

**UNIVERSITATEA “BABEȘ – BOLYAI” CLUJ-NAPOCA
FACULTATEA DE PSIHOLOGIE ȘI ȘTIINȚE ALE EDUCAȚIEI**

TEZĂ DE DOCTORAT

REZUMAT

**DETERMINISMUL PLURIFACTORIAL AL HIPERCOLESTEROLEMIEI:
TRĂSĂTURI DE PERSONALITATE, TENDINȚE PSIHOPATOLOGICE, DISTRES ȘI
STRATEGII DE COPING**

Conducător științific :

Prof. univ. dr. PREDA VASILE

Doctorand :

MUREȘAN SEVER SEPTIMIU

Cluj – Napoca, 2015

Cuprins lucrare

Partea generală. Contribuții teoretice.

1. Concepția psihosomatică.Repere istorice
 - 1.1 Etiologia bolilor psihosomatice
 - 1.2 Stresul și bolile psihosomatice
2. Colesterolul și hipercolesterolemia
3. Emoție și adaptare la stres
 - 3.1 Afectivitatea. Noțiuni generale și teorii ale afectivității
 - 3.2 Adaptare la stres. Strategii de coping
 - 3.3 Concomitențe somatice ale proceselor afective
4. Evaluarea personalității
 - 4.1 Definiție și caracteristici. Orientări și modele teoretice în studierea personalității
 - 4.2 Trăsături de personalitate ale persoanelor cu hipercolesterolemie

Partea personală

5. Cadru metodologic
 - 5.1 Obiectivele și ipotezele lucrării
 - 5.2 Date asupra loturilor investigate
 - 5.3 Instrumente de lucru
6. Interpretări clinico-statistice
7. Analiza multivariată a constructelor la lotul cu hipercolesterolemie
8. Propunere de proiect vizând eficacitatea anumitor tehnici psihologice în prevenirea/diminuarea nivelului de colesterol
9. Concluzii
 - 9.1. Contribuții metodologice ale lucrării
 - 9.2. Contribuții în sfera aplicațiilor practice, limite, sugestii pentru studiile viitoare

1. Concepția psihosomatică. Repere istorice

Unitatea individului vizând cele două aspecte – psihicul și somaticul – reprezintă o preocupare și o concepție foarte veche, mulți dintre medicii antichității afirmând această legătură. Astfel, Erasistrate, luând pulsul lui Antiochus și constatând accelerarea sa în prezența Stratornicieii evedențiază că „febra de care acest prinț era cuprins, recunoștea drept unică cauză dragostea fără speranță pe care frumoasa regină i-o inspirase”. (Athanasiu, 1983 p.49).

Rolul traumelor psihice în apariția unor boli a fost observat din cele mai vechi timpuri. În medicina veche românească se acordă o mare importanță cauzelor psihice în geneza multor afecțiuni. Sunt descrise boli somatice exclusiv psihogene ca ”speriatul”, boală venită dintr-o sperietură, cu febră și convulsii, ce se vindeca prin descântece, dar și prin afumare cu păr de lup. Există și alte exemple de boli somatice psihogene; boala ”necazului”, boala ”de inimă rea”, boala ”de poftă”, etc. O mare parte din bolile descrise de vechea medicină românească sunt boli somatice produse de factori psihogeni. (Văleanu, Daniel, 1977).

Importanța ”cauzelor morale” în apariția afecțiunilor somatice era afirmată de medicii europeni din secolele XVI – XVII, o serie de doctrine au rămas celebre prin rolul acordat vieții psihice în geneza maladiilor. Așa este doctrina animismului, a vestitului medic Georg Ernest – Stahl : el afirmă că sufletul reprezintă un factor esențial al sănătății și bolii. Sydenham în secolul XVII impune distincția între natura psihică și organică a unei afecțiuni ilustrată clinic prin simptome asemănătoare, iar ideile lui Baglivi subliniază că emoțiile nu sunt numai un concomitent al tulburărilor somatice, ci și cauza lor directă întrucât ”o mare parte din boli își trag originea sau sunt alimentate de grijile care apasă pe umerii fiecăruia”. (Ionescu, 1975)

Printre fondatorii psihosomaticii moderne se înscrie Heyer care demonstrează modificarea funcțiilor organelor interne prin acțiunea factorilor psihici.

1.1 Etiologia bolilor psihosomatice

Numele de tulburări psihosomatice este dat unor prejudicii funcționale în corp și care nu au cauză organică; nu există tulburări lezionale sau neurologice, nu există infecții, și cu toate astea

există o dereglare a stării de sănătate a organismului. În aceste cazuri dezordinea inconștientă din punct de vedere psihologic stă la baza dereglării funcționale fiziologice. (Dolto, 2005).

Factorii psiho-sociali sunt cunoscuți încă din antichitate fiind recunoscuți în patogenează, mai ales în psihopatologie abia în secolul nostru din cauza dificultăților de a-i reproduce experimental. Levi și Kagan (citați de Mihăiescu, 1996) susțin și ei că factorii psihosociali pot, și chiar cauzează boli fizice. Sunt considerați ca factori psiho-sociali, aspectul general al societății, moșteniri culturale, valori, norme, modalități tradiționale de rezolvare a conflictelor, credințe, etc. (Mironțov et al, 1986).

În lucrările lui H.Selye se demonstrează că organismul reacționează, în condițiile în care este amenințat, mobilizând mecanisme de apărare. Tensiunile emoționale persistente sau șocurile afective produc efecte somatice. În consecință se poate înțelege că și decepțiile, izolarea afectivă, eșecurile în general reprezintă tot atâtea cauze în ceea ce privește bolile organice. Că există o reacție somatică la emoții este un fapt cunoscut, și din acest punct de vedere tocmai cei care-și exteriorizează mai puțin sentimentele sunt susceptibili de a produce în plan neurovegetativ și endocrin răspunsuri la cote perturbatoare.

Legătura dintre psihic și corporal îi aparține lui Freud, care a definit conflictul ca agent psihic patogen, introducând termenul de conversie pentru a evidenția mecanismul legăturii dintre psihic și somatic. Anxietatea, pentru Freud, previne Eul despre existența unui conflict între două tendințe opuse. Anxietatea și angoasa stau la baza mecanismelor fiziopatologice ale simptomelor psihosomatice.

Un alt factor psihogen este frustrarea. Frustrarea este motivul esențial ce stă la baza comportamentului uman, reprezentând situația în care un obstacol modifică conduita individului. (după Delay și Pichot, citat de Cucu, 1980). Consecințele frustrării sunt percepute ca anxietate, ură, angoasă, agresivitate etc. În viziunea lui Sivadon (citat de Enăchescu, 2008) frustrarea reprezintă o situație care se opune realizării unui comportament.

Pavlov demonstrează influența factorilor corticali, condiționali și necondiționali, ce influențează reacțiile viscerale, iar modelul lui Lachman (citat de Băban, 1992), pune accentul pe interpretarea comportamentală și conform acestui model reacțiile emoționale trebuie să fie frecvente și/sau prelungite pentru a căpăta o semnificație patogenică .

La progresul psihosomaticii actuale au mai contribuit Dunbar și Alexander. Dunbar (citat de Văleanu și Daniel, 1977; Băban, 1992) afirmă că încordarea cronică s-ar traduce prin

dereglări vegetative și somatice în cazul în care emoțiile nu se pot exprima manifest. El conturează profilele de personalitate pentru diverse boli.

Alexander în 1934 formulează ”ipoteza specificității”, conflictului emoțional, adică factorii psihologici emoționali ce determină boli somatice au natura specifică, iar procesele psihice conștiente au rol subordonat în apariția simptomelor somatice.

Kobasa (citată de Băban, 1992), aduce argumente noi în ceea ce privește impactul trăsăturilor psihocomportamentale în patologie, iar R.Kovrisky descrie un tip de personalitate caracterizată prin ”vulnerabilitate la stres”. Engel și colaboratorii (în Gelder et al, 1994) consideră complexul de renunțare și cedare, ca răspuns la pierdere sau amenințare, ca un factor în apariția bolilor psihosomatice. Nemiah și Sifneos (citați de Ionescu, 1975; Tănăsescu, 2008) consideră cauza suferinței psihosomatice ca fiind alexitimia.

În concluzie simptomele și bolile psihosomatice rezultă dintr-o înlănțuire multifactorială cu elemente specifice și nespecifice ce presupun reacții multiple, în care relația psihic – corp este mijlocită de factori socioculturali.

1.2 Stresul și bolile psihosomatice

Cuvânt de origine engleză, stresul, se referă la o situație vizând dezechilibrul homeostaziei organismului sub acțiunea unor factori fizici, chimici, biologici, psihici. El acționează primordial în sferă psihică prin semnificația pe care o are pentru persoana respectivă, efectul stresului vizând unitatea psihofiziologică a persoanei, este esențial de natură psihosomatică. (Sîrbu, 1979).

În ceea ce privește stresul psihic, el reprezintă un caz particular de stres, fiind declanșat de agenți psihici. Aceștia pot avea semnificație negativă (distres) sau pozitivă (eustres) și operează în planul conștiinței numai după decodificarea lor și evaluarea „sarcinii” pe care ei o pun în fața individului. (Iamandescu, 1997). Stresorii intrapsihici se referă la conflictele dintre motivații, conflicte intrapsihice etc. M. Golu definește stresul psihic ca fiind o stare de tensiune, încordare, disconfort, determinată de agenți afectogeni cu semnificație negativă, de frustrare sau reprimare a unor motivații, trebuințe, dorințe, aspirații, de dificultatea sau imposibilitatea rezolvării unor probleme. (Iamandescu, 1999).

În ultimele decenii studiile asupra factorilor etiopatogeni cu rol în apariția diverselor boli (poluare, sedentarism) au inclus și factorii psihocomportamentali, ca factori de risc în patologie.

Acești factori cunoscuți sub numele de factori psihici joacă un rol important în bolile nevrotice și psihosomatice ca de altfel și în bolile cronice degenerative

Conceptul de stres psihic introdus de Selye face referire la reacția nespecifică a întregului organism în momentele de amenințare a homeostaziei psihice și somatice. Hans Selye a utilizat acest termen pentru a desemna o "acțiune externă de suprasolicitare exercitată asupra organismului de un evantai larg de agenți cauzali fizici, chimici, biologici, psihici, capabili să producă un ansamblu de modificări morfofuncționale". (Iamandescu, 1997 p.44). În cazul unor acțiuni intense și mai de lungă durată a agentului stresor aceste modificări capătă forma a ceea ce Selye a numit în 1936 "Sindrom general de adaptare (SGA)", ce descrie modificările (hormonale, biochimice, etc) care au loc în organism și care interacționează cu factorii psihologici. (Malim et al, 1999). SGA cuprinde „totalitatea mecanismelor nespecifice capabile să asigure mobilizarea resurselor adaptative ale organismului în fața agresiunii care-i amenința integritatea morfologică, sau a constantelor sale umorale”. (Iamandescu, 1997 p.44).

2. Colesterolul și hipercolesterolemia

Colesterolul $C_{27}H_{45}O$ este sterolul cel mai important din punct de vedere biologic, fiind izolat prima dată din calculii biliari ce conțin 75- 90% colesterol. (Oieriu, 1956). El este un alcool organic identificat în membrana celulară și în țesuturile organismului și transportat în sânge. De regulă el se absoarbe prin alimentație. Se concentrează la nivelul ficatului, măduvei, creierului, având un rol important, numeroase procese chimice avându-l ca precursor.

Colesterolul are numeroase funcții în organism; participă la edificarea structurilor lipoproteice celulare și a lipoproteinelor solubile, este precursorul hormonilor steroidici, corticosuprarenali și gonadici, contribuie la sinteza vitaminei D3.

Colesterolul necesar este produs la nivelul organismului fără nevoia unui aport alimentar. Cantitatea în sânge este influențată de alimentație, în acest sens este recomandat să nu se depășească zilnic cantitatea de 300 mg colesterol. (Oberritter, 1998).

Creșterile nivelului de colesterol sunt datorate predispoziției genetice și alimentației nesănătoase. El mai depinde și de greutatea corporală, vârstă, activitatea fizică și nivelul

hormonului estrogen. Stresul și supărarea sunt și ei factori importanți în ceea ce privește nivelul colesterolului.

3. Emoție și adaptare la stres

3.1 Afectivitatea. Notiuni generale și teorii ale afectivității

Afectivitatea este un element fundamental al psihicului uman ce participă la comportament, la fel ca și cogniția. Omul nu ia parte la evenimentele vieții în mod pasiv ci dimpotrivă, atunci când se întâlnește cu situații și fenomene noi acestea au un impact asupra lui, trezindu-i anumite trebuințe, îi satisfac sau nu anumite interese, anumite dorințe. În cadrul proceselor afective important nu este obiectul în sine, ci semnificația pe care o dă subiectul acestuia. De aici reiese că atunci când așteptările noastre sunt îndeplinite vom avea trăiri pozitive, iar când nu sunt îndeplinite vom avea trăiri negative.

Deoarece afectivitatea este un proces pulsional el nu prezintă structuri operatorii, însă se poate vorbi în acest sens de reacții emoționale, dintre care unele sunt înnăscute, iar altele dobândite prin convenționalizare, imitație și învățare.

Caracterizarea stărilor afective și denumirile acestora sunt extrem de variate. Pavelcu (1937) afirmă că „fiecare autor întrebuințează o terminologie proprie”. (Cosmovici, 1996 p.220). G. Debus subscrie acestui lucru folosind termenul de „sentimente” iar Fr. Littmann le denumește pe toate emoții. (în Cosmovici, 1996).

Sub aspectul genezei viața afectivă se ancorează în biofiziologic, dar este determinată și de sistemele motivaționale socio-culturale. Nu există manifestare comportamentală sau stare mentală care să nu fie susținută de procese organice. “Nu există gândire fără creier și nici comportament fără corp.” (Cosnier, 2007 p19).

Există două mari nivele ale afectivității abordate din unghiul complexității și al motivației, și anume:

- afectivitatea bazală (holotimică) ce cuprinde emoțiile primare (stări afective elementare, dispoziții, emoții)

- afectivitatea elaborată (catatimică)-după H.W.Maier (citată de Gorgos, 1985)-ce cuprinde emoțiile secundare (pasiuni, sentimente).

Cele două nivele nu acționează independent ci într-o strânsă corelare asigurându-se astfel un proces liniar.

Există numeroase teorii care explică trăirile emoționale; de exemplu "teoria periferică" a lui James (1884) (citată de Birt, 2001), ce susține că originea trăirilor afective se regăsește la nivelul mușchilor și viscerelor, fiind datorate modificărilor sub acțiunea stimulilor plăcuți sau neplăcuți. Ulterior, Wenger (1950), (citată de Birt, 2001), face legătura între trăirile afective și comportamentul emoțional, iar Canon (citată de Birt, 2001), subliniază importanța hipotalamusului, ca loc în care s-ar realiza tonalitatea emoțională. În încercarea de a explica trăirile emoționale, o contribuție importantă o au și Papez (1937) și Lindsley (1950). (citați de Birt, 2001),

În cadrul procesului emoțional se produc o serie de modificări organice vegetative: în tabloul EEG, la nivelul activității cardiace și sistemului circulator, la nivel gastrointestinal (teama, iritarea inhibă mișcările, iar surpriza de exemplu le accentuează), la nivel respirator, deasemenea conductanța electrică a pielii se modifică; modificări apar și în compoziția chimică a sângelui vizând adrenalina, zahărul, etc. Aceste modificări apar concomitent sau secundar trăirilor emoționale și se produc prin participarea sistemului nervos vegetativ prin cele două segmente ale sale, simpatic (SNS) și parasimpatic (SNP), la care contribuie și sistemul endocrin.

3.2 Adaptare la stres. Strategii de coping

Termenul de adaptare are sensuri diferite în biologie, fiziologie și psihologie. Prosser (citată de Floru, 1974) înțelege prin adaptarea fiziologică capacitatea organismului de a se adapta într-un mediu specific. Pentru Lazarus „supraviețuirea psihică” presupune adaptarea la norme, presiuni sociale, etc, rezultând din interdependența cu ceilalți, dar ținând cont și de presiunile și nevoile de ordin intern. (Floru, 1974). Adaptarea este posibilă prin modificarea organismelor (adaptare autoplasică) sau prin schimbarea (transformarea) mediului (adaptarea aloplastică). Formele superioare de adaptare le reprezintă adaptarea psihică și cea socială. Adaptarea și

sănătatea în general sunt două noțiuni strâns legate; sănătatea fiind considerată o „adaptare reușită”, iar boala lipsa acestei adaptări. (Angheluță et al, 1986). Starobinski (1974) este de părere că „reacțiile normale” față de solicitările mediului se caracterizează prin răspunsuri adecvate, cu acțiune din interior spre exterior, iar „reacțiile patologice” au forma cercurilor vicioase cu activare din interior tot spre interior. Deci adaptarea este un atribut al sănătății, însă un anumit grad de adaptare este posibil și în boală. (Angheluță et al, 1986).

Nuneroase studii pun în evidență legătura dintre stres și mecanismele de coping. Astfel, J. N. Souza et al. (2009), într-un studiu ce a investigat stresul cronic, a ajuns la concluzia că cei care foloseau metode de coping axate pe emoții aveau un nivel mai ridicat al stresului. Diane L. Padden (2006) evidențiază că abilitatea soțiilor de militari de a se adapta este dependentă de evaluarea cognitivă a evenimentelor și resurselor personale. Mc. Creary et al (1995), susțin că pentru a obține satisfacție în muncă, cea mai eficientă metodă este evitarea stresului. Această strategie presupune evitarea persoanelor asociate cu stresul. Nita. C.Hawk (2008), examinând stresul resimțit și mecanismele de coping folosite de supraveghetorii școlari, descoperă că există o diferență statistică între tipurile de coping folosite de bărbați și cele folosite de către femei, dar nu arată cum că ar exista diferențe între tipurile de factori de stres percepuți de către acestia.

În cazul persoanelor cu leziuni ale coloanei vertebrale se recomandă să se implice în activități constructive; fixarea unor țeluri importante pe termen lung ce le asigură motivația și cheful de viață. (DeGraff , 2008).

Stresul are un impact puternic asupra anxietății sau depresiei pe o perioadă mai lungă de timp. Debra K.Gustafson (2006), evidențiază faptul că, copiii cu coping deficitar sunt mai vulnerabili la anxietate.

În ceea ce privește predilecția spre un anumit gen de mecanisme de coping, raportat la vârsta, Kelly Linda Louise (2006), afirmă că, subiecții mai în vârstă tind să folosească mai degrabă tehnici proactive de coping.

În procesul adaptării evenimentele vieții modelează continuu structura individului putând genera stări deosebite, patologice. (Lăzărescu, 1994).

Există un ansamblu de procese ce intervin în adaptare, ele desfășurându-se la mai multe nivele: somatic , fiziologic și psihic.

După Lazarus și Folkman (citați de Tănăsescu, 2008; Lazarus, 2011), copingul este un efort cognitiv și comportamental de a stăpâni și reduce solicitările interne și externe ce depășesc

resursele personale. H. Bloch (citată de Zlate, 1999) definește copingul ca pe un proces activ prin care individul surmontează o situație stresantă bazându-se pe autoaprecierea activităților și motivațiilor proprii. Conform paradigmei cognitiviste copingul presupune un efort conștient interesând maniera în care situația stresantă este percepută, prelucrată și stocată, dar și o anumită procesualitate materializată prin anticiparea situației, confruntarea propriu-zisă și reformularea situației, ulterior analiza post confruntare vizând semnificația personală a situației.

Floru (1974) subliniază că experiența dobândită de individ în eforturile de acomodare cu situațiile poate fi de ordin adaptativ. Se poate însă ca organismul, persoana, să folosească un mod inadecvat de adaptare, transformând astfel procesul adaptării într-un element etiopatogenic. Selye vorbește în acest sens de „erori de adaptare sau mai precis, de răspunsuri eronate în tendința de adaptare”. (Ionescu, 1975 p.57).

Există două atitudini emoționale de bază în cazul confruntării cu o situație:

- pregătirea pentru luptă sau fugă („fight or flight”) în situație de pericol iminent
- retragerea din activitatea orientată spre exterior. (Alexander, 2008 p.70)

În funcție de aceste atitudini și tulburările emoționale ale funcțiilor vegetative vor avea aspecte diferite.

În procesul adaptării pot fi implicate și anumite trăsături imunogene de personalitate, de exemplu locus of control. Termenul este numit astfel de către Rotter în 1966, desemnând modalitatea prin care individul își explică eșecul sau succesul personal invocând cauze de tip intern sau extern, cauze asupra cărora are sau nu control. Cu alte cuvinte reprezintă percepția persoanei vis-a-vis de cauzele care determină pedepsele sau recompensele aferente comportamentului său.

3.3 Concomitențe somatice ale proceselor afective

Comorbiditatea dintre bolile somatice și tulburările psihice reprezintă o realitate clinică, analizată și interpretată din diverse perspective. Domeniul psihiatriei biologice ne oferă numeroase argumente vizând implicarea mecanismelor biologice în etiopatogenia tulburărilor

psihice, recunoscându-se în același timp importanța factorilor psihologici în apariția afecțiunilor somatice. (Iamandescu, 2009).

Nu toți indivizii reacționează prin boală la anumite situații, ci doar cei care se înscriu într-o tipologie psihologică.

Aspectele psihice care pot genera boli organice sunt: decepții, situații conflictuale, sentimente de culpabilitate, frustrări etc. Conform observațiilor lui Galen (sec. II), femeile deprimare prezentau un risc mai mare de a se îmbolnăvi de cancer, iar ulterior în secolele XVIII și XIX anumite studii au evidențiat supărarea și depresia ca factori ce accentuează această maladie. James Paget (1870) susține că anxietatea profundă, lipsa de speranță și dezamăgirea constituie factori importanți în apariția și dezvoltarea cancerului. (Paget, 1870 apud Leader, 2007). Se descrie un profil al pacientului suferind de cancer în care dorința de a ajuta pe alții, incapacitatea de a exprima sentimente agresive și rolul de martir sunt elemente esențiale. În cazul cancerelor la sân Steven Greer de la King's College din Londra susține în urma unor studii că există o corelație între această maladie și controlul excesiv al sentimentelor ostile corelată cu lipsa de exprimare afectivă. (Greer et al, 1975 apud Leader, 2007).

Există numeroase afecțiuni cu implicații psihosomatice: de exemplu în cazul tulburărilor cardiovasculare, corelația strânsă dintre anxietate și furie pe de o parte, și activitatea inimii pe de altă parte, este bine cunoscută. În hipertensiunea esențială majoritatea studiilor sublinează faptul că tendințele ostile inhibitate joacă un rol important în acest fenomen; conform observațiilor lui Cannon furia și frica produc o creștere a tensiunii arteriale la animalul experimental. S-a arătat că pulsunile agresive cronic inhibitate, care se asociază întotdeauna cu anxietatea, influențiază semnificativ valorile tensiunii arteriale. (Alexander, 2008). Caracteristici psihologice precum depresia, furia, ostilitatea, anxietatea influențează sindromul metabolic acționând asupra unor căi fiziologice, în special axa HPA (hipotalamus-glandă pituitară-suprarenale). (Goldbacher, et al 2007). Numeroase studii indică faptul că depresia majoră constituie un factor de risc în diabetul zaharat de tip II.

Dismenoreea este deasemenea pusă de multe ori pe seama existenței unor conflicte psihice cu mențiunea că procesele emoționale subiacente acesteia „sunt mult prea complexe pentru a fi create într-o situație experimentală”. (Horney, 2012 p.197). În ceea ce privește factorii emoționali în tulburările metabolice și endocrine, primii cercetători ai acestei probleme au

susținut că un șoc emoțional sever ar putea fi responsabil de dezvoltare unei forme de tiroidism numit „șoc – Basedow”.

În cazul pacienților alergici sentimentul insecurității emoționale și atașamentul față de mamă sunt trăsături definitorii. Ei nu suportă coexistența apropierei și a distanței în relațiile interpersonale, au o agresivitate inhibată și se mențin la distanță prin metode compensatoare. (Luban-Plozza et al, 1996). În diareea emoțională personalitatea este marcată de frica de autoritate și sentimentul de dependență. Constipația cronică este prezentă la subiecții anxioși și deprimați. Ei aparent sunt nepăsători, dar încordați în interior și cu moralul scăzut. Freud vorbește despre aceștia în termeni de încăpățănare, disciplină și cumpătare.

Pielea este considerată organul psihosomatic al omului, numeroasele conflicte interioare avându-și sediul la nivelul acesteia. De exemplu în urticarie Masaph (citată de Luban-Plozza et al, 1996) pune în evidență ca trăsături definitorii ale acestor pacienți, tendința spre atitudini pasive, vulnerabilitatea în relații și nesiguranța.

Pacienții cu dureri de cap ascund frecvent un amalgam de sentimente în care predomină ostilitatea și invidia, susține Fromm-Reichmann. (citată de Luban-Plozza et al, 1996).

În cazul tulburărilor sistemului osos și muscular experiența arată că factorii emoționali au importanță atât în instalarea cât și în evoluția bolii. Astfel Schild (1972, 1973) (citată de Luban-Plozza et al, 1996) pune în evidență influența conflictului emoțional în evoluția și exacerbarea herniei de disc, precum și trăsăturile unei personalități narcisice la pacienții cu spondilită anchilopoetică.

Cercetările au demonstrat că anxietatea și stresul contribuie la diminuarea rezistenței țesuturilor gingivale putând crea patologie în acest sens. (Mihăescu, 1996).

4. Evaluarea personalității. Definiție și caracteristici. Orientări și modele teoretice în studierea personalității.

Noțiunea de personalitate exprimă caracterul unitar, sintetic și individual al insului, este o sinteză a trăsăturilor psihice individuale avându-și originea în predispoziții moștenite dar mai ales în achiziții dobândite în cursul evoluției omului. (Predescu, 1976). Ea cu greu poate fi definită din cauza complexității sale, existând chiar unele afirmații privind imposibilitatea de a fi

definită. (Hamilton citat de Predescu,1976). Studiul personalității a luat amploare ca o replică la analitismul excesiv și interpretarea unilaterală a unor aspecte sau procese psihice. (Predescu, 1976).

De-a lungul timpului s-au dat mai multe definiții noțiunii de personalitate; termenul de personalitate suportând o varietate de semnificații. În literatura de specialitate există numeroase definiții ale personalității, fiecare surprinzând câteva aspecte ale acestui concept. Pentru psihologie personalitatea este o calitate pe care o poate dobândi orice individ uman, într-o anumită etapă a dezvoltării sale, întrunind anumite note sau caracteristici definitorii.

Primul care a încercat o clasificare a indivizilor a fost Hippocrate într-o perioadă în care se credea că tipul de lichid ce predomină în organism determină caracterul. A rezultat astfel tipul de personalitate sangvinică, limfatică, bilioasă și melancolică. De-a lungul timpului numeroși autori au definit conceptual de personalitate; astfel pentru Pieron (1963) personalitatea reprezintă o unitate integrativă însumând caracteristicile sale diferențiale permanente (inteligentă, caracter, temperament), precum și modalități proprii de comportament; W.Stern (fondatorul personologiei) vede personalitatea ca un „tot funcțional, structurat, orientat finalist articulat, într-un sistem ierarhic de persoane”, iar pentru Nuttin personalitatea reprezintă ansamblul organizării psihice cuprinzând aptitudini, funcții cognitive, caracter, plus aspecte fizice ale individului. (Dragomirescu et al, 1990 p.165)

O altă percepție aparține lui S. Freud care descria structura personalității ca având la bază trei elemente: sinele (id-ul) reprezentat prin impulsurile noastre biologice, universale, care se cer satisfăcute, eul (ego), acea parte a persoanei care este în contact cu realitatea și superego (superego) sau conștiința. În acest sens Freud definește personalitatea sub aspect dinamic, adică mișcarea „energiei psihice”, a libidoului între cele trei instanțe. Presiunea unei pulsioni cu potențialul său pentru experiențe noi, comportament etc, determină și diferențiază un stil general de funcționare.

Majoritatea teoreticienilor relevă ca punct comun în definirea conceptului de personalitate atributul unității, integralității și structuralității. Caracteristicile importante ale personalității sunt: globalitatea, coerența, permanența temporală (Dafinoiu, 2002), iar după Melanie Klein (Dragomirescu et al, 1990) acestea ar fi: maturitatea emoțională, tăria de caracter, capacitatea de a înfrunta conflicte emoționale, oscilație continuă între viața interioară și adaptare precum și un concept integrat al self-ului.

Personalitatea poate fi abordată din perspective și direcții variate. După M. Golu (1993) în studiul personalității pot fi delimitate patru orientări principale și anume: orientarea biologică, orientarea experimentalistă, orientarea psihometrică, orientarea socio-culturală și antropologică.

Dintre numeroasele modele teoretice existente în literatura de specialitate evidențiem școala psihanalitică a lui S. Freud și a discipolilor săi, și școala psihometrică reprezentată în principal de Allport, R. B. Cattell și H. J. Eysenck.

Freud a definit structura personalității în termeni de inconștient, preconștient și conștient, acesta fiind modelul topografic. În opinia lui zona inconștientă, ce înglobează conflicte, traume emoționale etc, influențează comportamentul persoanelor. Orientarea psihanalitică inițiază un model de abordare de tip holist, a unui ansamblu sau a unui întreg care constituie însăși personalitatea, diferit de cel tradițional, analitic.

Școala psihometrică a avut ca susținători importanți pe: R.B. Cattell, H.J. Eysenck și G. Allport. Obiectivul acestei școli a fost studierea a ceea ce indivizii au în comun și identificarea trăsăturilor sau tipurilor de personalitate. Încercările de definire a personalității așa cum au fost prezentate de G. Allport au constituit esența modelului dispozițional sau al trăsăturilor personalității.

Trăsăturile nu sunt observate în fluxul comportamental, conform lui Allport ele se definesc ca tendințe determinate, sau predispoziții de a răspunde într-un mod specific, acestea imprimând o amprentă unică mai multor răspunsuri adresate anumitor stimulii.

Modelul dispozițional a fost consolidat prin contribuția unui alt nume celebru, și anume Hans I. Eysenck; el pornind de la tipologia propusă de Jung (extroversiune- introversiune), și de la dimensiunile constituționale ale lui Kretschmer, propunând astfel o viziune factorială asupra personalității. El utilizează analiza factorială în măsurarea și ierarhizarea trăsăturilor .

4.1 Trăsături de personalitate ale subiecților cu hipercolesterolemie

Există numeroase studii care demonstrează legătura dintre stres și nivelul crescut al colesterolului din sânge.

Andrew Steptoe și Lena Brydon de la University College London au realizat un studiu care viza modul în care indivizii reacționează la stres, și dacă reacțiile lor pot duce la creșterea

nivelului de colesterol. Catherine Stoney (1997), în studiul său, arată că factori precum aportul de grăsimi din diete, raportul talie-șold și stresul perceput au o influență asupra nivelului de colesterol rău (LDL) la bărbați.

Ostilitatea este o emoție toxică care în timp ridică nivelul adrenalinei, care la rândul ei crește colesterolul și creează o stare permanentă de agitație, afirmă David Beales, specialist în medicină comportamentală. Deasemenea unii cercetători au emis ipoteza că nivelurile scăzute de colesterol datorate tratamentului medicamentos sunt asociate cu o stare afectivă negativă, iar aceste stări afective se pot manifesta ca ostilitate. (Muller et al, 1995 apud Dawn L. Wilson et al, 2001). Golomb R. A. et al (1997) în studiul lor abordează aceeași problemă subliniind că în cazul folosirii medicamentelor reducătoare de colesterol din clasa statine, pot apărea manifestări de iritabilitate severă (impulsuri ucigașe, distrugere de bunuri, amenințări).

Personalitățile extrovertite prezintă un nivel de stres mai mic ceea ce influențează și nivelul colesterolului.

Cercetătorii din Paris și Toronto au descoperit că persoanele anxioase sunt susceptibile de a dezvolta obiceiuri alimentare nesănătoase ceea ce poate avea consecințe asupra nivelului de colesterol.

Bărbații sensibili care dau dovadă de empatie și compasiune, au un nivel al stresului mai scăzut, conform cercetătorilor de la Universitatea din Glasgow, ceea ce poate avea un efect benefic asupra nivelului colesterolului.

Cercetătorii de la Universitatea din Edinbourg afirmă că un coeficient de inteligență scăzut este asociat cu un risc de anxietate și tulburări de stres posttraumatic; stres care prin efectele lui poate influența deasemenea nivelul colesterolului.

Există deasemenea o teorie conform căreia sociabilitatea joacă un rol esențial în reducerea nivelului hormonului stresului, denumit cortizol, ce contribuie la dereglarea axei HPA (hipotalamus-glandă pituitară-suprarenale) sugerând ideea că factorii psihologici au impact asupra funcționării sistemului imunitar. (Chrousos et al, 1998 apud Leader, 2007).

Autorii unui studiu efectuat la Harvard University susțin că oamenii nefericiți (încadrați în tipul de personalitate D) nu au hormonii stresului bine reglați ceea ce poate să afecteze nivelul colesterolului.

Oamenii cu personalitate nevrotică utilizează foarte des strategii ce presupun un grad de adaptare mai redus la realitate, se autoacuză adesea și sunt mai ostili. Ei devin stresați fiind vulnerabili astfel la anumite boli. (Savu, 2009).

Studiile au demonstrat că persoanele care au tendința de a fi cinice, trăiesc într-un stres continuu, ceea ce duce la modificarea secreției unei proteine numită C3, care proteină în cantitate prea mare poate să ducă la boli metabolice și cardiovasculare. Alți cercetători au demonstrat că persoanele care gândesc pozitiv, cunoscându-și clar rolul în viață au niveluri scăzute ale hormonilor de stres.

Deasemenea colesterolul pare a fi legat de simptomele negative din schizofrenie (Brice, 1935 apud Hillbrand et al 2000), de disforie (Ketterer, 1997 apud Hillbrand et al 2000) sau de riscul de suicid (Hillbrand, 1999).

Nivelul colesterolului în sânge este posibil să crească și după anumite evenimente precum pensionarea, anumite pierderi, etc., situații care pot diminua conștient sau nu bucuria de a trăi, afirmă J. Martel (2012), dintr-o perspectivă ce vizează cauzele subtile ale îmbolnăvirilor.

Evidențierea trăsăturilor de personalitate este importantă în aderența la tratamentele ce scad colesterolul. Depresia, anxietatea, flexibilitatea mentală, capacitatea operațională sunt factori semnificativi ce corelează cu aderarea. (Stilley et al, 2004).

5. Cadru metodologic

5.1 Obiectivele și ipotezele lucrării

1. Obiective și ipoteze pentru studiul corelațional

Obiective

5.1.1 Stabilirea asocierii între stres, și unele trăsături de personalitate (nevrotismul, furia ca stare și trăsătură, sentimentul controlului) la persoanele cu hipercolesterolemie.

5.1.2 Stabilirea asocierii între stres, și tendințe psihopatologice (psihastenia, depresivitatea, imaturitatea și labilitatea emoțională, tendințe schizoide, tendințe paranoide, tendințe histeroide, frustrarea, echilibrul emoțional, structură motivațională) la persoanele cu hipercolesterolemie.

5.1.3 Stabilirea asocierii între stres și mecanisme de coping (centrat pe problemă, pe emoții, disfuncțional) la persoanele cu hipercolesterolemie.

5.1.4 Stabilirea asocierii între, unele trăsături de personalitate (nevrotismul, furia ca stare și trăsătură, sentimentul controlului), și tendințe psihopatologice (psihastenia, depresivitatea, imaturitatea și labilitatea emoțională, tendințe schizoide, tendințe paranoide, tendințe histeroide, frustrarea, echilibrul emoțional, structura motivațională) la persoanele cu hipercolesterolemie.

5.1.5 Stabilirea asocierii între, unele trăsături de personalitate (nevrotismul, furia ca stare și trăsătură, sentimentul controlului) și mecanisme de coping (centrat pe problemă, pe emoții, disfuncțional) la persoanele cu hipercolesterolemie.

5.1.6 Stabilirea asocierii între, mecanisme de coping (centrat pe problemă, pe emoții, disfuncțional) și tendințe psihopatologice (psihastenia, depresivitatea, imaturitatea și labilitatea emoțională, tendințe schizoide, tendințe paranoide, tendințe histeroide, frustrarea, echilibrul emoțional, structura motivațională) la persoanele cu hipercolesterolemie.

5.1.7 Stabilirea asocierii între mecanisme de coping (centrat pe problemă, pe emoții, disfuncțional) la persoanele cu hipercolesterolemie.

Ipoteze

5.1.8 Există o corelație semnificativă între stres și unele trăsături de personalitate (nevrotismul, furia ca stare și trăsătură, sentimentul controlului) la persoanele cu hipercolesterolemie.

5.1.9 Există o corelație semnificativă între stres și tendințe psihopatologice (psihastenia, depresivitatea, imaturitatea și labilitatea emoțională, tendințe schizoide, tendințe paranoide, tendințe histeroide, frustrarea, echilibrul emoțional, structura motivațională), la persoanele cu hipercolesterolemie.

5.1.10 Există o corelație semnificativă între stres și mecanisme de coping (centrat pe problemă, pe emoții, disfuncțional), la persoanele cu hipercolesterolemie.

5.1.11 Există o corelație semnificativă între diferite tipuri de trăsături de personalitate (nevrotismul, furia ca stare și trăsătură, sentimentul controlului) la persoanele cu hipercolesterolemie.

5.1.12 Există o corelație semnificativă între diferite tipuri de tendințe psihopatologice (psihastenia, depresivitatea, imaturitatea și labilitatea emoțională, tendințe schizoide, tendințe

paranoide, tendințe histeroide, frustrarea, echilibrul emoțional, structura motivațională), la persoanele cu hipercolesterolemie.

5.1.13 Există o corelație semnificativă între unele trăsături de personalitate (nevrotismul, furia ca stare și trăsătură, sentimentul controlului) și mecanisme de coping (centrat pe problemă, pe emoții, disfuncțional), la persoanele cu hipercolesterolemie.

5.1.14 Există o corelație semnificativă între tendințe psihopatologice (psihastenia, depresivitatea, imaturitatea și labilitatea emoțională, tendințe schizoide, tendințe paranoide, tendințe histeroide, frustrarea, echilibrul emoțional, structura motivațională), și mecanisme de coping (centrat pe problemă, pe emoții, disfuncțional), la persoanele cu hipercolesterolemie.

5.1.15 Există o corelație semnificativă între mecanisme de coping (centrat pe problemă, pe emoții, disfuncțional), la persoanele cu hipercolesterolemie.

2. Obiective și ipoteze pentru studiul comparativ

Obiective

5.2.1 Identificarea diferențelor în ceea ce privește sursele și ariile de manifestare a stresului, la persoanele cu hipercolesterolemie, respectiv cele cu nivel normal al colesterolului.

5.2.2 Stabilirea diferențelor existente între persoanele cu și fără hipercolesterolemie în ceea ce privește unele trăsături de personalitate (nevrotismul, furia ca stare și trăsătură, sentimentul controlului).

5.2.3 Stabilirea diferențelor existente între persoanele cu și fără hipercolesterolemie în ceea ce privește unele tendințe psihopatologice (psihastenia, depresivitatea, imaturitatea și labilitatea emoțională, tendințe schizoide, tendințe paranoide, tendințe histeroide, frustrarea, echilibrul emoțional, structura motivațională).

5.2.4 Stabilirea diferențelor existente între persoanele cu și fără hipercolesterolemie în ceea ce privește mecanismele de coping (centrat pe problemă, pe emoții, disfuncțional).

5.2.5 Evidențierea diferențelor existente între persoanele cu nivel normal al colesterolului, respectiv cei cu hipercolesterolemie în ceea ce privește reacțiile afective în condiții de pericol (fugă sau luptă).

5.2.6 Identificarea diferențelor în ceea ce privește consumul de alcool, fumat, consumul de cafea, regim alimentar (număr mese/zi), preferința pentru mâncăruri grase, nivelul studiilor, practicarea sportului, la persoanele cu și fără hipercolesterolemie.

Ipoteze

5.2.7 Există diferențe semnificative în privința nivelului de stres între persoanele cu și fără hipercolesterolemie.

5.2.8 Există diferențe semnificative în privința unor trăsături de personalitate (nevrotismul, furia ca stare și trăsătură, sentimentul controlului), în cazul persoanelor cu, și fără hipercolesterolemie.

5.2.9 Există diferențe semnificative în privința unor tendințe psihopatologice (psihastenia, depresivitatea, imaturitatea și labilitatea emoțională, tendințe schizoide, tendințe paranoide, tendințe histeroide, frustrarea, echilibrul emoțional, structura motivațională), în cazul persoanelor cu, și fără hipercolesterolemie.

5.2.10 Există diferențe semnificative în privința mecanismelor de coping (centrat pe problemă, pe emoții, disfuncțional), în cazul persoanelor cu, și fără hipercolesterolemie.

5.2.11 Există diferențe semnificative în ceea ce privește reacțiile afective violente(e), și respectiv comportamentul de camuflare sau ascundere(hy) la persoanele cu, și fără hipercolesterolemie.

5.2.12 Există diferențe semnificative în privința consumului de alcool, fumat, consumului de cafea, regim alimentar (număr mese/zi), preferința pentru mâncăruri grase, nivelul studiilor, practicarea sportului, la persoanele cu, și fără hipercolesterolemie.

5.2 Date asupra loturilor investigate

Lotul cuprins în cercetare a fost format din 198 de participanți din care 52,53% au primit testele individual la domiciliu, iar restul de 47,47% au participat la teste individual, față în față .

În funcție de studiile absolvite procentele sunt următoarele: 31,8% au studii universitare, 27,8% studii liceale, 31% studii postliceale, 18% fără liceu și 5% studii postuniversitare .

În funcție de apartenența la un gen sau altul, 66,67 % din total reprezintă femeile iar restul de 32,32% bărbații .

Participanții au vârstele cuprinse între 20 – 80 de ani cu o mediană a vârstei de 44,6 ani .

Din punctul de vedere al înălțimii participanților aceasta este cuprinsă în intervalul 1,50 metri respectiv 1,90 metri, cu o mediană la 1,70 metri, iar greutatea în intervalul 60-120 kg cu o mediană la 76kg .

Din punctul de vedere al nivelului colesterolului, valorile sunt cuprinse în intervalul 100-400 mg/dl cu o mediană de 219mg/dl. Dintre participanți 41,92% au un nivel mărit al colesterolului, iar 58,08% au valori în limite normale .

Consumul de alcool este frecvent întâlnit la 2.53% din participanți, la 30,30% acesta este absent, iar la 66,16% este ocazional. 62,63% dintre participanți nu fumează, 20,20% fumează sub 10 țigări pe zi (consum moderat), iar 15,15% fumează peste 10 țigări pe zi (consum sever). În ceea ce privește consumul de cofeină 83,33% răspund afirmativ la această întrebare, iar 14,65% din total neagă consumul .

Regimul alimentar vizând numărul meselor pe zi arată astfel: 5,05% au un consum neregulat, haotic, 3,54% declară 5 mese pe zi, 9,60% 4 mese pe zi, 46,97% 3 mese pe zi, 26,26% 2 mese pe zi, iar 3,03% o masă pe zi. Preferința pentru mâncărurile grase este afirmată de 14,65% din participanți, restul de 72,25% din total neagă consumul de mâncăruri grase .

Sport practică 33,33% din totalul participanților, iar 52,52% nu prezintă preocupări în acest sens .

În funcție de diagnosticile medicale ale participanților, avute la data examinării, situația se prezintă astfel: 11% sunt diagnosticați cu HTA, 7,6% cu boli ale coloanei, 1,5% cu diabet, 1% cu AVC, luxații de șold, reumatism, iar restul de 5% cu astm, boli renale, colon iritabil, fracturi, hepatită, hipoglicemie, hipotiroidism, insuficiență mitrală, migrene, neoplasm, osteoporoză, suflu sistolic.

5.3 Instrumente de lucru

În studiul de față s-au utilizat următoarele probe:

- Anamneza; reprezintă un instrument util pentru culegerea de date, ce a pus în evidență informații referitoare la vârstă, nivel educațional, consum de alcool, tutun cafea, practicarea sportului, regim alimentar .

Pentru o evaluare mai corectă a stilului de viață s-a recurs la întrebări precise, țintite, vizând: desfășurarea activităților fizice cotidiene (eventual practicarea unor sporturi), preferințele alimentare (preferința pentru mâncăruri grase sau nu, numărul meselor/zi), s-a vizat în cazul fumătorilor cantitatea de țigări fumate/zi, iar la consumatorii de alcool s-a urmărit frecvența consumului (la fel și pentru consumatorii de cafea).

Nivelul colesterolului a fost stabilit prin investigații de laborator. Se consideră hipercolesterolemie atunci când nivelul de colesterol total depășește 200mg/dl.

- Inventarul strategiilor de coping COPE

Inventarul multidimensional de strategii de coping a fost elaborat de Carver, C. S. Scheier, M. F. Weintraub, J. K. (1989), fiind destinat evaluării modului în care oamenii reacționează în situații de stres. Este compus din patru subscale ce evaluează cinci modalități ale strategiilor de coping centrate pe problemă (coping activ, coping prin planificare, represiunea activităților competitive, reținerea de la acțiunea pripită, căutarea suportului social instrumental); cinci scale care reprezintă modalități ale strategiilor de coping centrate pe emoții (căutarea suportului social emoțional, reinterpretarea pozitivă, acceptarea, negarea și întoarcerea spre religie); respectiv trei strategii de coping care sunt considerate ca fiind de natură disfuncțională (focalizarea asupra emoțiilor, ventilarea emoțiilor, dezangajare comportamentală, dezangajare mentală).

Consistența internă(α -Cronbach) a scalelor utilizate a variat între 50 – 94(excelent) la subscalele ce evaluează modul de reacție al indivizilor la stres.

- Chestionarul de evaluare a nivelului de stres ABRAHAM

A fost conceput de J. Abraham (1985) și evaluează intensitatea globală a stresului în funcție de șase factori ce constituie surse și arii de manifestare a acestuia (ambianța, prejudicierea Eului, relații interpersonale, activitate profesională, administrarea timpului și regim de viață). Chestionarul cuprinde 84 de întrebări cu variante de răspuns : „niciodată”, „rareori”, „deseori”, „întotdeauna”.

Consistența internă(α -Cronbach) a scalelor utilizate a variat între 73- 96(excelentă) la subscalele ce evaluează nivelul stresului în funcție de cei șase factori.

- Scala controlului LEVENSON („The Internal, Powerful Other and Chance Scales” – IPC)

IPC este un chestionar de autoevaluare elaborat de Levenson în 1972 și evaluează gradul relației cauzale pe care persoanele o stabilesc între obținerea unei anumite aprecieri și propria lor conduită. Este ceea ce Rotter în 1966 a conceptualizat prin termenii de control intern respectiv control extern. Scala Levenson evaluează trei tipuri de expectanțe și anume: sentimentul controlului intern „I”, sentimentul unui control prin alte persoane „P” și respectiv sentimentul absenței controlului (intervenția șansei) „S”.

Consistența internă (α -Cronbach) a scalelor utilizate a variat între 52 – 66(discutabil) la subscalele ce evaluează locul controlului.

- STAXI 2 (Spielberger, 1988).

Este un instrument psihometric pentru evaluarea furiei fiind cel mai folosit la nivel mondial în anger management. Testul are 57 de itemi fiind disponibil atât pentru aplicarea în forma creion-hârtie cât și electronică. Se adresează adulților și adolescenților, completarea lui durând aproximativ 12-15 minute.

Consistența internă (α -Cronbach) a scalelor utilizate a variat între 74-94(excelentă) la subscalele ce evaluează furia și controlul furiei .

- Inventarul de personalitate EYSENCK (E.P.I.)

Testul a fost tradus în românește și adaptat în cadrul Institutului de Psihologie al Academiei Române. A fost conceput de H. J. Eysenck și S. B. G. Eysenck în anul 1964. Evidențiază două dimensiuni fundamentale ale personalității: extroversiunea – introversiunea și stabilitatea – instabilitatea emoțională (nevrotismul)

Consistența internă (α -Cronbach) a scalelor utilizate a variat între 66-88(bună) la subscalele ce evaluează extroversia\ introversia și nevroticismul.

-Testul SZONDI

Testul Szondi este un test proiectiv de personalitate ce a fost publicat în 1947 și constituie o dovadă experimentală pentru teoria dr. Leopold Szondi vizând influența genelor latente recesive asupra reacțiilor noastre psihologice. Scopul acestei tehnici proiective, ca de altfel a tuturor

tehnicilor de acest gen, este de a da posibilitatea subiectului de a-și exprima „lumea interioară” fără a fi conștient de acest lucru.

-Chestionarul SP13 (citată de M. Ciolac și A. R. Iercoșan/Agora Psycho-Pragmatica N.D.)

Pune în evidență 13 tendințe și anume: onestitatea, antecedente personale, psihastenie, depresivitate, imaturitate și labilitate emoțională, schizofrenia, tendințe paranoide, tendințe histeroide, psihopatie, nivel mental, frustrare, echilibru emoțional, structură motivațională. Chestionarul nu face referire la personalități patologice, cotele mai mari de 5 presupun existența răspunsurilor simptomatice, adică evidențiază existența tendințelor.

Consistența internă (α -Cronbach) a scalelor utilizate a variat între 41–81(bună) la subscalele ce evaluează cele 13 tendințe.

6. Interpretari clinico- statistice

6.1 Studiul corelațional

Pentru prelucrarea statistică a datelor din această cercetare s-a folosit softul statistic specializat SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versiunea 17.0, precum și coeficientul de corelație r-Pearson, pentru a măsura intensitatea legăturii dintre variabile.

Un prim obiectiv al studiului corelațional a fost stabilirea asocierii între stres și unele trăsături de personalitate (nevrotismul, furia ca stare și trăsătură, sentimentul controlului) la persoanele cu hipercolesterolemie.

Conform primei ipoteze formulate ne-am așteptat să existe o corelație semnificativă între stres și aceste trăsături de personalitate.

Rezultatele indică faptul că ipoteza noastră s-a confirmat. Într-adevăr, studiul corelațional pune în evidență relații înalt semnificative și pozitive între stres (evaluat cu ABRAHAM) și nevroticism. ($p < 0,05$). Deasemenea s-au stabilit relații înalt semnificative și pozitive între stres și furia ca stare și trăsătură, iar subscalele ambianța(A), prejudicierea Eu-lui(PE), relații interpersonale(RI), administrarea timpului(AT), corelează înalt semnificativ și pozitiv cu subscala “ sentimentul absenței controlului”. ($p < 0,05$).

Rezultatele noastre sunt convergente cu cele obținute și de alți autori (Mulller et al, 1995 apud Wilson et al, 2001; Sutin et al, 2010; LeBlanc, 2005), care au remarcat prezența ostilității, impulsivității la persoanele cu hipercolesterolemie.

Cel de-al doilea obiectiv al studiului corelațional constă în stabilirea asocierii între stres și unele tendințe psihopatologice (psihastenia, depresivitatea, imaturitatea și labilitatea emoțională, tendințe schizoide, tendințe paranoide, tendințe histeroide, frustrarea, echilibrul emoțional, structura motivațională) la persoanele cu hipercolesterolemie.

În acest sens toți cei 6 factori ce constituie surse și arii de manifestare ai stresului (evaluat cu ABRAHAM), corelează înalt semnificativ și pozitiv cu tendințele psihopatologice puse în evidență de chestionarul SP13. ($p < 0,05$). Acest fapt confirmă ipoteza noastră, evidențiind că un stres accentuat determină o accentuare a tendințelor psihopatologice la persoanele cu hipercolesterolemie.

Cel de-al treilea obiectiv al studiului corelațional constă în stabilirea asocierii între stres și mecanisme de coping (centrat pe problemă, pe emoții, disfuncțional) la persoanele cu hipercolesterolemie. Studiul confirmă ipoteza că în cazul persoanelor cu hipercolesterolemie, toți cei 6 factori ce constituie surse și arii de manifestare a stresului (evaluat cu ABRAHAM), corelează semnificativ și înalt semnificativ cu mecanismele de coping (centrat pe problemă, pe emoții, disfuncțional) (evaluat cu COPE). ($p < 0,05$).

Al patrulea obiectiv al studiului constă în stabilirea asocierii între, unele trăsături de personalitate (nevrotismul, furia ca stare și trăsătură, sentimentul controlului), și tendințe psihopatologice (psihastenia, depresivitatea, imaturitatea și labilitatea emoțională, tendințe schizoide, tendințe paranoide, tendințe histeroide, frustrarea, echilibrul emoțional, structura motivațională), la persoanele cu hipercolesterolemie. Se confirmă estimările noastre, studiul punând în evidență relații semnificative și înalt semnificative între aceste variabile.

Al cincilea obiectiv al studiului corelațional și-a propus stabilirea asocierii între, unele trăsături de personalitate (nevrotismul, furia ca stare și trăsătură, sentimentul controlului) și mecanisme de coping (centrat pe problemă, pe emoții, disfuncțional) la persoanele cu hipercolesterolemie. Studiul nostru pune în evidență, și în acest caz, relații semnificative și înalt semnificative între subscala nevroticism și subscalele represia activităților competitive, căutarea suportului social emoțional, întoarcerea spre religie, focalizarea asupra emoțiilor, ventilarea emoțiilor, negare, dezangajare comportamentală, dezangajare mentală.

Deasemenea, subscala furia ca trăsătură corelează semnificativ și înalt semnificativ cu subscalele căutarea suportului social instrumental, căutarea suportului social emoțional, focalizarea asupra emoțiilor, ventilarea emoțiilor, dezangajare mentală. În ceea ce privește subscala furia ca stare, aceasta prezintă relații semnificative și înalt semnificative cu subscalele focalizarea asupra emoțiilor, ventilarea emoțiilor, negare, dezangajare prin consum de alcool.

Sentimentul controlului intern corelează semnificativ și înalt semnificativ cu subscalele reintegrare pozitivă, creștere, căutarea suportului social emoțional, căutarea suportului social instrumental, dezangajare mentală, reținerea de la activități pripite, coping prin planificare, coping activ. Subscala sentimentul unui control prin alte persoane prezintă relații semnificative și înalt semnificative cu subscalele dezangajare mentală, dezangajare comportamentală, coping activ, întoarcere spre religie, focalizarea asupra emoțiilor, ventilarea emoțiilor, negare, reținerea de la activități pripite, căutarea suportului social emoțional. În ceea ce privește subscala sentimentul absenței controlului s-au constatat relații semnificative și înalt semnificative cu subscalele dezangajare mentală, căutarea suportului social emoțional, focalizarea asupra emoțiilor, ventilarea emoțiilor, negare, dezangajare comportamentală.

Se constată astfel, în cadrul studiului, corelații între unele trăsături de personalitate (nevrotismul, furia ca stare și trăsătură, sentimentul controlului) și mecanisme de coping (centrat pe problemă, pe emoții, disfuncțional) la persoanele cu hipercolesterolemie, ipoteza fiind confirmată și în acest caz.

Al șaselea obiectiv al studiului corelațional îl reprezintă stabilirea asocierii între, mecanisme de coping (centrat pe problemă, pe emoții, disfuncțional), și tendințe psihopatologice (psihastenia, depresivitatea, imaturitatea și labilitatea emoțională, tendințe schizoide, tendințe paranoide, tendințe histeroide, frustrarea, echilibrul emoțional, structura motivațională) la persoanele cu hipercolesterolemie. Rezultatele studiului confirmă ipoteza noastră, prin evidențierea relațiilor semnificative și înalt semnificative între aceste variabile.

Și al șaptelea obiectiv al studiului este atins, confirmându-se ipoteza conform căreia există corelații semnificative între mecanismele de coping (centrat pe problemă, pe emoții, disfuncțional), la persoanele cu hipercolesterolemie.

6.2 Studiul comparativ

Pentru compararea celor două loturi s-a folosit testul T (t- Student), testul Chi-Square, și coeficientul de corelație r-Pearson.

Un prim obiectiv al studiului comparativ constă în identificarea diferențelor în ceea ce privește sursele și ariile de manifestare a stresului, la persoanele cu hipercolesterolemie, respectiv cele cu nivel normal al colesterolului.

Conform ipotezei ne-am așteptat să existe diferențe între cele două loturi.

Rezultatele indică faptul că există diferențe semnificative între cele două loturi (cu valori mari ale colesterolului, respectiv valori normale ale acestuia), în ceea ce privește intensitatea stresului; aceste diferențe constatându-se la nivelul subscalelor: ambianță(A)($t=3,173$, $p<0,05$), prejudicierea eului (PE)($t=3,940$, $p<0,05$), relații interpersonale (RI)($t=3,181$, $p<0,05$), activitate profesională (AP)($t=2,354$, $p<0,05$).

Un alt obiectiv al studiului comparativ constă în stabilirea diferențelor existente între persoanele cu și fără hipercolesterolemie în ceea ce privește unele trăsături de personalitate (nevrotismul, furia ca stare și trăsătură, sentimentul controlului). Studiul presupune că există diferențe între cele două loturi în ceea ce privește nevrotismul, furia ca stare și trăsătură și sentimentul controlului.

Rezultatele confirmă ipoteza noastră indicând faptul că există diferențe semnificative între cele două loturi la nivelul subscalei nevroticism ($t=2,977$, $p<0,05$), la nivelul subscalei furia ca trăsătură ($t=2,411$, $p<0,05$), iar în ceea ce privește "locul controlului" s-a constatat la nivelul subscalei "sentimentul unui control prin alte persoane" ($t=3,758$, $p<0,01$).

Al treilea obiectiv al studiului îl reprezintă stabilirea diferențelor existente între persoanele cu și fără hipercolesterolemie în ceea ce privește unele tendințe psihopatologice (psihastenia, depresivitatea, imaturitatea și labilitatea emoțională, tendințe schizoide, tendințe paranoide, tendințe histeroide, frustrarea, echilibrul emoțional, structura motivațională). S-a plecat de la premiza că există diferențe între cele două loturi din acest punct de vedere.

Rezultatele studiului confirmă ipoteza, stabilind că există diferențe semnificative în privința următoarelor tendințe psihopatologice: psihastenie ($t=3,697$, $p<0,01$), depresivitate ($t=2,812$, $p<0,05$), imaturitate și labilitate emoțională ($t=3,617$, $p<0,05$), tendințe schizoide ($t=2,641$,

$p < 0,05$), tendințe paranoide ($t=2,330$, $p < 0,05$), tendințe histeroide ($t=2,559$, $p < 0,05$), frustrare ($t=2,004$, $p < 0,05$), echilibru emoțional ($t=3,371$, $p < 0,05$).

Al patrulea obiectiv al studiului comparativ constă în stabilirea diferențelor existente între persoanele cu și fără hipercolesterolemie în ceea ce privește mecanismele de coping (centrat pe problemă, pe emoții, disfuncțional).

Și în acest caz ipoteza este confirmată, stabilindu-se diferențe semnificative la nivelul subscalelor focalizarea asupra emoțiilor, ventilarea emoțiilor ($t=3,752$, $p < 0,01$), negare ($t=2,617$, $p < 0,05$), dezangajare comportamentală ($t=2,827$, $p < 0,05$).

Cel de-al cincilea obiectiv urmărește evidențierea diferențelor existente între persoanele cu nivel normal al colesterolului, respectiv cei cu hipercolesterolemie în ceea ce privește reacțiile afective în condiții de pericol (fugă sau luptă).

Din punct de vedere statistic nu există diferențe semnificative între cele două loturi (cu colesterol mărit și respectiv cu valori normale ale acestuia) în ceea ce privește factorul e și hy, deci ipoteza nu se confirmă. Totuși, conform graficelor (fig 1 și 2) există diferență, în sensul predominanței acestor factori, în alegerile persoanelor cu hipercolesterolemie, ei fiind asociați cu existența unei agresivități caracteriale(e), și respectiv a existenței unei rezerve afective(hy). Această diferență se datorează, probabil, numărului mic de subiecți cărora li s-a aplicat și testul Szondi.

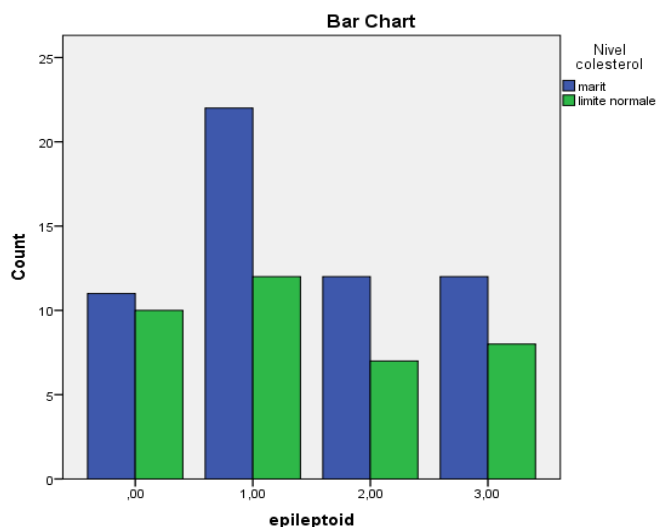


fig. 1

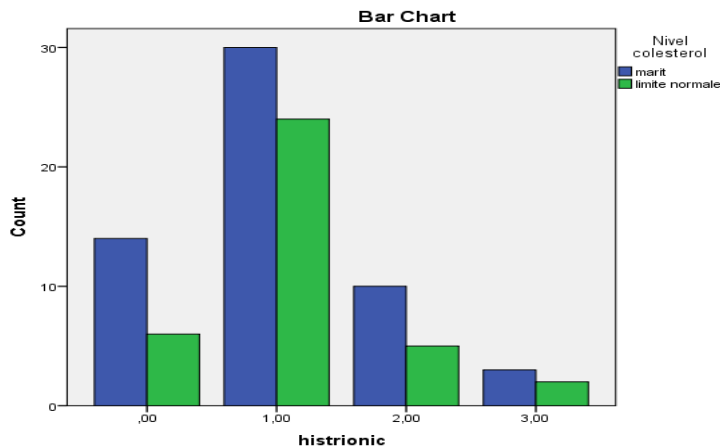


fig. 2

Al șaselea obiectiv al studiului se referă la identificarea diferențelor în ceea ce privește consumul de alcool, fumat, consumul de cafea, regim alimentar (număr mese/zi), preferința pentru mâncăruri grase, nivelul studiilor, practicarea sportului, la persoanele cu și fără hipercolesterolemie.

Nu s-au constatat diferențe semnificative în ceea ce privește consumul de alcool, deci ipoteza noastră nu s-a confirmat. Totuși, și în acest caz, graficul evidențiază o diferență în cazul consumatorilor ocazionali de alcool, în sensul predominanței celor cu colesterol normal. Acest fapt este concordant cu studiile conform cărora, consumul moderat de alcool nu modifică nivelul total al colesterolului.

Aceleași rezultate se obțin și în cazul consumului de cofeină, a fumatului, practicării sportului și respectiv a preferinței pentru mâncărurile grase.

Există însă diferențe semnificative din punct de vedere statistic, între cele două loturi (cu, și fără, nivel normal al colesterolului) în ceea ce privește regimul alimentar ($p < 0,05$), deci ipoteza noastră se confirmă, fiind în concordanță cu unele studiile efectuate în Marea Britanie, conform cărora, cei care au mai multe mese/zi, au un nivel al colesterolului mai mic decât cei care mănâncă una sau două mese/zi.

Există diferențe semnificative între cele două loturi în ceea ce privește nivelul studiilor ($p < 0,05$), explicația fiind, probabil, aceea că accesul la informație asigură premisele pentru un regim alimentar corect.

7. Analiza multivariată a constructelor la lotul cu hipercolesterolemie

Ținând cont de determinismul plurifactorial al hipercolesterolemiei, lucrarea noastră a încercat să stabilească anumite relații între variabile (trăsături de personalitate, tendințe psihopatologice, mecanisme de coping), sesizând modul în care acestea s-ar putea influența.

Pentru stabilirea relațiilor dintre variabile s-a folosit un tip de analiză multivariată (analiza Path), indicatorii luați în calcul fiind de două tipuri; indicatori ai gradului de potrivire (NFI, RFI, IFI, GFI), care trebuie să aibă valori peste 0,90, și erorile reziduale (RMSEA), care trebuie să fie cât mai mici. Analiza Path a fost realizată utilizând programul AMOS, versiunea 20.

S-au obținut 10 modele adecvate, indicatorii gradului de potrivire (NFI) și eroarea reziduală (RMSEA), având valori încadrate în limitele valorilor prag.

În primul model, nivelul global al stresului, care se asociază cu nevroticismul și furia ca trăsătură, au efect indirect asupra sentimentului controlului prin alte persoane, determinând accentuarea acestuia, prin accentuarea focalizării asupra emoțiilor și ventilarea acestora. (fig. 1).

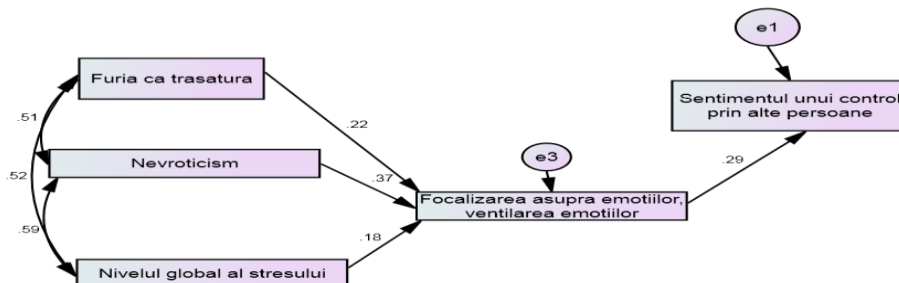


fig. 1

Conform modelului nr.2, reacțiile de stres, exprimate prin trăiri de insuficiență personală, incapacitate de afirmare, vinovație, anxietate, care se asociază cu nevroticismul, duc la accentuarea clivajului afectiv-emotional și la o gândire de tip schizoid, în cazul persoanelor cu hipercolesterolemie. (fig.2).

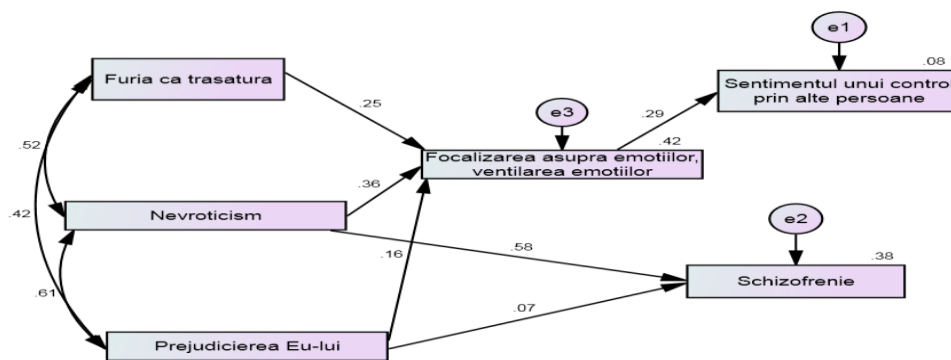


fig. 2

Modelul nr.3 evidențiază în cazul persoanelor cu hipercolesterolemie, că furia ca trăsătură și nevroticismul duc la accentuarea tendințelor paranoide prin acțiune directă, iar reacțiile de stres determinate de prejudicierea Eu-lui influențează în sensul diminuării tendințelor paranoide, atât direct, cât și indirect, prin focalizarea asupra emoțiilor, ventilarea emoțiilor. (fig.3).

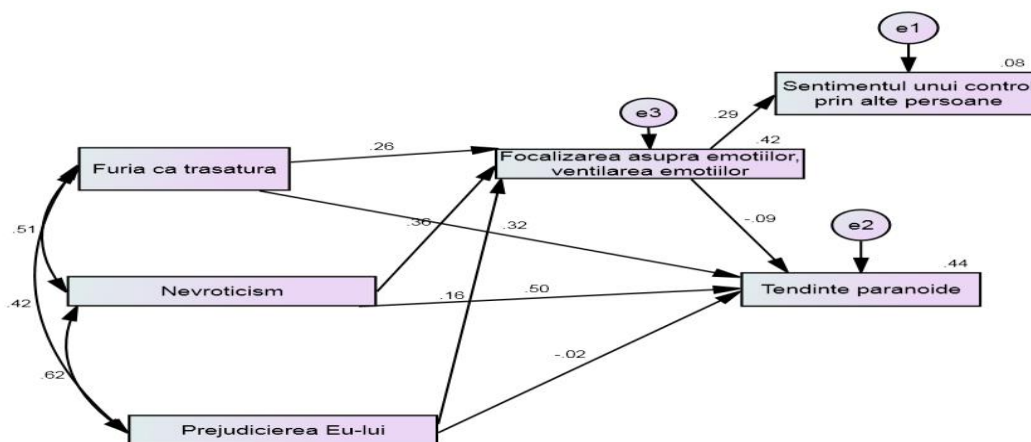


fig. 3

Conform modelului nr.4 stresul datorat prejudicierii Eu-lui, în cazul persoanelor cu hipercolesterolemie, care se asociază cu nevroticismul, duc la accentuarea tendințelor histeroide prin efect direct, iar nevroticismul și furia ca trăsătură, duc la diminuarea tendințelor histeroide indirect, prin focalizare asupra emoțiilor, ventilarea emoțiilor. (fig.4).

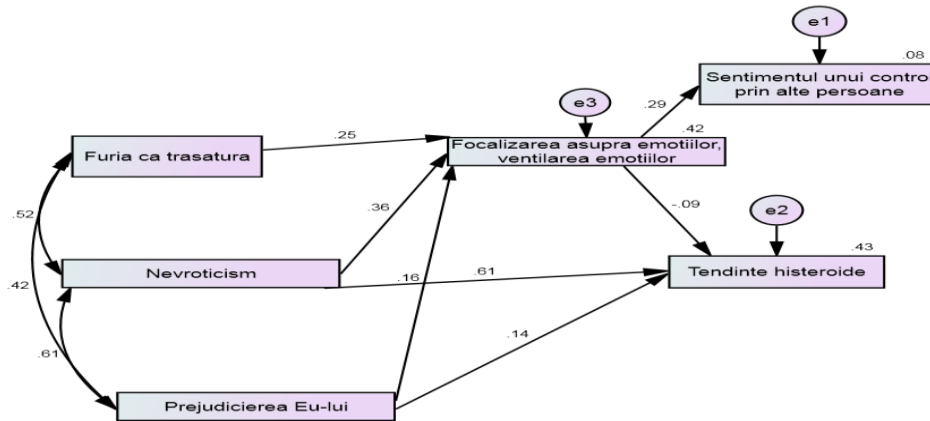


fig. 4

Modelul nr.5 pune în evidență efectul direct al furiei ca trăsătură, de diminuare a reacțiilor emoționale, și indirect de accentuare a acestora, prin focalizare asupra emoțiilor, ventilarea emoțiilor. (fig.5).

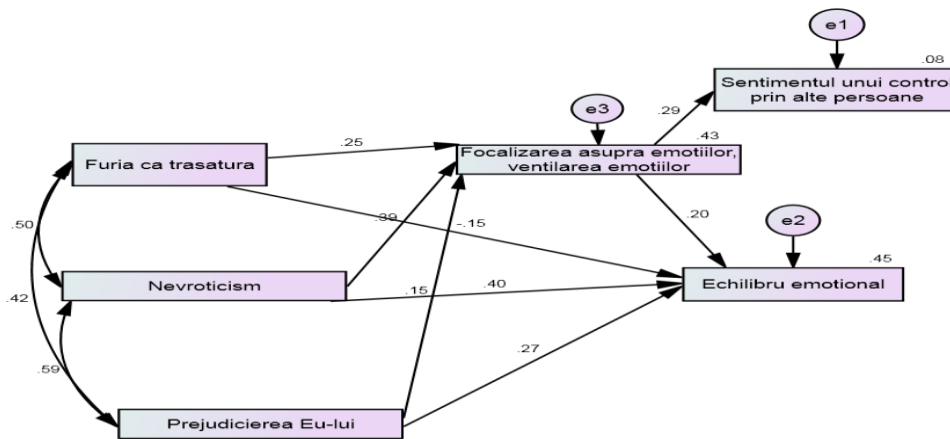


fig. 5

Modelul nr.6 evidențiază în cazul persoanelor cu hipercolesterolemie, accentuarea tendințelor depresive, datorită stresului decurgind din relații interpersonale și nevroticismului, cu care se asociază. (fig.6).

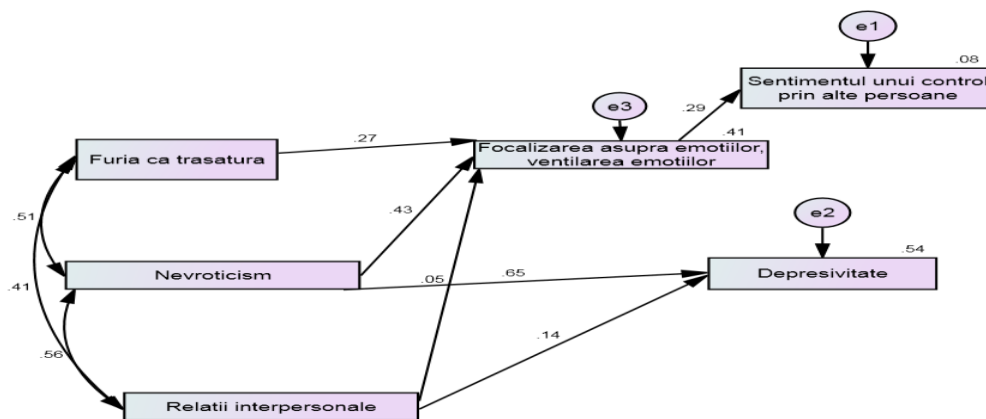


fig. 6

În cazul modelului nr.7 se sesizează, în cazul persoanelor cu hipercolesterolemie, accentuarea tendințelor schizoide, datorită stresului rezultat din relații interpersonale care se asociază cu nevroticismul și furia ca trăsătură. (fig.7).

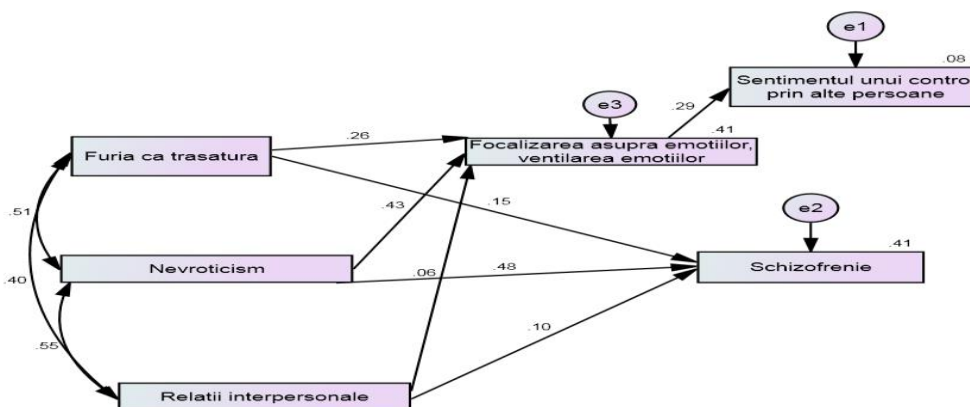


fig. 7

Modelul nr.8 pune în evidență accentuarea prin relație directă a tendințelor paranoide, datorită stresului rezultat din relații interpersonale, nevroticismului și furiei ca trăsătură. Indirect, cei trei factori (relațiile interpersonale, nevroticismul, furia ca trăsătură), prin focalizarea asupra emoțiilor, ventilarea emoțiilor, determină diminuarea tendințelor paranoide. (fig.8).

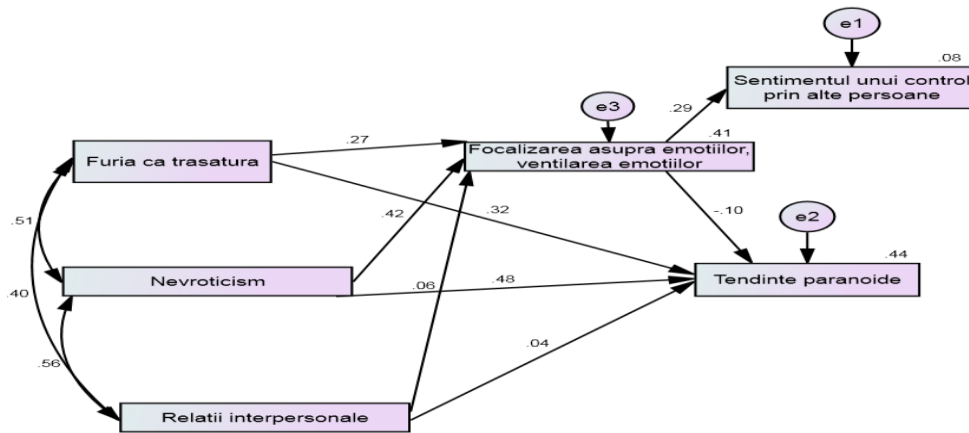


fig. 8

În modelul nr.9 nivelul global al stresului, care se asociază cu nevroticismul și furia ca trăsătură, în cazul persoanelor cu hipercolesterolemie, duc la accentuarea sentimentului unui control prin alte persoane, indirect, prin focalizarea asupra emoțiilor, ventilarea emoțiilor. (fig.9).

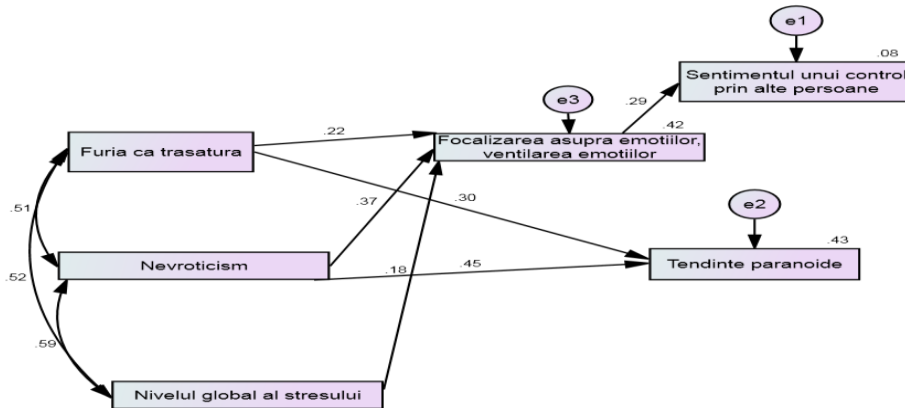


fig. 9

În modelul nr.10 furia ca trăsătură duce la diminuarea reacțiilor emoționale prin efect direct, și indirect, accentuează aceste reacții, prin accentuarea dezangajării mentale. (fig.10).

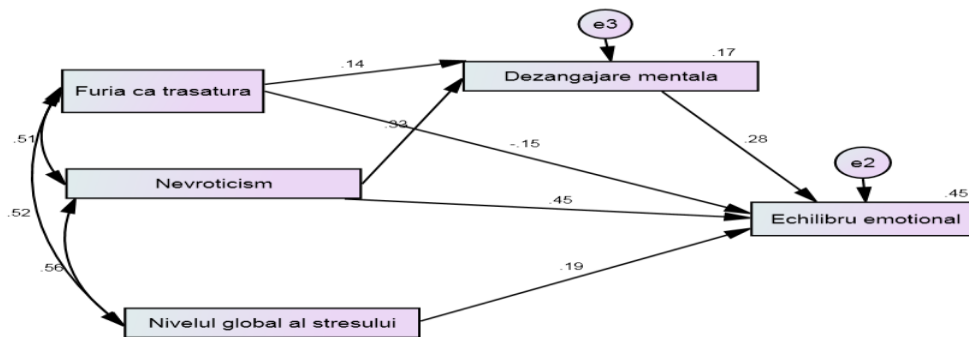


fig. 10

Modul în care se influențează reciproc aceste variabile, în cazul persoanelor cu hipercolesterolemie, explică probabil, o parte din mecanismul psihic al acestei afecțiuni.

8. Propunere de proiect vizând eficacitatea anumitor tehnici psihologice având ca scop prevenirea/diminuarea nivelului de colesterol

Hipercolesterolemia fiind o afecțiune cu un determinism plurifactorial, în care factorii psihici dețin un rol important, se pot crea premisele unor modalități de intervenție ce vizează acești factori.

În procesul adaptării stresul este un factor major pentru numeroase afecțiuni psihosomatice, printre care și hipercolesterolemia. Din acest punct de vedere nu stresorul în sine este important, ci sensul atribuit de subiect. Această semnificație atribuită de subiectul uman unei anumite situații este strâns legată de anumiți factori psihologici cum ar fi: trăsăturile de personalitate, tendințe psihopatologice, mecanisme de coping etc.

Pentru realizarea unui astfel de proiect este necesară o evaluare complexă, multidisciplinară. Această evaluare are drept scop depistarea factorilor care pot genera, sau pot întreține un nivel crescut al colesterolului. Amintim aici unele afecțiuni care pot genera o creștere a nivelului de colesterol total: boli pancreatice, hipotiroidismul, nefrita cronică, tromboza de venă renală, obstrucția biliară etc. Pe lângă aceștia, există și alți factori, ca de exemplu: alimentația, stresul, nivelul de activitate, istoric familial.

Intrucât stresul presupune o acțiune atât distructivă și dezechilibrantă, cât și una integratoare și echilibrantă în virtutea efortului adaptativ, obiectivele acestui demers vizează creșterea capacității de adaptare a individului, acționând prin tehnici specializate asupra anumitor trăsături care asigură o bună adaptare în condiții de suprasolicitare.

Deoarece reacțiile la stres presupun existența unor răspunsuri compensatorii, și eforturi în direcția găsirii unor comportamente cât mai adaptative, reușita în adaptare depinde, printre altele, și de informațiile ce permit interpretarea realității. În acest sens antrenamentul psihologic reprezintă o strategie de exersare a conduitei ce validează și întărește reacțiile adaptative în condiții de stres. El reprezintă o formă de modelare a activității psihice prin care se obțin strategii optime de raportare la situații.

Din antrenamentul psihologic fac parte: tehnici de modelare a atitudinii față de factori agresivi, tehnici de modelare a proceselor psihice antrenate în reacția de stres. Aceste tehnici și antrenamentul psihologic în general, au ca obiective:

- acomodarea individului la un stres controlat, prin procesul de desensibilizare. Se dobândește în acest sens o rezistență crescută la stres.
- dezvoltarea posibilităților de mobilizare energetică anticipative. În cazul celor antrenate mobilizarea se realizează înaintea declanșării situației stresante.
- reglarea tensiunilor emoționale prin creșterea autocontrolului.
- se asigură buna mobilizare în situații limită prin crearea unui montaj subiectiv pozitiv, care favorizează decenterarea de pe propria persoană, orientarea către realitate și găsirea de soluții.

Alături de antrenamentul psihologic există și alte tehnici, ca de exemplu: relaxarea și sugestia, antrenamentul autogen(Schultz), tehnica relaxării progresive(Jacobson), autoobservația, autoanaliza etc. Toate aceste metode pot fi aplicate în sensul prevenirii tulburărilor de adaptare și creșterea rezistenței în condiții de stres.

În cazul de față rezultatele acestui studiu pot fi folosite pentru identificarea acelor factori psihologici care se constituie în elemente perturbatoare în procesul adaptării. În acest sens este necesară aplicarea unor teste psihologice ce determină prezența acestor factori. Utile s-au dovedit: Chestionarul de evaluare a nivelului de stres ABRAHAM, Chestionarul de personalitate SP13, Inventarul multidimensional de strategii de coping COPE, Scala controlului LEVENSON, Inventarul de personalitate EYSENCK, Instrumentul psihometric de evaluare a furiei STAXI-2.

Acest plan reprezintă un posibil instrument util în cazul pacienților cu hipercolesterolemie, stabilit de o echipa profesională, adecvat și adaptat, în măsura posibilului, la nevoile subiectului. Informarea pacienților reprezintă o parte integrantă a evaluării acestora, vizând în final, transformarea individului în sensul unei mai bune adaptări.

Ținând cont de determinismul multifactorial al hipercolesterolemiei, este necesar ca acești pacienți să beneficieze de o abordare multidisciplinară. Aceasta vizează două tipuri de intervenții:

- medicale – pentru obținerea echilibrului prin mijloace medicamentoase
- psihologice- este important în acest sens cunoașterea profilului de personalitate pentru a putea stabili un mod specific de abordare.

9. Concluzii

Lucrarea de față se înscrie în cadrul preocupărilor legate de rolul factorilor psihici în ceea ce privește nivelul crescut al colesterolului din sânge.

În prezentarea aspectelor teoretice care fundamentează studiul realizat am pus accent pe perspectivele teoretice care încearcă să explice și să descrie rolul factorilor psihici în numeroase afecțiuni psihosomatice.

O concluzie importantă a fost aceea că în majoritatea bolilor, factorul psihic este prezent, având de multe ori un rol determinant. (Luban-Plozza et al, 1996; Alexander, 2008; Goldbacher et al, 2007; Mihăescu, 1996 etc.).

În acest context, hipercolesterolemia se înscrie și ea în preocuparea cercetătorilor, studiile care demonstrează legătura dintre stres și nivelul crescut al colesterolului din sânge nefiind atât de numeroase ca în cazul altor afecțiuni psihosomatice. Se știe că adrenalina și cortizolul sunt hormoni care-și fac simțită prezența mai ales în timpul stresului, și influențează producerea de colesterol. Ostilitatea este o emoție care în timp ridică nivelul adrenalinei, care la rândul ei crește colesterolul. Trăsături de personalitate ca ostilitatea și impulsivitatea sunt legate de sindromul metabolic în general. (Sutin et al, 2010). Extroversiunea corelează pozitiv cu nivelul de colesterol, iar nevroticismul prezintă o corelație negativă. (LeBlanc, 2005).

În studiul de față ne-am propus să identificăm și alți factori psihici, pe lângă cei cunoscuți, la persoanele cu hipercolesterolemie, în condițiile stresului cotidian. Ca factori psihici ne-am axat pe anumite trăsături de personalitate (evaluate cu EPI, STAXI-2, LEVENSON), tendințe psihopatologice (evaluate cu SP13), și anumite mecanisme de coping (evaluate cu COPE).

Referindu-ne la colesterol, putem să afirmăm că este una din cauzele majore ale bolilor cardiovasculare, în acest sens numeroase studii confirmă rolul primar al lipoproteinelor plasmatică în apariția acestor boli (de exemplu Framingham Heart Study arată că o creștere a colesterolului total cu 40 mg/dl triplează riscul bolilor coronariene la 5 ani).

Ținând cont de aceste informații, devine relevant, în acest sens, investigarea factorilor care ar putea avea rol în hipercolesterolemie.

Vom prezenta în continuare cele mai importante rezultate obținute, contribuția în plan metodologic și aplicativ, și eventualele direcții ulterioare de interes din punct de vedere al continuării investigării problematicii studiate.

Un prim obiectiv al studiului comparativ a fost investigarea diferențelor în ceea ce privește sursele și ariile de manifestare a stresului la persoanele cu hipercolesterolemie și respectiv cele cu nivel normal al colesterolului. Ipoteza formulată în cadrul acestui obiectiv se bazează pe datele din literatura de specialitate ce indică prezența factorului psihic în afecțiunile psihosomatice în general, și în hipercolesterolemie în particular, în condiții de stres. (Sutin et al, 2010; LeBlanc, 2005; Hillbrand et al, 2000). Rezultatele studiului nostru confirmă această asocieră, evidențiind că lipsa de intimitate a spațiului psihologic, trăirile de insuficiență personală, anxietatea, vinovăția, culpabilitatea, imposibilitatea de a refuza sarcini suplimentare, privite ca surse și arii de manifestare a stresului, sunt mult mai intense la persoanele cu hipercolesterolemie, comparativ cu cele având un nivel normal al colesterolului.

În ceea ce privește al doilea obiectiv al studiului, și anume evidențierea diferențelor existente între persoanele cu și fără hipercolesterolemie, în ceea ce privește unele trăsături de personalitate (nevroticism, furia ca stare și trăsătură, locul controlului), rezultatele confirmă observațiile și altor studii care au constatat acest aspect. (Savu, 2009; Sutin et al, 2010). Se știe că personalitate nevrotică prezintă dificultăți de adaptare, și din acest motiv generează stres și predispoziție la anumite boli.

Alte trăsături de personalitate, precum ostilitatea sau impulsivitatea sunt legate de sindromul metabolic în general. (Sutin et al. 2010). Din acest punct de vedere s-a constatat că la subiecții cu

hipercolesterolemie, există o predilecție mai accentuată de a percepe situațiile ca enervante, și de a răspunde la aceste situații cu exprimare mai frecventă a mâniei.

În ceea ce privește “locul controlului” se constată în cazul subiecților cu hipercolesterolemie, că având un loc al controlului extern (sentimentul unui control prin alte persoane), sunt mai stresate, dezvoltând mai ușor boli cu implicații psihologice.

Cu referire la al treilea obiectiv al studiului nostru, se constată că, accentuarea tendințelor psihopatologice (psihastenii, depresivitate, imaturitate și labilitate emoțională, tendințe schizoide, tendințe paranoide, tendințe histeroide, frustrare, echilibru emoțional) în condiții de stres, la persoanele cu hipercolesterolemie crează dezechilibru emoțional și tulburări de adaptare, mai accentuate decât în cazul subiecților având nivel normal al colesterolului.

În procesul adaptării este posibil să se declanșeze răspunsuri afective, cognitive și comportamentale, numite mecanisme de coping. Din acest punct de vedere numeroase studii pun în evidență legătura dintre stres și mecanismele de coping. (Souza et al, 2009; Padden, 2006; Hawk, 2008; Jensen, 2007; McCreary al, 1995).

Al patrulea obiectiv al studiului nostru vizează tocmai acest aspect, și anume stabilirea diferențelor existente între persoanele cu și fără hipercolesterolemie în ceea ce privește mecanismele de coping (centrat pe problemă, pe emoții, disfuncțional). Focalizarea asupra emoțiilor, ventilarea emoțiilor, negarea, dezangajarea comportamentală, sunt strategiile de adaptare la care fac apel mai des subiecții cu hipercolesterolemie în condiții de stres.

Reacțiile afective în exces constituie caracteristica stării de stres, iar adaptarea intervine tocmai în prevenirea sau controlul perturbărilor emoționale. (Pearlin și Schoder, citați de Tănăsescu, 2007).

În rezultatele noastre nu s-au identificat diferențe semnificative din punct de vedere statistic între cele două loturi (cu colesterol mărit, respectiv cu valori normale ale acestuia), în ceea ce privește factorul e și hy . Interpretarea factorului e se bazează pe ipoteza că el se raportează la controlul și descărcarea energiei agresive, iar factorul hy indică modul în care persoana își controlează emoțiile. Totuși conform graficului se constată o diferență atât în cazul factorului e , cât și a factorului hy în cazul persoanelor cu hipercolesterolemie. Constelația e - este obținută de indivizi susceptibili de a avea explozii de agresivitate, iar hy - este caracteristică indivizilor care fie nu vor, fie nu pot să-și exprime sentimentele într-o manieră perceptibilă.

În ceea ce privește diferențele vizând consumul de alcool, fumatul, consumul de cafea, regimul alimentar (numărul meselor/zi), preferința pentru mâncărurile grase, nivelul studiilor și practicarea sportului, la persoanele cu hipercolesterolemie și fără hipercolesterolemie, studiul nostru obține rezultate concordante cu majoritatea studiilor și informațiilor din literatură vizând acest aspect.

Nu se constata diferențe semnificative din punct de vedere statistic, în ceea ce privește consumul de alcool, fumatul, consumul de cofeină, preferința pentru mâncăruri grase, și practicarea sportului. Dealtfel, și studiile ținând acest aspect arată că un consum moderat de alcool este benefic, influențând HDL-colesterolul în sensul creșterii nivelului acestuia; deasemenea fumatul crește nivelul colesterolului total din sânge pe seama creșterii nivelului de colesterol rău (LDL). Efectele fumatului nu sunt permanente. Consumul abuziv de cafea influențează nivelul colesterolului rău (Kuhn et al. 2014); cofeina în general nu afectează nivelul colesterolului, ca dealtfel, nici consumul de mâncăruri grase.

În ceea ce privește nivelul studiilor, există diferențe semnificative din punct de vedere statistic între cele două loturi (cu și fără nivel normal al colesterolului) ($p < 0,05$). Această diferență se explică probabil prin accesul la informație, fapt care asigură însușirea unui regim alimentar echilibrat.

Deasemenea, există diferențe între cele două loturi (cu nivel normal al colesterolului, și respectiv cu nivel mărit al acestuia) și în ceea ce privește regimul alimentar (număr mese/zi) ($p < 0,05$). Rezultatele noastre sunt concordante cu unele studii efectuate în Marea Britanie, studii care demonstrează că cei cu mai multe mese/zi au un nivel al colesterolului mai mic decât cei care mănâncă una sau două mese/zi.

9.1 Contribuții metodologice ale lucrării

Studiul pune în evidență contribuția mecanismelor de coping și a altor factori psihici, pe lângă cei existenți, în cazul persoanelor cu hipercolesterolemie.

Un alt aspect inovativ al studiului de față, constă în încercare de a găsi, în cadrul analizei multivariate a constructelor, un posibil mod în care se influențează factorii psihici în acest determinism multifactorial al hipercolesterolemiei.

9.2 Contribuții în sfera aplicațiilor practice, limite, sugestii pentru studiile viitoare

Prin faptul că pune în evidență, în cazul hipercolesterolemiei, și a altor factori psihici pe lângă cei evidențiați, poate constitui baza unor programe de prevenție/intervenție în cazul acestei afecțiuni.

În privința limitelor studiului se poate spune că există o oarecare incertitudine că răspunsurile la chestionare, mai ales cei care le-au complectat acasă, au fost date după o citire atentă a acestora. Deasemenea s-a observat o ușoară reticență vizând tema studiului.

Plecând de la rezultatele acestui studiu, pot fi puși în evidență și alți factori psihici cu rol în hipercolesterolemie, deasemenea studiile viitoare ar putea investiga un eșantion de subiecți având LDL mărit.

Bibliografie selectivă

1. Angheluță, V., Nica-Udangiu, Șt., Nica-Udangiu, L. (1986) – *Psichiatrie preventivă*, Editura Medicală, București
2. Athanasiu, A. (1983) – *Elemente de psihologie medicală*, Editura Medicală, București
3. Ciolac, M., Iercosan, A. R. – *Agora Psycho-Pragmatica*, www.uav.ro/jour/index.php/app/article
4. Cosmovici, A. (1996) - *Psihologie generală*, Editura Polirom, Iași
5. Cosnier, J. (2007) - *Introducere în psihologia emoțiilor*, Editura Polirom , București
6. Dafinoiu, I. (2002) – *Personalitatea. Metode calitative de abordare. Observația și interviul*, Editura Polirom, Iasi
7. Debra, K. G. (2006) – *Children's worries and anxiety, experience of life stress and coping responses in the context of social-economic adversity* – ProQuest Dissertations and Theses:2006; ProQuest Central pg.n/a.
8. Degraff, A. H., Schaffer, J. (2008) – *Emotion-Focused Coping: A Primary Defense Against stress for People living with Spinal Cord Injury* – Journal of Rehabilitation 2008, volume 74, no.1, 19-24.
9. Dolto, F. (2005) – *Imaginea inconștientă a corpului*, Editura Trei, București
10. Dragomirescu, V. T., Hangan, O., Prelipceanu, D. (1990) – *Expertiza medico-legală psihiatrică*, Editura Medicală, București
11. Floru, R. (1974) – *Stresul psihic*, Editura Enciclopedică Română, București
12. Gelder, M., Gath, D., Mayou, R. (1994) – *Tratat de psihiatrie Oxford*, Editura Asociația Psihiatrilor Liberi din România, București
13. Goldbacher, E. M. PhD., Mattheus, K. A. (2007) – *Risk is Related to Psychological Characteristics of the Metabolic Syndrome?* – Ann Med. Behave 2007, 34(3) : 240-252
14. Golomb, B. A., Kane, T., Dimsdale, J. E. (1997) – *Severe irritability associated with statin cholesterol-lowering drugs*, QJ Med 2004; 97:229-235 doi: 10.1093/qjmed/hch035
15. Gorgos, C. (1985) – *Vademecum în psihiatrie*, Editura Medicală, București
16. Hawk, N. C. (2008) – *Implications of stress and coping mechanisms in the superintendency* – ProQuest LLC; UMI Number : 3371061

17. Hillbrand, M., Waite, B. M., Miller, D. S., Spitz, R. T., Lingswiler, V. M. (2000) – *Serum Cholesterol Concentrations and Mood States in Violent Psychiatric Patients*, *Journal of Behavioral Medicine*, vol.23, no 6, 2000
18. Horney, K. (2012) – *Psihologia femeii*, Editura Trei, București
19. Iamandescu, I. B. (1997) – *Psihologie Medicală*, Editura Infomedica, București
20. Ionescu, G. (1975)-*Psihosomatica*, Editura ȘTINȚIFICĂ ȘI ENCICLOPEDICĂ, București
21. Lazarus, R. S. (2011) – *Emoție și adaptare*, Editura Trei, București
22. Leader, D., Corfield, D. (2012) – *De ce se îmbolnăvesc oamenii*, Editura Trei, București
23. Louise, K. L. (2006) – *Relationships among Proactive Coping, Situation-Specific Stress and Coping. And Stress – Related Growth* – ProQuest Dissertations and Theses; 2006; ProQuest Central pgn/a.
24. Luban-Plozza, B., Pöldinger, W., Kröger, F. (1996) – *Boală psihosomatică în practica medicală*, Editura Medicală, București
25. Mc Creary, D. R., Sadva, S. W. (1995) – *Mediating the relationship between masculin gender role stress and work satisfaction. The influence of coping strategies.* – *Journal of men's studies*, 4.2(nov 30,1995):141
26. Mihăescu, V. (1996) – *Psihoterapie și psihosomatică*, Editura Polirom, Iași
27. Mironțov – Țuculescu, V., Predescu, V., Oancea, C. (1986) – *Sănătatea mintală în lumea contemporană*, Editura Medicală, București
28. Oberritter, H. (1998) – *Colesterolul și grăsimile în alimente*, Editura Aquila '93, Oradea
29. Oieriu, S. (1956) – *Manual de chimie biologică (vol.I)*, Tipografia Invățământului, București
30. Opre, A. (2006) – *Introducere în teoriile personalității*, Editura ASCR, Cluj Napoca
31. Padden, D. L. (2006) – *The effect of perceived stress, coping behavior, previous deployment separation and defined health promoting behaviors on general well being in female spouses of active duty military during deployment separation* – ProQuest dissertations and theses, 2006; ProQuest central pg. n/a
32. Predescu, V. (1976) – *Psihiatrie*, Editura Medicală, București
33. Romilă, A. (2004) – *Psihiatrie, ediția a 2-a revizuită*, Editura Asociația Psihiatrilor Liberi din România, București
34. Rothschild, B. (2013) – *Corpul își amintește – Psihofiziologia și tratamentul traumei*, Editura Herald, București
35. Ruediger, D. (2014) – *Boala ca simbol*, editura Adevăr Divin, Brașov

36. Sîrbu, A. (1979) – *Psihiatrie clinică–Ghid alfabetic*, Editura Dacia, Cluj-Napoca
37. Souza, J. N.–Talarico., Chaves, E. C., Nitrini, R., Caramelli, P. (2009) – *Chronic stress is associated with high cortisol levels and emotional coping mechanisms in amnesic mild cognitive impairment*, *Dement geriatr cogn disord* 2009; 28:465-470 doi: 10.1159/00259696
38. Stilley, C. S., Sereika, S., Mulldon, M. F., Ryan, C. M., Dunbar-Jacob, J. (2004) – *Psychological and Cognitive Function: Predictors of Adherence With Cholesterol Lowering. Treatment* – *Ann Med. Behave* 2004, 27(2): 117-124
39. Stoney, C. (1997)– *Stress and personality affect cholesterol*, USA Today Magazine: Apr 1997, vol.125, Issue 2623, p7, 2p
40. Valeanu, V., Daniel, C. (1977) – *Psihosomatica feminină*, Editura MEDICALĂ, București
41. Wilson, D. L., Davidson, K. W., Barksdale, C., Black, B. (2001) – *U-Curved Relation Between Total Fasting Serum Cholesterol and Hostility*, *International Journal of Behavioral Medicine* 8(4), 282-292
42. Zlate, M. (1999) – *Psihologia mecanismelor cognitive*, Editura Polirom, Iași