

Psychologiczne aspekty leczenia chorób krążenia

1. Choroby układu krążenia:

- są najczęstsza przyczyną zgonów na świecie
- jedną z głównym przyczyn niepełnosprawności
- najistotniejsze zagrożenia
 - choroba niedokrwienna serca
 - zawał serca
 - nadciśnienie tętnicze

2. Psychokardiologia

- Promocja zdrowia i psychoprofilaktyka ch.kardiologicznych
- Edukacja personelu zatrudnionego w ośrodkach kardiologicznych
- Łagodzenie psychologicznych następstw chorób kardiologicznych
- Prowadzenie działalności naukowo - badawczej

3. Udział czynników psychologicznych w chorobach ukł. sercowo - naczyniowego

Kto?	Kiedy?	Co?
Józef Struś	XVIw.	zmiany tętna pacjentów są związane z określonymi stanami emocjonalnymi
William Harvey	XVIIw.	rola emocji w powstawaniu ryzyka kardiologicznego i zagrożenia śmiertelnego
Theodor von Dusch	XIXw.	dolegliwości sercowe u osób intensywnie zaangażowanych w pracę oraz głośno mówiących
William Osler	-	życie pod presją czasu i przyzwyczajenia do pracy „jak maszyna” są odpowiedzialne za zmiany w naczyniach wieńcowych serca
Menningerowie	XXw.	zauważyli wzmożoną agresję w tej grupie chorych

4. „Osobowość wieńcowa”

- Flanders Dunbar – 1934-1938 – osobowość wieńcowa
 - Silna potrzeba osiągnięć
 - Zaangażowanie w pracę
 - Pragnienie dominacji
- „wieńcowcy” – introwertywni, wolący ukrywać swoje problemy przed innymi, wykazujący dużą wrażliwość, łatwo się obrażający
- Joannes J. Groen – niezwykła obowiązkowość i potrzeba dominacji
- Alexander – tendencja do wrogiej rywalizacji, niepokoju i obawy przed porażką
- Ostfeld – podatność do przeżywania napięć emocjonalnych, wzmożona podejrzliwość, dążenie do niezależności
- Van Dijn – 4 cechy charakterystyczne: *depresyjność, wrogość, zaangażowanie, odpowiedzialność*
- Tylka – cechy osobowości „wieńcowców”: agresywność, impulsywność, pobudliwość, wysoki poziom lęku, brak cierpliwości, negatywny obraz własnej osoby, zachwiane poczucie bezpieczeństwa, zmniejszona samokontrola

- Łazowski i Płużek – wyodrębnili tzw. Zespół psychosomatyczny charakterystyczny dla pacjentów z chorobami układu krążenia - silna potrzeba osiągnięć, dominacji, wytrwałości, porządku, rozumienia siebie i innych, opiekowania się innymi oraz potrzebę afiliacji. Jednocześnie tendencję do samokontroli, postawę obronną oraz pozytywną ocenę własnej osoby
- Dongier – u pacjentów z ch.niedokrwioną serca występuje nerwicowa obsesyjnakompulsywna struktura osobowości (potrzeba dominacji nad innymi i nad czasem, racjonalizacja w sensie unikania więzi emocjonalnych, perfekcjonizm, niepokój o przyszłość)
- Hokanson – nadmierne tłumienie emocji, zaleganie nieujawnionych napięć prowadzi do szkodliwych zmian w układzie krążenia

5. Nadciśnienie tętnicze

- Uwarunkowania osobowościowe, styl życia
- Stres otoczenia – dramatyczne wydarzenia
- Zmiana warunków życia (czynniki społeczno – kulturowe)
- FRANZ ALEXANDER: Nieuświadomiony konflikt pomiędzy wrogością a zależnością oraz pragnieniem podporządkowania. Tendencja do wrogiej, niechętniej rywalizacji, niepokoju i obawy przed odwetem, rewanżem lub porażką. Tendencja do zachowań uległych, nieskie poczucie własnej wartości, reaktywacja wrogiej rywalizacji, lęk, hamowanie agresywnych impulsów.

6. Przyczyny zmian organicznych:

- Aktywacja osi stresowej i układu katecholaminergicznego
- Patologiczny wzrost aktywności układu immunologicznego oraz układu krzepnięcia krwi, uszkodzenie śródbłónka i podwyższone stężenie homocysteiny
- Częsta aktywacja osi HPA wpływa na rozwój nadciśnienia tętniczego, hipercholesterolemii, hiperglicydemii
- U pacjentów cierpiących z powodu depresji stwierdza się wyższe stężenie markerów prozapalnych (IL6, białka CRP oraz fibrynogenu)
- Cechy osobowości
 - Silne nastawienie egocentryczne
 - Bardzo silna samokontrola by postępować zgodnie z prospołecznymi normami zachowań
 - Silne natężenie potrzeby osiągnięć
 - Odczuwanie niepokoju i napięcia
 - Ukrywają agresywne tendencje, podatność na irytację oraz gniew
 - Sprawiają wrażenie uprzejmych i zrównoważonych
 - Tendencje do tłumienia objawów urazy, krytyki, niechęci
 - Ignorowanie/wypieranie bodźców prowokujących do wyrażania nieakceptowanej niechęci

7. Pacjenci po zawale

- Zaniżony obraz własnej osoby
- Niska tolerancja stanów frustracji
- Tłumiona wrogość
- Zależność

- Pasywność
- Nieumiejętność adekwatnego wyrażania gniewu

8. Depresja

- Wielokierunkowy związek
 - Zwiększone ryzyko pojawienia się ch. Niedokrwiennej serca w depresji
 - Depresja u pacjentów z ch. Wieńcową
- 1/5 pacjentów kardiologicznych ma depresję
- Wpływa na rozwój, przebieg oraz podatność na leczenie
- Jest równorzędnym (razem z zaburzeniami gospodarni lipidowej i nikotynizmem) czynnikiem wystąpienia ch. ukł. krążenia
- Może rozwinąć się na każdym etapie choroby
- Może być reakcją na wiele czynników biomedycznych (np. diagnoza, rokowanie, przebyty zawał, zmiana stylu życia, proces leczenia, hospitalizacja), a także na społeczną izolację, złe warunki socjoekonomiczne oraz stres
- Pacjenci z depresją:
 - Częściej korzystają z opieki medycznej
 - Częściej rehospitalizowani
 - Dłużej przebywają w szpitalu
 - Nie mają motywacji do zmiany stylu życia, podejmowania zachowań prozdrowotnych
 - Dłużej pozostają na zwolnieniu
 - Doświadczają większego stresu i trudności w funkcjonowaniu społecznym
 - Częściej skarżą się na dolegliwości ze strony ukł. naczyniowo-sercowego
 - Rzadko stosują się do zaleceń lekarskich
 - Mają zaburzoną percepcję bólu

9. Rola lęku

- Źródło objawów ze strony układu krążenia
- Skutek choroby
- Lęk będący czynnikiem nasilającym objawy jest jednocześnie jej konsekwencją
- 80% pacjentów intensywnego nadzoru kardiologicznego – zaburzenia lękowe (uczucie napięcia, strach, tachykardia, przyspieszony oddech, obfite pocenie się, bezsenność, podwyższone ciśnienie tętnicze krwi, komorowe skurcze dodatkowe)
- Najwyższy poziom lęku 1 i 2 doba po zawale, 2 i 3 wypieranie, 3 i 4 objawy depresyjne
- Nawrót objawów lęku przed powrotem do domu

10. Związek z aleksytymią

- Tłumienie emocji oraz trudności w ich symbolizacji
- Pacjenci z wysokim poziomem aleksytymii mają tendencję do nadwrażliwości i mniejszej odporności na wewnętrzne i zewnętrzne bodźce, częściej przypisują dolegliwości przyczynom somatycznym a nie psychicznym * Pacjenci z nadciśnieniem mają trudności z rozróżnianiem, określaniem i wyrażaniem swoich emocji, mają mniejszą umiejętność rozluźniania się i charakteryzują się większą reaktywnością emocjonalną

11. Stres

- Mechanizmy behawioralne - Oddziaływanie na czynniki ryzyka np. nieprawidłowe odżywianie (zajadanie stresu)
- Mechanizmy patofizjologiczne - Zaburzenia: neuroendokrynne, układu współczulnego, układu krzepnięcia, funkcji śródbłonna, odpowiedzi immunologicznej i zapalnej
- W kardiologii - Czynniki przyspieszające wystąpienie zawału serca, przyczyniający się do rozwoju nadciśnienia tętniczego, wywołujący niedokrwienie w mechanizmie kurczu naczyniowego oraz generujący zaburzenia rytmu i prowokujący wystąpienie nagłego zgonu sercowego

12. Leczenie

- Dostosowanie strategii do pacjenta
- Diagnoza w zakresie lęku, depresji i zaprzeczania
- Ocena sytuacji rodzinnej, zawodowej, nawyków zdrowotnych, stosunku do choroby, oczekiwań związanych z przebiegiem choroby, sposobem leczenia, sposobem spędzania wolnego czasu, zainteresowań, wieku, wykształcenia, wykonywanego zawodu

13. Postawa pacjenta

- Typ 1 - Adekwatna wiedza o chorobach sercowo-naczyniowych, wysoki poziom niepokoju związanego z faktem choroby, wyrównany nastrój, niski poziom domagania się opieki
- Typ 2 - Brak adekwatnej wiedzy o chorobie, mierny stopień akceptacji rozpoznania i zaleceń lekarskich, pesymistyczne nastawienie w stosunku do przyszłości, obniżony nastrój, wysoki poziom lęku, wysoki poziom domagania się opieki. Brak adekwatnych informacji o chorobie, brak akceptacji rozpoznania i zaleceń lekarskich, nierealistyczne wyobrażenia na temat choroby, podwyższony nastrój, brak lęku, brak domagania się opieki
- Typ 3 - Postawa ambiwalentna – zawiera w sobie elementy typów 1 i 2

Model postępowania Tylki

- Przekazywanie pacjentowi informacji dotyczących etiopatogenezy, przebiegu i leczenia • Wzmocnienie motywacji do rehabilitacji, modyfikacji stylu życia i autoterapii
- Zapoznanie pacjenta oraz nauka treningów relaksacyjnych, umiejętności odprężania się
- Uczenie pacjenta wglądu w siebie, kontrolowania emocji, stosowania adekwatnych mechanizmów obronnych
- Zapoznanie pacjenta z nowymi formami aktywności i zainteresowań w celu czerpania z nich satysfakcji