

# Psihološki čimbenici kod kardiovaskularnih bolesti

**Vedran Bilić**

Klinika za psihološku medicinu, KBC Zagreb

**SAŽETAK** Spoznaje psihosomatske medicine, *liaison* psihijatrije, medicinske psihologije i psihoanalize nedvojbeno ukazuju na blisku vezanost kardiovaskularnog sustava i psiholoških čimbenika. Međutim te spoznaje još uvijek nisu dovoljno integrirane u biomedicinski model edukacije i liječenja kardiovaskularnih bolesti, te se u praktičnom radu često zanemaruje povezanost tih bolesti s psihom i emocijama. Poznavanje i prepoznavanje emocionalnih i psiholoških utjecaja na kardiovaskularne bolesti umanjuje neočekivane i nepotrebne poteškoće u prevenciji, liječenju i rehabilitaciji tih bolesti

**KLJUČNE RIJEČI** kardiovaskularne bolesti; psihologija; psihosomatska medicina

Iz povijesti psihijatrije poznato je da su već prije tisuću godina liječnici praktičari prepoznali povezanost srca i kardiovaskularnog sustava s emocijama. Te intuitivne spoznaje u moderno su vrijeme potvrđene u okviru psihosomatske medicine, *liaison* psihijatrije, medicinske psihologije i psihoanalize. U nizu istraživanja egzaktno je ustanovljen utjecaj psiholoških čimbenika na kardiovaskularni sustav. Međutim, edukacija i praktično liječenje u prvom su redu usmjereni na usvajanje i primjenu velikog znanja o biomedicinskim aspektima liječenja kardiovaskularnih bolesti, pri čemu se često zanemaruje veza tih bolesti sa psihom i emocijama. Zbog zanemarivanja i nepoznavanja emocionalnih i psiholoških utjecaja u nastanku, liječenju i prevenciji kardiovaskularnih bolesti, liječnik u praktičnom radu može doživjeti neočekivane poteškoće s pacijentima iako ih s biomedicinske točke gledišta besprijekorno liječi.<sup>1,2</sup>

## MENTALNA REPREZENTACIJA SRCA

Kardiovaskularni sustav, a posebno srce, ima veliku psihološku važnost. Srce je vitalan organ čije pravilno funkcioniranje omogućava život, a njegovi poremećaji i bolesti bitno umanjuju kvalitetu života. Rad vlastitog srca lakše opažamo od rada drugih unutarnjih organa, jer njegove otkucaje možemo osjetiti i čuti. Stoga je stvaranje psihičke reprezentacije srca lakše nego kod većine drugih unutarnjih organa.<sup>3</sup> Mentalnu reprezentaciju vlastitog srca stvaramo postepeno tijekom razvoja. U početku dominiraju infantilne predstave srca koje tijekom razvoja zamjenjuju realističnije ideje. Međutim, nesvjesne infantilne predstave uvijek manje ili više iskrivljuju realističnu reprezentaciju srca. Na reprezentaciju srca djeluju razvojni konflikti i iskustva koje imamo tijekom razvoja. Poseban utjecaj na reprezentaciju srca ima srčana bolest roditelja tijekom djetinjstva. U takvom slučaju mentalna će reprezentacija srca vjerojatnije biti više iskrivljena, jer su razvojni konflikti pojačani bolešću roditelja.

Prevalencija i važnost bolesti srca i krvnih žila, koje su u razvijenim zemljama najčešći uzrok smrti, doprinose okupiranosti vlastitim srcem, što može dovesti i do pretjeranih neurotičnih preokupacija srcem. Tada briga o pravilnom funkcioniranju srca poprima neurotične razmjere, a srce postaje žarište psihičkog konflikta i fantazija.

## PSIHOLOŠKI ČIMBENICI KOD KARDIOVASKULARNIH BOLESNIKA

Još u desetom stoljeću Avicena je ustanovio povezanost emocija sa ekstrasistolama. William Harvey 1628. g. opisuje utjecaj emocija na srce. Von Dutch 1868. g. uočava preveliku posvećenost poslu i druge specifičnosti ponašanja oboljelih od koronarne bolesti. William Osler (utemeljitelj interne medicine) 1897. g. opisuje osobine tipičnog koronarnog pacijenta koji živi „punom brzinom“ uvijek je intenzivno angažiran, često vrlo motiviran i ambiciozan.<sup>4</sup> U 20. st. razni autori uočavaju intenzivnu okupiranost poslom, usmjerenost na postizanje ciljeva i manje korištenje odmora kod oboljelih od koronarne bolesti. Kardiolozi Friedman i Rosenman opisuju specifično ponašanje i emocionalne reakcije tih bolesnika i nazivaju ih karakter A.<sup>5</sup>

**Karakter A.** Obuhvaća agresivno, neprekidno i kronično ulaganje napora da se postigne sve više u što kraćem vremenu, unatoč otporu okolnosti i drugih osoba: visoke ambicije i profesionalne norme, kroničnu prezaposlenost, užurban rad, istovremene višestruke aktivnosti, osjećaj krivice kad se ne radi, kompetitivnost, nestrpljivost, čest osjećaj nedostatka vremena, brz tempo života, ljutnju zbog kašnjenja i čekanja, ubrzan, glasan i kritički govor, opći osjećaj hostilnosti i napetosti, agresivnost, svadljivost, sklonost izazivanju, malu toleranciju tuđih greški, lako induciranu eksplozivnost, gubitak samokontrole pod pritiskom. Karakter A udvostručuje rizik koronarne bolesti i prediktor je iznenadne koronarne smrti. Osobine karaktera A (hostilnost, ljutnja,

nestrpljivost i nesigurnost u izazovnim i stresnim situacijama) često dovode do većih epizodičnih povećanja kateholamina, krvnog tlaka i frekvencije srca.

**Hostilnost.** Bitna i „toksična“ komponenta karaktera A, koja uključuje naglašenost cinizma, nepovjerenja, ljutnje i agresivnosti, sklonost pesimizmu i doživljavanju socijalne okoline kao potencijalno prijeteće i neprijateljske. Povećana hostilnost je dobar prediktor incidencije i mortaliteta koronarne bolesti. Intenzitet hostilnosti i kočenja ljutnje povezan je s težinom koronarne bolesti. Izrazito ljutite osobe imaju tri puta veću šansu za infarkt miokarda ili srčanu smrt. Ljutnja u kombinaciji s iscrpljenosti vrlo je opasna. Hostilnost nepovoljno utječe na druge čimbenike rizika kardiovaskularnih bolesti: pušenje, pretjeranu konzumaciju alkohola i hrane, (manju) podršku okoline i hipertenziju. Stalna napetost zbog trajnih neprijateljskih impulsa aktivira simpatikus i sekreciju noradrenalina i može dovesti do kroničnog porasta krvnog tlaka.

U nizu istraživanja koja su uslijedila nađen je važan utjecaj psihijatrijskih, psiholoških i socijalnih čimbenika na kardiovaskularni sustav i na nastanak, pogoršanje, trajanje i rehabilitaciju koronarne bolesti: depresija, karakter A, hostilnost i ljutnja (otvoreno izražena ili prikrivena), psihosocijalni i emocionalni distres, nedostatna društvena podrška i poremećeni odnosi s okolinom (cinizam, nepovjerenje, socijalna dominacija – kontrolirajuće ponašanje, socijalna izolacija i konflikti, uključivši bračne konflikti), psiho-fiziološke reakcije tijekom stresa, sociokulturni i okupacijski čimbenici, profesionalne aktivnosti, akutni životni problemi, tjeskoba i drugi. Ti čimbenici utječu na pušenje, hipertenziju i povišene vrijednosti kolesterola koji zajedno čine oko polovicu rizika koronarne bolesti. Njihova zajednička složena interakcija ostvaruje kumulativan učinak. Kod kardiovaskularnih bolesnika koji imaju teže organske promjene neki put psihički čimbenici više utječu na invaliditet od somatskih.

**Depresija.** Teška depresija ili velika depresivna epizoda značajnije je od karaktera A povezana s infarktom miokarda, anginom pectoris i srčanom smrću. Depresija ima centralnu ulogu jer se putem depresije izražavaju utjecaji hostilnosti, manjak društvene podrške i negativnog stila ponašanja. Depresija kao neovisan i značajan čimbenik rizika koronarne bolesti povećava rizik kardioloških komplikacija i mortaliteta i vjerojatnost nastavljanja pušenja i neuspjeha profesionalne rehabilitacije.<sup>6,7</sup>

#### SOCIOKULTURNI I MEĐULJUDSKI ČIMBENICI KORONARNE BOLESTI

Od sociokulturnih i međuljudskih čimbenika, prediktori koronarne bolesti su obiteljski problemi, manjak podrške bračnog partnera i socijalna izolacija.<sup>8</sup> Ustanovljena je veza kardiovaskularnih incidenata kod hipertenzije sa stresnim doživljajima. Stresni doživljaji vremenski prethode incidentu, a incidenti su specifično povezani s ličnošću pacijenta. Visok stres može prethoditi srčanom napadu.

Profesionalne aktivnosti bitno utječu na koronarnu bolest. Nepovoljno djeluju prenaporni i odgovorni poslovi, nezadovoljstvo i mala kontrola situacije na poslu,

slaba mogućnost razvoja i napredovanja, rad u smjenama, monotonija i nedostatna podrška. Umor je veći kad se ne može organizirati vlastiti posao i kad kolege ne pomažu. Rad više od 40 ili 50 sati tjedno, rad preko vikenda, malo sna (manje od 6 sati za noć) udvostručava ili utrostručava rizik za infarkt miokarda. Grozničavo obavljanje posla uz malu mogućnost odlučivanja i/ili razvoja značajno je povezano s povećanim rizikom od infarkta. Posebno su rizični poslovi kod kojih postoji uzajamno djelovanje vrlo zahtjevnog posla s malim mogućnostima kontrole situacije i malom slobodom odlučivanja. Sinergija visokih zahtjeva posla, niske kontrole i niske društvene podrške predstavlja najveći rizik. Kod mnogih muškaraca visoki emocionalni i fizički zahtjevi posla, u kombinaciji sa zahtjevnim šefovima, vode do zamora poslom u toku jedne godine. S druge strane, muškarci u netradicionalnim ulogama i samci također imaju veći rizik smrtnosti. Kod žena će vjerojatnije izazvati zamor zahtjevni posao i interpersonalni konflikti. Žene na visokim poslovnim pozicijama tri puta češće razviju koronarnu bolest od žena s manje zahtjevnim poslovima.<sup>9,10</sup>

#### PSIHODINAMSKE SPOZNAJE

U SAD-u je 30-ih i 40-ih godina 20. st. došlo do procvata psihoanalitičkih istraživanja psihosomatskih bolesti. Prednjačio je psihoanalitički Institut u Chicagu gdje se čitav niz psihoanalitičara (Alexander, Arlow, French, Grotjahn, Saul, Dunbar i drugi) bavio psihosomatskim bolestima.<sup>11</sup> Franz Alexander je isticao autonomiju psihe. Tvrdio je da mentalne manifestacije treba istraživati psihološkim metodama. Tražio je specifične uzročne mehanizme koji sudjeluju u interakciji tijela i psihe i naglašavao teoriju specifičnosti konflikta. Pretpostavio je da priroda specifičnog neriješenog konflikta u nesvjesnom vodi do specifičnog tjelesnog procesa ili bolesti. Alexanderova hipoteza o specifičnosti konflikta kasnije je uglavnom bila odbačena. Naime, prevladao je stav da su psihosomatski pacijenti aleksitimični, tj. nemaju fantazijski kapacitet, a njihovi psihosomatski simptomi sami po sebi nemaju značenje, odnosno nisu povezani s nesvjesnim psihičkim čimbenicima, nego su posljedica reakcije na stres koja nema drugi način praznjenja (francuska škola psihosomatske medicine).

Međutim krajem 20. st., Wilson i grupa iskusnih psihoanalitičara djelomično rehabilitiraju Alexanderova promišljanja.<sup>12</sup> Oni opisuju niz slučajeva u kojima su olakšali i čak uklonili psihosomatske simptome analitičkim radom-interpretacijama i proradom njihovog nesvjesnog značenja. Nalaze da su psihosomatski simptomi povezani s temeljno psihičkim i nesvjesnim problemima pacijenta. Promatraju psihosomatske simptome u kontekstu temeljne patologije psihičkih struktura pacijenta koja proizlazi iz ranih, pregenitalnih razvojnih faza (oralne i analne), kao posljedica neuspjeha separacije od roditelja, pretjerane roditeljske stimulacije i blokiranog bijesa, a i drugih emocija koje se ne mogu izraziti zbog strogog super-ega. Uklanjanje trenutnog simptoma samo je prvi korak nakon kojeg se mora posvetiti velika briga sljedećim simpto-

mima, bilo psihosomatskim ili psihološkim, od kojih su najčešći depresija i *acting outi* (iracionalne i impulzivne reakcije koji služe redukciji napetosti). Wilson kod oboljelih od hipertenzije, prema vjerojatnoj nagonskoj derivaciji, nalazi oralne i analne konflikte, a u migreni dominirajuće konflikte analne faze, uz prisutne fantazije iz oralne faze. Pacijenti se često doimaju pseudo-normalni. Izbjegavaju razmišljanje o simptomu bez obzira koliko on težak bio. Koriste rascjep kojim svijest o simptomu drže odijeljenom od ostatka ega. Poriču konflikte, ali analitičar kod njih osjeća temeljnu depresiju. Wilson ukazuje na strogi super-ego tih pacijenata. Oni često u okviru projektivne identifikacije projiciraju arhaiski super-ego na analitičara, što je udruženo s tendencijom *acting outu*.

Prema postavkama Florence Dunbar psiha teži vlastitoj energetske ravnoteži. Psihička energija se podvrgava zakonima fizike, „emocionalnoj termodinamici“. Ukoliko se ne može izraziti mentalno, traži izlaz kroz somatske simptome, od „nevidljivog“ uma pritječe u vidljivo tijelo. Trajni poremećaji psihičkog aparata vode do rasipanja psihičke energije i konačno do somatske disfunkcije. Potrebno je istaknuti sasvim suvremen stav Dunbarove, koja je, tragajući za objašnjenjima interakcija psihe i some, ispravno naglašavala njihov međudnos, a ne jednoznačne uzročne međudnose. Florence Dunbar istraživala je psihološke osobitosti i karakterne obrane oboljelih od hipertenzije i koronarne bolesti. Uočila je da oni puno i teško rade, a ostavljaju dojam kao da im ne treba tuđa pomoć. Njihove izraženije karakterne osobine su kompetitivnost, težnja savršenstvu i mazohizam.<sup>13</sup>

Baconova je psihoanalitički liječila osmoricu muškaraca i četiri žene koji su bolovali od angine pektoris. Kod tih bolesnika srčana se bol karakteristično javljala istovremeno s oralnim željama koje su bile praćene tjeskobom, strahom i osjećajem krivice. Dubinsko psihološka podloga situacije koja provocira srčane bolove bila je konflikt super-ega s oralnim nagonkim željama.<sup>14</sup> Drugi su psihoanalitičari našli da je kod kardiovaskularnih poremećaja uobičajen psihološki problem intenzivno sputano neprijateljstvo. Karl i William Menninger još su 1936. g. našli vezu koronarne bolesti i srčanih simptoma s nesvjesnom hostilnosti. Arlow je kod muškaraca oboljelih od koronarne bolesti opisao specifičnu nedostatnost identifikacije s ocem i pseudo-muške identifikacije, što ima za posljedicu nesiguran muški spolni identitet.<sup>15</sup> Wittkower i suradnici istraživali su emocije pacijenata koji su bolovali od palpitacija i ekstasistola. Našli su izražen osjećaj dužnosti i rigidni moral. Većina tih bolesnika izrazito je potiskivala agresivnost, upola manji broj je u manjoj mjeri sputavao agresiju, a vrlo mali broj je bio izrazito agresivan.<sup>16</sup>

Grotjahn je ukazao na potrebu psihološke procjene kardiovaskularnih bolesnika koji imaju teže organske promjene. Ustanovio je da kod njih neki put psihički čimbenici više utječu na invaliditet od somatskih, kao i vezu kardiovaskularnih incidenata kod hipertenzije sa psihičkim doživljajima. Psihički doživljaji vremenski prethode incidentu, a incidenti su specifično povezani s ličnosti pacijenta.<sup>17</sup> Van Heijningen i suradnici opisali su i dubinsko psihološki interpretirali karakterne osobine i

ponašanje trideset muškaraca mlađih od 56 godina koji su preboljeli akutni infarkt miokarda.<sup>18</sup> Život tih bolesnika bio je ispunjen izuzetno napornim radom. O radu su ovisni, ne žele smanjiti svoje obaveze i ne traže pomoć. Za njih je rad specifična, rigidna, prisilna i beskompromisna obrana, koja se intenzivira kad doživljavaju neuspjeh u poslu. Za mnoge od njih rad je dostignuće, ideal, magično rješenje za narcističke povrede i glavni način pražnjenja agresije. Po svaku cijenu nastoje očuvati samokontrolu, biti „normalni“ „super-adaptirani“ i kompetentni. Njihovom je super-egu nerotično rješenje konflikta neprihvatljivo. Te su osobine povezane s deprivacijom u djetinjstvu. U djetinjstvu su mnogi imali jaku želju da što prije odrastu i postanu neovisni. Često su i roditelji poticali njihovo prerano oslanjanje na samog sebe, teški rad, neovisnost i postignuća. Želja za verbalnim izražavanjem agresije (vikanjem i psokama) zbog toga se blokira, jer oni „nikad ne viču, jer ako vičeš, to znači da gubiš autoritet“. Na primjer, pacijent je izrazito ljut na suprugu, ali joj ništa ne govori, nego pola sata najglasnije sluša radio. Najizraženija osobina njihovog karaktera je pretjerana aktivnost koja je obrana od intenzivnih, ali zabranjenih, nesvjesnih, pasivnih i ovisnih želja. Posebno ih ugrožavaju situacije u kojima su bijesni. Blokiraju vanjsko rasterećenje svojih emocija, pogotovo inhibiraju vanjsko izražavanje svoje agresije, neprijateljstva i bijesa. Motorna je aktivnost glavni način ventilacije agresije. Ljutnju teško verbaliziraju (po svaku cijenu nastoje održati samokontrolu) te se ne mogu osloboditi agresije, nego tada još napornije rade u stvarnosti ili mislima, posebno kad je njihova dominantna pozicija ugrožena. Kako svoj bijes nisu u stanju izraziti na prihvatljiv način, agresija se nakuplja. Moguće su brze oscilacije između osjećaja neovisnosti i aktivnosti s jedne strane te ovisnosti i neaktivnosti s druge. Najzastupljeniji mehanizmi obrane su poricanje i potiskivanje, okretanje pasivnog u aktivno i protu-fobična identifikacija s agresorom.

Nirkko i suradnici su u prospektivnom petogodišnjem i desetogodišnjem istraživanju, koje je obuhvatilo 1326 helsinških policajaca, ustanovili da su oboljeli od koronarne bolesti bili anksiozniji, agresivniji, više povučeni i zakočeni od zdravih. Našli su povezanost sniženog samopoštovanja i veće somatizacije s infarktom miokarda. Između pacijenata koji su umrli od infarkta miokarda i preživjelih Nirkkova je ustanovila psihološke razlike u optimizmu, inhibiciji i snazi super-ega.<sup>19</sup> Bonaguidi i suradnici istraživali su ličnost pacijenata koji su preboljeli akutni infarkt miokarda.<sup>20,21</sup> Uzorak je činilo 654 pacijenta, a kontrolnu skupinu 398 zdravih ispitanika. Bolesnici su bili emocionalno nestabilniji, osjetljiviji, povučeni, anksiozniji, više deprimirani i imali su probleme u komunikaciji. Razlika je bila značajna i u rigidnosti super-ega. U drugom su istraživanju kod pacijenata koji su preboljeli akutni infarkt miokarda našli neurotsku tjeskobu, hostilnost, jače izražen super-ego, povećanu osjetljivost i samodovoljnost.

Značajan broj oboljelih od koronarne bolesti ima strog super-ego, te je kvaliteta super-ega psihološki čimbenik koji vjerojatno utječe na koronarnu bolest.<sup>22</sup>

**Super-ego.** Važna odrednica psihosocijalnih speci-

fičnosti, karaktera i ponašanja osobe je kvaliteta njegovog super-ega. Super-ego, dobrim dijelom nesvjesno, određena ponašanja koči, a druga potiče. Važan je čimbenik regulacije samopoštovanja, bitno određuje afektivno stanje osobe, te ima važnu ulogu u dinamici depresije koja je neovisan i značajan čimbenik rizika koronarne bolesti. Strogi se super-ego nepovoljno odražava na razinu stresa u životu i profesiji, kao i na obiteljsku podršku. Strogi super-ego nalaže kontinuiran intenzivan rad, velika postignuća i neprestani napredak u karijeri kao obranu od suočavanja s predevsvesnom depresijom. Jedan od psiholoških problema oboljelih od koronarne bolesti je usklađivanje ego-ideala s realnim mogućnostima ega. Nerealni ego-ideal onemogućava njihov ego u kritičnoj, realnoj i dobroj samoprocjeni i ima funkciju obrane jer prikriva nesvjesni osjećaj manje vrijednosti, odnosno nesvjesnu sliku svog kastriranog *selfa*. Nastojanja da ostvare nerealne zahtjeve ego-ideala prožeta su nestrpljenjem, nezadovoljstvom i tjeskobom zbog mogućeg neuspjeha. Od napornog rada ne odustaju i ne mijenjaju stil života ni nakon jasnih znakova početka koronarne bolesti, a neki se ne mijenjaju ni nakon što dožive infarkt. Neuspjeh te pacijente suočava s neskladom između mogućnosti ega i zahtjeva ego-ideala, što strogi super-ego kažnjava depresijom. Depresivna se reakcija javlja kad pacijent zbog bolesti mora odustati od ostvarivanja dosadašnjih ciljeva, odnosno prihvatiti

ti da mu ti ciljevi više nisu dostižni s obzirom na nova ograničenja koja mu postavlja bolest. Osoba smanjivaje angažmana i ciljeva doživljava kao gubitak vlastite vrijednosti. Strogi super-ego onemogućava relaksaciju i promjenu stresnog životnog stila, nepovoljno se odražava na odnose u obitelji, ograničava prilagodbu ponašanja i prihvaćanje ograničenja koje nameće bolest.

#### ZAKLJUČAK

U nizu istraživanja ustanovljen je važan utjecaj psihijatrijskih, psiholoških i socijalnih čimbenika na kardiovaskularni sustav i na nastanak, pogoršanje, trajanje i rehabilitaciju koronarne bolesti. Međutim, te spoznaje još uvijek nisu dovoljno integrirane u biomedicinski model edukacije i liječenja oboljelih od kardiovaskularnih bolesti i prvenstveno su usmjerene na usvajanje i primjenu velikog znanja o biomedicinskim aspektima liječenja kardiovaskularnih bolesti. Pored toga, često se zanemaruje bliska povezanost kardiovaskularnih bolesti s psihom i emocijama, što može dovesti do neočekivanih komplikacija u liječenju, koje nastaju upravo zbog psiholoških čimbenika i reakcija bolesnika. Prema tome, poznavanje i adekvatno tretiranje psiholoških čimbenika bitno doprinosi kvaliteti prevencije, liječenja i rehabilitacije kardiovaskularnih bolesti.

## Psychological factors in cardiovascular diseases

**SUMMARY** Research in psychosomatic medicine – the liaison among psychiatry, medical psychology and psychoanalysis – unequivocally shows that there is a close connection between the cardiovascular system and psychological factors. However, these understandings are still not adequately integrated in the biomedical model of education and the treatment of cardiovascular diseases. In practice, the close connection between cardiovascular diseases and psychological factors is often neglected. Knowledge and recognition of emotional and psychological influences in cardiovascular diseases decreases unexpected and unnecessary complications in prevention, treatment and rehabilitation of these diseases.

**KEY WORDS** cardiovascular diseases; psychology; psychosomatic medicine

#### LITERATURA

- Šimunović R, Bilić V, Kumbrija S, Blažeković S. Balintova grupa – pomoć u radu liječnika opće medicine. Lijec Vjesn 2004;126:311–3.
- Bilić V. Liaisonski pristup u liječenju oboljelih od koronarne bolesti. Tečaj Psihosomatske bolesti u obiteljskoj medicini. Škola narodnog zdravlja A. Štampar, 2007.
- Halpert E. Cardiac preoccupations. Psychoanal Q 1989;58:210–26.
- Whitewell JR. Historical Notes on Psychiatry. London: Lewis & Co., 1936.
- Friedman M, Rosenman RH. Type-A behavior and your heart. New-York: Knopf, 1974.
- Wulsin LR. Is depression a major risk factor for coronary disease? A systematic review of the epidemiologic evidence. Harv Rev Psychiatry 2004;12(2):79–93.
- Barclay L. SSRIs might improve late cardiovascular outcomes in patients depressed after acute MI. Arch Gen Psych 2005;62:711–2, 792–8.
- Medalie JH, Goldbourt U. Angina pectoris among 10,000 men: II. Psychosocial and other risk factors as evidenced by a multivariate analysis of a five-year incidence study. Am J Med 1976;60:910–21.
- Johnson JV, Hall EM. Job strain, work place social support, and cardiovascular disease: a cross-sectional study of a random sample of the Swedish working population. Am J Public Health 1988;78:1336–42.
- Van Vegchel N, De Jonge J, Söderfeldt M, Dormann C, Schaufeli W. Quantitative versus emotional demands among Swedish human service employees: moderating effects of job control and social support. Int J Stress Manag 2004;11(1):21–40.
- Powell RC. Helen Flanders Dunbar (1902–1959) and a holistic approach to psychosomatic problems. The rise and fall of a medical philosophy. Psychiatric Q 1977;49:133–52.
- Oliner M. (1991). Psychosomatic Symptoms. Psychodynamic Treatment of the Underlying Personality Disorder. Edited by C. Philip Wilson, M.D. and Ira L. Mintz, M.D. Northvale, NJ/London: Jason Aronson, Inc., 1989. Psychoanal Q, 60:124–9.
- Dunbar F. Character and symptom formation—some preliminary notes with special reference to patients with hypertensive, rheumatic and coronary disease. Psychoanal Q 1938;8:18–47.
- Bacon CL. Psychoanalytic observations on cardiac pain. Psychoanal Q 1945;23:7–19.
- Arlow JA. Identification mechanisms in coronary occlusion. Psychosomat Med 1945;7:195–209.
- Wittkower E, Rodger TF, Wilson ATM. Effort Syndrome. Lancet I 1941;531.
- Grotjahn M. Cardiovascular lesions of probable psychosomatic origin in arterial hypertension. Psychoanal Q 1942;11:449.
- Van Heijningen H et al. Psychodynamic factors in acute myocardial infarction. Int J Psychoanal 1966;47:370.
- Nirkko O, Lauroma M, Siltanen P, Tuominen H, Vanhala K. Psychological risk factors related to coronary heart disease. Prospective studies among policemen in Helsinki. Acta Med Scand Suppl 1982;660:137–46.
- Bonaguidi F, Trivella MG, Carpegiani C, Michelassi C, L'Abbate A. Personality and acute myocardial infarction: distinctive traits. G Ital Cardiol 1994;24(6):745–53.
- Bonaguidi F, Michelassi C, Trivella MG, et al. Cattell's 16 PF and PSY inventory: relationship between personality traits and behavioral responses in patients with acute myocardial infarction. Psychol Rep 1996;78(2):691–702.
- Bilić V. Super-ego u oboljelih od koronarne bolesti. Doktorska disertacija. Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, 1996.

#### ADRESA ZA DOPISIVANJE

Prim. dr. sc. Vedran Bilić, dr. med.

Klinika za psihološku medicinu, KBC Zagreb, Kišpatićeva 12, 10000 Zagreb

E-mail: vedran.bilic2@zg.t-com.hr; Telefon: +385 (0)99 6847 924