

Błażej Karwat

## **Psychologiczne czynniki rozwoju chorób układu krążenia**

Słowa kluczowe:

choroba niedokrwienna serca, stres, czynniki ryzyka, wzór zachowania typu A, wrogość, agresja

Streszczenie

Związek pomiędzy psychiką człowieka, a jego zdrowiem fizycznym dostrzegano od zarania dziejów. W starożytności związek ten omawiało wielu filozofów. W średniowieczu ludzie wierzyli, że choroby pochodzą od sił wyższych. Ważnych odkryć dokonywano od XVI wieku. Prace z zakresu psychosomatyki miały duży wpływ na określenie związku pomiędzy ciałem a umysłem. Niepokojące wskaźniki epidemiologii chorób układu krążenia zmuszają nas do dokładnej analizy czynników ryzyka, w tym psychospołecznych. W nurcie badań medycznych wyodrębniono konkretne pięć kategorii czynników psychospołecznych mających znaczenie w powstawaniu i przebiegu ChNS. Wymieniane są WZA, depresja, lęk, izolacja społeczna i stres przewlekły (Rozanski A., Blumenthal J.A., Kaplan J., 1999). Wszystkie dotychczasowe działania naukowe wskazują konieczność współpracy pomiędzy kardiologami, psychologami i socjologami.

Błażej Karwat

Psychological risk factors of the progress of cardiovascular diseases

Key words:

ischemic heart disease, stress, risk factors, Type A Behavior Pattern, hostility, aggression

Summary

The connection between human psyche and his physical health has been noticed for centuries. In the ancient age disconnection has been discussed by many philosopher. In the medieval age people returned to beliefs that illness are caused by higher powers. The most important researches have been held since the sixteen century. Psychosomatic work had big influence on describing the connection between mind and body. Frightening rates of cardiovascular diseases epidemiologics force us to detailed analysis of the risk factors, including the psychosocial factors. Many researchers reports that stress is very important factor in the beginnings and process cardiovascular diseases as well as the inability to show negative emotions, and the specific type of behavior, named Type A. All a scientific researches received up to now show the important of common work of the cardiologist, psychologist and sociologist.

Błażej Karwat

## Psychologiczne czynniki rozwoju chorób układu krążenia

Związek pomiędzy psychiką człowieka a jego zdrowiem fizycznym dostrzegano od zarania dziejów. Podkreślany był przez filozofię i medycynę starożytnej Grecji i Rzymu. Obok czynników choroby niedokrwiennej serca: wiek, płeć, przedwczesna menopauza, nieodpowiedni poziom lipidów i cholesterolu, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, obciążenie rodzinne chorobami układu krążenia, otyłość, brak aktywności fizycznej – ważne miejsce zajmują czynniki społeczne i psychologiczne, w tym nieumiejętność efektywnego radzenia sobie ze stresem (Durrington, 1997, s. 12-34).

W roku 1996 na całym świecie z powodu chorób sercowo-naczyniowych odnotowano 15,3 mln zgonów, co stanowiło 30% wszystkich zgonów: 24,5% w krajach rozwijających się i 46% w krajach rozwiniętych. Dwoma najczęstszymi przyczynami zgonów w 1996 roku były: choroba niedokrwienna serca (7,2 mln zgonów) i udar mózgu (4,6 mln zgonów). W roku 2000 choroby sercowo-naczyniowe były przyczyną 48% wszystkich zgonów, stanowiąc tym samym główne zagrożenie zdrowia Polaków. Najczęstszymi przyczynami są zawały serca i udary mózgu ([www.natpol.pl](http://www.natpol.pl)). Łączną liczbę ostrych zespołów wieńcowych w Polsce szacuje się na przeszło 250 tysięcy rocznie (Opolski, 2002, s. 472-474).

„Stress” – tego słowa po raz pierwszy użył kanadyjski lekarz Hans Hugo Selye dla scharakteryzowania stanu, w jakim znajduje się organizm zagrożony utratą równowagi pod wpływem czynników lub warunków narażających na niebezpieczeństwo jego mechanizmy homeostazy. Każdy czynnik mogący zaburzyć tę równowagę i wywołać stres zwany jest stresorem (Sillamy, 1994, s. 280). Stres może występować w różnych postaciach. Większość z nich wynika z połączenia oddziaływania czynników zewnętrznych i wewnętrznych. Stres może być wynikiem interakcji pomiędzy jednostką a jej środowiskiem pracy, stanowić odpowiedź na niezaspokojenie potrzeb fizjologicznych, problemy osobiste, cechy osobowościowe, predyspozycje do określonych zachowań oraz stopień ogólnej podatności. Zdarza się, że wpływa na rozwój lub postęp chorób układu krążenia poprzez zmianę stylu życia, niezastosowanie się do zaleceń lekarskich (Pickering, 2002, s. 19-22). Badania wykazały związek pomiędzy stresem spowodowanym sytuacjami zewnętrznymi, jak na przykład trzęsienia ziemi, a wzrostem ciśnienia tętniczego i akcji serca (Pickering, *ibidem*).

Już w starożytności Platon uznawał, że leczenie ciała bez duszy nie jest właściwą drogą. Hipokrates traktował każdego pacjenta jak indywidualną jednostkę, posiadającą

odrębną budowę i skład – zależne od jej stanu emocjonalnego, sposobu odżywiania się. Galen uznawał konieczność ustalenia indywidualnego postępowania terapeutycznego. W średniowieczu powrócił okres wiary w ponadnaturalne źródła pochodzenia chorób – opętania, kary za grzechy i klątwy. Najlepszym lekarstwem była modlitwa. Uznano, że Bóg celowo zakrył pewne dziedziny wiedzy przed rozumem człowieka. Okres ten hamująco wpłynął na rozwój medycyny (Dudek, 2001, s. 45-48).

W XVI wieku polski lekarz Józef Struś opisywał przypadki pacjentów u których zmiany tętna związane były z określonym stanem emocjonalnym. W XVII wieku William Harvey wykazał, że krążenie krwi jest procesem mechanicznym. Wziął również pod uwagę znaczenie stanu emocjonalnego dla układu sercowo-naczyniowego. Ważnym wydarzeniem był rozwój psychosomatyki, do czego początkowo przyczyniły się prace Charcota i Janeta, potem Freuda, Cannona, Selyego – wszystkie dowodzą związków pomiędzy procesami psychicznymi, a fizjologicznymi (Dudek, *ibidem*). Podczas wojny secesyjnej Da Costa zauważył zaburzenia wegetatywne, kołatanie serca, hiperwentylację, lęk i niepokój u żołnierzy poddanych znacznemu wysiłkowi fizycznemu i psychicznemu. Polski lekarz Władysław Biegański wychodzi z założenia, że pęd w jakim żyje współczesna cywilizacja powoduje zaburzenia nerwicowe wielu narządów. William Osler sformułował hipotezę, według której istnieje związek pomiędzy osobowością, a atakami serca. Typowy pacjent z chorobą niedokrwienną serca jest „pełnym zapału i ambitnym człowiekiem, a wskaźnikiem jego pędu jest zawsze pełna szybkość naprzód” (Tylka, 1999, s. 64). Osler podkreślał większe znaczenie stresu, presji otoczenia, pracy jak maszyna od nie umiarkowania w jedzeniu i picciu. Typowy pacjent z chorobą wieńcową to delikatna, neurotyczna osoba, pełna wigoru fizycznego i psychicznego, ambitna i pełna zapału (Opolski, *op. cit.*, s. 474).

W 1943 roku uważano, że czynniki psychologiczne mogą wpłynąć na choroby układu krążenia w przypadku jednego z jednojajowych bliźniąt (Friedman, 1959, s. 1288-1296). W 1959 roku u osób zdrowych lecz nadpobudliwych, drażliwych, popędliwych odnotowano wzrost zapadalności na choroby układu krążenia. Badana grupa nie cierpiała na nadciśnienie tętnicze, nikotynizm, hipercholesterolemię czy arcus senilis (Friedman, *ibidem*). Na podstawie powyższych obserwacji syndrom nazwano zachowaniem A. Odkrycie potwierdziły badania innych uczonych: Caffrey C. B., Haynes S. G., Feinleib M., Cannel W. B., Booth-Kewley G., Friedman H. G., Mathews K. i w 1981 roku Narodowy Instytut Serca, Płuc i Krwi opublikował raport, w którym zgromadzenie kardiologów i psychologów podsumowało, że zachowanie typu A jest ważnym czynnikiem ryzyka, mającym wpływ na choroby układu krążenia Caffrey, 1981, s. 54).

#### Wzór Zachowania Typu A (Type A Behavior Pattern – TABP):

- 1) Cechy fizyczne: głośny głos, szybka mowa, nadpobudliwość psychomotoryczna, skurcze mięśni twarzowych
- 2) Postawy i emocje: wrogość, niecierpliwość, gniew, agresywność
- 3) Aspekty motywacyjne: dążenie do celu, rywalizacja, dążenie do sukcesu i ambicji
- 4) Jawne zachowania: czujność, pośpiech, nadaktywność, zaangażowanie, zawodowe
- 5) Aspekty poznawcze: potrzeba kontrolowania otoczenia i charakterystyczny styl oceny (Friedman, 2001).

#### Friedman, Price, Tylka wskazują wybrane oznaki zewnętrzne Zachowania Typu A:

- 1) ogólnie ujawnia energię, czujność i pewność siebie,
- 2) mocno ściska dłoń przy powitaniu i chodzi,
- 3) głośno i/lub energicznie mówi,
- 4) zwięzła i szybka mowa, skrótowe odpowiedzi,
- 5) urywa wypowiedzi, robi błędy w wymowie,
- 6) ponaganie i przerywanie rozmówcy zanim skończył on swoją wypowiedź,
- 7) używa zaciśniętej pięści lub wskazuje palcem na rozmówcę, aby podkreślić to, co mówi,
- 8) wrogość skierowana do prowadzącego wywiad lub tematu poruszanego w czasie wywiadu,
- 9) często niespodziewanie i z naciskiem odpowiada jednym słowem na twoje pytanie np. Tak! Nigdy! Definitywnie! Absolutnie! (Kośmicki, 2002, s. 29-34).

Wiele badań wykazało, że zachowanie typu A wpływa na poziom cholesterolu, trójglicerydów, kortykotropin, wydzielanie insuliny i może wzmacniać krzepliwość krwi (Tylka, 1995, s. 43-48). Większość tzw. „twardych” palaczy oraz osób z nadciśnieniem znajduje się wśród typu A (Tylka, *ibidem*). Omawiając wzór zachowania A trzeba wiedzieć, że zasadniczym czynnikiem wpływu na rozwój choroby niedokrwiennej serca jest uczucie wrogości, a zatem również cynizm i brak zaufania (Pickering, *op. cit.*, s. 21). Tłumienie wrogości, brak umiejętności wyrażania emocji podkreślał w przypadku chorych na serce Eliot i Dohrewend (Opolski, *op. cit.*, s. 473). Najważniejsze jest nie tyle to, jak silnej złości doświadczają ludzie, lecz to w jaki sposób ją wyrażają. Niektórzy wybuchają, inni zamykają

się w sobie, inni jeszcze stosują tzw. mechanizm przeniesienia. U badanych, którzy najsilniej wyrażali złość stwierdzono dwukrotnie większe ryzyko udaru mózgu (Pickering, *op. cit.*, s. 22). Menningerowie byli pierwszymi, którzy zaobserwowali u pacjentów z chorobą wieńcową silne tendencje do zachowań agresywnych. Arlow pisał o natrętnym dążeniu do rywalizacji, przy jednoczesnym braku pewności siebie. Bahnson i Wardwell uznali, że dążenie to stanowi kompensację poczucia mniejszej wartości (Opolski, *op. cit.*, s. 474).

Niektórzy badacze w kontekście zachorowania na chorobę wieńcową podkreślają większe znaczenie stresu od zachowania (osobowości) typu A (Kośmicki, *op. cit.*, 30). Stres niewątpliwie jest przyczyną wielu chorób cywilizacyjnych, w tym chorób układu krążenia. Jest zjawiskiem zakłócającym przebieg procesów psychicznych i somatycznych (Tylka, *op. cit.*, s. 45). Szczególne znaczenie ma stres zawodowy u mężczyzn i stres małżeński u kobiet. Źródłem przewlekłego stresu są także złe warunki ekonomiczne, sytuacja bezrobocia i powiązana z nim wyuczona bezradność (Pickering, *op. cit.*, s. 21). Rozważając stres w pracy trzeba uwzględnić współdziałanie dwu składowych: wymagań psychologicznych oraz swobody w podejmowaniu decyzji. W badaniach wykazano, że prace charakteryzujące się wysokimi wymaganiami i niewielką swobodą w podejmowaniu decyzji, wiążą się nie tylko z większym ryzykiem wystąpienia choroby niedokrwiennej serca, lecz również nadciśnienia tętniczego. W badaniu Cornell Worksiste Study wykazano, że osoby z nadciśnieniem trzy razy częściej wykonywały stresującą pracę, niż osoby z prawidłowymi wartościami ciśnienia (Pickering, *ibidem*). Inne badania wykazały, że ryzyko zachorowania na chorobę niedokrwinną serca było 3,4-4,5 raza większe u pracowników, których sytuację zawodową charakteryzował brak stabilizacji, poczucia bezpieczeństwa, silna presja oraz wysoki poziom uzależnienia od pracy. W związku z tym badacze zauważyli, że dla rozwoju omawianych chorób znaczenie ma wystąpienie określonych zależności: brak perspektyw awansu – niskie pobory, rywalizacja w pracy – wysoki wysiłek, uczucie narastającego gniewu, palenie papierosów i nadwaga (Kośmicki, *op. cit.*, s. 30). W aspekcie pracy zawodowej badano także związek pomiędzy ryzykiem zachorowania na choroby serca, a zespołem wypalenia zawodowego, mobbingiem. Wypalenie zawodowe stanowi stres o charakterze przewlekłym i prowadzi do wyczerpania organizmu, znacznego obniżenia nastroju. Jest rezultatem przeciążenia pracą i zużycia zasobów energetycznych, co w rezultacie sprawia, że pracownik psychicznie ucieka przed pracą, przejawia zachowania agresywne. Mobbing czyli prześladowanie człowieka w miejscu pracy, poniżanie i obniżanie jego wartości jest sytuacją zdecydowanie trudną dla pracownika. Taka sytuacja wywołuje silną reakcję na stres, która także może prowadzić do zespołu wieńcowego, włącznie z

zawałem mięśnia sercowego, nagłym zgonem sercowym i udarem mózgu (Kośmicki, *ibidem*).

W 1997 roku stwierdzono związek pomiędzy depresją, lękiem i nadciśnieniem tętniczym. Depresja okazała się silnym czynnikiem prognostycznym wystąpienia nadciśnienia tętniczego (Sillamy, *op. cit.*, s. 280). Pierwsze doniesienia na temat związku depresji z chorobą niedokrwienną serca pochodzą z 1937 roku, kiedy Malzberg dokonał porównania umieralności pacjentów z depresją inwolucyjną, hospitalizowanych w szpitalach stanu Nowy Jork, z umieralnością ogólną populacji tego stanu. Badania te wykazały większą umieralność w pierwszej grupie, podobną jak w przypadku pacjentów z chorobami serca i infekcjami (Dudek, *op. cit.*, s. 47). Praca ta nie spotkała się jednak z zainteresowaniem i powrócono do niej dopiero w latach siedemdziesiątych. W 1979 roku w Danii przeprowadzono badania, którymi objęto 6000 pacjentów z rozpoznaną chorobą afektywną jedno- lub dwubiegunową. Okazało się, że śmiertelność z powodu chorób sercowo-naczyniowych była o 50% większa niż w populacji ogólnej (Dudek, *ibidem*). Wyniki te uzyskały potwierdzenie w innych badaniach: Tsuang i wsp., Norton i Whalley, Rabins i wsp., Sharma i Markar, Vestergaard i Aagaard. Wpływ depresji na wystąpienie choroby niedokrwiennej serca został potwierdzony licznymi badaniami prowadzonymi na szerokich populacjach w: USA, Kanadzie, Finlandii, Danii. We wszystkich tych badaniach potwierdzono związek depresji z ryzykiem wystąpienia i niepomyślnego przebiegu choroby niedokrwiennej oraz zawału serca (Dudek, *ibidem*). Częstsze występowanie depresji stwierdza się wśród osób bezrobotnych (Kośmicki, *op. cit.*, s. 33).

Sposób w jaki oceniamy wyzwania płynące ze świata zewnętrznego, a następnie jak sobie z nimi radzimy wpływa na przebieg procesów chorobowych. Umiejętne wyrażenie emocji, jakie odczuwamy w sytuacjach interpretowanych przez nas jako trudne, ma ogromne znaczenie dla przebiegu procesu zdrowienia (Salomon, 2003, s. 100). Wyrażanie pozytywnych, jak i negatywnych uczuć pozwala nam na pozbycie się ładunku emocjonalnego, powiązanego z konkretnymi sytuacjami społecznymi. W związku z tym zamiast tłumić gniew, złość, żal, smutek – poleca się wyrażanie ich, choćby poprzez komunikaty werbalne. Ogromne znaczenie w radzeniu sobie z sytuacjami trudnymi ma wsparcie społeczne w które mogą angażować się osoby obce, specjaliści, ale przede wszystkim rodzina. W badaniach dotyczących oddziaływania stresu w miejscu pracy wykazano, że wsparcie społeczne w istotny sposób wpływa na oddziaływanie stresu zawodowego wyrażonego na poziomie fizjologicznym. Osoby pozostawione bez wsparcia miały wyższe ciśnienie skurczowe krwi i częstość akcji serca (Skrzypek, 2000, s. 385).

Badania dotyczące wsparcia społecznego w przypadku osób ze wzorem zachowania typu A również wykazały związek. Blumenthal i współpracownicy stwierdzili, że pacjenci typu A z wysokim poziomem wsparcia wykazują mniejsze nasilenie zmian w tętnicach wieńcowych (Skrzypek, *ibidem*). Zatem istnieją przesłanki do uznania deficytu wsparcia społecznego jako czynnika ryzyka choroby niedokrwiennej serca.

Istnieje konieczność osiągnięcia porozumienia między kardiologami, a psychologami, pedagogami i socjologami w celu zaplanowania i realizacji określonych działań profilaktyki pierwotnej i wtórnej chorób sercowo-naczyniowych. Należy nie tylko zająć się edukacją, psychoprofilaktyką w środowisku szkolnym, studenckim, w zakładach pracy, lecz działaniem terapeutycznym trzeba objąć wszystkich pacjentów po przebytych incydencie wieńcowym. W zapobieganiu chorobom układu krążenia warto zwrócić uwagę na zagadnienia związane ze stresem, jego przeciwdziałaniem, technikami relaksacji, ćwiczeniami oddechowymi, a także modyfikacją zachowań, korektą stylu życia. W tak rozumianej pracy prewencyjnej pomocne będą zagadnienia komunikacji nie tylko interpersonalnej, lecz przede wszystkim intrapersonalnej. Nagradzający, wspierający monolog wewnętrzny może spełniać znaczącą rolę, szczególnie zaś współcześnie w czasach nieustającej pogoni za prestiżem społecznym, dobrami materialnymi, sławą.



### **Literatura:**

Caffrey C. B., Haynes S. G., Feinleib M., Cannel W. B., Booth-Kewley G., Friedman H. G., Mathews K. (1981). The Review Panel on Coronary-Prone Behavior and Heart Diseases. *Circulation*.

Dudek D, Zięba A. (2001). *Depresja w chorobie niedokrwiennej serca*. Kraków: Biblioteka Psychiatrii Polskiej.

Durrington P. (1997). *Prewencja choroby niedokrwiennej serca*. Warszawa: Wydawnictwo Medyczne SUNMEDICA.

Friedman M, Rosenman R. (2001). Type A Behavior Pattern Today: Relevance of the JAS – S Factor to Predict Heart Rate Reactivity. *Behavioral Medicine*.

Friedman M, Rosenman R. H. (1959). Association of specific behavior pattern with blood and cardiovascular findings. *JAMA* 1959; 169.

Kośmicki M. (2002). Stres psychospołeczny jako czynnik ryzyka choroby wieńcowej. *Przewodnik Lekarza*, (6); 29-34.

Leder S, Bryczyńska C., *Psychiatryczne i psychologiczne aspekty praktyki medycznej*. Wybrane zagadnienia psychiatrii konsultacyjnej. Kraków.

Opolski G, Filipiak J, Poloński L. (2002). *Ostre zespoły wieńcowe*. Wrocław: Wydawnictwo Urban&Partner.

Pickering T. (2002). Stres psychiczny jako przyczyna rozwoju nadciśnienia i chorób układu sercowo-naczyniowego. *Kardiologia po dyplomie*, tom 1 Nr 1; 19-22.

Rozanski A., Blumenthal J.A., Kaplan J. (1999). Impact of psychological factors on the pathogenesis of cardiovascular disease and implication for therapy. *Circulation*.

Salmon P. (2003). *Psychologia w medycynie*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Sillamy N. (1994). *Słownik psychologii*. Katowice: Wydawnictwo Książnica.

Tylka J.(1995). Psychologiczne uwarunkowania choroby niedokrwiennej serca (aspekty etiologiczne i terapeutyczne). *Czynniki Ryzyka*, (2); 43-48.

Tylka J. (1999). Psychologiczne problemy radzenia sobie z chorobami układu krążenia. W: Skrzypek M, Widomska-Czekajska T. (2002). *Miejsce wsparcia społecznego wśród czynników psychospołecznych związanych z chorobą niedokrwinną serca*. *Kardiologia Polska* 2000, 52.

Wrześniewski K., Włodarczyk D. (2004). *Choroba niedokrwienności serca. Psychologiczne aspekty leczenia i zapobiegania*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

[www.natpol.pl](http://www.natpol.pl)