



PSIHOLOGIE MEDICALĂ

Curs 5

VULNERABILITATEA PSIHIcĂ LA STRES

1. CONSIDERAȚII NOȚIONALE

Referitor la terenul psihic asupra căruia acționează agenții stresori, este dovedit că în așa-numitele boli psihosomatice există o serie de trăsături de personalitate cu rol „permisiv” față de stresul psihic.

După cum am arătat în lucrări anterioare (1980, 1984), **opinăm împotriva existenței unor profiluri psihosomatice proprii fiecărei boli psihosomatice (BPS)**, postulate de către FI. Dunbar. Opinia noastră rezultă nu numai din datele obținute la aplicarea testelor de personalitate, dar poate fi dedusă și din coexistența, la același bolnav, a unor BPS diverse - de exemplu, astm bronșic + urticarie + ulcer duodenal + hipertensiune arterială - cum am întâlnit la șase dintre bolnavii noștri (**Iamandescu, 1980**). De altfel, **G. Ionescu** (1990) observă aceeași perimare a acestor tipologii specifice diferitelor BPS.

Considerăm că **există un „profil general” de bolnav psihosomatic** și vom căuta să demonstrăm acest lucru la locul potrivit. Credem că la acest nivel, al personalității bolnavului, se realizează impactul factorului stresant psihic, în legătură cu care considerăm necesar să accentuăm rolul traumelor minime, dar cu acțiune îndelungată sau a „situațiilor fără ieșire” (Kourilsky).

Un rol important în privința recepționării intensității și duratei unui SP îl joacă atât **mecanismele de ajustare (coping)** față de SP, cât și **tipul locului de control**. Ele vor fi analizate într-un paragraf special.

De asemenea, anumite trăsături de personalitate, dezvoltate (accentuate) excesiv, crează indivizilor astfel afectați o vulnerabilitate crescută față de SP. O posibilitate relativ accesibilă pentru diagnosticarea acestor „hipertrofii” a unor trăsături de personalitate o reprezintă unele teste globale de personalitate dintre care MMPI permite cuantificarea - pe baza înregistrării amplitudinii scorurilor la scalele corespunzătoare - fiecareia din trăsăturile măsurate. În cazul depășirii a 55 de centile există o probabilitate crescută pentru încadrarea în personalității accentuate sau, peste 70 de centile, fie în tulburări de personalitate, fie în sindroame nevrotice (o formulă relativ procustiană dar orientativă).

Vulnerabilitatea față de stres reprezintă nu numai o sumă algebrică a unor date de personalitate facilitând, mai mult sau mai puțin, „intrarea în stres” ori amplitudinea reacției la stres a unui individ. Ea este constituită de un pattern dinamic, de interacțiune, al acestor trăsături stabile de personalitate dar, adeseori, solicitate ca părți componente ale unui comportament relativ stereotip (ca de exemplu, tipul A). **Vulnerabilitatea psihică**



la stres apare ca un element favorizant pentru bolile psihice, dar și pentru cele psihosomatice (BPS) în cadrul cărora ea se asociază cu o vulnerabilitate de organ.

În BPS, apărute ca urmare a unui SP mai intens recepționat de către un subiect cu un tip de personalitate vulnerabilă față de acțiunea AS, putem considera că mai există un agent de „rezonanță” pentru SP. Acesta închide un cerc vicios și este reprezentat de **tulburările somato-psihice inerente oricărei boli psihosomatice, dar amplificate și ele de un tip de personalitate cu o vulnerabilitate crescută, în special, în sfera afectiv-emoțională** (de exemplu, reacția unui bolnav cardiac la extrasistolele sale ventriculare apărute în cursul unor emoții) (Iamandescu, 1993).

Actualmente câștigă teren ideea că **tipul de personalitate** (postulat de către primii psihosomaticieni ca fiind specific pentru fiecare dintre afecțiunile psihosomatice, ca de exemplu tipologia specifică a pacientului astmatic, ulceros, coronarian etc), nu mai reprezintă decât o **componentă într-un complex de factori nespecfici care modulează răspunsul individual al organismului la agenții etiologici**. Acest complex multifactorial include în mod necesar trăsături de personalitate, formate pe o **matrice constituțională și dobândite în cursul experienței (biografia) individului, și manifeste în planul inserției și interacțiunilor sale cu „rețeaua socială” (Malchair), ca și al situațiilor concrete** (evenimente cu rol stresor). Acestea din urmă pot juca un rol trigger psihogen în patologia clinică, indiferent de natura acesteia (de exemplu, o criză de tuse într-un „acces de enervare”).

Având o exprimare în actele de comportament, cu inevitabile ajustări conjuncturale impuse de acestea, considerăm că - în cazul unei hipertrofieri a trăsăturilor componente („personalități accentuate” descrise de Leonhard) - **diferitele tipuri de personalitate pot să conflueze într-un tip general, caracterizat printr-o „vulnerabilitate față de stres”, termen utilizat de Kourilsky, având o sferă mai largă decât cea a tipului psiho-comportamental A, descris de Friedman și Rosenman.**

În ceea ce privește definiția vulnerabilității, Brene Brown este cea care a făcut lumină cel mai mult cu cercetările sale în ultimii ani, considerând vulnerabilitatea psihică drept starea de „*incertitudine, risc și expunere emoțională*” și, în același timp „*locul de naștere pentru iubire, apartenență, bucurie, curaj, empatie și creativitate*”, la care se adaugă și o ultimă parte a definiției care întregeste conceptul, aceea de „*sursă a speranței, empatiei, responsabilității și autenticității*”.

2. TIPURI COMPORTAMENTALE ȘI RELAȚIA CU STRESUL PSIHIC

Pe baza unor studii și observații personale (Iamandescu - 1977, 1980, 1984) considerăm că o vulnerabilitate față de stres poate fi întâlnită atât la indivizi cu trăsături de personalitate accentuate dincolo de limitele unei adaptabilități sociale normale (și contribuind la edificarea unor acte comportamentale adeseori „ineficiente”), cât și la indivizi cu **diverse tipuri de personalitate „neaccentuate”, dar înclinați către un comportament generator facil de stres psihic.**



Relaționarea acestor comportamente cu salutogeneza poate fi de tip negativ în sensul că posesorii trăsăturilor respectivei tipologii nu conștientizează importanța pentru sănătate (neglijare involuntară) sau, chiar dacă, întrevăd consecințele negative ale comportamentului lor, nu acționează conform cu cele mai elementare norme de menținere a sănătății (ex, persistă să fumeze, să consume alcool în exces, etc.) și, mai mult, recurg la aceste „consumuri” ca la o modalitate de scădere a intensității distresului.

2.1 Tipul A

Un astfel de comportament este prezent la indivizi cu diferite tipuri de personalitate (psihastenie, isteric, paranoid etc), unificați prin posesia unor însușiri comportamentale asemănătoare, față de realizarea unei sarcini (de obicei profesionale) și de raportare la cei din jur, și posesori - prin aceste însușiri ai **tipului comportamental A** - Type A Behaviour Pattern - (TABP), descris de Friedman, Rosenman și evaluat printr-un chestionar elaborat de Jenkins.

Acest tip de comportament - dominat de sentimentul urgenței și cel al competiției - este prezent la șefi sau cei cu veleități de șef (v. testul Jenkins).

Componentele tipului A figurează în *tabelul 8*.

<i>Factori componenți</i>	<i>Elemente de risc demonstrate pentru boala coronariană</i>
A = ambiție maximă = nevoia de timp S = neliniște = nerăbdare H* = competitivitate = ostilitate: - cognitivă (gânduri dușmănoase, dispreț, supărare) - comportamentală (**) (agresivitate verbală sau fizică)	Risc mai scăzut pentru boală (în raport cu factorii H și J). Dintre bolnavii asimptomatici (clinic și EKG), majoritatea posedă acești factori
J = implicare profesională majoră („workaholic”) = modul de îndeplinire a sarcinilor	Asociere cu interiorizarea supărării („anger-in”): crește riscul coronarian Acte agresive verbale*** sau motorii ample sau prelungite = factor major de risc coronarian, maxim sub 50 de ani, inclusiv pentru aritmii grave. Asocierea cu fumatul, scăderea funcției pulmonare, consum crescut de alcool și efort excesiv la locul de muncă - maximizează riscul coronarian. Asociată cu depresia, reprezintă un risc major. - cu dificultate - risc crescut - cu ușurință - risc minim

Tabelul 8. Tipul psihocomportamental A. Factori componenți



Observații:

* = **-„nucleul toxic”** al tipului psihocomportamental A = **sindromul AHA** (ostilitate, agresivitate, iritabilitate) + presiunea timpului.

** = **-Agresivitatea** este un factor precipitant frecvent al IMA, acționând prin următoarele mecanisme: activare simpatică și efecte catecolaminice ample (creșterea frecvenței cardiace și a tensiunii arteriale), scăderea perfuziei miocardice și nivel ridicat de instabilitate electrică miocardică .

*** = **-Exteriorizarea unor stări afective negative** (inclusiv a agresivității), non-violentă și de scurtă durată (afecte „meteorice”), pare să se coreleze, din contră, cu un efect protector față de boală.

Posesorii tipului comportamental A, fie numai cu ostilitate crescută (Haynes) fie cu tot ansamblul trăsăturilor TABP, vor „rezona” disproporționat, de exemplu prin secreție excesivă de catecolamine ± cortizol, la o arie extrem de largă de stimuli psihici negativi. Tipul comportamental A reprezintă un tip „ideal” pentru „crearea”, de către însuși individul apartenent, a unor premise pentru „colecționarea” facilă a numeroase și variate stresuri psihice și prin aceasta, el devine un important factor de risc pentru o serie mai largă de boli decât cele cardiovasculare, dar și a altor boli cronice psihosomatice. (Iamandescu, 1993, confirmat și de Baban și Dumitrașcu - 1995).

Pornind de la aspectele vizând rolul tipurilor psihocomportamentale în favoarea instalării unor boli cu o componentă etiologică psihogenă (în special psihosomatice dar și a celor cu evoluție cronic-degenerativă), - inițial mai „ștearsă”, dar ulterior tot mai accentuată - nu se poate concepe o tentativă a inserției acestor factori etiologici în patogeneză decât apelând la conceptul de stres psihic fără a uita însă și **rolul condiționării reflexe a reacției de stres la unii stimuli indiferenți** (Caroline Koblenzer - 1987, Iamandescu - 1995). Aceste aspecte vor fi analizate într-un capitol consacrat dovezilor experimentale în favoarea implicării SP în patogeneză.

După cum s-a conturat în decursul timpului, ostilitatea ca element central al tipului A este responsabilă de relația dintre acest comportament și apariția bolii cardiace cronice (CHD), cardiopatiei ischemice, și numeroase studii au dovedit această idee.

Dintre acestea cităm un studiu longitudinal efectuat de Barefoot (1983) în care a urmărit **250 de medici**, obținând un rezultat edificator: subiecții cu rezultate crescute peste medie la ostilitate au suferit infarcte miocardice într-un număr de cinci ori mai mare decât ceilalți medici. Un studiu similar întreprins de Lahad et al în 1997 a evidențiat același **rol patogen atribuit ostilității** în apariția cardiopatiei ischemice pe un lot de femei la vârsta menopauzei. De asemenea Julkunen et al (1994) au evidențiat relația dintre ostilitate și progresia aterosclerozei pe o durată de 2 ani la un lot de 119 piloți. Și în acest caz progresia ateromului a fost considerată de 2 ori mai mare la cei cu ostilitate înaltă.



2.2 Tipul B

Tipul B comportamental este aparent complet opus tipului A. Pare tolerant, relaxat în orice tip de situație, vesel și distractiv, ușor de plăcut și de iubit, lipsit de griji.

Folosește procrastinarea (amânarea) ca strategie de abordare a responsabilităților, sarcinilor și obligațiilor de muncă și din viața personală. Își face treaba la serviciu în ritmul propriu și nu pare presat de timp sau de termene limită.

Pare că se descurcă foarte bine cu eșecurile, pe care le privesc relaxat ca fiind întâmplări sau obstacole și se repoziționează repede față de ele.

Sub masca afișată pentru popularitate și admirația celor din jur, tipul B ascunde o identitate respinsă, neacceptată pe care a decis să o îngroape și să o acopere cu strategii sociale de succes.

Au mult autocontrol, pe care și-l păstrează și în situațiile tensionate sau stresante.

Au o viață socială activă pentru că adoră să fie înconjurați de mulți oameni și să aibă interacțiuni diverse cu ei.

Nu cedează la presiuni sau agresivitate și își păstrează echilibrul chiar și în situațiile puternic încărcate pozitiv.

2.3 Tipul C

Tipul C - „represiv”, descris de Temoshock (1985-1990), pe baza dimensiunii „reprimare/vigilență” (**Burne și colab., 1963**). Acest tip de comportament este considerat ca inductor de risc specific **cancerului de sân dar și pentru alte forme de cancer** (ex. melanomul malign). Este caracterizat prin:

- mecanisme de apărare puternice - incapacitate de verbalizare și de recunoaștere a emoțiilor, în special a celor negative, cu precădere supărarea;
- un complex de reacții negative secundare (subiacente) precum autodeprecieri, sentimente de neputință și de pierdere a controlului.

Bennett sublinia caracterul stoic al acestor pacienți, inasertiv dar cooperant.

Relația tipului C cu cancerul este văzută de unii autori (citați de Marilou Bruchon-Schweitzer) ca fiind nu cauzală, ci în sens invers (tipul C fiind secundar bolii) inclusiv ca o „amplificare a simptomelor” sau o „afectivitate negativă”.

Alți autori (Contrada, de ex.) găsesc o relație între acest tip psiho-comportamental și o disfuncție a sistemului imunitar (în special celulele NK) indusă de activarea „preferențială” a axului hipotalamo-hipofizo-corticosuprarenal și având ca rezultat final apariția unor infecții cronice dar și a unor neoplazii.

Se pare că interiorizarea emoțiilor reprezintă elementul central al acestui tip deoarece un studiu longitudinal pe o durată de 30 ani (!), finalizat de Scheffer și col. în 1987 pe un lot de 385 medici, a evidențiat că aceia care aveau un nivel crescut de exprimare (exteriorizare a emoțiilor) au dezvoltat cancer numai în procent de 1%, spre deosebire de cei care își interiorizau supărarea și alte emoții negative, cu un procent semnificativ mai crescut, de 14%.



Grossarth - Maticek și colab. (1982) și Jensen și Muenz (1984) descriu **atitudinea „rațională și antiemoțională”** a subiecților cu tip C, autorii din urmă citați (după Goodal) afirmând că au putut prevedea rezultatul pozitiv (pentru cancer) al biopsiei la bolnavii cu astfel de trăsături psihocomportamentale.

2.4 Tipul D

Tipul D comportamental este stresat, inhibat social, iritat, concentrat pe aspectele negative pe care le și exagerează, pesimist, drept urmare permanent deprimat. Sunt rigizi, adepții rutinei și ai strategiilor folosite deja și nu își asumă riscul de a schimba ceva pentru că nu pot face față stresului dat de ambiguitatea situației nou create.

Tipul D încadrează indivizi indeciși, evazivi, ezitanți, contradictorii în conduită, hazardanți în acțiuni. Rezistența la factorii stresori, la acești oameni, este foarte scăzută, cedând foarte ușor în fața obstacolelor.

Predispuși la afecțiuni cardiovasculare și afecțiuni endocrine.

3. TRĂSĂTURI DISIMUNOGENE DE PERSONALITATE

3.1 Anxietatea excesivă

Referitor la anxietate, ea prezintă următoarele caracteristici: stare de neliniște, de teamă, chiar frică, nemotivată de existența unui pericol real, identificabil („teamă fără obiect”). Dacă în limba engleză există un termen identic („anxiety”), în limba germană ea se exprimă prin termenul „Angst” (care mai înseamnă și frică), iar în limba franceză mai există un termen, „angoisse”, preluat și în limba română, „angoasă” - care complică puțin înțelegerea termenului anxietate.

Aceasta se datorează faptului că angoasa ar reprezenta, după Littre (citată de Athanasiu) - o stare afectivă cu conținut somatic intens exprimat (identificat, în primul rând, prin dificultatea de a respira) și concomitentă cu „o mare tristețe”, în timp ce anxietatea ar fi un prim stadiu al angoasei sau o angoasă fără manifestările neuro-vegetative care o însoțesc de obicei.

Uzual se consideră că anxietatea - indiferent dacă atinge sau nu gradul de angoasă sau limita extremă, denumită „atac de panică” - este însoțită de un cortegiu bogat de acuze somatice (Malchair) unele sugerând chiar adevărate boli (Dongier), deși examenul clinic și analizele de laborator nu îndreptățesc aceste temeri. Cele mai frecvente consecințe somatice ale anxietății sunt dispneea (hiperventilație, uneori neobservată de către pacient), hipersudorația, tremorul și insomnia.

Dar în practica medicală anxietatea are ca formă majoră de exprimare atacul de panică (v. chenarul decupat din DSM IV).

Atacul de panică imită frecvent o serie de boli cu atributele urgenței, chiar și un infarct miocardic, și pune probleme delicate de diagnostic diferențial, mai ales pentru medici neexperimentați.



O sinteză **asupra** tabloului său clinic evidențiază următoarele aspecte¹:

Atacul de panică poate surveni în contextul oricărei tulburări anxioase (agorafobia, fobia socială, tulburarea obsesiv compulsivă, anxietatea generalizată sunt numai câteva dintre aceste tulburări) ca și al altor tulburări psihiatrice (ex. depresia, tulburări legate de consumul de substanță) și al unor condiții medicale generale (ex. boli de inimă, respiratorii, gastrointestinale). Mai multe atacuri de panică recurente, urmate de cel puțin o lună de preocupări referitoare la atacul următor, cu modificări comportamentale ca răspuns la atacuri, pun diagnosticul de tulburare de panică.

Caracteristica esențială a unui atac de panică o constituie o perioadă distinctă de frică sau disconfort intens, acompaniată de cel puțin 4 dintre cele 13 simptome somatice și cognitive enumerate mai jos. Atacul debutează brusc și atinge intensitatea maximă în 10 minute sau chiar mai rapid.

1. Palpitații
2. Transpirații
3. Tremor sau trepidație
4. Senzații de scurtare a respirației sau de strangulare
5. Senzație de sufocare
6. Durere sau disconfort precordial
7. Greață sau disconfort abdominal
8. Senzație de amețeală, dezechilibru, vertij sau leșin
9. Sentiment de derealizare sau depersonalizare
10. Frica de a nu înnebuni
11. Frica de moarte
12. Paretezii
13. Frisoane sau valuri de căldură

O metodă de tratament care dă rezultate bune în mai mult 70% din cazuri este terapia cognitiv-comportamentală. Tratamentul medicamentos de elecție este cu medicamente antidepressiv de tipul inhibitorilor selectivi de recaptare de serotonina (sertralina, fluoxetina, etc). Alte medicații care pot fi folosite pe termen scurt sunt benzodiazepinele.

Lader consideră că există o **anxietate „normală”** (cea cotidiană, ca de exemplu cea a omului aflat la volanul unei mașini, pe un drum presărat cu pericole) și una **patologică („nevrotică”)** caracterizată printr-o hiperreacție de acest fel a unui subiect față de o cauză nemotivată, doar presupusă (adesea, ea este - tot patologică - fără un substrat definit și, în astfel de situații se pot invoca, la baza ei, procese inconștiente). Între aceste forme există așa-numita **anxietate reactivă**, desemnând o anxietate intensă, disproporționată, deși motivată de o cauză bine justificată. Spielberger subliniază necesitatea termenului de **„anxietate de caracter”** (sau „caracter anxios” - „trăit anxiety”) prin care traduce o dimensiune a personalității unui subiect înclinat în mod obișnuit spre anxietate „firea prăpăstioasă” în limbajul curent (caz în care anxietatea apare frecvent, uneori cvasipermanent, mai mult sau mai puțin motivat).

¹ paragraf elaborat de dr. Alexandra Mihăilescu



La omul bolnav, apariția anxietății, reactive la situația sa „nouă”, complică și mai mult tabloul clinic al bolii de bază.

Firea anxioasă asociată cu un stil perceptiv vigilant-evitant ar avea un rol favorizant pentru îmbolnăviri ulterioare numai când are valori extreme.

Anxietatea este considerată, atunci când survine într-un „grad moderat”, ca având rolul de „tampon” în fața „agenților stresori” (Marilou Bruchon-Schweitzer și Paulhan - 1993). Ea trebuie diferențiată de „anxiety trăit” care este o trăsătură stabilă a personalității unor indivizi.

„O stare de neliniște („îngrijorare”, sens mai potrivit - n.a.), nici excesivă, nici abso-lută, permite subiectului să anticipeze realist o situație adversă pe care o are de înfrun-tat (nici dramatizare, nici reprimare)”.

Tallis (1990) consideră că „îngrijorarea acționează ca un sistem de alarmă cu efecte benefice”, ea constituind „un lucru negativ, numai dacă se instalează fără motiv sau durează prea mult”.

În opinia noastră, este însă necesar să se sublinieze că anxietatea excesivă, prezentă la o mare parte dintre bolnavi - ca urmare a anticipării unor pericole sau, mai ales, în condițiile eșecurilor terapeutice și a unei relații defectuoase cu medicul - are un rol dezorganizator al comportamentului și constituie o sursă importantă a unui exces de hormoni de stres.

3.2 Starea depresivă

Însoțește unele boli și ar juca (încă neconcludent demonstrat) un rol etiologic în unele boli (ex. cancer), prin efectul imunosupresiv deja demonstrat (Bartrop) asupra celulelor NK. La omul bolnav, indiferent de tipologia personalității, depresia constituie o reacție în plan afectiv, caracterizată printr-o dispoziție „disforică”, ceea ce numim stare de „**deprimare**”, și concretizată în plan psihic prin senzații de **neputință** (de pierdere a energiei vitale), cu astenie - mergând de la tulburări de concentrare a atenției până la imposibilitatea de a duce la capăt activități simple, de **lipsă de interes** pentru problemele obișnuite ale vieții (inclusiv nevoile biologice, alimentare, sexuale sau cele legate de conveniențele sociale, ca de exemplu ținută vestimentară) și prin **sentimente de autoreproș** (în genere de culpabilitate sau **desconsiderarea** propriei valori). Dintre foarte numeroasele **corelate somatice ale depresiei**, punând uneori serioase probleme de diagnostic diferențial, menționăm, scăderea apetitului (inclusiv scăderea în greutate), insomnia (în special trezirea foarte devreme, matinală) sau, din contră, hipersomnia, pierderea energiei (oboseală, mai ales la trezire) și - ceea ce în literatură abundă - prezența a numeroase și variate forme de dureri (cefalee, algii cu sedii diferite etc), multe din acestea încadrate în tulburările somatoforme.

Termenul „**depresie mascată**” trebuie propagat în rândul medicilor generaliști și interniști datorită faptului că aceasta se află la baza a cel puțin 5% din cazurile de bolnavi care consultă un medic (Kielholtz - 1974). Acest concept consemnează faptul că o multitudine de simptome fizice pot constitui masca unei depresii pe care pacientul o



ascunde cu grijă față de cei din jur dar, adesea, și față de medic. Atunci când devine manifestă, ea este de resortul medicului psihiatru.

În plan psihic depresia atinge un maxim prin înclinația către suicid a subiecților respectivi.

Este absolut necesar să fie precizat și faptul că depresia se manifestă de cele mai multe ori și prin tentativele permanente ale individului de a-și ocupa cât mai mult timpul cu orice fel de activitate care să îi țină mintea concentrată pe ceva extern (rețele sociale, TV, seriale, jocuri video etc.), astfel încât să aibă cât mai puține momente în care se conectează cu propriile stări și chiar simte. Drept urmare, în relațiile pe care le are, o persoană cu depresie va avea foarte puține momente de autenticitate, de exprimare reală și veritabilă a propriilor păreri sau stări interne și, mai degrabă, se va ocupa cu anticiparea dorințelor celorlalți și oferirea răspunsului dezirabil social (dorit de ceilalți).

3.3 Nevrozismul

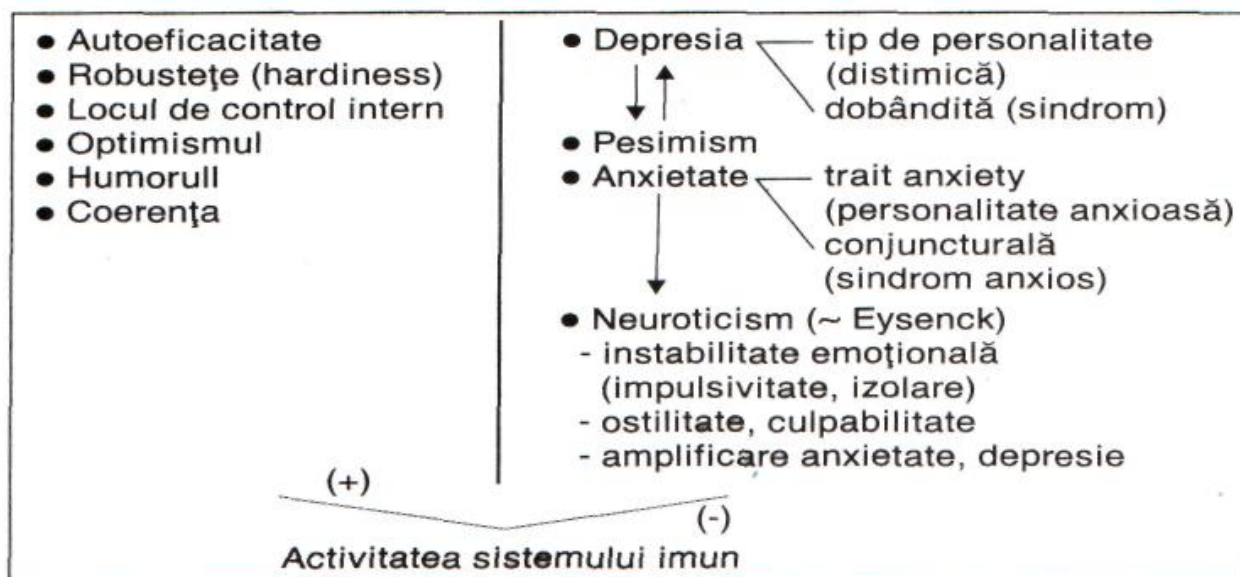
Are un sens mai larg decât **anxietatea** - pe care o include, alături de **ostilitate, izolare, impulsivitate, culpabilitate, „sensibilitate”**, etc. - fiind considerat ca asociat frecvent cu boli somatice (Friedman și Booth-Kewley), deși Stone și Costa (1990) au constatat doar rolul de „amplificator al simptomelor”, corespunzând unei personalități înclinate către stres („distress prone personality”).

FACTORII MODERATORI (CU ROL DE TAMPON) AI IMPACTULUI AGENȚILOR STRESORI

Rahe și Arthur (1978 - citat de Marilou Bruchon-Schweitzer) au considerat 3 filtre principale, menite să atenueze impactul negativ al agenților stresori:

- perceperea **agentului stresor și evaluarea** semnificației sale în raport cu:
- **experiențe similare anterioare** precum și o serie de *date ale personalității* -locul de control, trăsături disimunogene, dar și cele imunogene de personalitate;
- suportul social și credința într-un ideal (inclusiv cea religioasă);
- **mecanismele de apărare inconștientă** (negarea, represia etc);
- **eforturi conștiente** referitoare la:
- planificarea acțiunii + solicitare de informații noi;
- tehnici de relaxare ± medicamente ± distracții ± exercițiu fizic.

Se pot descrie (după Marilou Bruchon-Schweitzer și Margaret Matlin) următoarele trăsături cu un accentuat caracter constituțional (v. *tabelul 9*).



Tabelul 9. Trăsături imunogene și disimunogene de personalitate

Baza psihofiziologică a acestor „trăsături imunogene” (figura 2) o constituie:

- reactivitatea cardiovasculară moderată;
- un nivel de catecolamine circulante **relativ** ridicat, ca și al limfocitelor (în situații adverse, inclusiv de natură infecțioasă).

După cum se observă, cele două trăsături de ordin fiziologic menționate corespund unor modificări ce caracterizează, de regulă, eustresul.

În ceea ce privește fundamentul conduitelor stabile, el poate fi:

- genetic (biologic), conform opiniei lui Eysenck;
- dobândit (de esență socială), prin învățare (efectul de întărire prin recompensă) conform opiniei lui Bandura.

Watson și Pennebaker sistematizează **trăsăturile de personalitate implicate în patogeneză sau în sanogeneză** în:

- **afectivitate negativă:** depresie, anxietate, nevrozism;
- **afectivitate pozitivă:** optimism, umor, vitalitate, eficacitate percepută, control intern, stimă de sine (autoapreciere, încredere în sine).



4. TRĂSĂTURI IMUNOGENE

Reprezintă un grup de trăsături cognitive-atitudinale reflectând o atitudine generală față de viață a individului și fiind corelate cu „tonusul funcțional al sistemului imun”.

4.1 Optimismul

Reprezintă **încrederea în obținerea unui rezultat pozitiv**, care ne permite să descoperim mai ușor soluțiile și aspectele pozitive ale situațiilor cu care suntem confrunțați.

Acționează în două direcții - minimalizarea gravității evenimentelor și supraestimarea propriilor resurse de a le face față. În plus, umorul este o strategie de ajustare capabilă și ea de a reduce impactul evenimentelor stresante. Optimismul și umorul ar avea o valoare predictivă pentru longevitate (v. și Margaret Matlin) și ar constitui un factor prognostic pentru evoluția favorabilă a unor boli cum este cancerul (Levy și colab. -1988).

Deseori este confundat cu o formă a negării, ca mecanism de apărare inconștient, în care mimăm optimismul pentru a evita confruntarea cu gravitatea situației și ne spunem că totul va fi bine ca să diminuăm frica, nu pentru că avem cu adevărat încredere în capacitatea noastră de a produce într-un fel sau altul un rezultat pozitiv.

4.2 Rezistența (robustețea)

Cunoscută în varianta engleză sub termenul **hardiness**, sau, în franceză, **endurance**, reprezintă o aptitudine a individului de a fi neobosit, implicându-se în activități diverse cu multă energie, curiozitate, gust pentru risc și gust pentru schimbare.

Prezintă 3 componente: **controlul perceput al evenimentelor, sfidarea dificultăților și implicarea**, dintre care doar prima pare să fie predictivă pentru o sănătate bună ulterioară (Brouchon - Schweitzer).

4.3 Locul de control intern (LCI)

Este sinonim cu mentalitatea individului conform căreia tot ce i se întâmplă i se datorează lui în bună măsură (și nu factorilor externi) și că această responsabilitate îl obligă să acționeze energic pentru îndreptarea unor situații nefavorabile, neașteptând de la alții rezolvare.

Este corelat cu o durată mai mare de viață și cu o sănătate mai bună. Acest atribut salutogenetic ar LCI se justifică, printre altele, și prin creșterea responsabilității pentru propria sănătate, dar o mulțime de experimente - ce vor fi prezentate în alte capitole ale



cărții - susțin corelația sa pozitivă cu un nivel crescut al imunității subiecților care îl posedă.

LCI este „inclus” în autoeficacitate și - parțial în simțul coerenței.

4.4 Autoeficacitatea (Bandura)

Reprezintă o viziune a subiectului asupra evenimentelor stresante, potrivit căreia:

- subiectul consideră că evenimentele cu rol stresant pot fi modificate, atenuate sau chiar preîntâmpinate de către orice individ (**controlul intern al stresului**) și nu se află la discreția întâmplării;
- subiectul consideră - în virtutea unei **încrederi în forțele proprii** - că el poate stăpâni sau limita acțiunea nocivă a unor astfel de evenimente.

Se corelează în mod constant cu o bună stare de sănătate.

4.5 Simțul coerenței (Sense of coherence)

Aron Antonovsky a observat la supraviețuitorii lagărelor naziste de exterminare o calitate multă dimensională a personalității care îi unifică pe aceștia, în ciuda unor mari diferențe în sfera biologică și chiar a altor trăsături de personalitate. Aceste persoane se caracterizau printr-o orientare globală în viață, capabilă să le asigure:

- înțelegerea datelor esențiale ale problemelor de viață cu care erau confruntate (componenta - **copenhensibilitate**),
- resursele pentru a reacționa și a se adapta (componenta „**manageability**”),
- motivația („merită să te implici!”) de a se angaja în acțiune nu numai cognitiv, ci și emoțional („din tot sufletul”) - **componenta meaningfulness**.

Reprezintă o trăsătură majoră imunogenă care măsoară resursele personale ale sănătății unui individ.

4.6 Umorel

Fără a intra în detalii asupra cauzelor care produc apariția râsului (în special exploziv și/sau prelungit) - cauze ce au fost discutate de autori celebri precum Kant, Bergson și Freud - trebuie spus că aptitudinea de „a avea umor” (inclusiv de a vedea ceva comic într-o variată gamă de situații și relații, chiar și în cele negative) este considerată ca o trăsătură de personalitate imunogenă, dintre cele ce predispun la longevitate (desigur în interacțiune cu factori genetici sau dobândiți ce pot limita drastic această predispoziție!).

Efectul cel mai frecvent al umorului este râsul, proces fiziologic complex ce antrenează peste 60 de funcții ale organismului.

Un efect destul de apropiat îl are chiar simplul zâmbet, fiind demonstrat **efectul de tip feedback** (exploatat de către tehnicile de bio-feedback și realizat prin activarea centrilor corticali) realizat prin declanșarea unei emoții de către mimarea expresiei faciale a acelei emoții, inclusiv a efectelor sale psihosomatice.

Nu trebuie **neglijat** efectul râsului în plan psihologic deoarece el are o acțiune multiplă, **efect antistres** - prin „decuplarea” în plan mental, de acțiunea agenților stresori”; - dar și efecte de **creștere a funcțiilor cognitive** (atenție, memorie, imaginație - creativitate) și a celor afective (disipează anxietatea, crisparea sau „acoperă” timiditatea, etc.).

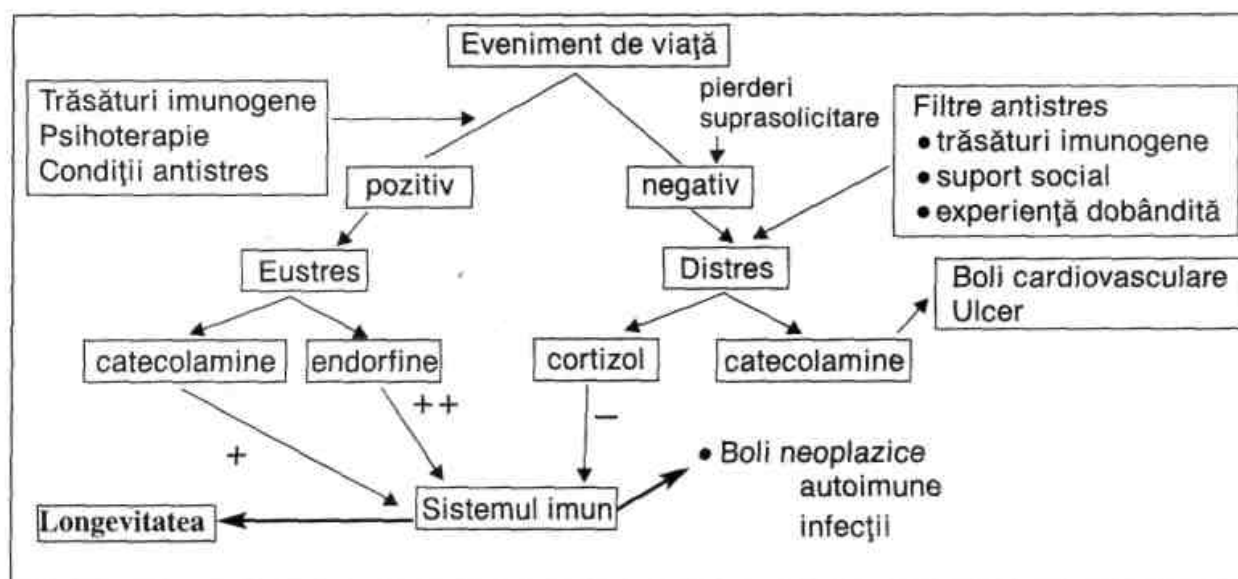


Figura 2. Baza psihofiziologică a trăsăturilor imunogene și disimunogene
(schemă personală inspirată de modelele Contrada și Fischer)

Așadar trăsăturile imunogene constau într-un set de abilități și atitudini (gând, emoție, comportament) prin care facem față momentelor de vulnerabilitate neprotejată și gestionăm stresul aferent acestora, iar cele disimunogene sunt reprezentate de atitudinea noastră în fața copleșirii pe care o simțim atunci când un eveniment de viață ne surprinde și trezește un tumult de emoții negative pe care ne este greu să îl gestionăm. Scopul echipei medicale este ca, mai întâi, să identifice ambele tipuri de trăsături și apoi să ajute pacienții să folosească mai mult trăsăturile imunogene în lupta cu boala.