

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

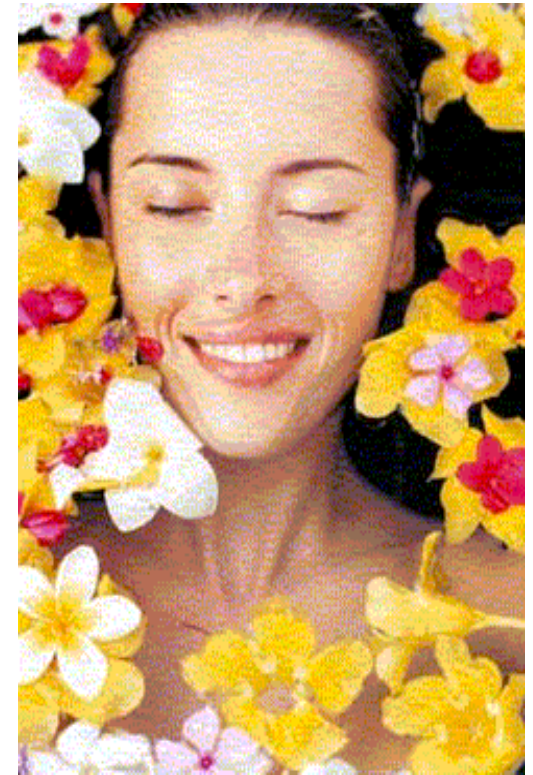
Salutoprotektivní faktory KVCH

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 ankylóza (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