

# Kardiovaskulární choroby

- ICHS
  - Akutní formy :
    - AIM
    - NAP
  - Chronické formy
    - Námahová AP
    - Stavy po AIM
    - Chron.srdeční selhávání

# Rizikové faktory ( RF KVCH)

- Biologické
  - Metabolický syndrom X
  - Věk
  - Mužské pohlaví
  - Genetická zátěž

# RF KVCH

- Psychosociální
- Sociálně - deprivující faktory ( sociálně – ekonomický status, příslušnost k určité vrstvě apod.)
- Emocionální a osobnostní faktory ( Alexandrova hypertenzní osobnost, hostilita, anxieta, depresivita, insuficientní soc. opora apod.)
- Faktory související s pracovním procesem (vedoucí pozice apod.)

# Rizikové typy osobnosti KVCH

- Friedman a Rosenman přišli v 70.letech se studií, která prokázala vliv určitého stylu chování na vznik typického onemocnění pro daný typ osobnosti.
- Daná charakteristika chování se nejvíce projevuje pod působením stresoru

# Rizikové typy osobnosti KVCH

- **Osoba typu A** se vyznačuje:
- charakteristickými výrazovými projevy v chování (rychlost pohybů, neklid)
- vysokou úrovní vnitřního úsilí a ctižádostivosti
- přítomností agresivních a hostilných pocitů (mnoho soutěžení, snaha být vždy první)
- intenzitou pocitů časové naléhavosti (stálý spěch, úzkostlivé šetření s časem)
- => inklinuje ke kardiovaskulárním onemocněním

# Rizikové typy osobnosti KVCH

- **Osoba typu D** (distressed personality)
  - Potlačení projevovaných emocí
  - Negativní emoce, deprese
  - Chronická tenze
  - Hostilita
  - Iritabilita
  - Špatná sociální podpora, sociální izolace
  - Snížené sebehodnocení
  - Životní nespokojenost, snížená QOL,
  - Zvýšená kardiovaskulární mortalita a morbidita

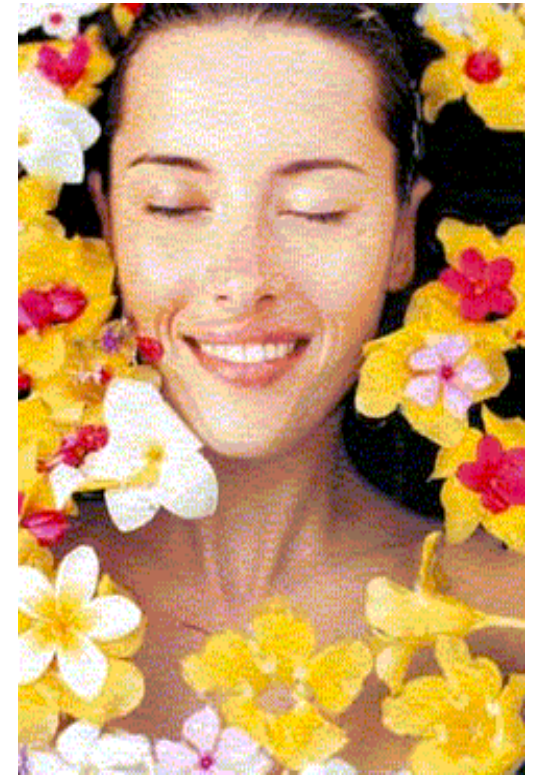
# Salutoprotektivní faktory KVCH

**Hardiness ( Kobasová)** – osobnostní odolnost, nejvýznamnější účinek

- Control
- Commitment
- Challenge

U osob s vysokou hardiness je riziko AIM 7x nižší (Šolcová, Kebza, 1996)

**Sence of coherence (SOC)(Antonovský)**



# Salutoprotektivní faktory KVCH

## **Sence of coherence (SOC)(Antonovský)**

Comprehensibility

Manageability

Meaningfulness

Hodnocení :

Hardiness - PVS

Sence of coherence - SOC



# Transplantace srdce HTx

- Srdeční selhání
  - IM, hypertenze, DKMP
  - Jednoroční mortalita je 40%
- Indikací je :
  - Irreverzibilní srdeční selhání, vyčerpaná farmakologie a chir. výkony, vyloučené kontraindikace , zaručená spolupráce pacienta

## **Kontraindikací je:**

Psychosociální nestabilita, abúzus alkoholu nebo drog

# Psychosociální faktory predikující úspěšnou transplantaci

- Možnost emocionální exprese a abreakce
- Adekvátní sebekontrola a sebedisciplína
- Dobrá frustrační tolerance stresu
- Dobrý stresový coping
- Emoční stabilita
- Nízká hladina agresivity a hostility
- Ochota ke spolupráci
- Dobrá sociální podpora partnera a rodiny
- Psychosociální stabilita rodiny
- Dobrá adaptabilita

# Nejčastější stresory v období čekání na HTx

- Nutnost transplantace
- Symptomy srdečního selhávání
- Terminální stádium onemocnění
- Hospitalizace, separace od rodiny
- Znepokojení , strach rodiny
- Závislost na pomoci ostatních
- Nejasná budoucnost
- Ztráta energie, vyčerpání
- Strach z výsledků transplantace a ztráta kontroly
- Čekání na dárce více než 1 měsíc

# Kvalita života po HTx

- Psychosociální faktory limitující QOL
  - Anxiozita
  - Depresivita
  - Iritabilita
  - Hostilita
  - Adaptabilita
  - Úroveň stresu
  - Sociální podpora
  - Neefektivní coping
- Na zhoršení QOL po HTx se podílejí psychosociální faktory v 50% ( do 3 roků je podíl největší)

# Psychosomatika respiračních onemocnění

- **Astma bronchiale - 5-15% obyv.**
  - Chronické zánětlivé onemocnění dýchacích cest s postižením IS (minitního systému) a KV(kardiovaskulárního systému):
    - Kontrakce bronchiálního svalstva
    - Otok sliznice
    - Produkce hlenu ( vazkého, nelze vykašlat)
    - Klinické symptomy : od mírné dušnosti po status astmatikus

# Psychosomatika respiračních onemocnění

- Vznik choroby má tři období max. výskytu:
  - Kolem 5. roku věku – vysoká pravděpodobnost chronicity, psychických poruch, tělesných deformit ( hrudní koš, páteř, klesá tělesná zdatnost, výkonnost)
  - Mezi 25. – 30. rokem – disimulace, bagatelizace choroby
  - Kolem 50. roku - častá agravace zdrav. potíží

# Psychosomatika astma bronchiale

- **Rizikové faktory:**
  - Faktory hostitele
  - Faktory prostředí
  - Faktory psychosociální
  - Faktory organické

## **Osobnostní charakteristiky:**

Panický strach (nezávislý na závažnosti choroby),  
anxieta , únava, vyčerpání, duševní napětí,závislost,  
depresivita,neuroticismus,egocentrismus,podezíravost,  
přecitlivělost,hostilita,těžce se vyrovnávají s frustracemi.

# Psychosomatika astma bronchiale

- Anxieta
  - Významný perzistenční činitel ( udržuje chronicitu)
  - Doprovázejí ji **vegetativní příznaky** :
    - Změny dýchání
    - Zvýšení TK
    - Bušení srdce
    - Zvýšené pocení
    - Sucho v ústech
    - Zvýšení noradrenalinu a kys. mléčné



# Psychosomatika astma bronchiale

- Doprovázejí ji **psychické příznaky** a  
  - Vyčerpanost
  - Duševní napětí
  - Nutkání k aktivitě a výkonu

**Astmatičtí pacienti vykazují vyšší míru depresivity, anxiety a neuroticismu ( Ritz, 2000)**

# Psychosomatika astma bronchiale

## Recentní studie :

Vliv dominantního nebo nadměrně protektivního chování rodičů

Vliv zanedbávání psychosomatické výchovy dítěte

Korelace mezi stupněm emocionálního vyjadřování dítěte a snahou tyto projevy tlumit ( Wood, Faleide, 1997)

Nedostatek mateřského chování, deprivace matky( Garner, Wenar, 1959, Block , 1966)

Sociální aktivity v rodině astmatika ( Wikram, 1978)

# Psychosomatika astma bronchiale

- Studium osobnostních rysů se vztahem k vývoji astma bronchiale ( Huovien, 2000)
- Závěr : nelze vytipovat osobnostní rys, který by měl užší vztah k vývoji astmatu.
- Rys extravertze u žen má k vývoji astmatu úzký vztah
- Rizikovým faktorem u dětí je introvertze
- Rodinná atmosféra ( sociální prostředí v rodině ) hraje významnější roli nežli rysy osobnosti

# Psychosomatika astma bronchiale

- **TAK HOVOŘÍ TĚLO : Christiansen ( 1963)** - studie zaměřená na vztah mezi posturologií a dýcháním
- postavení hrudníku určuje dýchání

# Doporučená literatura

- Špičák, V., Vondra, V.: Asthma bronchiale v dětství a v dospělosti. Avicenum, Praha, 1988
- Špičák, V., Panzer, P.: Alergologie. Galen, Praha, 2004
- Špičák, V.: Globální strategie péče o astma a jeho prevenci. Česká iniciativa pro astma. Praha, 2003
- Pružinec, P.: Moja alergia. Bratislava. Bonus. 2002
- Ritz, T., Steptoe, A.: Emotions and stress increase respiratory resistance in asthma, Psychosom. Med., 62, 3, 401-412, 2000.
- Los, J.: Psychogénne faktory astmatu. Škola astmy. Medifórum, 1994.
- Kašák, V.: Asthma bronchiale. Maxdorf. Praha. 2007
- Musil, J., Petřík, F.: Pneumologie. Karolinum. Praha. 2005

# Revmatologická onemocnění

- Young (1995) :
- Zánětlivá revmatologická onemocnění
  - RA
  - Spondartritidy (Ankylosující spondylitida - Morbus Bechtěrev) a reaktivní artritidy (předcházel zánět)
  - Kolagenózy (SLE, sklerodermie, dermatopolymyositis, smíšené kolagenové onemocnění)
  - Primární vaskulitidy (Panarteritis nodosa)

# Revmatická onemocnění

- Mimokloubní revmatická onemocnění
  - Např. fibromyalgie, bursitis, polymyalgia revmatika, syndrom karpálního tunelu

## **Fibromyalgie**

- Revmatické onemocnění měkkých tkání
- Bolesti celého pohybového aparátu, tender points , bolesti hlavy, střevní a močové potíže, únava.
- Vysoký výskyt ( až  $\frac{3}{4}$  ) frustrací, stresu v čase vzniku nebo zhoršení choroby ( Heřmánek, 1994).

# Psychosomatika - revmatoidní artritida (RA )

- RA - chronická polyartritida
  - symetrické zánětlivé poškození kloubů, krční páteře, proliferace synoviálních bb, eroze chrupavek, kostí a poškození cév vedoucí k reverzibilním změnám a k invaliditě.
  - začátek – plíživý, subfebrilie, únava, nechutenství, noční a ranní bolesti kloubů, ztuhlost- neschopnost ohnout drobné ruční klouby( až několik hodin)
  - 1% populace, 35.- 55. rokem věku, ženy 3x častěji
  - genetika, autoimunologie
  - hodnocení funkce, aktivity, reversibility, systémových příznaků a mimokloubních projevů, komplikací





# Revmatoidní artritida

- Průběh onemocnění :
- 1. monocyklický typ ( méně než 20% )
  - Jeden cyklus onemocnění je následovaný remisí v délce 1 rok
- 2. polycyklický typ ( 70% )
  - Pozvolný progresivní průběh s epizodami různě dlouho trvajících inkompletních remisí
- 3. progredující typ (10%)
  - Maligní průběh, rychlý vývoj destrukcí kloubů

# Revmatoidní artritida

- **V roce 1988 byla Americkou revmatologickou společností vypracována v současnosti používaná dg. kritéria :**
  - 1. ranní ztuhlost –trvající alespoň 1 hodinu
  - 2. artritida (zánět) 3 a více kloubů (alespoň 1 oblast se týká ručních kloubů)
  - 3. symetrické postižení kloubů
  - 4. revmatoidní uzly
  - 5. RTG ( rentgenové) změny
  - 6. průkaz patologických hladin RF( revmatoidních faktorů)

# Revmatoidní artritida

- Stádia RA podle anatomického postižení a RTG obrazu (Steinbrocker):
- Stadium I – změny pouze v měkkých částech, žádné RTG destrukce
- Stadium II – osteoporóza, bez deformit kloubů, pohybové omezení, svalová atrofie
- Stadium III – destrukce chrupavky a kosti, deformity, svalové atrofie velkého rozsahu, mimokloubní změny
- Stadium IV – změny st.III + kostěná ankyulóza (ztuhlost)
-

# Lehké formy RA

- zřídka recidivující, s trvalou lehkou poruchou funkce několika kloubů, funkční postižení je minimální – 30%
- v remisi, bez výraznějších známek aktivity (DAS – disease activity score- menší než 2,6)
- pokles pracovní schopnosti 10-15 %

# Středně těžké formy RA

- Funkční postižení střední až výraznější - 60%
- Porucha funkce horních a/nebo dolních končetin. Některé denní aktivity omezeny, nutnost používání pomůcek
- Přítomny deformity a kloubní deformace, svalové atrofie, šlachové problémy
- Aktivita zpravidla střední až vysoká (DAS > 3,2). Trvalá rentgenová progrese
- Pokles pracovní schopnosti 40-60 %

# Těžké formy RA

- Těžká porucha funkce , těžké snížení celkové výkonnosti, omezení denních aktivit, používání asistenčních pomůcek, závislost na pomoci dalších lidí – 10%
- Destrukce a deformity kloubů, komplikace (nekrózy, subluxace, ankylózy, destrukce). Výrazná rentgenová progrese. Aktivita vysoká (DAS > 5,1).
- Pokles pracovní schopnosti alespoň 70%.

# Pomalou progredující formy RA

- Lehká až střední porucha funkce
- Některé denní aktivity vykonávány s využitím kompenzačních prostředků.
- Aktivita trvale nízká (DAS < 3,2) jen občasná vzplanutí možná
- Bez orgánového poškození a systémových projevů, rentgenová progrese minimální
- Pokles pracovní schopnosti 20-35 %



# Psychosomatika revmatických onemocnění

- **Premorbidní osobnostní struktura**
  - Poruchy adaptability
  - Neurotické poruchy
  - Ztráta sebedůvěry a útěk do snů
  - Potlačovaná hostilita , potlačované neg.emoce
  - Obsedantní rysy

# Psychosomatika revmatických onemocnění

- Spouštěcí faktory
  - Odloučení od klíčové osoby
  - Chronický stres
  - Introverze
  - Závislost
  - Subjektivní prožívání a hodnocení emočních vlivů ( Heřmánek, 1982)

# Psychosomatika revmatických onemocnění

- Psychoreaktivní syndromy – astenické
  - Deprese
  - Vědomí závislosti, méněcennosti
  - Strach, úzkost, vtíravé myšlenky – 50-70%
  - Denní snění
  - Neklid, agresivita
  - Emoční labilita
  - Sebeopozorování, pasivita, hypochondrie

# Doporučená literatura

- Trnavský,K.: Léčebná péče v revmatologii.Praha. Grada. 1993
- Heřmánek,S.: Psychosomatické vztahy při reumatických chorobách. Rheumatológia,8,251-260.
- Pavelková,A.: Revmatoidní artritida.Maxdorf. Praha.2009
- Bečvář,R.,Vencovský.,Němec.: Doporučení české revmatologické společnosti pro léčbu revmatoidní artritidy. Vnitřní lék.2008.,54,84- 99
- Pavelka,K.,Bečvář,R.: revmatoidní artritida- Standardní postupy.Čes.revmatol.,1999,7: 4-8

# Motto:

- „Centrální teze u těchto onemocnění (psychosomatických) zní: mnoho našich tělesných a psychických chorob vzniká, když se na delší dobu odmlčíme a nerealizujeme náš život v řeči a vztazích. O čem není možno mluvit, tím se musí onemocnět!“

Gerhard Danzer