

Ψυχικά προβλήματα ασθενών με καρδιοπάθειες: Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες στεφανιαίας νόσου – εμφράγματος μυοκαρδίου

Σ. Γιαννίτση, Α. Βιδάλης

Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων και
Ψυχιατρικό Τμήμα Ιπποκράτειου Γενικού Περιφερειακού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης

Περίληψη: Στην παρούσα μελέτη ανασκοπούμε τους ψυχοκοινωνικούς συντελεστές που σχετίζονται με τη στεφανιαία νόσο, η οποία εξακολουθεί να αποτελεί μία από τις σπουδαιότερες αιτίες θανάτου στο Δυτικό κόσμο. Για το λόγο αυτό άλλωστε η στεφανιαία νόσος και η σχέση της με ψυχοκοινωνικούς παράγοντες έχει αποτελέσει σημαντικό πεδίο πολυκεντρικών ερευνητικών μελετών την τελευταία 20ετία. Η προσωπικότητα τύπου Α, η κατάθλιψη, το άγχος, η οξεία δυσφορία σε πλαίσια ενοχλητικών γεγονότων ζωής, η υψηλή συμπαθητικο-

τονική απαντητικότητα σε περιβαλλοντικά ερεθίσματα, κοινωνικοπολιτισμικούς παράγοντες καθώς και διαπροσωπικοί παράγοντες έχουν αποδειχθεί ότι άμεσα ή έμμεσα εμπλέκονται στην γένεση και την πορεία ορισμένων καρδιοαγγειακών προβλημάτων. Η ψυχιατρική παρέμβαση, ως εκ τούτου, είναι δυνατόν να συμβάλλει αποφασιστικά στην ανάταξη σε άλλοτε άλλο βαθμό των ανωτέρω συντελεστών παρεμβαίνοντας θετικά στην πρόληψη, την πορεία και την πρόγνωση των διαταραχών αυτών.
Ιπποκράτεια 1997, 1: 144-150.

Η φυσιολογία και η παθολογία του καρδιοαγγειακού συστήματος όπως είναι γνωστό, επηρεάζεται ευμενώς ή δυσμενώς από πλειάδα βιολογικών και ψυχοκοινωνικών παραγόντων με μια τεράστια αλληλοδιαπλοκή. Οι παράγοντες αυτοί συμμετέχουν σε άλλοτε άλλο ποσοστό είτε αιτιολογικά στην εγκατάσταση των καρδιοαγγειακών νόσων είτε καθορίζοντας την μετέπειτα εξέλιξή τους και την πρόγνωση.

Για τους καρδιολόγους¹ είναι συνήθης κλινική πρακτική να βλέπουν αρκετούς ασθενείς με στεφανιαία νόσο χωρίς να μπορούν να εντοπίσουν κάποιον από τους κλασσικούς παράγοντες κινδύνου, όπως είναι η υπερχοληστεριναιμία, η υπέρταση, ο σακχαρώδης διαβήτης, το κάπνισμα κλπ.

Στις περιπτώσεις ακριβώς αυτές ενοχοποιούνται ψυχολογικοί και κοινωνικοί παράμετροι.

Υπολογίζεται ότι οι κλασσικοί οργανισμοί παράγοντες κινδύνου που προαναφέραμε ευθύνονται μόνο για το 50% της θνησιμότητας από στεφανιαία νόσο, ενώ οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες ευθύνονται για το υπόλοιπο 50%².

Άλλωστε είναι γνωστό ότι οι ψυχικές διαταραχές όπως κατάθλιψη και άγχος επηρεάζουν την ανάπτυξη, την κλινική εκδήλωση και την πρόγνωση της^{3,4}.

Στους ψυχοκοινωνικούς συντελεστές κινδύνου για την πρόκληση στεφανιαίας νόσου και των επιπλοκών της (έμφραγμα μυοκαρδίου, σοβαρές κοιλιακές αρρυθμίες, αιφνίδιος θάνατος) περιλαμβάνονται⁵: η προσωπικότητα τύπου Α και τα ειδικά συστατικά της (εξωστρεφόμενη εχθρικότητα, μη εκφραζόμενος θυμός, ανταγωνιστικές σχέσεις), η κατάθλιψη, η οξεία δυσφορία σε πλαίσια ενοχλητικών γεγονότων ζωής, η υψηλή αυτονομική και καρδιοαγγειακή απαντητικότητα σε περιβαλλοντικά ερεθίσματα ή κοινωνικοπολιτισμικούς παράγοντες (εργασιακή υπερφόρτωση) καθώς και διαπροσωπικοί παράγοντες (έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης).

Εξετάζοντας κάθε παράγοντα χωριστά, πρέπει να υπενθυμίσουμε ότι η τύπου Α προσωπικότητα (ΤΑΠ) αποτελεί ένα μωσαϊκό ψυχολογικών και συμπεριφορικών χαρακτηριστικών που περιέγραψε πρώτος ο καρδιολόγος Friedman¹ στη δε-

καετία του '60.

Ένα άτομο με τα ανωτέρω ψυχολογικά και συμπεριφερολογικά στοιχεία, δηλαδή ένα άτομο βιαστικό, υπερκινητικό, ανυπόμονο, δραστήριο, φιλόδοξο, που εμπλέκεται σε ιδιαίτερα απαιτητικές εργασίες, που είναι ανταγωνιστικό, που οδηγεί γρήγορα-νευρικά-σφικτά, που περπατάει γρήγορα και μιλάει γρήγορα, έχει μεγαλύτερη πιθανότητα να πάθει στεφανιαία νόσο σ' αντίθεση μ' ένα άτομο υποχωρητικό, μη ανταγωνιστικό και μη επιθετικό που χαρακτηρίζεται ως προσωπικότητα τύπου Β.

Τα ανωτέρω άτομα θέτουν μόνιμα υψηλότερους στόχους από ότι τα τύπου Β και σε γνωστικό επίπεδο θεωρούν ότι είναι προσωπικά υπεύθυνα για την επιτυχία ή αποτυχία των ενεργειών τους. Επομένως, μπορούμε να πούμε ότι η φύση τιμωρεί με στεφανιαία νόσο τα άτομα εκείνα, που επιβραβεύει η σύγχρονη ανταγωνιστική μας κοινωνία.

Η σχέση του ΤΑΠ με τη στεφανιαία νόσο είναι ιδιαίτερα σύνθετη.

Σύμφωνα π.χ. με το μοντέλο των Krantz και Durel⁵, τα χαρακτηριστικά του ΤΑΠ (γνωσιακά, συναισθηματικά, συμπεριφορικά) προκαλούνται από στρεσογόνες περιβαλλοντικές καταστάσεις και στην συνέχεια προκαλούν αύξηση της συμπαθητικοτονικής και καρδιοαγγειακής απαντητικότητας (ιδιαίτερα όταν συνυπάρχουν και γενετικοί παράγοντες) που τελικά οδηγούν στη στεφανιαία νόσο.

Τα σωματικά συμπτώματα που προκύπτουν (π.χ. καρδιακοί παλμοί, τρόμος) από τη μια πλευρά ερμηνεύονται γνωσιακά από το άτομο ως απειλή για τον εαυτό του και από την άλλη τα συμπτώματα αυτά μέσω ενός μηχανισμού feedback ενισχύουν περαιτέρω τα χαρακτηριστικά του ΤΑΠ.

Η υπερδραστηριότητα του συμπαθητικού π.χ. στην υπέρταση αντανακλά μια χρόνια ενεργοποίηση μιας αντίδρασης άμυνας/εγρήγορης. Η αύξηση της καρδιακής παροχής, της πίεσης του αίματος και η αντίσταση ινσουλίνης στην πορεία της αντίδρασης άμυνας, τελικά καταλήγει στην αύξηση της γλυκόζης στον εγκέφαλο⁵².

Το μοντέλο των Krantz και Durel βελτιώνεται σημαντικά με τη διαπίστωση⁶ ότι τα άτομα με ΤΑΠ δεν απαντούν απλώς στις στρεσογόνες περιβαλλοντικές καταστάσεις, αλλά και τις προκαλούν μέσω των σκέψεων και συμπεριφορών τους.

Ο ΤΑΠ αποτελεί παράγοντα υψηλού κινδύ-

νου για την ανάπτυξη της στεφανιαίας νόσου και των επιπλοκών της όπως συνάγεται από τρεις μεγάλες προοπτικές μελέτες, την Western Collaborative Group Study⁷, την Framingham Study⁸ και την French-Belgian Cooperative Study⁹.

Η πρώτη μελέτησε 3.200 εργαζόμενους άνδρες χωρίς ιστορικό στεφανιαίας νόσου για 8,5 χρόνια και βρήκε ότι τα άτομα με προσωπικότητα τύπου Α είχαν διπλάσιο κίνδυνο για ανάπτυξη στεφανιαίας νόσου απ' ότι οι άνδρες με προσωπικότητα τύπου Β.

Η σχέση αυτή ήταν ανεξάρτητη από τη παρουσία άλλων παραγόντων κινδύνου.

Ανάλογα ευρήματα είχε και η δεύτερη μελέτη, διάρκειας 8 ετών που συμπεριέλαβε και γυναίκες στις οποίες επίσης η παρουσία ΤΑΠ επαύξανε τον κίνδυνο για στεφανιαία νόσο για τις ηλικίας μεταξύ 45-64 ετών.

Η τρίτη μελέτη που διήρκησε 5 χρόνια και που έγινε σε υγιείς άνδρες της Ευρωπαϊκής Κοινοτήτας έδειξε σαφώς ότι ο ΤΑΠ είναι συντελεστής κινδύνου ανεξάρτητος από τους κλασσικούς παράγοντες επικινδυνότητας για στεφανιαία νόσο, έμφραγμα μυοκαρδίου και αιφνίδιο θάνατο. Ωστόσο, η ισχυρή σχέση μεταξύ ΤΑΠ και στεφανιαίας νόσου που προκύπτει από τα παραπάνω, συμβαίνει μόνο σε δείγμα γενικού πληθυσμού.

Σύμφωνα με την μεταανάλυση του Matthews¹⁰ και άλλων πρόσφατων μελετών^{11,12}, σε ασθενείς που είχαν ήδη στεφανιαία νόσο, ο συνολικός βαθμός ΤΑΠ δεν αυξάνει τον κίνδυνο περαιτέρω επιπλοκών, εκτός ίσως από τον αιφνίδιο θάνατο¹³.

Το γεγονός αυτό οδήγησε τους ερευνητές στην απομόνωση ορισμένων συστατικών του ΤΑΠ (αντί του συνολικού βαθμού ΤΑΠ), που φαίνεται να σχετίζονται εντονότερα με τη στεφανιαία νόσο.

Τέτοια συστατικά είναι οι διάφορες πλευρές της εχθρικότητας και κυρίως η λεγόμενη «ανοιχτή ή εκφραζόμενη» (expressive) εχθρικότητα¹⁴, που μετράται με το Buss-Durkee Hostility Inventory¹⁵, και η «ανταγωνιστική» (stylistic) εχθρικότητα¹⁶ που αποτελεί ένα ανταγωνιστικό στυλ που σχετίζεται και αντανακλάται πολύ καλά κατά τη διάρκεια της δομημένης συνέντευξης του Rosenman¹⁷.

Άλλες πλευρές της εχθρικότητας που συνδέονται με στεφανιαία νοσηρότητα και θνησιμότητα είναι αφ' ενός η «κυνική» εχθρικότητα¹⁸ η οποία μετράται με ένα ερωτηματολόγιο ανάλογο με το Cook-Medley Hostility Inventory¹⁹ που

απορρέει από το MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) και αφ' ετέρου ο συνδυασμός²⁰ υψηλής εχθρικότητας με αναστολή έκφρασης θυμού (anger-in) τα οποία μετρώνται με τη δομημένη συνέντευξη του Rosenman¹⁷.

Η τελευταία έχει χρησιμοποιηθεί ευρέως για την εκτίμηση του συνολικού βαθμού ΤΑΠ, ενώ θα πρέπει να λεχθεί ότι η εχθρικότητα έχει βρεθεί να συνδέεται και με άλλους παράγοντες κινδύνου, όπως είναι η υψηλή κατανάλωση καπνού αλλά και οινοπνευματωδών ποτών.

Επίσης, συνδέεται με ορισμένα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά όπως: μη λευκή φυλή, ανδρικό φύλο, χαμηλό κοινωνικοοικονομικό και μορφωτικό επίπεδο^{13,21}.

Οι ασθενείς με καρδιαγγειακές παθήσεις έχει ανευρεθεί ότι έχουν την τάση να καταπιέζουν μέσα τους τον θυμό τους, αποφεύγοντας να τον εξωτερικεύουν, γιατί θεωρούν ότι αυτό είναι κοινωνικά πιο αποδεκτό. Εάν παραβούν αυτή την αρχή, τότε αισθάνονται ένοχοι⁵⁴.

Τα αποτελέσματα της μετα-ανάλυσης 295 σχετικών μεγεθών που έγινε σε δείγμα 25.469 ασθενών επιβεβαίωσε την υπόθεση των ερευνητών ότι υψηλή αρτηριακή πίεση (BP) καθώς και ιδιοπαθής υπέρταση μπορούν να συσχετισθούν με μειωμένη δυνατότητα συναισθηματικής έκφραστικότητας κυρίως αρνητικών συναισθημάτων και άμυνας⁴⁵.

Οι ανωτέρω ερευνητές επιβεβαίωσαν την υπόθεση ότι ο θυμός και η επιθετικότητα συσχετίζονται με την αιτιολογία της ιδιοπαθούς υπέρτασης και της στεφανιαίας νόσου⁴⁶.

Άτομα που εκτίθενται σε χρόνια στρεσογόνο περιβάλλον και πιο συγκεκριμένα σε ιδιαίτερα απαιτητικό εχθρικό περιβάλλον εργασίας χαμηλής ανταμοιβής, απεδείχθη ότι είναι ιδιαίτερα επηρρεπής σε καρδιολογικά νοσήματα⁴⁷.

Σε έρευνα που έγινε κατά το διάστημα 1985-88 σε 10.308 δημόσιους υπαλλήλους στη Μεγάλη Βρετανία κατέδειξε ότι άτομα ασχέτως φύλου που έχουν περιορισμένο έλεγχο στο περιβάλλον εργασίας τους, έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να πάθουν έμφραγμα του μυοκαρδίου (I. 93) σε σύγκριση με ομάδα ελέγχου.

Η ανάθεση στους υπαλλήλους εκτέλεσης ποικίλων έργων, η παροχή δυνατότητας έκφρασης της γνώμης τους και η ανάληψη πρωτοβουλιών από αυτούς μπορεί να μειώσει τον κίνδυνο αυτό⁶⁰.

Ο αυξημένος βαθμός νευροενδοκρινολογικής απαντητικότητας σε όλους τους τύπους των

στρεσογόνων ερεθισμάτων σε συνδυασμό με συμπεριφερειολογικούς και άλλους συντελεστές όπως π.χ. άρνηση, τα καθιστούν ευάλωτα σε καρδιαγγειακά νοσήματα⁵⁵.

Από πλευράς ψυχικών διαταραχών, η κατάθλιψη είναι πιο στενά συνδεδεμένη με τη στεφανιαία νόσο. Μετά από 4,5 χρόνια παρακολούθησης 4.367 ατόμων τρίτης ηλικίας διαπιστώθηκε ότι η κατάθλιψη αποτελεί ένα σημαντικό αλλά και ουσιαστικό κίνδυνο θανάτου, εγκεφαλικού επεισοδίου ή εμφράγματος μυοκαρδίου⁴⁸. Ιδιαίτερα η μείζων κατάθλιψη (χωρίς θεραπεία) σε ασθενείς με καρδιολογικό ιστορικό θεωρείται από τους ερευνητές ως ο σημαντικότερος δείκτης για σοβαρά καρδιακά επεισόδια, όπως στεφανιαία νόσο με ένδειξη by pass και έμφραγμα μυοκαρδίου²⁸ καθώς και αιφνίδιο θάνατο²⁸⁻³⁰.

Αυτό ίσως εξηγείται από το γεγονός ότι, η μείζων κατάθλιψη προκαλεί αύξηση της συμπαθητικής δραστηριότητας και διαταραχή της αυτονομικής ισορροπίας, τόσο σε καρδιακούς όσο και σε μη καρδιακούς ασθενείς, που σημαίνει ότι στους ασθενείς με καρδιολογικό ιστορικό ο κίνδυνος αυξάνει σημαντικά.

Δεν είναι όμως μόνο η μείζων κατάθλιψη, αλλά και τα καταθλιπτικά συμπτώματα γενικώς προγνωστικοί δείκτες για στεφανιαία νόσο και επιπλοκές αυτής, όπως, στηθάγχη και έμφραγμα μυοκαρδίου³¹, σοβαρές κοιλιακές αρρυθμίες^{12,32}, καρδιακή ανακοπή¹² και αιφνίδιο θάνατο^{31,33}.

Βεβαίως η σχέση εδώ δεν είναι τόσο δυνατή και σαφής όπως στη μείζονα κατάθλιψη, αλλά στη μεταανάλυση³¹ των Booth-Kewley και Friedman σε 13 μελέτες, τα καταθλιπτικά συμπτώματα βρέθηκαν ότι ήταν ικανοποιητικοί προγνωστικοί δείκτες σε αντίθεση προς το άγχος.

Μεγάλη συζήτηση γίνεται τα τελευταία χρόνια για τη μετεμφραγματική αντιδραστικού τύπου κατάθλιψη, η οποία είναι συχνή στην άμεση μετανοσοκομειακή φάση αλλά αρχίζει και βελτιώνεται συνήθως κατά την τρίτη με τετάρτη εβδομάδα.

Στο τέλος του έκτου μήνα υπολογίζεται ότι στο 85% των ασθενών, η ανωτέρα νοσηρή οντότητα έχει αναταχθεί πλήρως, ενώ στο 15% αυτών, εξελίσσεται σε μείζονα κατάθλιψη²⁶.

Στην περίπτωση όμως που διαγιγνώσκεται στους εμφραγματίες μείζων κατάθλιψη κατά την ενδονοσοκομειακή φάση, έχει διαπιστωθεί ότι αυτή αποτελεί παράγοντα υψηλού κινδύνου για αιφνίδιο θάνατο στους επόμενους έξι μήνες³⁴.

Οι Frasure Smith et al.³⁵ διαπίστωσαν πρό-

σφατα ότι και τα καταθλιπτικά συμπτώματα, όπως αυτά ανιχνεύονται μέσω του BDI, αποτελούν ένα εξίσου καλό (ίσως και καλλίτερο) προγνωστικό δείκτη μετεμφραγματικής θνησιμότητας στους επόμενους 18 μήνες.

Οι ίδιοι συγγραφείς³⁵ θεωρούν ότι οι κοιλιακές αρρυθμίες είναι ο συνδετικός κρίκος του ψυχολογικού παράγοντα με το θάνατο, με την έννοια ότι η κατάθλιψη διαταράσσει τη συμπαθητική-παρασυμπαθητική ισορροπία προκαλώντας σοβαρές κοιλιακές αρρυθμίες και μέσω αυτών αιφνίδιο θάνατο.

Η μετανάλυση³¹ 15 ερευνητικών μελετών αναφορικά με τη σχέση άγχους και στεφανιαίας νόσου δεν απεκάλυψε κάποια σαφή σημαντική σχέση. Αυτό αποτελεί παράδοξο εύρημα, αλλά πιθανώς ίσως είναι το αποτέλεσμα ερευνητικών μεθοδολογικών προβλημάτων².

Συγκεκριμένα, ενώ υπάρχουν μερικές μελέτες που δείχνουν ότι οι αγχώδεις καταστάσεις και ιδιαίτερα η διαταραχή πανικού (λόγω μεγάλης αυτονομικής εγρήγορσης) συνδέεται με στεφανιαία νόσο και αιφνίδιο θάνατο, αυτές έχουν σοβαρά μειονεκτήματα γιατί δεν έχουν λάβει υπόψη τους άλλους παράγοντες κινδύνου όπως κάπνισμα, κατάχρηση αλκοόλ, έλλειψη άσκησης κλπ.

Ασθενείς πάσχοντες από αγχώδη φοβική νευρώση έχουν αυξημένο κίνδυνο καρδιοπάθειας και ιδιαίτερα σταφανιαίας νόσου⁵⁰.

Κάτι ανάλογο ισχύει και σ' ένα περιορισμένο αριθμό μελετών που συνδέουν τις σχιζοφρενικές και συναισθηματικές ψυχώσεις με την ανωτέρω νόσο².

Ωστόσο, η οξεία ψυχολογική δυσφορία που προκαλείται από στρεσογόνα γεγονότα ζωής, έχει βρεθεί να σχετίζεται σημαντικά με καρδιακή ισχαιμία, κοιλιακές αρρυθμίες και αιφνίδιο θάνατο σε άτομα με ειδική προδιάθεση^{36,37}.

Το οξύ ψυχικό stress, σύμφωνα με το μοντέλο των Kamarck και Jennings³⁷ δεν είναι μόνο έμμεσα αρρυθμογόνο (μέσω της αθηρωμάτωσης, αγγειοσύσπασης, ισχαιμίας) αλλά και άμεσα αρρυθμογόνο.

Λόγω της προκαλούμενης υψηλής αυτονομικής εγρήγορσης και διαταραχής της ισορροπίας συμπαθητικού-παρασυμπαθητικού προκαλούνται σοβαρές κοιλιακές ταχυαρρυθμίες ή βραδυαρρυθμίες που οδηγούν σε αιφνίδιο θάνατο.

Η διαταραχή πανικού μπορεί να εκδηλωθεί ακόμη και με ένα άλγος στο στήθος, υποδυόμενο ένα καρδιακό επεισόδιο⁵⁹.

Ωστόσο η διάγνωση και η θεραπεία της διαταραχής πανικού ασθενών με καρδιοαγγειακά προβλήματα είναι επιβεβλημένη διότι επηρεάζει την πρόγνωση και την ποιότητα ζωής των ατόμων αυτών⁵⁶.

Ο βαθμός άρνησης, το άγχος και η κατάθλιψη, πρέπει σε κάθε περίπτωση να αξιολογηθούν και να αντιμετωπιστούν⁵⁷.

Ανακεφαλαιώνοντας, μπορούμε να πούμε ότι οι παράμετροι των κοινωνικοπολιτισμικών και διαπροσωπικών παραγόντων που έχουν ενοχοποιηθεί είναι η ανάληψη ευθυνών και η έλλειψη ικανοποίησης⁵, τα απαιτητικά επαγγέλματα που επηρεάζουν την ικανότητα ελέγχου (Job strain model)³⁸, η εντατική, μονότονη και χωρίς δυνατότητες εξέλιξης εργασία³⁹, η εργασία υψηλών απαιτήσεων με έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης⁴⁰, ο στρεσογόνος τρόπος ζωής σε συνδυασμό με κοινωνική απομόνωση⁴¹ και ο συνδυασμός προσωπικότητας τύπου Α με έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης ή με κοινωνική απομόνωση^{32,42,43}.

Η πρόληψη ή καλύτερα η αντιμετώπιση είναι εφικτή ως εκ τούτου;

Η συσσωρευμένη γνώση γύρω από τον ΤΑΠ ως παράγοντα υψηλού κινδύνου, οδήγησε τα τελευταία χρόνια σε εφαρμογές ψυχολογικών θεραπειών που στόχευαν στον έλεγχο και την υποβάθμιση επιμέρους συστατικών του τύπου αυτού.

Οι μέχρι τώρα αναλύσεις και μετααναλύσεις των δεδομένων, αποκαλύπτουν ότι με τις ψυχολογικές θεραπείες είναι εφικτή η μείωση του συνολικού ΤΑΠ²² και των συστατικών του²³, όπως η εχθρικότητα, η ανυπομονησία και η αίσθηση της πίεσης του χρόνου.

Επίσης, ελαττώνεται ο θυμός και η κατάθλιψη ενώ αυξάνεται το αίσθημα το ευ ζην²³ με αποτέλεσμα οι υποτροπές της στεφανιαίας νόσου και η θνησιμότητα να ελαττώνονται κατά 40-50% όπως έδειξαν ορισμένες μελέτες με 3 χρόνια follow-up^{22,24,25}.

Από τα ανωτέρω καθίσταται σαφές ότι η πρόληψη του αιφνίδιου θανάτου, που είναι και η σοβαρότερη επιπλοκή της στεφανιαίας νόσου, δεν είναι πια ουτοπία, όπως δεν είναι και η καθολική υποβάθμιση της ποιότητας ζωής των ανθρώπων αυτών.

Ειδικά η ομαδική θεραπεία στις περιπτώσεις περιστατικών με προσωπικότητα τύπου Α, εφ' όσον περιλαμβάνει και μοίρασμα εμπειριών μεταξύ των μελών καθώς και εκπαιδευτικές-συμπεριφορικές-φυσικές προσεγγίσεις⁴⁹, βελτιώ-

νει την αίσθηση του ευ ζην των ασθενών και ελαττώνει τη νοσηρότητα και τη θνησιμότητα²⁶, ενώ μειώνει εντυπωσιακά τη χοληστερόλη σε επίπεδα χαμηλότερα από εκείνα που εξασφαλίζουν τα πιο ισχυρά αντιχοληστερολικά φάρμακα²⁷.

Αλλά και τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα από μόνα τους ή σε συνδυασμό, με την ατομική ψυχοθεραπεία στην περίπτωση της κατάθλιψης, αποτελούν απαραίτητες και σε πολλές περιπτώσεις σωτήριες θεραπευτικές στρατηγικές πρόληψης του αιφνιδίου θανάτου στους στεφανιαίους αρρώστους.

Η ψυχοκοινωνική και ψυχοφαρμακολογική βοήθεια ως εκ τούτου, όπως και η συμβουλευτική και η βραχεία εντοπισμένη ψυχοθεραπευτική παρέμβαση μπορούν να αποδειχθούν ιδιαίτερα αποτελεσματικές⁵⁸ σε πολλές περιπτώσεις ασθενών που έχουν πρόσφατα υποστεί έμφραγμα του μυοκαρδίου, λόγω του ότι η συναισθηματική φόρτιση και το διαπροσωπικό στρες που βιώνουν τα άτομα αυτά είναι καταστάσεις ιδιαίτερα συχνές και έντονες.

Στις περιπτώσεις ταχυκαρδίας και αισθημάτων παλμών, ο ασθενής μπορεί να ελέγχει την καρδιακή του συχνότητα ώστε να πετύχει την μείωσή της με την βοήθεια της βιοανάδρασης⁶³.

Τα άτομα σε γενικές γραμμές, ενώ γνωρίζουν τους αιτιολογικούς καρδιοαγγειακούς παράγοντες κινδύνου, εν τούτοις, έχουν περιορισμένες γνώσεις σχετικά με τους κανόνες υγιεινής που πρέπει να ακολουθήσουν⁵¹, ή εθελουφλούν.

Αλλά και οι γιατροί σε μεγάλο ποσοστό από την άλλη πλευρά, ίσως δεν βοηθούν ανάλογα. Ο ιατρικός κόσμος υποτίθεται ότι πρέπει να λειτουργεί ως μοντέλο για τους ασθενείς του, ώστε οι οδηγίες που δίνει να μην έρχονται σ' αντίθεση με τα λεγόμενά του ή την εμφάνισή του.

Δυστυχώς όμως τα πράγματα σε πολλές περιπτώσεις δεν είναι έτσι.

Ποσοστό 90% σε δείγμα 841 γιατρών που συμμετείχαν σε έρευνα στις Η.Π.Α. ενώ συνταγογραφούσε φαρμακευτικά διαιτητικά σκευάσματα και συνιστούσε φυσικές ασκήσεις στους ασθενείς του, οι ίδιοι κινούνταν σ' αντίθετο άξονα. Π.χ. 20% των ανδρών και 13% των γυναικών ήταν παχύσαρκοι, 30% είχαν LDL επίπεδα χοληστερόλης άνω των 130 mg/dl, 13% είχε HDL τιμές χοληστερόλης μικρότερες των 35 mg/dl και 8% από τους γιατρούς αυτούς είχε τριγλυκερίδια άνω των 250 mg/dl.

Από την άλλη πλευρά μόνο 47% περίπου ασκείτο τακτικά και 8% των ανδρών σ' αντίθεση με 1,9% των γυναικών ήταν καπνιστές. Τα αποτελέσματα αυτά όπως είναι ευνόητο έρχονται σ' αντίθεση με το ιδανικό ιατρικό μοντέλο⁵³ γεγονός που πρέπει να ληφθεί σοβαρά υπόψη.

Από το σύνολο των ανωτέρω γίνεται εμφανές ότι η στενή συνεργασία ψυχιάτρων και καρδιολόγων στο Γενικό Νοσοκομείο είναι καθοριστική για την πρόγνωση των ασθενών με στεφανιαία νόσο. Η συνεργασία αυτή γίνεται ακόμη πιο επιβεβλημένη εάν σκεφτεί κανείς ότι τυχόν απόπειρα φαρμακευτικής καρδιολογικής αντιμετώπισης μιας μη στεφανιαίας νόσου επιδεινώνει την συμπτωματολογία και προκαλεί απογοήτευση και δυσπιστία σε κάθε μελλοντική θεραπευτική προσέγγιση⁶¹.

Η πλουραλιστική διαγνωστική προσέγγιση σε περιπτώσεις αμφιβολιών πάντοτε αποβαίνει προς όφελος του ασθενούς.

Η αναγνώριση των ψυχοκοινωνικών παραγόντων που σχετίζονται με τα καρδιοαγγειακά νοσήματα ίσως είναι το πρώτο βήμα για την πρόληψη ή την αντιμετώπιση των οξέων αλλά και χρόνιων επιπτώσεων αυτών. Υπολογίζεται ότι περίπου 20% των περιπτώσεων οξέων θανάτων συμβαίνει με την ταυτόχρονη ύπαρξη ψυχολογικού στρες⁶².

Η ανάγκη σε πολλά περιστατικά ως εκ τούτου, της από κοινού παρέμβασης καρδιολόγων και ψυχιάτρων είναι έκδηλη και εφικτή ιδιαίτερα μια και οι θεραπευτικές αυτές παρεμβάσεις μπορούν σήμερα να υλοποιηθούν μέσα στο Γενικό Νοσοκομείο.

ABSTRACT

Giannitsi S, Vidalis A. Mental problems of cardiopathic patients. Coronary disease's (heart attack) psychosocial factors. Hippokratia 1997, 1: 144-150.

In this study were reviewed the psychosocial factors correlated with coronary disease, which continues to constitute one of the most common cause of death in Western societies. For this reason, the coronary disease and its relation with psychosocial factors have been a field of several multicentered researches in last 20 years. Type A personality, depression, anxiety, acute dysthymia within disturbing life events, a high degree of sympathetic responsiveness to environmental stimuli, sociocultural factors as well as interpersonal factors have been involved directly or indirectly in the ori-

gin and course of a number of cardiovascular problems. The psychiatric intervention, therefore may contribute decisively, to a certain degree to the formation of the above factors, intervening positively in prevention, course and prognosis of this disturbances.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Σιδερίης J. Προκαλεί το στρες καρδιοπάθεια; Στους ρυθμούς της καρδιάς. Μηνιαία έκδοση Ελληνικού Ιδρύματος Καρδιολογίας, 1993, 10: 17-8.
2. Tennant C. Psychosocial factors in coronary heart disease. In: Henderson AS, Burrows GD, eds. Handbook of Social Psychiatry. Amsterdam, Elsevier, 1988: 135-48.
3. Goldstein MG, Niaura R. Psychological factors affecting physical condition. Part I: Coronary Artery Disease and Sudden Death. Psychosomatics 1992, 33: 134-45.
4. Friedman M. Pathogenesis of Coronary Artery Disease. New York, Mc Graw-Hill, 1969: 75-135.
5. Krantz DS, Durel LA. Psychobiological substrates of the Type A Behavior Pattern. Health Psychol 1983, 2: 393-411.
6. Smith TW, Anderson NB. Models of personality and disease: an interactional approach to Type A behavior and cardiovascular risk. J Pers Soc Psychol 1986, 50: 1116-1173.
7. Rosenman RH, Brand RJ, Jenkins CD, et al. Coronary heart disease in the Western Collaborative Group Study: final follow-up experience of eight and one-half years. JAMA 1975, 233: 872-7.
8. Haynes SG, Feinleib M. Women, work and coronary heart disease: prospective findings from the Framingham heart study. Am J Public Health 1980, 70: 133-41.
9. French-Belgian Cooperative Group: Ischemic heart disease and psychological patterns: prevalence and incidence studies in Belgium and France. Adv Cardiol 1982, 29: 25-31.
10. Matthews KA. Coronary heart disease and Type A behaviors: update on the alternative to Booth-Kewley and Friedman (1987) review. Psychol Bull 1988, 104: 373-80.
11. Barefoot JC, Peterson BC, Harrell et al. Type A behavior and survival: a follow-up study of 1467 patients with coronary artery disease. Am J Cardiol 1989, 61: 979-83.
12. Ahern DK, Gorkin L, Anderson JL, et al. Biobehavioral variables and mortality or cardiac arrest in the Cardiac Arrhythmia Pilot Study (CAPS). Am J Cardiol 1990, 66: 59-62.
13. Brackett CD, Powell LII. Psychosocial and physiological predictors of sudden cardiac death after healing of acute myocardial infarction. Am J Cardiol 1988, 61: 979-83.
14. Siegman AW, Dembroski TM, Ringel N. Components of hostility and the severity of coronary artery disease. Psychosom Med 1987, 49: 127-35.
15. Buss AH, Durkee A. An inventory of assessing different kinds of hostility. Journal of Consulting Psychology 1957, 21: 343-9.
16. Dembroski TM, Mac Dougall JM, Costa PT, et al. Components of hostility as predictors of sudden death and myocardial infarction in the Multiple Risk Factor Intervention Trial. Psychosom Med 1989, 51: 514-22.
17. Rosenman RH. The interview method of assessment of the coronary-prone behavior pattern. In: Dembroski TM, Weiss S, Shields J, eds. Coronary-Prone Behavior, New York, Springer-Verlag New York, 1978.
18. Almada SJ, Zonderman AB, Shekelle RB, et al. Neuroticism and cynicism and risk of death in middle-aged men: the Western Electric Study. Psychosom Med 1991, 53: 165-75.
19. Cook W, Medley D. Proposed hostility and pharisaic-virtue scales for the MMPI. J Appl Psychol 1954, 238: 414-8.
20. Dembroski TM, Mac Dougal JM, Williams RB, et al. Components of Type A, hostility and anger-in: relationship to angiographic findings. Psychosom Med 1985, 47: 219-33.
21. Scherwits L, Perkins L, Chesney M, et al. Cook-Medley Hostility Scale and subsets: relationship to demographic and psychosocial characteristics in young adults in the CARDIA study. Psychosom Med 1991, 53: 36-49.
22. Nunes EV, Frank KA, Komfeld DS. Psychologic treatment for the type A behavior pattern and for coronary heart disease: a meta analysis of the literature. Psychosom Med 1987, 48: 159-73.
23. Mende de Leon CF, Powell LII, Kaplan BH. Change in coronary-prone behaviors in the Recurrent Coronary Preventions Project. Psychosom Med 1991, 53: 407-19.
24. Friedman M, Thoresen CE, Gill JJ, et al. Alteration of type A behavior and reduction in cardiac recurrences in postmyocardial infarction patients. Am Heart J 1984, 108: 237-48.
25. Powell LII, Thoresen CE. Effects of type A behavioral counseling and severity of prior acute myocardial infarction on survival. Am J Cardiol 1988, 62: 1159-63.
26. Hackett TP, Rosenbaum JF, Cassem NH. Cardiovascular disorders. In: Kaplan HI and Sadoek BJ, eds. Comprehensive Textbook of Psychiatry. Baltimore, Williams and Wilkins, 1989, 2: 1186-98.
27. Mitsibounas DN, Tsouma-Hadjis ED, Rotas VR, Sideris DA. Effects of group psychosocial intervention on coronary risk factors. Psychotherapy and Psychosomatics 1992, 58: 97-102.
28. Carney RM, Rich MW, Freedland KE, et al. Major Depressive disorder predicts cardiac events in patients with coronary artery disease. Psychosom Med 1988, 50: 627-33.
29. Avery D, Winokur G. Mortality in depressed patients treated with electroconvulsive therapy and antide-

- pressants. Arch Gen Psychiatry 1976, 33: 1029-37.
30. *Murphy JM, Monson PR, Olivier DC, et al.* Affective disorders and mortality: a general population study. Arch Gen Psychiatry 1987, 44: 473-80.
 31. *Booth-Kewley S, Friedman HS.* Psychological predictors of heart disease: a quantitative review. Psychol Bull 1987, 101: 343-62.
 32. *Orth-Gomer K, Edwards ME, Erhardt L, et al.* Relation between ventricular arrhythmias and psychologic profile. Acta Medica Scandinavia 1980, 207: 31-6.
 33. *Bruhn J, Paredes A, Adsert C, et al.* Psychosocial predictors of sudden death in myocardial infarction. J Psychosom Res 1974, 18: 187-91.
 34. *Frasure-Smith N, Lesperance F, Talajic M.* Depression following myocardial infarction: impact on 6-month survival JAMA 1993, 270: 1819-25.
 35. *Frasure-Smith N, Lesperance F, Talajic M.* Depression and 18-month prognosis after myocardial infarction. Circulation 1995, 91: 999-1055.
 36. *Reich P, DeSilva RA, Lown B, et al.* Acute psychological disturbance preceding life-threatening ventricular arrhythmias. JAMA 1981, 246: 233-5.
 37. *Kamarek T, Jennigs JR.* Biobehavioral factors in sudden cardiac death. Psychol Bull 1991, 109: 42-75.
 38. *Karasek RA, Theorell TG, Schwartz J, et al.* Job, psychological factors, and coronary heart disease: Swedish prospective findings and U.S. prevalence findings using a new occupational inference method. Adv Cardiol 1982, 29: 62-87.
 39. *Alfredson L, Spetz CL, Theorell T.* Type of occupation and near-future hospitalization for myocardial infarction and some other diagnoses. Int J Epidemiol 1985, 14: 378-88.
 40. *Johnson JV, Hall EM.* Job strain, work place social support and cardiovascular disease: a cross-sectional study of a random sample of the Swedish working population. Am J Public Health 1988, 78: 1336-42.
 41. *Ruberman W, Weinblatt E, Goldberg JD, et al.* Psychological influences on mortality after myocardial infarction. N Engl J Med 1984, 311: 552-9.
 42. *Blumenthal JA, Burg MM, Barefoot J, et al.* Social and coronary artery disease. Psychosom Med 1987, 49: 331-40.
 43. *Niaura R, Goldstein MG.* Psychological factors affecting physical condition. Part II: Coronary Artery Disease and Sudden Death and Hypertension. Psychosomatics, 1992, 33: 146-55.
 44. *Shapiro PA.* Psychiatric aspects of cardiovascular disease. Psychiatr Clin North Am. 1966 Sept 19 (3): 613-29.
 45. *Jorgensen RS, Jonson BT, Kolodziej ME, Schreer GE.* Elevated blood pressure and personality: a meta-analytic review. Psychol Bull (U.S.) 1996 Sep 120 (2): 293-20.
 46. *Ricci Bitti PE, Gremigni P, Bertolotti G, Zotti AM.* Dimensions of anger and hostility in cardiac patients, hypertensive patients, and controls. Psychotherapy Psychosomatics 1995, 64(3-4): 162-72.
 47. *Siegrist J, Peter R.* Treat to occupational status control and cardiovascular risk. Israel Journal Medical Science 1966, 32(3-4): 179-84.
 48. *Wassertheil-Smolter S, Applegate WB, Berge K, Chang CJ, Davis BR, Grimm RJr, Kostis J, Pressel S, Schron E.* Change in depression as a precursor of cardiovascular events. Archives Internal Medicine. 1966, 115(5): 553-61.
 49. *Jette DU, Downing J.* The relationship of cardiovascular and psychological impairments to the health status of patients enrolled in cardiac rehabilitation programs. Physical Therapy 1996, 76(2): 130-9.
 50. *Hayward C.* Psychiatric illness and cardiovascular disease risk. Epidemiological Review 1995, 17(1): 129-38.
 51. *Danielsson B, Aberg H.* The public view on cardiovascular risk factors and changes in lifestyle. Scandinavia Journal Primary Health Care. 1995, 13(1): 74-80.
 52. *Julius S.* The defense reaction: a common denominator of coronary risk and blood pressure in neurogenic hypertension? Clinical Experimental Hypertension. 1995, Jan.-Feb. 17(1-2): 375-86.
 53. *Gault R, Yeater RA, Ullrich III.* West Virginia physicians: cardiovascular risk factors, lifestyles and prescribing habits. West Virginia Medical Journal 1994, 90(9): 364-6.
 54. *Muller MM, Elbert T.* Argverarbeitung bei kardiovaskular Erkrankten. Psychotherapy Psychosomatic Medical Psychology. 1944, 44(7): 240-00.
 55. *Consoli SM.* Stress et appareil cardiovasculaire. Encephale. 1993, Mar 19 Spec No 1, 163-70.
 56. *Chignon JM.* Pathologie cardiovasculaire et trouble panique. Canadian Journal Psychiatry. 1993, Mar 38(2): 127-33.
 57. *Littman AB.* Prevention of disability due to cardiovascular diseases. Heart Disease Stroke. 1993, Jul-Aug 2(4): 274-7.
 58. *Cardoso G.* The role of the psychiatrist in rehabilitating the patient with ischemic cardiopathy. Review Portuguese Cardiology. 1995, Jul-Aug 14 (7-8): 567-74.
 59. *Fleet RP, Beitman BD.* Unexplained chest pain: when is it panic disorder? Clinical Cardiology 1997, March 20(3): 187-94.
 60. *Bosna H, Marmot MG, Hemingway H, Nicholson AC, Brunner E, Stansfelt SA.* Low job control and risk of coronary heart disease in Whitehall II (prospective cohort) study. B.M.J. 1997, 22 (7080): 558-65.
 61. *Παπαδόπουλος ΚΑ.* Κλινικές εκδηλώσεις άγχους στην γενική ιατρική. Εμπειρίες ενός καρδιολόγου. Γαληνός 1986, 28: 585-94.
 62. *Regis A, de Silva.* Cardiac arrhythmias and sudden cardiac death in Medical-Psychiatric Practice, Stoudemire A. Fogel B.S. and 1996, Vol. 2p. 231.
 63. *Agaton M, Olivier-Martin R, Kaprinis G, Pichot P.* Tentative d' application de la reto-action biologique (biofeedback) dans le traitement d'une nevrose d'anqoise 1977, 1,2: 255-63.