ciljem smanjena rizika za nastanak bolesti.

Teorija zdravstvenih uverenja polazi od pretpostavke da verovatnost usvajanja određenog pozitivnog zdravstvenog ponašanja pojedinca zavisi od više parametara. (Maiman & Becker, 1974, prema Subotić-Krivokapić, 2023) To su lična zdravstvena uverenja, demografski činioci (uzrast, pol, obrazovanje i socioekonomski status), saveti dati putem medija i od strane zdravstvenih radnika i sama simptomatologija koja ukazuje na prve znake poremećaja zdravlja. Navedena teorija tvrdi da kumulativni efekat različitih uverenja, očekivanja i motivacija utiče na verovatnoću za usvajanje određenog seta reakcija. Postojanje samo jednog, koliko god snažnog faktora, nije ni dovoljan, a ni nužan razlog za usvajanje određenog zdravstvenog ponašanja. Neophodna je kombinacija većeg broja uverenja koja vode u istom pravcu kako bi se neka nova reakcija usvojila ili postojeća promenila. Značaj usvojenih zdravstvenih ponašanja i njihova promena bitan su faktor rizika za infarkt miokarda sa aspekta onih ponašanja koja medicinski diskurs svrstava u rizična za nastanak ove bolesti, a kao što je prethodno navedeno, istovremeno ukazuje na moguće polje psihoterapijskog delovanja u smislu prevencije nastanka bolesti.

Naredna, teorija planiranog ponašanja svoju osnovu ima u ideji da se ponašanje određene osobe može predvideti ukoliko postoji namera za izvođenje određenog ponašanja (Ajzen, 1991). Ta namera proizilazi iz stavova pojedinca, ali i društvenog okruženja. Važan faktor predstavlja sopstvena mogućnost kontrole ponašanja koje treba da bude usklađeno sa stavovima pojedinca, njegovog socijalnog okruženja i ličnim opažanjem kontrole nad ponašanjem. Ovde se pod stavom podrazumeva specifičan stav pojedinca prema tačno određenom ponašanju (način ishrane ili upražnjavanje fizičke aktivnosti). Socijalno okruženje predstavlja percepciju pojedinca u smislu odgovora društvene sredine na njegovo ponašanje, a doživljaj kontrole nad sopstvenim ponašanjem podrazumeva sagledavanje težine izvođenja određenog ponašanja. Namera predstavlja najbolji pokazatelj motivacije i odlučnosti za sprovođenje određenog ponašanja. Prvenstveno je određena stavom prema nekom ponašanju, verovanjem u pozitivan ishod istog, ali i stalnom procenom posledica tog ponašanja. Dodatna odrednica namere je i socijalna prihvaćenost određenog ponašanja u datom društvu, odnosno predikcija doživljaja i prihvatanja nekog ponašanja od strane socijalne grupe kojoj pojedinac i sam pripada. Predikcija prihvaćenosti proizilazi iz sagledavanja posledica. Koliki će pak uticaj imati pojedini činioci, zavisi od brojnih faktora. Ova teorija umnogome obraća pažnju na doživljaj pojedinca o sopstvenoj, ali i spoljašnjoj kontroli njegovog ponašanja.

Promena ponašanja u stadijumima navodi da su stadijumi promena i održavanja određenog ponašanja složeni procesi koji se postepeno odvijaju (Prochaska & DiClemente, 1983, prema Subotić-Krivokapić, 2023). Ovaj razvoj promena ne mora uvek da se odvija prema unapred određenom redosledu. Bazična ideja je da se određeno ponašanje uspostavlja postepeno, prolazeći kroz više stadijuma. Početni stadijum je stadijum prekontemplacije tokom kog osoba uopšte ne razmišlja o promeni. Sledi stadijum kontemplacije u kom započinje da razmišlja o mogućoj izmeni svog ponašanja, kog slede stadijum odlučnosti, pripreme i planiranja akcije. Završni stadijumi su stadijum akcije i održavanja, a ponekad se javlja i stadijum relapsa, koji vraća osobu na neki od predašnjih stadijuma. Kako bi se izbegao relaps, odnosno povratak na prethodne modele ponašanja, ova teorija najveći akcenat stavlja na jačanje motivacije za održavanje postignutih promena ponašanja. Rizici relapsa mogu nastati usled društvenog uticaja koji obezvređuje snagu novousvojenog ponašanja, ali i stresne životne situacije iz koje osoba traži beg u prethodno usvojenim nezdravim oblicima ponašanja. Stoga su strategije za suočavanje sa stresom izuzetno važne, uz konstantnu reevaluaciju opravdanosti razloga promene ponašanja. Ova teorija je najviše usklađena sa osnovnim principom prevencije koji navodi medicinski diskurs, u smislu pridržavanja medikamentozne terapije i preporuka za izmenu životnih navika datih od strane ordinirajućeg lekara, jer kod svake obolele osobe postoji mogućnost da se vrati prethodno usvojenim obrascima ponašanja, koji su doprineli pojavi infarkta miokarda.

Kao što možemo videti, bihevioralne teorije se umnogome oslanjaju na faktore rizika koje kao manifestne karakteristike ličnosti već ističe sistem medicine, a za koje ovaj teorijski okvir daje smernice i načine promene.

Pored navedenog, bihevioralne teorije predstavljaju osnovu za razvoj nove psihološke discipline, koja je direktno povezana sa temom ovog rada – bihevioralnom kardiologijom. Reč je o interdisciplinarnoj oblasti čije polje istraživanja uključuje razvoj i ukrštanje saznanja i postupaka psihosocijalnih i biomedicinskih nauka, koje su od uticaja za pojavu kardiovaskularnih bolesti. Sa druge strane, ova disciplina nije samo teorijska. Ona se bavi i primenom inovativnih metoda čiji osnovni cilj je prevencija, ali i lečenje obolelih od kardiovaskularnih oboljenja (Das & O’Keefe, 2006). Osnovni pristup bihevioralne kardiologije ogleda se u tome da ona nastoji da udruži sve stručnjake koji se u različitim oblastima bave pojedinačnim činiocima koji su od uticaja za nastanak kardiovaskularnih bolesti. Trenutna istraživanja na ovom polju uglavnom su usmerena na utvrđivanje onih oblika ponašanja

koji bi delovali preventivno u odnosu na kradiovaskularne bolesti, a najveći broj njih prvenstveno se tiče stresa. (Das & O’Keefe, 2006)

Uloga stresa u nastanku i razvoju kardiovaskularnih bolesti zauzima sve značajnije mesto ne samo u okviru psihološkog već i u medicinskom diskursu. Počeci interesovanja naučnika za pojam stresa vezani su za zapažanja o složenoj i osetljivoj unutrašnjoj ljudskoj ravnoteži, čija nega i zaštita ima presudnu ulogu za održanje zadovoljavajućeg kvaliteta života pojedinca. Uspostavljanje ove konzistentne unutrašnje ravnoteže, između ostalog, se postiže „opštim adaptacionim sindromom”. Reč je o terminu koji je u psihološki diskurs uveo Hans Seli [Hans Selye], a čije značenje se prvobitno odnosilo na sve one pojave, koje svojim dugotrajnim delovanjem, ostavljaju različite posledice na žive organizme (na primer, veliki pritisak, naprezanje, napor). Pod navedenim pojavama Seli je podrazumevao sve činioce koji ozbiljno remete i ugrožavaju ravnotežu u organizmu i nazvao ih je stresorima. Stresori mogu izazvati promene u fizičkom, psihološkom i socijalnom integritetu jedinke, a po svojoj prirodi mogu biti biološki, psihološki ili socijalni (Selye, 1946, prema Subotić-Krivokapić, 2023). Razvojem psihologije kao nauke, definicija stresora je donekle korigovana. U novijoj psihološkoj literaturi, pojam stresora označava određeni životni događaj, od manjeg ili većeg značaja, koji dovodi do intenzivne reakcije organizma. Intenzitet reakcije i njen ishod uslovljeni su sa jedne strane karakteristikama stresora, a sa druge karakteristikama jedinke na koju stresor deluje. Definicija stresora se odnosi na događaj koji osoba procenjuje kao ugrožavajući, odnosno kao događaj za koji smatra da može izmeniti tok njenog života. Njegova snaga je najočiglednija prilikom prvog suočavanja pojedinca sa novim ili neočekivanim situacijama. Stresori dugog trajanja i visokog intenziteta deluju nepovoljno posredstvom reakcije, usled koje brže i lakše mogu uzrokovati slom adaptivnih mehanizama. Pitanje je i da li se, i u kojoj meri, dejstvo stresora može neutralisati, ali se, prema nalazima psihologa, svakako može ublažiti. Stresori najčešće deluju pojedinačno, mada njihov efekat može biti kumulativan.

Molekularni i psihosocijalni procesi koji provociraju odgovor organizma na stres izuzetno su kompleksni. Neuroendokrini i neurološki receptori, od kojih neki učestvuju i u kardiovaskularnoj regulaciji, imaju izuzetno važnu ulogu u odbrani organizma od stresa i stresnih događaja. S tim u vezi, naučnici su mišljenja da akutni stres može prouzrokovati ishemiju miokarda ili aritmiju (Lodder et al., 2023). Pojačano lučenje katecholamina njihovim efektom na metabolizam masti mogu dovesti do pojave arterioskleroze, koja

predstavlja uvod u koronarne bolesti, a svojim aritmogenim uticajem može dovesti do iznenadne srčane smrti (Yao et al., 2019). Dugotrajna izloženost stresnim uslovima, prema navodima medicinskog diskursa, rapidno urušava imuni sistem osobe uzrokujući različita oboljenja. Uticaj hroničnog stresa na imuni sistem ogleda se u nastanku mnogobrojnih fizioloških promena, poput promene krvnog pritiska, lipida u serumu, nivoa šećera, pulsa, hormona i aritmija, ali i promena na manifestnom planu u smislu pušenja, promena u ishrani, fizičkoj aktivnosti, ritmu spavanja ili začetku alkoholizma.

Psiholozi navode da se rešavanju stresa može prići iz dva ugla: direktnim uticajem na stresor i stresnu situaciju, ili kognitivnim pristupom samoj ličnosti i njenim posledicama (emocionalnim, fizičkim, socijalnim) usled pretrpljenog stresa. Najpovoljnija situacija je ona u kojoj se stres može izbeći ili neutralisati, ali kada je to nemoguće radi se na tehnikama za prevladavanje stresa ili ublažavanja njegovih posledica. Pojedina istraživanja su pokazala da stil života i ishrana imaju važnu ulogu u prevladavanju stresa, međutim, nezamenljiv je značaj adekvatne psihosocijalne pomoći i podrške. (Cukor et al., 2007). Metaanaliza 37 studija koje su se bavile temom stresa i kardiovaskularnih bolesti ukazuje na to da zdravstveno vaspitanje i antistres programi mogu smanjiti mortalitet od koronarne bolesti za 34%, a recidiv infarkta miokarda za 29% (Grossman et al., 2004).

Holistički pristup infarktu miokarda

Holistička orijentacija predstavlja pokušaj pomirenja između psihološkog i telesnog. Ona u prvi plan ističe multifaktorsku uzrokovanoost bolesti, u okviru koje je jedan od mogućih etoloških faktora za nastanak bolesti, pa i infarkta miokarda, psihogeni. Ova orijentacija ističe jedinstvo somatskog i psihičkog, ističe celinu organizma, a čoveka posmatra kao jedinstven dinamički sistem koji teži realizaciji svojih potreba. Ukoliko se čovekove potrebe i sredina u kojoj on svoje potrebe ostvaruje ne usklade, tj. ukoliko ih on potisne, sputa ili negira, stvoriće se tenzija (sa tendencijom ka agresiji, povlačenju ili anksioznosti) koja će dovesti do pojačanih neurofizioloških i somatskih reakcija. Kada ove fiziološke reakcije traju duži vremenski period one mogu dovesti i do koronarne bolesti.

U okviru ovog teorijskog okvira predstavimo jednu od možda najprepoznatljivijih deskripcija strukture ličnosti koja je sklona ili barem vulnerabilnija za oboljevanje od koronarnih bolesti i infarkta miokarda – tip A ličnosti. Iako je ova struktura ličnosti primarno nastala u okviru biheaviorizma,

s obzirom na istaknutu međuzavisnost somatskog i psihičkog, u okviru ovog rada, navedeni tip ličnosti ćemo prikazati u okviru holističkog teorijskog okvira. Struktura ličnosti tipa A potiče od grupe istraživača predvođene Fridmanom [Meyer Friedman] i Rozenmanom [Ray H. Rosenman]. Uvid od kog su krenuli je bio da pušenje, povišeni krvni pritisak i određeni nivo holesterola u krvi ne nude sva potrebna objašnjenja za povećanje broja srčanih bolesti u urbanim populacijama u SAD. Dodatne uzročnike tražili su u određenim sklopovima, tj. tipovima ličnosti, koji su svojim ustaljenim načinom ponašanja i doživljavanja, podložniji srčanim bolestima. Otkrivenu strukturu, odnosno tip ličnosti, nazvali su „tip A ličnosti”. Definisali su ga sledećim rečima: sklop ponašanja tip A je poseban, naročit, socio-emocionalni kompleks koji ispoljava ili poseduje individua, koja je angažovana u hroničnoj ili neumerenoj borbi da dobije, obično neograničeni broj stvari iz svoje okoline u najkraćem periodu vremena i protiv suprotnih napora drugih osoba ili uslova u istoj sredini (Vlajković, 1998).

Hronična borba, pomenuta u definiciji, može se ogledati u pokušajima da se uspe ili da se uradi što više u što kraćem roku, ali i u hroničnom konfliktu sa jednom ili grupom osoba. Ovde nije reč o psihotičnom ili neurotičnom konfliktu, kompleksu ili opsesiji, već o socijalno prihvatljivoj, i u društvu često nagrađivanoj, formi konflikta. Zaključak istraživača koji su postavili osnove navedenog tipa ličnosti ide u pravcu toga da pojedinac može imati umeren osećaj pritiska vremena i agresivnih poriva bez pojave bilo kakvih psihosomatskih tegoba. Međutim, ukoliko je osoba hronično suočena sa velikim brojem intenzivnih zahteva sredine, koje interpretira kao neophodne, a za koje ima minimum vremena jer zahtevaju maksimalnu angažovanost, doći će do ispoljavanja ponašanje tipa A.

Dalja istraživanja na ovom polju psihologije dala su detaljniji opis psiholoških i ponašajnih karakteristika ličnosti tipa A. Navodi se da je reč o ambicioznim, kompetitivnim, nestrpljivim i borbenim osobama koje su u neprestanoj trci sa vremenom, pokušavajući da urade više stvari odjednom i u sve kraćem vremenskom intervalu. Prvenstveno su zainteresovani za svoj posao i karijeru uz izraženu želju za napredovanjem i manje ili više skrivenom agresivnošću. Bihevioralne karakteristike ovog tipa ličnosti jesu brzi pokreti tela, u smislu ekspresije i govora, vidna napetost facijalne i telesne muskulature, eksplozivna intonacija tokom konverzacije, nesvesna gestikulacija, stisnuti zubi i šake.

Suprotnost upravo opisanoj strukturi ličnosti prikazana je u sklopu nazvanom ličnost tipa B. Ovaj tip ličnosti psiholozi opisuju kao ležernu, opuštenu osobu, bez želje za napredovanjem i takmičenjem u poslu i van njega, uz uspostavljanje balansa među ličnim potrebama i društvenim zahtevima. Psihološke odlike karakteristične za ovaj tip ličnosti su pribranost, promišljenost, rezervisanost, uravnoteženost, smirenost i strpljenje.

Istraživanja pokazuju da većina ljudi, prema svom sklopu ličnosti, predstavlja mešavinu karakteristika navedena dva tipa ličnosti. Retki su pojedinci koji poseduju rigidna obeležja tipa A ili B (Miličić & sar., 2016). Laboratorijske studije fizioloških parametara subjekata označenih kao tip A i B govore da razlike među njima postoje i na ovom ispitivanom nivou, ali da su one situaciono specifične (Geukes et al., 2019). Samim tim, takvi rezultati, dobijeni u veštačkim, sterilnim, odnosno eksperimentalnim uslovima, otvaraju pitanje mogućnosti njihove generalizacije na opštu populaciju. Pojedine psihološke studije pokušale su da prikažu kauzalnu vezu ličnosti tipa A i koronarne bolesti, ali bez uspeha. Rezultati ovakvih studija daju vrlo oskudne opise specifičnih mehanizama putem kojih se ovaj profil prevodi u fizičku bolest, te se sam kauzalitet dovodi u pitanje. Jedna od takvih studija je Tenantova [C. C. Tennant], u okviru koje su utvrđene manifestne karakteristike tipa A, koje se ogledaju u povišenoj tenziji, anksioznosti i potiskivanju ljutnje. Međutim, iako ove karakteristike pokazuju povezanost sa aterosklerozom, ne objašnjavaju kauzalitet niti mehanizme povezanosti (Tennant, 1985, prema Subotić-Krivokapić, 2023). Dembroski, još jedan istraživač u ovom polju, sa svojim saradnicima je krenuo od dvanaest karakteristika tipa A za koje je smatrao da su u vezi sa pojavom ateroskleroze. Samo dve su se pokazale značajnim – hostilnost i potiskivanje negativnih emocija. Redford Vilijams [Redford B. Williams] vezu hostilnosti sa povišenim rizikom od srčanih oboljenja tumači kroz prizmu loših životnih navika, poput pušenja i nedostatka fizičke aktivnosti. On tvrdi da osobe kod kojih je utvrđen povišen nivo hostilnosti u srednjoj životnoj dobi, takođe češće imaju prekomernu telesnu težinu, više nivoe holesterola, povišen krvni pritisak i značajan nivo hormona „stresa” – kortizola u krvi. Sve navedeno predstavlja, prema medicinskom diskursu, dokazane faktore rizika za nastanak i razvoj kardiovaskularnih bolesti. (Williams et al., 1992) Fridman i Rozenman su svojom teorijom postavili tročlanu teorijsko-metodološku platformu, prema kojoj psihosomatika, stil ponašanja i osobine ličnosti igraju bitnu ulogu u nastanku i razvoju kardiovaskularnih bolesti. Međutim, strukture ličnosti tipa A i B, zajedno sa svojim dispozicijama, predstavljaju samo dva pola

normalne krive, jer se različite tipološke tendencije kod pojedinačnih osoba iskazuju različitim intenzitetom. Drugim rečima, najveći procenat opšte populacije prema svojoj strukturi ličnosti predstavlja kombinaciju karakteristika oba navedena tipa ličnosti. Intenzitet ispoljavanja pojedinačnih crta ličnosti u najvećem stepenu zavisi od sredinskih faktora okruženja posmatranog pojedinca.

U osnovi kritike strukture ličnosti tipa A je nedovoljna prediktivnost, međutim, njegova deskripcija spada i dalje među najčešće pominjane kada je reč o kardiovaskularnim bolestima i infarktu miokarda. Pokušaj prevazi- laženja zamerki koje su upućene A tipu ličnosti ogleda se u kreiranju D tipa ličnosti. Denolet [Johan Denollet] je autor ove nove strukture koja se defini- še kao kombinacija i interakcija dve široke osobine ličnosti: negativne afek- tivnosti i socijalne inhibicije. Preciznije rečeno, osobe koje imaju primarno negativan afekt i socijalno su inhibirane često pate od depresije, hroničnog stresa i besa. Takođe su pesimisti i imaju nisku socijalnu podršku. Sve nave- dene karakteristike ličnosti vode, na fiziološkom planu, produkciji veće ko- ličine kortizola, a čije povišeno prisustvo u krvi rezultuje neregularnostima u radu srca. Drugi mehanizam nastanka kardiovaskularnih problema kod ovog tipa ličnosti, prema Denoletu, ide preko autonomnog nervnog sistema. Intenzivne emotivne reakcije uvode vegetativni nervni sistem u disbalans koji može produkovati stenozu koronarnih arterija. Jedno od istraživanja, sprovedeno u ovom polju, ukazalo je na to da kod ljudi sa D tipom ličnosti postoji četiri puta veći rizik od ishemijske srčane bolesti i posledičnog letal- nog ishoda u odnosu na osobe sa nižim nivoom negativne afektivnosti i soci- jalne inhibicije. Zaključak koji su istraživači izveli vrlo smelo pozicionira D tip ličnosti kao nezavisan faktor rizika u odnosu na tradicionalne biomed- icinske faktore rizika i svrstava ga među prediktore pojave invaliditeta nakon doživljenog infarkta miokarda (Denollet, 2000). Međutim, studije novijeg datuma nisu potvrdile vezu ličnosti tipa D i rizika za nastanak kardiovasku- larnih bolesti (Lodder, 2023).

Zaključak

Na osnovu prikazanih psiholoških teorijskih okvira koji se tiču infarkta miokarda, možemo zaključiti da su psihološki faktori koje ove teorijske ori- jentacije ispituju različiti već usled samog izbora teorijskog okvira koji istra- živač ovog polja bira za svoje polazište. Pored toga, dodatne razlike proističu

iz izbora primenjenih tehnika, pa se kao rezultat javljaju različite karakteristike ličnosti, nesvesne relacije, ponašanja, emocije ili čitave strukture ličnosti. Primenom različitih metodoloških pristupa proizvode se zaključci koji najčešće idu u jednom od tri različita smera: (1) potvrđuju da postoji jedan specifičan profil ličnosti koronarnih bolesnika; (2) utvrđuju specifične karakteristike ličnosti koje koreliraju sa infarktom miokarda; (3) usmereni uglavnom na utvrđivanje manifestnog nivoa ponašanja koronarnih bolesnika kao i etiološke uloge demografskih i sociodinamskih činioca.

Iz navedenih prikaza infarkta miokarda u sistemu psihologije uviđamo da nijedan od analiziranih teorijskih okvira ne nudi odgovore na sva važna pitanja o infarktu miokarda. Naime, neka od i dalje otvorenih pitanja su:

- identifikacija psiholoških faktora koji imaju odlučujuću ulogu u nastanku i razvoju infarkta miokarda. Psihološki činioci koji učestvuju u koronarnim bolestima uopšte, kreću se od situaciono uslovljene traume, preko emocija koje su potiskivane, do ponašajnih karakteristika ličnosti, ali gotovo sve deluju nezavisno od ličnosti kao celine, iako polaze od pretpostavke da specifični sklopovi ličnosti imaju udela u nastanku koronarnih bolesti;
- kako sve ove psihološke faktore na najbolji mogući način detektovati;
- koji su specifični mehanizmi delovanja psiholoških faktora i na koji način oni izazivaju ili ubrzavaju infarkt miokarda;
- koliki je udeo ovih faktora u odnosu na ostale faktore rizika u nastanku infarkta miokarda. Najčešća pretpostavka je da psihogeni faktor deluje paralelno sa nekoliko različitih faktora rizika, a pojedini istraživači navode da je psihogeni faktor iste specifične težine kao i ostali faktori rizika koje navodi sistem medicine;
- ostaje i pitanje uzročno-posledičnog odnosa ličnosti i infarkta miokarda, odnosno, da li određene osobine ili psihološki faktori uslovljavaju, prate ili su samo rezultat doživljenog infarkta miokarda ili pak korelat nekog, još uvek skrivenog zajedničkog uzročnika.

Međutim, ukoliko analiziramo pojedinačne karakteristike ličnosti koje sistem psihologije dovodi u vezu sa infaktom miokarda, bez teorijske konzistentnosti istih, možemo reći da su najčešće navođeni: anksioznost, depresija, hostile reakcije, agresija i individualna reakcija na stres. Tako da možemo zaključiti da upravo njihovo razumevanje daje osnov sagledavanje infarkta miokarda u sistemu psihologije.

Literatura

- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 179-211. [https://doi.org/10.1016/0749-5978\(91\)90020-T](https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-T)
- Cukor, D., Cohen, S. D., Peterson, R. A., & Kimmel, P. L. (2007). Psychosocial aspects of chronic disease: ESRD as a paradigmatic illness. *Journal of the American Society of Nephrology*, 18(12), 3042-3055. <https://doi.org/10.1681/ASN.2007030345>
- Das, S., & O'Keefe, J. H. (2006). Behavioral cardiology: recognizing and addressing the profound impact of psychosocial stress on cardiovascular health. *Current Atherosclerosis Reports*, 8(2), 111-118. <https://doi.org/10.1007/s11883-006-0048-2>
- Degni, S. (2020). Clinical psychology: disorders and therapies, history and systems of psychology. *Oxford Research Encyclopaedia of Psychology*. <https://doi.org/10.1093/acrefore/9780190236557.013.549>
- Denollet, J. (2000). Type D personality: A potential risk factor refined. *Journal of Psychosomatic Research*, 49(4), 255-266. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(00\)00177-x](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(00)00177-x)
- Geukes, K., Simon, M. B., Hutteman, R., Steffen, N., Albrecht, C. P., Küfner, M., & Back, D. (2019). Explaining the longitudinal interplay of personality and social relationships in the laboratory and in the field: The PILS and the CONNECT study. *Plos One*. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0210424>
- Grossman, P., Niemann, L., Schmidt, S., & Walach, H. (2004). Mindfulness-based stress reduction and health benefits: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 57(1), 35-43. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(03\)00573-7](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(03)00573-7)
- Hegarty, G., Storey, L., Dempster, M., & Rogers, D. (2021). Correlates of post-traumatic growth following a myocardial infarction: A systematic review. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 28, 394-404. <https://doi.org/10.1007/s10880-020-09727-3>
- Hrnjica, S. (1994). *Opšta psihologija sa psihologijom ličnosti*. Naučna knjiga
- Lodder, P., Wicherts, J., Antens, M., Albus, C., Bessonov, I. S., Condén, E., Dulfer, K., Gostoli, S., Grande, G., Hedberg, P., Herrmann-Lingen, C., Jaarsma, T., Koo, M., Lin, P., Lin, T. K., Meyer, T., Pushkarev,

- G., Rafanelli, C., Raykh, O. I., Schaan de Quadros, A., Schmidt, M., Sumin, A. N., Utens, E. M. W. J., van Veldhuisen, D. J., Wang, Y., & Kupper, N. (2023). Type D personality as a risk factor for adverse outcome in patients with cardiovascular disease: an individual patient-data meta-analysis. *Psychosomatic Medicine* 85(2), 188-202, <https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000001164>
- Mark, D. B. (1992). Prognostic importance of social and economic resources among medically treated patients with angiographically documented coronary artery disease. *JAMA*, 267(4), 520-524. <https://doi:10.1001/jama.1992.03480040068032>
- Miličić, D., Brajković, L., Ljubas Maček, J., Andrić, A., Ardalić, Ž., Buratović, T., & Marčinko, D. (2016). Type a personality, stress, anxiety and health locus of control in patients with acute myocardial infarction. *Psychiatria Danubina*, 28(4), 409-414.
- Subotić-Krivokapić, J. (2023). *Medijske reprezentacije osoba sa infarktomiokarda* [Doktorska disertacija]. Univerzitet Singidunum – Fakultet za medije i komunikaciju.
- Vlajković, J. (1998). *Životne krize i njihovo prevazilaženje*. Plato.
- Williams, R. B., Barefoot, J. C., Califf, R. M., Haney, T. L., Saunders, W. B., Pryor, D. B., &
- Yao, B. C., Meng, L. B., Hao, M. L., Zhang, Y. M., Gong, T., & Guo, Z. G. (2019). Chronic stress: a critical risk factor for atherosclerosis. *Journal of International Medical Research*, 47(4), 1429-1440. <https://doi.org/10.1177/0300060519826820>

PSYCHOLOGICAL CORRELATES OF MYOCARDIAL INFARCTION

Jelena Subotić-Krivokapić, Bejan Šaćiri, Lidija Milenović
*High Medical College of Professional Studies "Milutin Milanković",
Belgrade, Serbia*

Abstract

Myocardial infarction as a disease with its symptomatology and localization belongs primarily to the domain of kardiology, i.e. medicine. However, psychology as a science also contributed to a wider understanding of this disease. The contribution of psychology is primarily reflected in the expansion

of the understanding of risk factors to the domain of the psyche, in terms of permanent dispositions and/or personality characteristics that contribute to an increase in the vulnerability of an individual or group to the onset of this disease. Additionally, we can see the contribution of psychology in the new direction of myocardial infarction prevention and additional supportive approach to medical treatment. In accordance with the above, in this paper we will present psychological correlates of myocardial infarction, through the description of various theoretical frameworks and research that had the greatest contribution to the understanding of this disease in the system of psychology. The methodology of this review is an analysis of professional journals and databases on the topic of psychological aspects of myocardial infarction, and the goal is a concise presentation of the most frequently examined dispositions, structures or personality characteristics in various theoretical frameworks of psychology, which this science connects with myocardial infarction.

Key words: myocardial infarction, personality dispositions, personality characteristics, personality structures