

OSTILITATEA, FURIA (INTERIORIZARE, RUMINAȚIE) ȘI AGRESIVITATEA – FACTORI DE RISC MAJOR PENTRU BOALA CARDIACĂ ISCHEMICĂ

Hostility, anger-in, rumination and aggressivity – major risk factors for coronary heart disease (CHD)

Dr. Alexandru Chițu^{1,2}, Prof. Dr. Ioan Bradu Iamandescu²

¹NĂL Hospital, Trollhättan, Suedia

²Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila“, București

REZUMAT

Evidențierea de către Friedman și Rosenman a tipului comportamental A, ca factor major de risc pentru apariția și agravarea evoluției infarctului miocardic, a constituit un prim și decisiv pas pentru statuarea rolului favorizant al factorilor psihosociale în etiopatogenia CHD. Ulterior, faptul că acest tip comportamental a fost evidențiat și în alte boli psihosomatice (și chiar la unii subiecți sănătoși) a condus la nevoia de a găsi alte variabile psihologice – de personalitate, în special – asociate tipului A și având o valoare predictivă argumentată convingător de numeroase studii epidemiologice și experimentale. În ultimele două decenii a fost evidențiată prezența la unii purtători ai tipului A – care au prezentat manifestări clinice și de laborator ale bolii coronariene (inclusiv explorări angiografice sau determinări computerizate ale debitului coronarian) – prezența constantă, în grade variabile, a unui complex de trăsături emoționale care stau la baza unei agresivități crescute: ostilitatea (cognitivă și/sau comportamentală), furia – în special interiorizată (anger-in) și rumația supărării. Aceste variabile psihologice au drept corespondent, în planul corelatelor somatice, o hiperreactivitate vasculară crescută la hormonii de stres (în special catecolaminele și cortizolul), având ca rezultat creșterea colesterolului plasmatic, a consumului de oxigen miocardic, a agregabilității plachetare etc. În esență, trăsăturile agresive, frecvent exprimate în cazul numeroaselor distresuri „colecționate” de posesorii tipului A, supun miocardul la presiunea modificărilor fiziopatologice specifice dezlănțuirilor agresive.

Cuvinte cheie: tipul comportamental A, ostilitate, furie interiorizată, infarct miocardic

ABSTRACT

Friedman and Rosenman are highlighting behavioral type A as a major riskfactor for evolution worsening of myocardial infarction, was first and decisive step for clearly specifying the role of supportive psychosocial factors in etiopathogenesis of the coronary heart disease. Then, the reason that this type of behavior has been highlighted in other psychosomatic diseases (and even some healthy subjects) led to the need to find other psychological variables – of personality, especially – associated with type A and convincing predictive value numerous epidemiological and experimental studies. In the last two decades has been it's presence in some carriers of type A – which showed clinical and laboratory manifestations of coronary artery disease (including exploration angiographic coronary flow and computerized measurements) – this constant in varying degrees of complex traits emotional underpinning of increased aggression: hostility (cognitive and/or behavioral) – in particular internalized anger (anger-in) and ruminative anger. These variables have the correspondent psychological, somatic plan, vascular hyperreactivity to stress hormones (catecholamines and cortisol in particular) resulting in increased plasma cholesterol, myocardial oxygen consumption, the platelets aggregation etc. In essentially aggressive featuters frequently expressed to the many distress “collected” by holders type A, pressed myocardium with pathophysiological changes specific for aggression.

Keywords: type A behavior, hostility, anger internalized, myocardial infarction

Autor corespondent:

Dr. Alexandru Chițu, Sweden, Västra Götaland Region, Trollhättan, Lasarettvägen 9, postal code: 46152 apt. 809

E-mail: andutu87@yahoo.com

TIPUL COMPORTAMENTAL A

Aprecieri generale

O atenție deosebită se acordă (de către psihologi, în special) studierii unor trăsături de personalitate cu risc crescut de a contracta boli cardiovasculare (BCV), mai ales cele psihosomatice, dintre care cele mai importante sunt: hipertensiunea arterială, cardiopatia ischemică coronariană, tahicardiile paroxistice și boala Raynaud.

Chiar dacă existența unei personalități strict specifice anumitor boli psihosomatice este cvasiunanim contestată, încă din a doua jumătate a sec. XX – în ultimii ani, s-a schematizat pentru boala coronariană un **veritabil sindrom comportamental compus dintr-o serie de factori psihocomportamentali de risc** pentru această boală. Acest tip, denumit „Type A behaviour pattern“ (**TABP**), este prezent la subiecți cu diferite tipuri de personalitate (psihastenic, isteric, paranoid etc.), unificați prin posedarea unor însușiri comportamentale asemănătoare (față de realizarea unei sarcini, de obicei profesionale) și de raportare la cei din jur (1).

Esența TABP este redată de Friedman și Roseman (2) astfel: „complex specific emoție-acțiune“ în virtutea căruia indivizii purtători ai acestui comportament sunt înclinați să lupte cu agresivitate pentru cât mai mult și mai mult în cât mai puțin timp.

Inițial, observațiile promotorilor psihosomaticii asupra comportamentului bolnavilor cardiovasculari (hipertensivi și coronarieni) au evidențiat trăsături comportamentale considerate a fi specifice pacienților evaluați: interiorizarea furiei [comportament prezent la bolnavii hipertensivi – conform lui Alexander (3)] și profilul de personalitate a coronarianului – întrunind o serie de trăsături psihice bazale, dar și comportamentale – descrisă de Flanders Helen Dunbar (4).

Ar fi, totuși, imposibil să acceptăm o astfel de viziune, ce postulează existența unui tip de personalitate pentru fiecare din bolile psihosomatice majore, deoarece practica clinică medicală a evidențiat numeroase cazuri în care același bolnav poate suferi de mai multe boli asociate, ceea ce ar însemna ca un astfel de bolnav să posede mai multe tipuri de personalitate (ex. obsesiv, isteric, paranoid, hipomaniacal etc.), fapt ce frizează absurdul! (5)

Tipul A este actualmente considerat un factor de risc pentru apariția IM. Cercetările din ultimul deceniu au evidențiat implicarea tipului A și în apariția altor boli psihosomatice cardiovasculare (HTA) sau de altă natură (ulcer gastric și duodenal) (5,6).

Dintre numeroasele caracteristici ale acestui profil („finalizat“ la mijlocul secolului trecut) (2), au fost confirmate în deceniile următoare câteva trăsături care constituie o bază utilă pentru psihodiagnosticul TABP, în zilele noastre, cum ar fi (7,8):

- tendința de a ajunge în poziții înalte în profesie și societate pe baza unei autoexigențe crescute spre autodepășire – extinsă și la anturaj – care este rezultatul unor principii rigide (muncă disciplinată, organizată și respect față de familie și autorități, duritate față de greșelile colaboratorilor);
- reacții neurovegetative ample declanșate de stimuli emoționali moderați sau chiar reduși.

Acest tip grupează o serie de factori comportamentali predispozanți spre cumulara unor stresuri inevitabile – prin înseși dificultățile întâlnite de posesorii unui astfel de comportament (1). Factorii comportamentali, cuprinși în chestionarul Jenkins, sunt rezumați de Thorp (7) în:

- „**sentimentul competiției**“ (abordarea sarcinilor zilnice dirijate spre un scop precis – rod al unor ambiții spre autoafirmare – chiar cu prețul unor situații conflictuale (lupte în care se angajează datorită unei ostilități cognitive și comportamentale crescute);
- „**sentimentul urgenței**“ (agenda zilnică încărcată, frecvența criză de timp și nerăbdarea mergând până la grăbirea interlocutorului să își comunice mesajul).

Aceste trăsături comportamentale au drept corollari în plan biologic o hiperreactivitate simpato-adrenală și o receptivitate crescută la nivel vascular (vasoconstricție, creșteri tensionale și ale alurii ventriculare), dar și o creștere a consumului de oxigen miocardic în teritorii devenite ischemice prin ateromatoză, ca în cardiopatia ischemică coronariană (CIC sau CHD = Coronary Heart Disease)

Modul de îndeplinire a sarcinilor profesionale poate fi efectuat:

- cu dificultate – risc crescut;
- cu ușurință – risc minim (vezi clasificarea stresului profesional pe două axe (intensitatea solicitării și libertatea decizională a îndeplinii sarcinile) după Siegrist (10) și Theorell (11).

Trăsături esențiale conform criteriilor DCPR (diagnostic criteria for psychosomatic research)

În ultimii ani, odată cu elaborarea criteriilor diagnostice pentru utilizarea în cercetarea psihosomatică (DPCR) (12), „portretul“ unui individ cu tipul A este circumscris de următoarele criterii (Tablelul 1).

TABELUL 1. Criteriile DCPR pentru tipul comportamental A

A1: angajarea puternică, intensă în muncă datorită unei excesive responsabilități;
A2: nevoia acută de timp, sentimentul urgenței, în legătură cu munca sau o sarcină care trebuie îndeplinită cât mai repede posibil;
A3: vorbire rapidă și mișcări rapide, bruște (mimică, mâini, brațe), vizibile la un interviu (A3)
A4: ostilitate și cinism ce pot deveni agresivitate când ceilalți interferă cu scopul sau, mai ales, când este sub presiunea timpului (conducere agresivă auto, nerăbdare la stop);
A5: iritabilitate, nervozitate în viața zilnică; sau (A6), observate de însuși subiectul;
A7: mintea preocupată de o mulțime de gânduri și idei, la fel de importante și apărute în același timp;
A8: ambiție puternică și nevoia de realizare/împlinire și de aprobare
A9: ostilitatea se manifestă și în cazurile de concurență (ex. personajul J.R. Ewing) „sentimentul competiției“

N.B. – Frecvente simptome somatice de activare neuro-vegetativă (a sistemului autonom), de la pal-pitații, transpirații, mialgii, gastralgii, tulburări in-testinale, hiperventilație (în caz de „tensiune ner-voasă“).

Existența subiecților cu tipul A se constată și în alte boli: boli dermatologice, cancer, boli de nu-triție, chiar în populația sănătoasă (13).

Subiecții cu tip comportamental A prezintă de două ori mai frecvent cardiopatie coronariană decât cei cu tip comportamental B (14).

Tipul A, în raport cu tipul B, pare să fie corelat și cu o tendință de creștere mai rapidă și mai marcată a secreției de catecolamine sau a nivelului seric al acizilor grași și colesterolului la apariția unui SP profesional (15,16).

Controverse referitoare la tipul A

Contestarea de mulți autori a rolului negativ ju-cat de TABP în boala coronariană a impulsionat studii care au analizat diversele componente (fac-torii A, S, H și J) ale acestui comportament.

O serie de date sugerează că subiecții cu tipul comportamental A – care îi propulsează spre sferele superioare ale ierarhiei profesionale – plătesc un tribut mai mare stresului profesional decât subal-ternii lor (1), justificând apariția în literatura me-dicală a noțiunii de „Managers’ Diseases“, în care cardiopatia coronariană și HTA ocupă un loc de frunte. Autorii precum Stoksmeyer et al evidențiază factorul „presiunea sarcinii și a timpului“, ca factori de risc pentru apariția stresului psihic (și, implicit pentru coronare) la personalul de conducere, „for-men“, din industrie. Ei consideră că acești șefi reușesc să se adapteze („desensitization“) la stresul profesional prin mecanisme de coping adecvate (17).

Cercetări ulterioare relevă și impactul coronarian negativ al suprasolicitării profesionale, în criză de timp (lucrul la bandă rulantă) în condițiile unui control decizional redus la muncitorii cu o calificare joasă („blue collars“) (18,19).

Într-o evaluare mai recent, Dornelas (20) citează date din literatură care stabilesc **rolul exclusiv al componentei H (ostilitate)** ca factor predictiv pen-tru debutul infarctului miocardic și/sau deces la in-divizii sănătoși și de risc pentru reinfarct la bolnavii cu antecedentele acestei boli.

Adăugăm – pe baza unui studiu recent (21) rolul major al interiorizării supărării (*anger-in*) pentru apariția infarctului miocardic la purtătorii hiper-tensivi ai tipului A.

În cadrul intervenției psihoterapeutice **tentati-vele modificării tipului A spre tipul B** (care ia mult mai puțin în serios obligațiile autoimpuse, lă-sând uneori lucrurile „să meargă de la sine“) au condus la rezultate favorabile referitor la scăderea recăderilor IM pe termen lung (22,23).

OSTILITATE, AGRESIVITATE ȘI INTERIORIZAREA FURIEI

Ostilitatea

Ostilitatea, această atitudine dușmănoasă, plină de ură, dușmănie, vrăjmășie a fost descrisă ca o componentă cu un risc major pentru apariția și agravarea cardiopatiei ischemice coronariene cu ocazia descrierii tipului A.

Barefoot (26) consideră ca ea apare ca un pattern comportamental ce încorporează cogniții și emoții față de cei din jur și caracterizat prin neîncredere, pesimism dispreț și înclinația spre a reacționa la situațiile negative prin antipatie și tristețe. Revenim cu câteva precizări și evidențieri asupra modului în care ostilitatea – „prelungită“ în formarea unor alte „trăsături înrudite“ – acționează la bolnavii cardio-vasculari, ea stând la baza agresivității mai ales când devine hipertrofiată și manifestă sub forma mâniei/furiei. Există o serie de corelații și înlănțuiri în desfășurarea agresivității și furiei, două compor-tamente dușmănoase ale unui individ față de un altul sau mai mulți indivizi pe care Dornelas (20) le evidențiază și diferențiază, apelând la definițiile date de alți autori care au studiat aceste trăsături ce predispun individul la relații sociale conflictuale.

Agresivitatea

Agresivitatea se referă la comportamentele ver-bale și fizice cu intenția de a răni o altă persoană. Este definită ca un comportament punitiv sau distructiv îndreptat spre obiecte sau persoane.

Este binecunoscut faptul că atunci când te înfurii cresc atât ritmul inimii, cât și tensiunea arterială, arterele se contractă și crește agregabilitatea plachetară. Nu este deci de mirare că printre cauzele infarctului miocardic sunt citate și crizele de furie.

Hipocrate a descris pentru prima dată cele patru umori, pornind de la observația că există o legătură între furie și răspunsul somatic. Potrivit lui Hipocrate, persoana de tip coleric avea un exces de bilă galbenă, fapt care a fost corelat cu tendința acesteia spre agresivitate.

Mânia/Furia (Anger)

Una dintre emoțiile fundamentale ale omului este **mânia**. Ea fost descrisă ca un sentiment negativ, care generează un nivel ridicat de excitare la nivel simpatic, ce apare relativ frecvent, durează mai mult decât alte stări afective și care reprezintă un factor probabil în declanșarea unor exprimări agresive verbale și motorii – cu amplificarea tonului și volumului – mai mult decât în cazul altor emoții care pot afecta negativ relațiile interpersonale (20).

Furia poate servi ca un răspuns adaptativ la nevoile individului sau pentru a opri o acțiune nedorită, dar poate avea, de asemenea, consecințe asupra sănătății.

Furia interiorizată (Anger-in)

Cercetătorii care au studiat reacțiile la stres au descoperit că furia reprimată este sentimentul cu **efectul cel mai distructiv asupra homeostaziei**. De asemenea, furia se pare că este acea emoție care dăunează cel mai mult inimii. Într-un experiment realizat în momentul în care pacienții povesteau incidentele care i-au înfuriat, pomparea sângelui în inimă scădea cam cu cinci procente. Unii dintre pacienți au manifestat chiar o scădere cu șapte procente sau mai mult, ceea ce cardiologii consideră că ar fi un semn de ischemie miocardică, o scădere periculoasă a circulației sanguine la nivelul inimii, pregătind terenul pentru un infarct miocardic (20).

*

* *

Din analiza datelor din literatură rezultă că sentimentele negative frecvente (supărare, mânie, furie, ură) cresc semnificativ riscul bolilor de inimă. Persoanele care experimentează frecvent accese de furie trebuie să acorde atenție deosebită sănătății, întrucât există o legătură strânsă între stres, emoții puternice și afecțiunile cardiovasculare.

Cuvântul cheie în această privință este „exagerarea“. Mânia moderată nu constituie un factor de risc, ba mai mult, exprimarea supărării la un nivel

rezonabil poate fi benefică pentru sănătate, reprezentând un mod de eliberare a tensiunii acumulate.

Pe de altă parte, răspunsurile exagerate manifestate în situații de supărare, precum reacțiile explozive, trântirea de obiecte sau țipetele stridente reprezintă manifestări periculoase.

Observațiile clinice au evidențiat faptul că sentimentele negative puternice produc efecte fiziologice directe asupra inimii și arterelor. Emoții precum mânia și ostilitatea activează prompt efectul de „răspuns în fața unui atac“, în cadrul căruia hormonii de stres – incluzând adrenalina și cortizolul – cresc ritmul respirației și bătăile inimii și favorizează un impuls de energie; tensiunea arterială crește de asemenea, ca urmare a comprimării vaselor de sânge. (20).

Deși răspunsul la stres mobilizează organismul în situații de urgență, repetarea acestor evenimente poate fi dăunătoare: nivelurile ridicate de adrenalină și cortizol reprezintă efectul cardiotoxic al manifestării mâniei; acesta cauzează deteriorarea inimii și a sistemului cardiovascular. Mânia frecventă poate accelera procesul aterosclerozei. Dar nu doar mânia și supărarea afectează inima; nivelul crescut de anxietate și depresia puternică reprezintă factori de risc importanți în dezvoltarea sau agravarea afecțiunilor cardiovasculare; în general persoanele care simt frecvent mânie suferă și de alte probleme emoționale.

Furia și ostilitatea sunt asociate semnificativ cu descoperirea unor afecțiuni cardiovasculare la persoane sănătoase sau cu agravarea unor afecțiuni deja diagnosticate. În cazul adulților fără istoric familial de boli cardiovasculare – dar care suferă de furie sau ostilitate frecvent manifestată – există un risc mai mare de a dezvolta o boală de inimă comparativ cu persoanele calme. Totodată, aceste sentimente negative afectează în proporție mai mare inima persoanelor de sex masculin.

Constituind un puternic factor de risc pentru sănătatea inimii, este de competența psihologilor să abordeze aceste stări afective negative, așa cum pot fi ținute sub control nivelul de colesterol sau tensiunea arterială. Cu toate acestea, nivelul de stres și trăirile negative nu sunt la fel de ușor de măsurat precum nivelul colesterolului, motiv pentru care medicii cardiologi trebuie să acorde importanță stării psihice a pacienților sau schimbărilor vizibile de dispoziție.

*

Cercetările ulterioare stabilirii tipului A, ajunse în zilele noastre (sec XXI), nu au confirmat predictibilitatea exclusivă a tipului A (considerat în totalitatea componentelor sale) pentru apariția bolilor

cardiovasculare, dacă nu se asociază cu ceilalți factori de risc biologici și psiho-sociali.

Aceste rezultate contradictorii au dus la mai multe analize post-hoc ale studiilor originale care au măsurat (TABP). Doar **ostilitatea** a fost confirmată ca fiind de predicție a **riscului crescut de deces la subiecții sănătoși și risc crescut de boli cardiace recurente la persoanele cu CHD** (27,28).

Ruminația supărării

Ruminațiile supărării reprezintă o trasătură care se referă la tendința de a se concentra pe interpretări negative sau pe aspecte negative ale sinelui. Ele se referă la crearea unei tendințe obsesive de a se gândi la o situație provocatoare de mânie (29).

Într-un studiu de laborator efectuat de Gerin et al (29) cu 60 de bărbați și femei, de măsurare a tendinței lor spre ruminație și cerându-le să-și amintească situații de anul trecut – care au fost supărătoare și încă le provoacă supărare atunci când se readuc în plan prezent – s-a constatat o asociere cu creșteri ale tensiunii arteriale.

Participanții au fost apoi induși într-o stare de distragere a atenției. Acele persoane care prezentau un grad avansat de tendință spre ruminație și care nu au avut nicio distragere au avut cea mai slabă abilitate de recuperare a tensiunii arteriale.

Persoanele care prezintă ca mecanism de coping această tendință spre ruminație pot dezvolta un sentiment de frică referitor la posibilitatea, ca după un alt șoc emoțional sau episod de iritație, să se declanșeze un alt eveniment cardiovascular. Acest fapt poate crea sechele psihologice, cum ar fi depresia.

Proiectul de consiliere pentru prevenirea bolii coronariene (RCPP)

A fost inițiat ca un proces de consiliere conceput pentru a modifica tipul A comportamental.

Studiul RCPP a fost finalizat la mijlocul anilor 1980 și a inclus 862 de pacienți post-infarct miocardic (MI) (20). Participanții la studiu au fost predominant de sex masculin (92%). La studiu au participat cardiologi, psihiatri sau psihologi. Participanții din grupul experimental s-au întâlnit săptămânal în primele două luni, de două ori pe săptămână – pentru următoarele două luni – și lunar, pentru restul de studiu. Proiectul de consiliere pentru tipul A a fost conceput spre a diminua intensitatea principalelor componente ale tipului A. Astfel au fost promovate relaxarea pentru a reduce urgența de timp, competitivitatea și ostilitatea pacienților.

TABP a fost evaluat cu ajutorul interviurilor clinice filmate, precum și utilizarea de auto-raport, auto-rating, ratinguri din partea soților și din partea unui coleg de muncă.

TABP a fost scăzut semnificativ în grupul participant, iar această schimbare a fost menținută pe durata a 4,5 ani de la participare (20).

Ornish (23) a ales la întâmplare un lot de pacienți a căror boală de inimă se afla într-un stadiu avansat și pe care l-a împărțit în două grupuri: unul din grupuri a urmat un tratament bazat pe exercițiu fizic, dietă săracă în grăsimi, yoga și un puternic sprijin social. Grupul de control a urmat un tratament clasic. La sfârșitul studiului s-a putut constata că persoanele din primul grup nu numai că au avut o stare de sănătate mai bună decât grupul de control, dar chiar s-a putut înregistra o regresie a bolii, în timp ce starea celor din grupul de control s-a înrăutățit.

Acest studiu este primul care a demonstrat că evoluția bolilor cardiovasculare poate fi stopată și chiar deveni reversibilă prin simpla modificare a stilului de viață. Din păcate, până în 2004, nu au mai existat studii clinice la scară largă care să testeze tratamente psihologice împotriva ostilității în ultimele două decenii (20).

Totuși Dreher (30) a opinat că un tratament psihoterapeutic eficient pentru un pacient cardiac trebuie să abordeze nu numai reacții psihologice asociate evenimentului cardiac, dar și stilul de adaptare caracteristic pacientului și originea simptomelor.

Tendința de a medita și de a-și reprima furia, după o provocare, este un exemplu de un stil caracteristic de adaptare care îndrumă spre nevoia de intervenție psihologică.

Studii prospective publicate între 1996 și 2002 au arătat că trăsături ca furia și ostilitatea pot anticipa un anumit procent de morbiditate cardiacă la persoanele sănătoase inițial. Unul din studii, Atherosclerosis Risk in Communities Study – cuprinzând mai mult de 13.000 de bărbați și femei, atât din rasa albă, cât și din rasa neagră – a constatat că furia a prezis un risc crescut de boală coronariană pe o perioadă de urmărire de 4,5 ani (20).

Cu toate acestea, cel puțin două studii de mare amploare au raportat rezultate nule. Se pare că ostilitatea și furia pot crește riscul de evenimente cardiovasculare la persoanele cu o vulnerabilitate de bază. Spre exemplu – așa cum s-a arătat în experimentul anterior (30) – mânia poate induce ischemie miocardică la persoanele cu CHD.

Deși nu au fost elucidate în totalitate mecanismele fiziopatologice de conectare a furiei și ostilității la CHD, este clar că organismul uman are tendința de

a reacționa puternic la incapacitatea de a-și exprima furia într-un mod sănătos (20).

Chestionare pentru determinarea agresivității, ostilității și furiei

Acestea sunt ușor de administrat și pot fi utilizate în practica clinică. Deoarece majoritatea au fost validate inițial în studii cu persoane din rasa albă, de sex masculin, cu statut socio-economic superior, este necesară perfecționarea acestora.

Dornelas (20) consideră că măsurarea ostilității și furiei au dezavantajul de a fi influențate de dezirabilitatea socială și trebuie să fie interpretate în contextul altor informații relevante obținute în stabilirea clinice (cf. Harris 1997).

Chestionarul pentru agresiune (AQ) a fost dezvoltat de Buss și Perry și este o măsură de auto-raport pentru 29 de itemi care cuprind patru domenii: agresiune fizică, agresiune verbală, furia și ostilitatea. Proprietățile psihometrice ale testului au fost foarte bine etalonate, iar persoanele care au avut un înalt scor la acest test au prezentat și multiple afecțiuni cardiace (28,31-35).

Scara Furie – Ruminație. Este o scală care cuprinde 19 întrebări și care măsoară nivelul tendinței de ruminație și meditație a episoadelor de furie (36). Mecanismul prin care ruminația își exercită efectele asupra inimii este acela de menținere a hipertensiunii și după producerea evenimentului

care a cauzat furia (29). Această scară măsoară tendința de a aranja apariția involuntară a episoadelor de furie. Scala este construită pe baza a patru factori: supărările lăsate pe planul secund, gânduri de răzbunare, reamintiri ale reacțiilor de furie din trecut, precum și anumite evenimente neînțelese din trecut.

Spielberger State-Trait Anger Expression Inventory este un chestionar care cuprinde 57 de întrebări și necesită aproximativ 10 minute pentru a fi completat (37). Întrebările măsoară intensitatea furiei și tendința de a dezvolta stări de furie în funcție de tipul de personalitate. Instrumentul testului este compus din 6 scale care măsoară intensitatea furiei și dispoziția pentru a dezvolta sentimente de furie. Scara măsoară, de asemenea, (a) *anger expression out*, exprimarea furiei către alte persoane și obiecte, (b) *anger expression in*, a ține în interior sentimentele și gândurile negative, (c) *anger control out*, controlul emoțiilor de furie prin oprirea exprimării furiei, și (d) *anger control in*, controlul emoțiilor prin calmare.

Scara de ostilitate Cook-Medley este compusă din 50 de întrebări din „Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI)” și utilizează întrebări de tipul adevărat fals. Există o versiune cu 27 de întrebări (26) care este mult mai aproape de CHD comparând cu versiunea de 50 de întrebări.

BIBLIOGRAFIE

1. **Iamandescu I.B.** (2005). Psihologia Sănătății. Ed. Infomedica, București.
2. **Friedman M., Rosenman R.H.** (1959) Association of a specific overt behaviour pattern with increases in blood cholesterol: blood clotting time: incidente of arcus senilis and clinical coronary artery disease. *JAMA*; 169:1286-1296.
3. **Alexander F.G.** (1939). Emotional factors in essential hypertension. *Psychosom Med* 1:175-179.
4. **Dunbar Flanders Helen** (1948). Synopsis of psychosomatic medicine. Mosby St. Louis
5. **Iamandescu I.B.** (1980). Corelații psiho-somatice în astmul bronșic, Teză de Doctorat, IMF București
6. **Rafanelli C. și Ruini C.** (2012). Assessment of Psychological Well-Being in Psychosomatic Medicine pp. 182-202 în Fava G.A., Solino N., Wise T.N. – The Psychosomatic Assessment, Karsar, Basel.
7. **Thorp B.** (1990). Seminar anti-stres (ciclu de 5 conferințe). Material litografiat, București.
8. **Jenkins C.D., Rosenman R.H. & Zzyanski S.J.** (1974). Prediction of clinical coronary heart disease by a test for coronary prone behavior pattern. *New England Journal of Medicine*, 290, 1271-1275.
9. **Iamandescu I.B.** (sub red.) (1999). Elemente de psihosomatică generală și aplicată, Editura Infomedica, București.
10. **Seigrist J. et al** (1980). Soziale Belastung und Herzinfarkt. Enke. Stuttgart.
11. **Theorell T.** Life events and CHD p. 5-7 în: Kielholtz P., Siegenthaler W., Taggart P., Zanchetti A., Troubles psychosomatique cardio-vasculaires – quand et comment les traiter, Hans Huber, Berne, Stuttgart, Vienne, 1982.
12. **Fava G.A., Freyberger H.J., Bech P., Christodoulou G., Sensky T., Theorell T., Wise T.N.** (1995). Diagnostic criteria for use in psychosomatic research. *Psychother Psychosom* 63:1-8.
13. **Cosci F.** (2012). Assessment of personality in Psychosomatic Medicine. Current concepts. pp. 133-159 în Fava G.A., Sonino N., Wise T.H. The Psychosomatic Assessment, Karsar, Basel.
14. **Kammerer W.** Chronische Herzkrankheit (1985). Psychologische Risikofaktoren – Therapiewoche. 3, 211.14.
15. **Eldson-Dew R.W., Wink C.A., Birdwood G.F.** (red.) (1979). The cardiovascular, metabolic and psychological interface – Academic Press, London, Grune and Stratton, New York.
16. **Taylor** (1982). pp. 132-152 în Kielholtz P., Siegenthaler W., Taggart P., Zanchetti A., Troubles psychosomatique cardio-vasculaires – quand et comment les traiter, Hans Huber, Berne, Stuttgart, Vienne, 1982.
17. **Stockmeyer N., Kuhn T., Muth T.** (1989). Stress at work and CHD of former industry. *Int. J. Rehab. Res.* 12(3), 310-312.
18. **Collins S.M., Karasek R.A., Costas K.** (2005). Job strain autonomic indices of cardiovascular risk. *Am J Int Med* 48,182-193.
19. **Siegrist J.** (2008). Chronic psychosocial stress at work and risk of depression. *Eur. Arch. Psychiat. Clin. Neurosci.* 258 Suppl. 115-119.
20. **Dornelas E.A.** (2008). Psychotherapy with Cardiac Patients. ed. American psychological association Washington, D.C.

21. **Sinescu C.J., Iamandescu I.B., Chițu A., Barbu A., Maiorov A.** (2012) Incidența tipului comportamental A și asocierea lui cu interiorizarea furiei la bolnavii cu infarct miocardic versus bolnavii hipertensivi. *Zilele Medicale Severinene*, ed. A III-a, 05/07 apr. 2012
22. **Friedman M.** (1971). Modification of Type A behavior in post-infarction patients. *Amer. Heart J.* 97(5):551-563.
23. **Ornish D., Scherwitz L.W., Billings J.H., Gould K.L., Merritt T.A., Sparler S., Armstrong W.T., Ports T.A., Kirkeide R.L., Hogeboom C., Brand R.J.** (1998) .Intensive lifestyle changes for reversal of coronary heart disease. *JAMA* 1998; 280:2001-2007.
24. **Denollet J.** (2002). Type D personality and vulnerability to chronic disease, impaired quality of life, and depressive symptoms. *Psychosom Med* 64:101.
25. **Denollet J., Schiffer A.A., Spek V.** (2010). A general propensity to psychological distress affects cardiovascular outcomes: evidence from research on the type D (distressed) personality profile. *Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes*, 3 (5), 546–557.
26. **Barefoot J.C.** (1992). Developments in the measurement of hostility. În: H.S. Friedman (Ed.), *Hostility, coping and health* (pp. 13-31). Washington, DC: American Psychological Association.
27. **Buss A.H., Perry M.** (1992). The Aggression Questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63, 452-459.28. **Bernstein I.H., Gesn P.R.** (1997) - On the dimensionality of the Buss/Perry Aggression Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 563-568.
28. **Gerin W., Davidson K.W., Christenfeld N.J., Goyal T., Schwartz J.E.** (2006) . The role of angry rumination and distraction in blood pressure recovery from emotional arousal. *Psychosomatic Medicine*, 68, 64-72.
29. **Dreher H.** (2004). Psychosocial factors in heart disease :A process model. *Advances in Mind-Body Medicine*. 20,20-23.
30. **Diamond P.M., Magaletta P.R.** (2006). The short form Buss-Perry Aggression Questionnaire (BPAQ-SF): A validation study with federal offenders. *Assessment*, 13,227-240.
31. **Gallo L.C., Smith T.W.** (1998). Construct validation of health-relevant personality traits: Interpersonal circumplex and five-factor model analyses of the Aggression Questionnaire. *International Journal of Behavioral Medicine*, 5, 129-147.
32. **Harmon-Jones E.** (2007). Trait anger predicts relative left frontal cortical activation to anger- inducing stimuli. *International Journal of Psychophysiology*, 66, 154-160.
33. **Harris J.A.** (1997). A further evaluation of Aggression Questionnaire: Issues of validity and reliability. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 1047-1053.
34. **Hillbrand M., Waite B.M. Rosenstein M., Harackiewicz D., Lingswiler V.M., Stehney M.** (2005). Serum cholesterol concentrations and non-physical aggression in healthy adults. *Journal of Behavioral Medicine*, 28, 295-299.
35. **Sukhodolsky D.G., Golub A., Cromwell E.N.** (2001). Development and validation of the Anger Rumination Scale. *Personality and Individual Differences*, 31, 689-700.
36. **Spielberger C.D. et al.** (1995). Measuring the experience, expression and control of anger. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 18, 207-232.