

I. ÚVOD

1.1 Úvod k předkládané práci

Exkurs psychologa, vzdělaného na fakultě filozofické, do medicínského prostředí byla nová zkušenost, a to jak po profesní, tak po osobní, lidské stránce.

Mé setkání s realitou dnešní medicíny trvalo 5 let a byl to čas inspirativní, zajímavý a obohacující, ale i svým způsobem namáhavý. Po dobu působení na kardiologickém oddělení jsem se nejen seznamovala se systémem zdravotní péče o kardiovaskulárně nemocné, ale i potýkala s medicínským systémem, se současným lékařským přístupem k nemoci i k nemocnému. Nedílnou, ne-li zásadní, součástí mé práce bylo naše světy – medicínský a psychologický - přiblížit.

Věřím, že se v kardiologickém centru Nemocnice Na Homolce (NNH) podařilo prohloubit víru ve význam péče o psychiku nemocného i zájem o zohlednění pacientova psychického stavu pro diagnostické a léčebné uvažování.

Ve své rigorózní práci shrnuji teoretické i praktické poznatky týkající se práce s pacienty kardiologie a kardiochirurgie.

Za motto této práce volím slova rakouského psychoanalytika Otto Fenichela (1897-1946), která plně vystihují podstatu této práce:

*„Každé onemocnění je psychosomatické,
neboť žádné somatické onemocnění není prosté psychických vlivů.
Všechny životní funkce jsou neustále ovlivňovány
duševním stavem organismu“ (Fenichel, 1945)*

1. 2 Abstrakt v českém a anglickém jazyce

Abstrakt v českém jazyce

Rigorózní práce se zabývá tématem začlenění klinické psychologie do konceptu současné kardiologické medicíny. Moderní lékařská věda léčí pacienty nejen po stránce somatické, ale při léčbě zohledňuje i osobnost nemocného. Klinický psycholog ve své konziliární činnosti aplikuje poznání psychologické teorie a psychofyziologických mechanismů ve prospěch diagnostického i léčebného uvažování o nemocném. Cílem této práce je informovat o přínosech práce klinického psychologa v léčbě pacienta s diagnózou kardiovaskulárního onemocnění. (A) Psychologická péče o hospitalizované pacienty zahrnuje zejména: (1) Krizovou intervenci (KI), tj. práci s pacientem v subjektivně tíživé životní situaci. U lůžkových pacientů představuje tento typ péče nejčastěji indikovaný druh intervence. (2) Předoperační přípravu nemocného před kardiochirurgickým výkonem, jejímž cílem je zamezit dopadu nepříznivého psychického stavu na předoperační i pooperační vývoj. (3) Individuální přístup k osobnostně komplikovaným pacientům může nejen pomoci samotnému nemocnému, ale i podpořit pacientovu spolupráci se zdravotníky. (B) Psychické potíže nemocných v ambulantní kardiologické praxi: (1) U některých pacientů nastupuje depresivní porucha jako reakce na zdravotní zátěž se všemi důsledky na kvalitu života. (2) Kardiologové jsou často vyhledávanými odborníky pacienty úzkostnými, respektive pacienty se symptomatologií panických atak. Je to proto, že příznaky těchto poruch ve svých projevech imitují symptomy kardiovaskulární. (3) Individuální psychologickou péči zasluhuje řada nemocných s nově implantovaným kardiostimulátorem (KS) stejně tak, jako nemalý počet pacientů se zavedeným kardioverterem-defibrilátorem (ICD). (4) U poruch funkčních (psychosomatických) může pacient, společně s psychologem, psychoterapeuticky pracovat na maladaptivních zátěžových vzorcích prožívání a chování, které plní funkci stresoru a jsou doprovázeny patofyziologickými reakcemi. (5) Diagnostická práce psychologa je vhodnou diferenciativně diagnostickou metodou u pacientů s kolapsovými stavy. (6) Psycholog rozšiřuje možnosti práce s pacienty trpícími kognitivní poruchou vzniklou ischemizací mozku. Pomocí neuropsychologických metod vyšetření přispívá ke zhodnocení stavu kognice.

Summary in English

My thesis is focused on integration of diagnostic and therapeutic methods of clinical psychology into the concept of contemporary cardiology. Modern medicine consider not only somatic aspects of patient's illness, but also the aspects of personalities' differences and needs. Psychologist applies the knowledge of psychological theories and psychophysiological mechanisms into the field of clinical diagnostic and treatment thinking about the individual patient. (A) Psychologic treatment of in-patients involves: (1) Crisis intervention (KI), i.e. treatment of the patients with urgent psychological difficulties. Crisis intervention presents the most indicated type of intervention in in-patient's psychological treatment. (2) Pre-operative psychological care before recent cardiothoracic surgical intervention reduces patient's distress in pre-operational and post-operational period. (3) Individual approach to problematic personalities can significantly improve cooperation with medical staff. (B) Specific psychological problems of cardiac out-patients involves: (1) Depressive disorder develops after the frustrating exposure of medical problems. (2) Cardiologists are the most visited professionals by the patients suffering from panic anxiety disorder. The reason is, that the panic anxiety symptoms imitate the cardiovascular symptoms. (3) Individual psychological care is useful for the patients with recently implanted pacemaker (KS) or implantable defibrillator (ICD). (4) Psychological analysis uncovers unconscious mental processes producing internal excessive stress. (5) Psychodiagnostic analysis is useful differential-diagnostic method for the patients suffering from unclear etiology states of collapse. (5) Individual psychotherapy is indicated for the patients with physical symptoms related to neurotic, reactive and personality disorders. In this case the maladaptive stress experience is accompanied by pathophysiological body reactions. (6) Psychologist expands the possibilities of treatment the patient who suffer from vascular cognitive and psychic disorder. Neuropsychological methods evaluate the cognitive functions in detail.

1.3 Cíl rigorózní práce

Cílem předkládané práce je propracování otázky po **začlenění psychologických diagnostických a léčebných metod do konceptu kardiologické a kardiochirurgické medicíny**. Současná kardiologie i kardiochirurgie jsou expandující medicínské obory nabízející stále nové, modernější a přesnější možnosti diagnostických a léčebných postupů.

V své práci vycházím z 5tiletého plného úvazku na kardiologickém oddělení Nemocnice Na Homolce, kde jsem, díky rozhodnutí Prof. MUDr. Petra Niederleho, CSc., psychologickou pozici zaváděla. Vhodnost začlenění psychologa do každodenní práce oddělení bylo jeho snahou o všestranně pokrokový rozvoj pracoviště.

Rigorózní práce se věnuje teorii i praktickému užití metod klinické psychologie a psychoterapie **u pacientů s diagnózami náležejícími do spektra kardiovaskulárních onemocnění (KVO)**. Práce vychází z poznání, že v problematice kardiovaskulárních onemocnění se uplatňuje velké množství psychologických faktorů – a to jak na straně důsledků KVO pro život pacienta, tak na straně patogeneze jednotlivých KVO onemocnění.

Skupinu psychologického zájmu v této práci tvoří:

- pacienti s diagnózou **ischemické choroby srdeční (ICHS)**, včetně její akutní formy **infarktu myokardu (IM)**
- pacienti s **vrozenou srdeční vadou (VSV)**, především pak problematika nemocných podstupujících chirurgické reoperace prenatálních či časně postnatálních srdečních vad
- nemocní se **získanou srdeční vadou**, především pak problematika **infekční endokarditidy**
- pacienti s **poruchami srdečního rytmu (arytmologie)**

- nemocní stimulovaní **implantovaným kardiostimulátorem (KS)** či **kardioverterem-defibrilátorem (ICD)**
- pacienti s diagnózou **srdečního selhání**, včetně geriatrických pacientů a nemocných v terminálním stádiu života
- nemocní trpící **somatoformní poruchou** projevující se v **kardiovaskulárním systému**

Cílem práce je shrnout psychologickou problematiku týkající se těchto nemocných a zhodnotit možnosti, přínosy i limity psychodiagnostické a psychoterapeutické práce.

V neposlední řadě chce rigorózní práce upozornit na úskalí, se kterými se psycholog na poli somatické medicíny musí vypořádat. Věřím, že svůj význam může mít i odkrytí pocitů, které absolvent psychologie, v systému moderní, stále však na psychologickou praxi ne zcela připravené medicíny, zažívá a musí překonávat.

2. ČESKÁ KARDIOLOGIE A KLINICKÁ PSYCHOLOGIE

2.1 Rozdílná paradigmatata a jazyk (medicína versus klinická psychologie)

Vzhledem k tomu, že jak medicína, tak psychologie jsou vědy zabývající se lidským zdravím, měly by si rozumět a ve vzájemné návaznosti, ve prospěch zdraví pacienta, spolupracovat. V realitě české medicíny se to děje pouze na některých pracovištích, většinou tam, kde převládá osvětový postoj místního lékařského vedení.

Řada odborníků přistupuje k somatickému onemocnění jako k nemoci těla a psychika je pojmána jako oddělený systém. I když v rámci postupující osvěty takto smýšlejících zdravotníků ubývá, skutečný pokrok – plnohodnotné přijetí psychologické diagnostiky a psychoterapeutické péče do léčebného systému - je pomalý.

Řečeno slovy teorie, současná medicína a psychologie ve svém myšlení stále ještě vycházejí z rozdílných vědeckých paradigmat.¹ Lékařská věda staví na aplikaci přírodovědného paradigmatu, který vychází z představy objektivní reality, kterou je možno empiricky zkoumat (měřit, vyčíslit, porovnávat atd.). Psychologie a psychoterapie se oproti tomu ve svém uvažování odkazuje k řadě rozličných paradigmat, mnohdy protichůdných (psychoanalýza, evoluční psychologie, teorie učení atd.).

Posun směrem k holistickému chápání zdraví představuje biopsychosociální přístup. Jako jeden z prvních jej prosazoval G. Engel (1977, 1980). Poukazoval na skutečnost, že biomedicínký model zanedbává celek, protože vylučuje vše, kromě biologických faktorů, a zabývá se tělem a chorobou na úkor pacienta a člověka.

¹ *Paradigma* je základní výkladové schéma, ve kterém je řečeno, který obsah jevů je legitimní, co se ještě počítá do vědy a co ne. Udává nástroje a metody poznávání. Existují dvě paradigmatata vědy – přírodovědné a duchovědné (Slovník cizích slov, 1999).

Postřehla jsem, že jedním z důvodů malé spolupráce somatický lékař versus psycholog/psychiatr je nedostatečná znalost slovníku druhého. Psychologové, vystudovaní na fakultě filozofické, často neznají medicínskou terminologii, a tím je jejich komunikace s lékaři omezena. Nemohou vysvětlit řadu svých domněnek pro lékaře přijatelným jazykem, používají přepsychologizovanou mluvu v situacích, které si to nežadají.

Naproti tomu, nedostatečná znalost pojmosloví psychologického, respektive psychiatrického u lékařů komplikuje komunikaci s psychology. Například internisté za depresi považovali většinu méně závažných psychopatologických projevů. Pacient byl diagnostikován za depresivního ve fázi složitého přijetí diagnózy či obávaného léčebného postupu (chirurgické výkony na srdci), při ztrátě blízkého člověka (truchlení), někdy dokonce i při prosté nespokojenosti se zdravotní péčí.

2.2 Osobnostní, profesní a ekonomické faktory v kardiologii

Pokud to naše studijní, ekonomické a životní podmínky dovolí, snažíme se vybrat si profesi v souladu s našimi zájmy, talentem, způsobem myšlení a osobnostními proměnnými. I lékaři si – po ukončení šestého ročníku - volí oblast medicíny, které se budou profesně věnovat. K profesi kardiologa obvykle inklinují *výkonově orientovaní jedinci, soutěživé, stenické osobnosti*. K tomuto názoru jsem v nemocnici došla možností porovnat rozdíly v osobnostním projevu a komunikaci kardiologů /kardiochirurgů například s internisty, neurology, gynekology, endokrinology a psychiatry.

Vysvětlením může být to, že současný kardiolog je pasován, stejně jako chirurg, do kategorie *lékaře-operátora*. Vykonává invazivní diagnostické a léčebné výkony jako je např. diagnostická koronarografie, akutní u plánovaná koronární angioplastika, implantuje kardiostimulátory a defibrilátory.

Současná kardiologie je považována za královský obor medicíny (čerpáno z informací lékařů). Odloučila se od interny a je to „čistý“ obor prochnutý supermoderní medicínskou technikou. Kardiologie se postupem času větví na další vysoce specializované podobory (arytmologie, akutní kardiologie, intervenční kardiologie). Pracovní zatížení těchto zdravotníků je, oproti jiným oborům, možná právě touto skutečností, vyšší.

Profesní a časový tlak nutí často lékaře zabývat se právě jen oblastí náležející jeho specializaci – kardiologické diagnóze. Cíl lékaře je „omezen“ na vyvrácení či potvrzení a léčbu fyziologicky podmíněné kardiologické poruchy.

Omezení v aplikaci celostního přístupu vysvětluje i redukovaný počet lékařů na lůžkových odděleních, resp. počet pacientů „na hlavu“ jednoho lékaře a přesčasové hodiny s množstvím nočních a víkendových služeb.

2.3 Definice a struktura kardiocentra v České republice

V dubnu 2011 se v pražském Institutu Klinické a Experimentální Medicíny (IKEM) konala konference pod názvem „Struktura a trendy rozvoje kardiocenter v České republice“. Konference se týkala centralizace specializované kardiologické a kardiochirurgické péče. Byla organizována Českou kardiologickou společností za spolupráce Ministerstva zdravotnictví a Evropského fondu pro regionální rozvoj.

Téma sympozia se odvolávalo k výzkumné práci J. Rosse et al. Autor formuloval závěry svého sledování úspěšnosti práce interních lékařů. Výstupy vyzněly v tom smyslu, že “hospitalizace v nemocnici s malým objemem péče zvyšuje mortalitu na infarkt myokardu, srdeční selhání a pneumonii“ (Ross, 2010).

V rámci konference bylo finálně definováno, že specializovaná kardiocentra slouží jako *spádová kardiologická oddělení pro nemocné z příslušné oblasti a zajišťují pro tyto nemocné non-stop specializované výkony a služby*. Jedno takové centrum pokrývá spádovou oblast 1 milionu obyvatel. Mimo to, tyto centra zajišťují specializační vzdělávání budoucích kardiologů, kardiochirurgů a kardiochirurgických anesteziologů a provádějí kardiologický výzkum.

Statut *kardiocentra* v ČR získala pracoviště, která již provádějí perkutánní koronární intervenci (PTCA). Nemocnice, které mají navíc i kardiochirurgii, se mohou označovat jako *komplexní kardiocentra*.

2.4 Začlenění psychologické péče do služeb kardiocentra

2.4.1 Spolupráce psychologa s lékaři s kardiologie a kardiochirurgy

Díky technickému pokroku dosáhla medicína nesporných úspěchů. Zároveň s tím však pozorujeme i vznik negativních tendencí, které vedou k oslabení vztahu mezi lékařem a nemocným. Zájem lékaře se až příliš zužuje a koncentruje na nemocný orgán (Hanus et al., 2004).

Jak to v současné nemocniční praxi obvykle funguje? U pacientů, kteří přicházejí s tělesnými stesky, a u kterých je vyloučena somatická etiologie potíží, je formulován závěr o negativním výsledku vyšetření (povětšinou se v těchto případech jedná o funkční poruchy). Pacient však povětšinou odchází domů bez hlubšího vysvětlení povahy potíží.

Hovor o psychickém stavu byl, a stále je, v naší medicínské kultuře tabuizován. I na straně pacienta je stále zakořeněna obava z psychiatrické stigmatizace, psychické potíže jsou zakrývány, bagatelizovány, pacient sám lpí na léčbě symptomů tělesných.

Ani v případech, kdy se pozornost obrátí k psychice pacienta, nebývá vyhráno. Pacienti jsou lékařem-internistou v první řadě medikováni psychofarmakologicky, na hlubší hovor o povaze problému nezbyvá čas. Po zamedikování pacienta nemocničním internistou povětšinou chybí následná kontrola stavu, respektive kontrola terapeutického účinku psychofarmaka. Děje se to především u pacientů „bez nálezu“, kdy není důvod další ambulantní návštěvy či hospitalizace. Pacient tak, pokud vůbec léky užívat začne, po doužívání daného množství předepsaných tablet, léčbu přeruší. Vynaložená námaha – například dalekosáhlé přesvědčování o vhodnosti medikaci užívat - tak vejde vniveč. Pozitivnější situace bývá, když efekt psychofarmak přiměje pacienta o psychických zdrojích svých tělesných potíží alespoň uvažovat. V takovém případě se někdy pacient sám rozhodne vyhledat psychiatra či psychologa.

Psychiatr povětšinou v nemocnicích funguje jako konziliář. Pokud bychom uvažovali „komplexní psychopéči“, nutno dodat, že v nemocničních zařízeních v ČR by psychiatr orientovaný psychoterapeuticky obstát nemohl. Nebyl by schopen pojmout péči o takové množství pacientů, se kterými je nutno vejít v kontakt. V našich nemocnicích funguje omezené množství psychiatrů, není výjimkou, že je zařazen jeden pro celé nemocniční zařízení.

Psychiatrické oddělení Nemocnice Na Homolce bylo, a je, reprezentováno jednou lékařkou a jednou zdravotní sestrou. Jejich psychiatrická ambulance poskytuje konsiliární službu pro celou nemocnici, jejíž celková kapacita nemocnice je 357 lůžek, a péči všem ambulantním pacientům.

Pozice klinického psychologa a psychiatra je z hlediska lékařů diametrálně odlišná, byť se oba specializují na diagnostiku a léčbu psychiky. Psychiatrická léčba je založena na stejném principu jako většinová léčba v medicíně, tedy na farmakoterapii. Léčba psychofarmakologická je hodnocena puncem přínosu a tudíž lékaři přijímaná bez výhrad. Bohužel, jinak je to s klinicko-psychologickými metodami zvanými prostě „slovo, porozumění, podpora“, a dokonce i termíny odbornými jako „krizová intervence, psychoterapie“.

Nedůvěra lékařů-somatiků ve využitelnost přínosu psychologické práce je výsledkem nejen nedostatečného apelu ze strany vzdělávacích programů a nedostatkem relevantních psychologických výzkumů, ale bezesporu i nedostatečně přesvědčivé klinické práce nás, psychologů a psychiatrů. To vše - v bludném kruhu - vede k omezenému pochopení možného přínosu psychologické práce pro pacienty.

2.4.2 Začlenění psychologa do zdravotnického týmu kardiocentra

Seznámení s přínosem psychologické péče, psychodiagnostických i terapeutických postupů byl dlouhodobý proces a úzce souvisel s budováním víry v přínos psychologické práce.

K tomu, aby zdravotníci získali zájem o psychologickou diagnostiku a psychologickou léčbu je nutné, aby v první řadě získali mezilidskou a profesní důvěru k osobě praktikujícího psychologa. Avšak ani psycholog-absolvent po příchodu na specializované medicínské pracoviště nemá jasnou představu o tom, jak psychologickou péči nejlépe pojmout a jak ji strukturovat. V první řadě musí pečlivě sledovat lékařskou a sesterskou práci, a poté kreativně přistoupit ke *strukturaci nabídky psychologických služeb* (v předchozí kapitole bylo zmíněno nedostatečné povědomí zdravotníků o možnostech využití psychologa). Svou vizi pak musí, nikoli teoreticky, ale skrze konkrétní práci s konkrétními pacienty, předat lékařům.

Pozorovala jsem, že lékaři, kteří sami prožili vlastní hlubší psychické krize a pocítili důsledky psychické nepohody na svém zdravotním stavu (popřípadě čelili této zkušenosti u svých blízkých), uvažovali o pacientově stavu komplexněji a ochotněji s psychologem spolupracovali.

Rovněž jsem si všímala, že k otázce psychiky byly přirozeněji citlivější ženy-lékařky. Nejenže vnímavěji zachytily a zohledňovaly psychické vlivy při stanovení diagnózy, ale i aktivněji směřovaly pacienta k odborníkovi. Důvodem je pravděpodobně to, že ženy mají ke komunikaci o vnitřních prožitcích blíže než muži. Rovněž je možné, že ženy oproti mužům citlivěji reflektují propojenost těla s psyché.

Náplň práce konziliárního psychologa nebyla spojena „pouze“ s pacienty, ale i se zdravotníky, jejich rodinami a přáteli. Být k dispozici při psychických problémech lékařů, zdravotních sester i jejich bližních, to vnímám jako zatěžující daň psychologa v nemocničním zdravotnictví. Námitka posílat příbuzné a známé zdravotníka k psychologovi – kolegovi, bohužel v reálu neobstojí. Z pohledu lékaře i zdravotních sester kolegovo okamžité předání „adepta psychologické péče“ jinam degraduje nejen

kolegiální vztah („oni přeci také vyšetří příbuzného a napíší mu recept“), ale i psychologickou profesi jako takovou.

Skrze účinnou pomoc kolegovi samotnému, zdravotníci sami na sobě zakusí přínos psychologické péče. To v konečném důsledku slouží k porozumění a širší indikaci psychologické péče u pacientů.

2.4.3 Spolupráce psychologa se zdravotními sestrami kardiocentra

Profese zdravotní sestry, stejně jako lékařská, náleží mezi profese pomáhající. Prototypem zdravotní sestry je laskavá a podpůrná ošetrovatelka, v symbolické, popřípadě psychodynamické terminologii, možno říci „mateřská figura“.

V moderním medicínském systému zdravotních sester těchto charakteristik zákonitě ubývá. Komunikace s nemocnými se omezuje na *splnění* tzv. „ošetřovatelského procesu“, který je strukturován a vykonáván (až mechanisticky - sestra plní a odškrtává úkoly) dle tzv. „ošetřovatelského plánu“.

Nemocnice Na Homolce převzala systém standardů – jak léčebné, tak ošetrovatelské péče - které byly formulovány v americkém zdravotnictví (akreditační standardy „Joint Commission International Quality Approval“). Ve Spojených státech je však ve zdravotnických zařízeních zaměstnáno mnohem více středního zdravotnického personálu (některé ústní zdroje uvádějí až 2x více než v naší republice). V našich podmínkách nedostatku sester jsem pozorovala, že právě akreditované ošetrovatelské postupy omezují čas strávený s pacienty na skutečně minimum.

Náročnost formalit (obsáhlá agenda písemných zápisů, kterou jsou nuceny sestry zastat), fyzická námaha, vysoká zodpovědnost a s ní spojené obavy z pochybení, noční a víkendové služby, to vše při podprůměrném finančním ohodnocení, přispívá k nespokojenosti a stresu zdravotních sester.

Stres jednotlivkyň zvyšuje v týmu sester napětí. Přičemž však ve zdravotnictví je nanejvýš nutné pracovat týmově.

Kolektiv sester je založen na hierarchickém uspořádání vyplývajícím z funkce, délky pobývání na pracovišti, vzdělání, věku. Hierarchie však bohužel neodráží jen skutečné schopnosti a zkušenosti jednotlivých sester, ale též osobnostní průbojnost a asertivitu.

V neposlední řadě nutno připomenout, že každá sestra je ve své vlastní pracovní invenci maximálně podřízena lékaři. Vlastní, skutečně samostatné odborné kompetence jsou, i u zkušené sestry, vesměs mizivé. To se mi jeví pro odborné pracovnice frustrující.

Ze všech výše uvedených důvodů, jsem spolupráci se zdravotními sestrami opřela o zavedení přednáškových seminářů. Přednášky pro sesterský personál byly uzpůsobeny ženskému posluchačstvu preferujícímu znalosti psychologie zaměřené na každodenní problémy každé z nich více než na klinickou psychopatologii.

Osvědčily se mi semináře, které obsahovaly „jednoduchá“ mezilidská témata společná všem lidem. Svou náplní záměrně nesplňovaly nároky presentace objektivních dat získaných ze studií, která by byla jistě preferována mužskými posluchači, respektive lékaři.

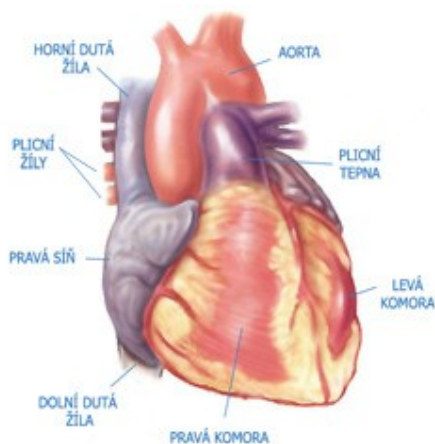
Na základě společně stráveného času „nad každodenními problémy“ každé ze zúčastněných jsem se sestrami navázala příjemný vztah a následně započala obohacující kolegiální spolupráci. Sestry mne postupně více a více informovaly o zlepšení/zhoršení psychického stavu toho kterého pacienta a doporučovaly další potřebné nemocné do psychologické péče.

3. SRDCE – ORGÁN LIDSKÉHO TĚLA

3.1 Stručná anatomie a fyziologie srdce

Srdce je svalový orgán o velikosti dospělé lidské pěsti. Skládá se z pravé síně a pravé komory a z levé síně a levé komory. Je uloženo za hrudní kostí mezi plícemi. Hlavní funkcí srdce je udržení oběhu krve v organismu. Oběh krve je nutný pro přenos kyslíku a živin do orgánů a mezi tkáněmi a orgány.

Srdeční svalovina je vybavena schopností stahovat se (*systola*) a roztahovat se (*diastola*). V systole srdce vypuzuje krev do oběhu, přičemž z pravé poloviny srdce, které je tvořeno pravou síní a pravou komorou, je krev čerpána do plicního oběhu. Zpět do levé síně přitéká okysličená krev plicními žilami. Oba oddíly levého srdce jsou odděleny *dvoucípou chlopní*, která se nazývá *mitrální*. Pravostranné oddíly jsou odděleny *trojcípou (trikuspidální) chlopní*.



Obrázek č. 1: Schéma anatomie srdce (www.ikem.cz)

Srdeční cyklus je řízen **převodním systémem srdečním** tj. elektrickými ději, které spouštějí mechanické děje. Jeho anatomické uspořádání je znázorněno na obr. 1. Jak sinusový uzel, který vydává za normálních okolností impulsy o frekvenci 60 až 90 za minutu (srdeční frekvence), tak atrioventrikulární uzel, jsou umístěny v pravé síní.

Z atrioventrikulárního uzlu vychází Hisův svazek, který spojuje síně a komory. Po průniku do komorové části srdce dochází k rozdělení na pravé a levé Tatarovo raménko. Levé se dělí na přední a zadní větev. Konečnou strukturou převodního systému je síť Turkyňových vláken, jednotlivé jeho buňky jsou rozptýleny mezi stažlivou tkání (Danzig, V., Mareček, Z.; in Klener, 2001). Srdeční činnost je energeticky nesmírně náročná, a srdce tak musí být bohatě zásobeno tepennou krví. Ta je přiváděna *koronárními (věncítymi) tepnami*, větvení koronárních tepen znázorňuje obr. č. 2 (kap 4.1).

Pokyny k rychlosti srdečních kontrakcí přicházejí nervy autonomního nervového systému z kardioregulačního centra v mozkovém kmeni. Centrum řízení srdeční činnosti je, spolu s dalšími životními centry, umístěno v prodloužené míše.

Řízení činnosti srdce se děje čtyřmi základními mechanismy, kterými jsou:

- **autoregulace**, tj. vlastní regulační schopnost srdečních komor přizpůsobit sílu kontrakce množství krve, která do komor přiteče
- **nervová regulace** je zprostředkována *vlivy vegetativního nervového systému* (parasympatiku + sympatiku) na tvorbu vzruchů a sílu kontrakce, přičemž acetylcholin tvorbu vzruchů zpomaluje a noradrenalin zrychluje
- **hormonální vlivy** jsou zprostředkovány hormonem adrenalinem, který se do krevního oběhu se vyplavuje z dřeně nadledvin
- **ionty draslíku a vápníku**

V klidových podmínkách je za 1 minutu přečerpáno přibližně 5 litrů krve. Při zátěži se toto množství zvyšuje na 20 i více litrů (zrychlí se srdeční frekvence a zvýší se objem vypuzované krve). Nemocné srdce ovšem takovouto rezervu nemá, proto lidé s nemocným srdcem nemohou vykonávat velkou fyzickou zátěž.

3.2 Mytologie srdce, srdce jako symbol v historii a v současnosti

Srdce je silně emočně ovlivňovaný orgán a mystika srdce se táhne celoevropskou civilizací (Honzák, 2005).

Jako symbol se srdce etablovalo před pěti tisíci lety v **Sumerské říši**. Sumerská říše byla založena Sumery asi 3000 let před Kristem a nacházela se na jihu Mezopotámie (dnes oblast Iráku a východní Sýrie). Dobový „Epos o Gilgamešovi“ vypráví o tom, jak se bohyně Ištar snažila zpěvem zklidnit srdce svého milovaného. Od této první literární alegorie se z důležitého lidského orgánu stal nejpoužívanější symbol na světě.

Staroegyptská civilizace (vznikla na konci 4. tisíciletí př. n. l. z pravěkých kultur a svého vrcholného období starověký Egypt dosáhl ve druhé polovině 2. tisíciletí př. n. l.) považovala srdce za nejdůležitější orgán v těle, za *centrum myšlení, paměti a emocí*. Staroegyptská mytologie praví, že každému člověku je předtím, než může vstoupit do ráje, zváženo srdce. Na jedné misce vah spočíval princip pravdy a spravedlnosti, představovaný ptačím perem. Jestliže bylo srdce kvůli špatným skutkům těžké, miska vah klesla. Srdce pak vstoupilo do místa podobného peklu, tím byl znemožněn vstup do posmrtného života.

V Evropě a v jiných kulturách je dodnes srdce pokládáno za *sídlo duše*, popřípadě *vědomí*. Srdce je mnohokrát zmiňováno v Bibli. **Křesťanské náboženství** se srdcem spojuje dobrotu a milosrdenství. Bůh „zná lidská srdce“ a může s nimi také zacházet podle svého uvážení. „Odejmu vám srdce kamenné a dám vám srdce z masa,“ říká například Bůh lidem, kteří se oddali zcela ne-srdečným zájmům (Ezequiél; Ez 36,26, in Dohnal A.E.).

Jung poukázal na to, že čakry jsou symboly (Adžaja, S., 2009). V jógové perspektivě *čakra srdce* („*anáhata*“) vytváří střed systému čaker a odpovídá oblasti prsou. Spojují se v ní tři spodní fyzicko- emoční centra se třemi horními duchovními. Každá touha po kontaktu, po splynutí, harmonii a lásce se projevuje prostřednictvím této čakry. Je-li čakra srdce dokonale otevřená a působí v harmonii s ostatními čakrami, člověk vyzařuje teplo, lásku a energii. To dále otvírá srdce ostatních, navozuje důvěru a dává radost, produkuje soucit a ochotu.

V současné době je srdce synonymem romantismu, vyjadřuje *lásku, něžnost, ženskost a životní energii*. Ve spojení s romantickou láskou a erotikou může symbol srdce zastupovat vlastně jakoukoli emoci, která je dost silná. Červená barva srdce , stejně jako barva krve a barva používaná k vyjádření vášně, vyjadřuje, že „*srdce je protiváhou rozumu*“.

Emocionální význam srdce vyjadřuje řada slovních obrátů, rčení a úsloví, např.: „Je srdečný. Má měkké (tvrdé) srdce. Je bez srdce. Spadl mu kámen ze srdce. Bere si to příliš k srdci. Zlomila mu srdce. Srdce mu puklo žalem. Šel za hlasem svého srdce. Zasmál se od srdce. Srdce mu poskočilo radostí.“ Srdce může být, právě pro výše uvedené zakořeněné symbolické významy, spojováno s většími obavami než onemocnění jiných životně důležitých orgánů a touto cestou vyvolávat nadměrný psychický stres.

Morschitzky (2006) udává, že právě proto, že srdce vnímáme jako sídlo nejmocnějších lidských emocí - lásky, soucitu, srdečnosti, oddanosti – stalo se psychosomatickým orgánem „*par excellence*“.

4. ISCHEMICKÁ CHOROBA SRDEČNÍ (ICHS), ANGINA PECTORIS (AP) A INFARKT MYOKARDU (IM)

4.1 Teorie ischemické choroby srdeční (ICHS), anginy pectoris (AP) a infarktu myokardu (IM)

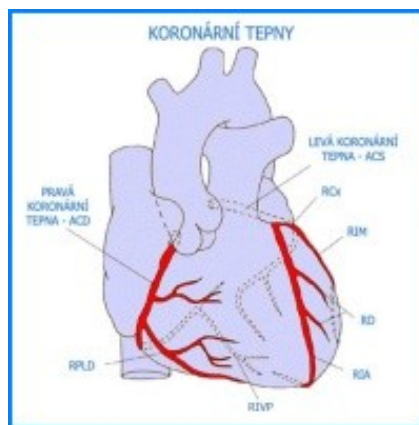
Ischemická choroba srdeční (dále jen ICHS) je označení pro skupinu chorob, jimž je společná přítomnost ischémie myokardu. *Ischémie* znamená místní proces nedokrvění tkání nebo orgánů.

Do skupiny onemocnění zvaných ischemická srdeční jsou řazeny dvě nemoci projevující se především bolestí na hrudi, jsou to:

- **angina pectoris** (dále jen AP)
- **infarkt myokardu** (dále jen IM)

Příčinou ischémie je patologický proces v koronárních (věnčitých) tepnách, nejčastěji *koronární ateroskleróza* (též arterioskleróza). Ateroskleróza je definována jako proces kornatění tepen, které vzniká v důsledku ukládání tukových látek do stěny tepny (tj. vznikem ateromových plátů, viz dále). Ateroskleróza vede k řadě onemocnění, nejčastěji k infarktu myokardu či k cévní mozkové příhodě. V léčbě aterosklerózy dominuje především ovlivňování vysoké hladiny cholesterolu v krvi (hypercholesterolemie), dále léčba hypertenze, obezity, cukrovky a odvykání kouření.

Příčinou aterosklerózy je *ukládání tukových látek*, především cholesterolu, čímž dochází k přeměně cévní stěny. V důsledku ukládání těchto tukových látek dochází k zúžení stěny tepny, snížení její pružnosti a postupnému omezení toku krve. Orgány nejsou zásobeny dostatečně kyslíkem a dochází k jejich poškození.



Obr. č. 2: Větvení koronárních tepen (www.ikem.cz)

Níže uvádím Klenerovo (2001) rozdělení forem ICHS. Toto rozdělení považuji za žádoucí uvést především proto, že v další části práce popisují psychologickou práci s nemocnými s jednotlivými formami ICHS.

<i>Akutní formy</i>	<i>Chronické formy</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Akutní IM • Nestabilní angina pectoris • Náhlá smrt 	<ul style="list-style-type: none"> • Angina pectoris • Variantní angina pectoris • Němá ischemie myokardu • Arytmická forma ICHS • Srdeční selhání při ICHS

Angina pectoris (dále jen AP) bývá též označována jako *stenokardie* a projevuje se opakovanou bolestí na hrudi. Dostavuje se, když část srdeční svaloviny – myokard – je nedostatečně zásoben krví. Tato nedokrevnost je nazývána *ischemií*. Angina pectoris nepoškozuje trvale srdeční sval a nemusí nikdy vyústit v infarkt myokardu či naopak může vzniknout až po proběhlém infarktu (Lukl, 2004).

Anginózní bolest trvá obvykle jen několik minut. Pacientem je popisována jako *tlak, tíha, pálení* či *svírání*. Bývá lokalizována *ve středu hrudníku za hrudní kostí*, někdy může vyzařovat do čelisti, krku, horních končetin, mezi lopatky či do nadbřišku. Bolest se objevuje nejčastěji při fyzické námaze nebo emočním stresu (Niederle, 2000).

Nestabilní angina pectoris je charakterizována nečekaným vznikem a či náhlým zhoršením již stávající anginy, stupňuje se frekvence a intenzita záchvatů, prodlužuje se doba trvání bolesti, je snížen efekt nitroglycerinu², který je lékařem podáván k útlumu anginózní bolesti. Často bývají bolesti na hrudi též klidové. V takovémto případě se mluví o *předinfarktovém syndromu*, který je klasifikován jako závažný klinický příznak.

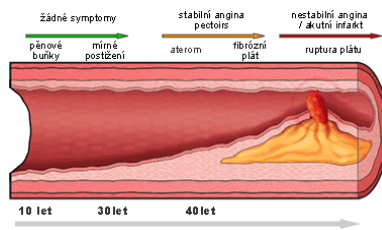
Ischémií (nedokrevnost) srdečního svalu mohou způsobovat dva typy patologických procesů:

1. *Aterosklerotický proces*, který je dlouhodobý a je odpovědí organismu na poškození vnitřní výstelky i hladkých svalových vláken stěny srdeční tepny (obr. 3). Pokud se choroba projeví klinickými příznaky, je většinou postižení tepen rozsáhlé. Aterosklerotický proces je „nastartován“ již v mládí, ve středním věku lze téměř u každého nalézt různý stupeň poškození cévní stěny (Niederle, 2000). Existují dva typy tzv. aterosklerotických plátů, typ aterosklerotického plátu má vliv na typ IM (Niederle, 2000, Matoušková, 2000):

- *stabilní aterosklerotický (ateromový) plát* je krytý neporušenou výstelkou,
- *nestabilní aterosklerotický (ateromový) plát* má nerovný, zvředovatělý povrch.

2. *Koronární spasmus* je proces, při kterém tepny mají sklon k samovolnému smršťování, tj. vytvoření spasmu, povětšinou bez účasti aterosklerotického procesu. Výše užitý výraz „spasmus“ (řecky spasmus – křeč, spao – stahovat) znamená svalovou křeč postihující především hladké svaly, která může vést k dočasnému zúžení cév s následnou poruchou průchodu jejich obsahu (Vokurka, Hugo, 2000).

² *Nitroglycerin* (zkr. *NTG*) – lék užívaný k léčbě ICHS, při záchvatu AP podání tablety pod jazyk (popř. spreje) do několika minut odstraní bolest (přetrvávání bolesti je nebezpečné z důvodu akutního infarktu myokardu). Podává se preventivně ve formě tablet (retard), náplastí či mastí (Vokurka, Hugo, 2000).



Obr. č. 3: Tepna postižená aterosklerózou; zcela vpravo pak ucpání tepny destičkovým trombem nasedajícím na aterosklerotický plát (www.anginapectoris.cz)

Infarkt myokardu (dále jen IM) vzniká, když se zúžená věnčitá tepna ucpe krevní sraženinou (tzv. trombem). Uzavřením cévy se krevní průtok přerušuje a nedokrevnost buněk srdečního svalu způsobí odumření části srdeční svaloviny (Jirásek, 2001, 2002). IM trvale poškozuje srdeční sval.

Při akutním IM je průvodní bolest na prsou ve srovnání s anginou pectoris silnější, trvá déle a nemusí reagovat na nitroglycerin. V krvi jsou po několika hodinách zachytitelné zvýšené hodnoty kardiálních enzymů a laboratorní známka odumření myokardu (Matoušková, 2000).

Z hlediska léčebného přístupu je důležité rozdělení IM na 2 typy:

1. *Transmurální IM – Q-IM* – vzniká náhlým úplným uzavřením věnčité tepny krevní sraženinou nasedlou na aterosklerotický plát a zasahuje celou tloušťku srdeční stěny. Mívá těžší průběh (Klener, 2001)
2. *Netransmurální IM – non-Q-IM* - má blíže k nestabilní angině pectoris a jeho podkladem je nestabilní aterosklerotický plát (Klener, 2001).

Při příznivém průběhu se po 6 týdnech infarktové ložisko začíná nahrazovat vazivovou tkání – stěna srdce je tak již pevná, ale ztratila svoji stažlivost. Při nepříznivém průběhu se srdeční stěna vyklenuje a vzniká chronické *aneurysma* (výdut') na srdci.

4.2 ICHS, IM a urgentní lékařská péče, invazivní a neinvazivní diagnostika a léčba IM

Dle Jirásk (2002, 2003) je obvykle je pro lékaře možné diagnostikovat anginu pectoris už na základě rozhovoru s pacientem. Většinou lze i rozlišit etiologii potíží způsobených jiným důvodem (nejčastěji vertebrogenními potížemi).

Pokud není možno zjistit původ bolesti, je vhodná indikace některého ze zátěžových vyšetření, při kterém je možné odhalit nedokrevnost srdečního svalu při zátěži. V současné době se jedná především o užití *radionuklidových zátěžových testů* „*Cardiospect*“ oproti dřívějšímu užívání tzv. *bicyklové ergometrie*³.

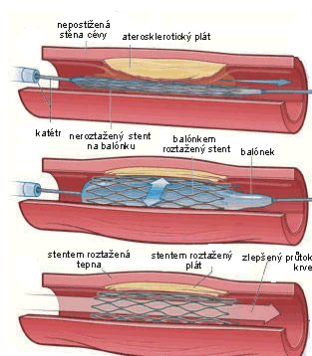
Radionuklidové metody jsou bezpečná neinvazivní vyšetření. Podstatou metod je podání radioaktivně značené látky (tj. látky s přirozenou nebo umělou radioaktivitou), zjišťování jejího rozložení v myokardu scintilační kamerou a zpracování získaných dat počítačovou technikou. Kolář (1998) upřesňuje, že výhodou radionuklidových metod je, že umožňují posuzovat funkční stav srdce a povahu koronární cirkulace v klidu, při pracovní zátěži nebo po léčbě.

Za nejmodernější a nejpřesnější, avšak již invazivní diagnostickou metodu, je považována *selektivní koronarografie neboli katetrizace (SKG)*. SKG je diagnostickým výkonem, které se děje pomocí rentgenového vyšetření hlavní věnčité tepny. Podstatou vyšetření je *určení místa a stupně postižení každé tepny s možností rychlého léčebného zákroku*. Koronarografie se provádí na speciálním sálku. Vyšetření se provádí vleže a trvá přibližně 30 minut. Po celou dobu je kontrolována srdeční činnost pomocí EKG svodů na pacientově hrudi. V počátku vyšetření není lékaři ani pacientovi známo, zda se v jedné době postoupí i k léčebnému zákroku.

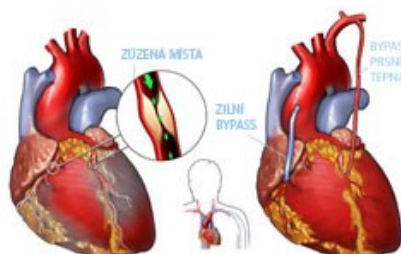
³ *Bicyklová ergometrie* je zátěžová elektrokardiografická metoda, při které se vyšetřovaná osoba testuje stupňovitě zvyšovanou pracovní zátěží navozenou šlapáním na kole. Přesné dózování zátěže umožňuje elektronický brzdový systém bicyklu, který ovládá odpor při šlapání (Kolář, 1998).

V případě, že ano, pak hovoříme o *koronární angioplastice (perkutánní transluminální koronární angioplastika, PTCA)*. Výkon PTCA je založen na roztlačování zevnitř předem *nafouknutého balónku*, popř. bývá nutné nasunout tzv. *stent*⁴, tj. drátěnou výstelku cévní stěny (obr. 4).

Pokud nelze nemocného léčit pomocí metod intervenční kardiologie - *operace srdce*. Takovýto chirurgický výkon na srdci se nazývá *bypass* (dále jen AKB, angl. překlad „obchvat, objížďka“). Jedná se o přemostění zúženého nebo uzavřeného úseku tepny jiným tepenným nebo žilním štěpem, který se obvykle odebírá z žil na dolních končetinách. AKB je složitější operační zákrok, ve většině případů s nutnou *sternotomií*, tj. otevřením hrudní dutiny po rozříznutí hrudní kosti (Jirásek, 2002).



Obr. č. 4 - Schematické zobrazení implantace stentu do věnčité tepny (www.anginapepectoris.cz)

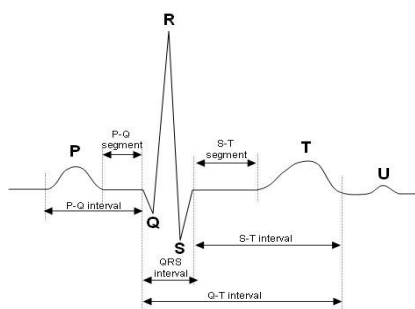


Obr. č. 5 - Přemostění (bypass), které již vede čerstvou, okysličenou krev do srdečního svalu kolem zúženého, zkornatěného úseku koronární tepny (www.ikem.cz)

Z metod, obvykle používaných v různých fázích diagnostického a léčebného procesu při ICHS, lze uvést elektrokardiografii (EKG), Holterovo monitorování EKG a echokardiografii (ECHO).

⁴ *Stent* je pružinka vyrobená z ušlechtilých kovů. Pomocí dilatačního PTCA balónku je zavedena do místa zúžení věnčité tepny. Zde je při nafouknutí balónku tato pružinka roztažena a vtlačena do cévní stěny. Po vyfouknutí balónku je balónek z tepny vytažen, ale stent ve stěně tepny zůstává trvale. Během 4 týdnů je překryt cévní výstelkou.

Elektrokardiografie (EKG) je vyšetřovací metoda zaznamenávající pomocí elektrokardiografu bioelektrické potenciály srdečních buněk. Je to citlivý galvanometr, grafická křivka vznikající při záznamu je nazývána *elektrokardiogramem*. Elektrokardiogram zdravého srdce znázorňuje obr. 6. Změny potenciálů v činném srdci se zachycují pomocí snímacích elektrod a vodivých kabelů do složitého ústrojí elektrokardiografu a v podobě elektrokardiogramu jsou zaznamenávány na speciální papír nebo obrazovku (Šerf 2000; in Kolář, 2002).



Obr. č. 6 – **elektrokardiogram**
(převzato: Úvod do elektrokardiografie, zdroj: mefanet.lfp.cuni.cz)

Na stejném principu je založeno *24-hodinové Holterovské monitorování*. Jedná se o elektrokardiografickou metodu umožňující zaznamenávat po dobu 24 a více hodin elektrickou aktivitu srdce vyšetřované osoby při její obvyklé denní činnosti. Podstatou monitorování je přenos EKG od vyšetřované osoby do Holterovy jednotky, v níž se po dobu monitorování uchovává EKG v magnetopáskové nebo polovodičové paměti přístroje.

Echokardiografie (ECHO) je neinvazivní *ultrazvuková* diagnostická metoda, která přináší informace o charakteru a stadiu srdečního postižení. Významná je možnost opakovaného vyšetření a posuzování vývoje onemocnění i efektu terapie (Vondráček, 1998, in Kolář, 2001). Jedním z hojně užívaných typů echokardiografie je tzv. *dopplerovská echokardiografie*, která umožňuje posoudit průtok krve srdcem a diagnostikovat chlopenní vady (Vokurka&Hugo, 2000). V posledních letech byla zavedena metoda *barevného dopplerovského mapování*, při které je krevní proud podle směru proudění vzhledem k sondě zbarven barvami.

4.3 Výzkum mapující psychické faktory ve spojení s ICHS

Vztah psychických faktorů a ICHS byl průběžně prokazován zejména k typu osobnosti, emoční reaktivitě, ale i k závažnějším psychopatologickým symptomům (Kitzlerová, 2010).

Současní američtí autoři Bankier, Littman a Januzzi ve své práci „*The High Prevalence of Multiple Psychiatric Disorders in Stable Outpatients With Coronary Heart Disease*“ (2004) konkretizují alarmující výsledky zastoupení psychických poruch u sledovaného vzorku pacientů s ICHS. Níže uvádím procentuelní vyjádření jednotlivých psychiatrických diagnóz (dle Bankier, Littman, Januzzi, 2004):

depresivní fáze (lehká, středně těžká nebo těžká)	29%
dysthymie	15%
rekurentní depresivní porucha se současnou depresivní fází	31%
abusus alkoholu	19%
posttraumatická stresová porucha	29%
generalizovaná úzkostná porucha	24%
porucha jídelního chování	10%
insomnie	13%

Z numerického vyčíslení je zřetelné, že výsledky autorů potvrdily nejen vysokou prevalenci komorbidní psychické poruchy, ale i široké spektrum psychiatrických poruch, které rozvoji ICHS s největší pravděpodobností časově předcházely.

Důležitým se stalo zjištění Carneyho (1995; Gehi et al, 2005) že výskyt komorbidní deprese má vztah k mortalitě jedinců postižených srdečními chorobami, nejčastěji ischemickou chorobou srdeční a chronickým srdečním selháním.

Výzkumná data poukazují rovněž na podstatnou roli psychického rozpoložení u pacientů s ICHS po intervenčních zákrocích. Nejrozsáhlejší desetiletá studie Kubzanského prokázala, že účastníci studie s přirozenými dispozicemi k optimismu dosahovali lepších klinických výsledků po provedeném srdečním bypassu (Kubzansky, Sparrow et al, 2001). Práce vyšla v časopise *Psychosomatic Medicine* pod názvem „*Is the glass half empty or half full? A prospective study of optimism and coronary heart disease in the normative aging study*“ v roce 2001.

V pojednání o výzkumech mapujících psychické faktory ve spojení s ICHS je žádoucí připomenout zásadní práce, které se staly základním kamenem studia této problematiky. Vliv psychiky na kardiovaskulární systém se jako první v 60. letech 20 století rozhodli vysledovat dva američtí kardiologové, Meyer Friedman a R. H. Rosenman. To, že sedadla v čekárně jejich oddělení byla ošoupana jen vpředu, a přitom markantně více než u jiných ambulancí, se jim stalo podnětem k zajímavé hypotéze. Napadlo je vysvětlit, že ti, kteří již měli se srdcem či cévami potíže, byli lidé nervóznější a v časovém stresu, respektive lidé, kteří čekání na ošetření špatně tolerovali. Tím, že tito lidé seděli na krajíčku židle, byli lépe připraveni se zvednout a běžet do ordinace (Honzák, 2003).

Pro ověření své hypotézy Friedman a Rosenman popsali typ chování, který se jim jevil pro tyto pacienty charakteristickým. Nazvali ho „typem A“. *Chování typu A* definovali jako komplex chování, který je charakteristický tím, že daná osoba houževnatým, někdy až agresivním způsobem, bojuje o to, aby dosáhla co nejvíce výkonů v co nejkratší době. To, jak byl definován osobnostní typ A shrnuje Křivohlavý v populárně naučné publikaci „*Jak neztratit nadšení*“ (1998, str. 127) : tito lidé jednali s mimořádnou energetičností, vždy bojovali jako lvi, jednali rychle, až zbrkle, vše chtěli mít hotové hned, chtěli být vždy nejlepší, dělali několik věcí najednou, v práci byli velice pilní a brali si práci domů, v zaměstnání bývali agresivní až nepřátelští, projevovali netrpělivost k lidem, žádali od podřízených stejně vysoké pracovní výkony jako podávali sami, často pocítovali ohrožení, často riskovali, při úspěchu přisuzovali zásluhu sobě a při neúspěchu přisuzovali vinu jiným.

Pro výzkumné účely autoři popsali i chování opačných charakteristik, který nazvali typem B. *Typ osobnosti typu B* charakterizovali takto: i při vysoké výkonnosti tito lidé maximální výkon nepovažovali za cíl svého života, dovedli odpočívat, měli široké spektrum zájmů, měli čas i pro rodinu, nejen pro práci (Křivohlavý, 1998, str. 127).⁵

Friedman a Rosenman ve studii nazvané *Western Collaborative Group Study* ověřovali hypotézu, že chování typu A je rizikovým faktorem kardiovaskulárních onemocnění. U více než 3 400 zdravých mužů střední sociální třídy v San Franciscu sledovali hladinu cholesterolu, způsob stravování, kouření, sepsali anamnézu zdravotního stavu a pomocí strukturovaného interview⁶ zjišťovali zastoupení osobností typu A.

Po osmi letech porovnávali výskyt kardiovaskulárních chorob u mužů s chováním typu A a typu B. Výzkumem zjistili, že u mužů s typem chování A se rychleji vyvinou příznaky poškození srdečních cév a dříve je ohrožuje IM.

Na práci původních autorů navázala populární *Framinghamská studie* (podle města Framingham, které leží asi 60 km od Bostonu ve státě Massachusetts), kterou vedla Suzanne G. Haynes. Hypotéza Framinghamské studie zněla: „Poznání a pochopení podstaty ischemické choroby srdeční spočívá v identifikaci a kvantifikaci vlivu faktorů konstitučních (dědičných) a přispívajících (enviromentálních) a ve

⁵ Obdobně jako byl v běžném každodenním životě v nemocnici zjištěn A-typ chování, byl „objeven“ i C-typ chování (Morfia, Greer, 1980; Temoshok, 1987). Autoři pracovali s pacienty na onkologickém oddělení a všimli si, že tito pacienti nemají vysoké nároky a jsou trpěliví, potlačují negativní pocity. Do určité míry jsou tak protikladem lidí s A-typem chování. Několik studií ukázalo, že zřejmě je třeba počítat se vztahem charakteristiky C-typu k onkologickým onemocněním. V současné době je však tato teorie opouštěna.

⁶ K měření chování typu A byl zkonstruován dotazník, který měřil průměrnou úroveň aktivity. Jednalo se o metodu řízeného rozhovoru nazvanou „Jenkins Aktivita Survey“. Podle: Jenkins, D. et al: Jenkins Activity Survey. Manuál k dotazníku. Copyright 1979 by The Psychological Corporation.

stanovení doby, po níž musí přispívající faktory působit na faktory konstituční, aby to vedlo k manifestaci kardiovaskulárního onemocnění“ (Baštecká a kol., 2003, s. 34).

Původní soubor účastníků studie zahrnoval 5209 framinghamských mužů a žen ve věku 30 – 62 let, kteří tehdy netrpěli žádným kardiovaskulárním onemocněním. Všichni byli vyšetřeni na počátku studie a poté vždy každé dva roky po celou dobu života. V průběhu posledních 25 let bylo do výzkumu zařazeno dalších zhruba 5 tisíc osob, dětí a vnuků původních účastníků. Díky nim lze zkoumat i vlivy dědičnosti nebo měněního se stylu života.

Výsledky výzkumu byly v průběhu padesáti let představeny ve více než tisíci odborných člancích. Níže jsou uvedena zásadní zjištění týkající se problematiky kardiovaskulárního onemocnění a psychických faktorů:

- 1960 prokázáno zvýšené riziko ICHS v důsledku kouření
- 1967 prokázán pokles rizika ICHS v důsledku zvýšené tělesné aktivity, a naopak zvýšené riziko v souvislosti s obezitou
- 1978 prokázán vliv psychosociálních faktorů na ICHS
- 1981 vydána souhrnná zpráva o vztahu stravovacích zvyklostí a ICHS
- 1988 prokázán vztah mezi tzv. typem osobnosti A a zvýšeným rizikem ICHS a zvýšené riziko CMP v důsledku kouření

Framinghamská studie podpořila většinu výsledků studie Friedmana a Rosenmana, tj. potvrdila, že typ A předpovídá choroby srdečních cév a infarkt myokardu. Výzkumná práce Haynesové (iniciátorka Framinghamské studie) navíc poprvé poukázala na to, že nejen u mužů, ale i u žen typu A je dvojnásobná pravděpodobnost výskytu nemocí cév a anginy pectoris než u žen typu B. Na základě rozsáhlé Framinghamské studie bylo uznáno, že chování typu A je rizikovým faktorem stejné závažnosti jako je krevní tlak, hladina cholesterolu v krvi a kouření.

Další studie, které tuto hypotézu ověřovaly se však rozcházely ve svých výsledcích. Některé podpořily souvislost chování typu A a zvýšeného rizika kardiovaskulárních onemocnění, jiné nezjistily žádnou souvislost. Tyto protirečící si výsledky vyvolaly obrovské spory v lékařské veřejnosti (Židek, 1997).

Kromě osobnosti typu A a typu D se v poslední době intenzivně studují osobnostní rysy, jako jsou např. hostilita, chronický vztek. Některé studie naznačují vztah mezi hostilitou a výskytem subklinické formy aterosklerózy a její progresí při opakování koronarografie. Avšak zkoumání vztahu hostility k mortalitě na kardiovaskulární choroby dosud nepřineslo jednoznačné závěry (Kitzlerová, Anders, 2010).

Co se týče opačně pojatých studií (vliv psychoterapie na incidenci kardiovaskulárních komplikací), za zmínku stojí výsledky Carneyeho studie ENRICHED (Enhancing Recovery in Coronary Heart Disease), které byly pod názvem „*Depression as a risk factor for mortality after acute myocardial infarction*“, publikovány v odborném časopise *The American Journal of Cardiology* v roce 2003. Ve výzkumné práci bylo sledováno celkem 2481 pacientů po infarktu myokardu, u kterých byla 2 týdny po koronární příhodě zahájena kognitivně-behaviorální terapie. Nemocní absolvovali 11 individuálních sezení během šesti měsíců a skupinovou formu psychoterapie. Studie sice neprokázala pozitivní vliv psychoterapie na přežití během 30měsíčního sledování, ale potvrdila, že psychologická péče vedla k redukci depresivní symptomatiky a oceňované zvýšení sociální podpory. Autor studie dodává, že stabilizace psychického stavu je extrémně žádoucí právě během prvních kritických 6 měsíců léčby (Carney et al., 2003).

S podobnými závěry přichází rok poté pracovní skupina Reese, Bennetta et al. Svou výzkumnou práci nazvanou „*Psychological interventions for coronary heart disease*“ uzavírají slovy „It is unclear whether stress management and other forms of psychological intervention for people with heart disease reduces heart attacks, anxiety or depression, but it is thought that their inclusion in rehabilitation programmes may help“ (v překladu: „Není jasné, nakolik stres management a jiné formy psychologické intervence u pacientů s KVO snižují incidenci IM a nakolik skutečně snižují úzkostně-depresivní prožívání, ale domníváme se, že začlenění rehabilitačních programů je pro pacienty nápomocné a žádoucí“). Práce byla publikována v časopise *Evidence Based Nursing* v roce 2004.

4.4 Psychologická problematika IM a úloha psychologa po recentně prodělané koronární příhodě

Jak je uvedeno v kapitole 4.1, akutní IM se projevuje *intenzivní bolestí na hrudi, dušností, pocitem nedostatku dechu a s ním spojenou úzkostí*. Vzhledem k tomu, že obecně jsou symptomy IM známy, nemocný povětšinou záhy vytuší, že se jedná o koronární událost. Většina pacientů si uvědomí, že mohou být ohroženi na životě.

K nemocnému bývá zavolána rychlá záchranná pomoc (RZP). Po převozu do nemocnice je pacient nejčastěji ošetřen koronární angioplastikou (PTCA, kap. 4.2). Po výkonu je převezen na koronární jednotku (KJ), kde je připojen na monitorovací zařízení. S ohledem na to, že přístupovým místem pro katetrizaci je nejčastěji pravé tříslo (průchod katetru probíhá stehenní tepnou) je nutné, aby pacient následně ležel v horizontální poloze minimálně 14 hodin. 5 hodin má zaveden arteriální zavaděč, po kontrole koagulace (výsledek z laboratoři přichází z laboratoře přibližně za 1 hodinu) leží s kompresivním obvazem v tříslu dalších 8 hodin. Vzhledem k tomu, že nemocný je hospitalizován během krátké doby z plného zdraví, povětšinou prožívá *silnou úzkost spojenou s nečekanou situací* (Praško, 2010).

Dlouhou dobu je známo (Hackett, Cassem, 1974; in Baštecký et al, 1993), že silná úzkost a obavy se záhy, díky mechanismu popření, zmenší až zmizí. V několika dalších dnech lze pozorovat nepřiměřené a nebezpečné chování pacientů – tajně kouří, jsou lehce euforičtí, aktivně komunikují s personálem. Hackett a Cassem (1974) poukazují na to, že způsob zpracování negativních emocí pomocí obranného mechanismu popření zlepšuje prognózu postižených. Poukazují však jak na pozitivní, tak na negativní stránku mechanismu popření. Výrazně negativní úlohu hraje v předhospitalizačním období, kdy de facto zapříčiňuje mnohá úmrtí (postižený nenavštíví lékaře). V akutní fázi IM na KJ ulehčuje nemocnému jeho stav snášet. Poté se však stává životu nebezpečným, protože komplikuje zpracovávání nemoci, jež je recidivující a zamezuje racionálnímu přístupu k léčení.

Jak uvádí Chaloupka (2006) ve článku věnovaném doporučeným rehabilitačním postupům pro proběhlém IM, „již v období hospitalizace je třeba nemocného připravit na změny životního stylu a návyků, které s onemocněním souvisejí“. Doporučené postupy vyšly v kardiologickém časopise *Cor Vasa* v roce 2006 pod názvem „*Rehabilitace u nemocných s kardiovaskulárním onemocněním*“. Autor zdůrazňuje nejen nezastupitelnou roli ošetřujícího lékaře, ale i specializovaného fyzioterapeuta a psychologa. Zvláštní důraz autor klade na péči o nemocné v „časné RHB“, kde právě prodělaný kardiochirurgický zákrok nebo IM významně pohled nemocného na vnímání reality.

Přesto v praxi nebývá zcela obvyklé, aby psycholog byl k nemocnému záhy po prodělaném IM povolán na koronární jednotku (KJ). Primární lékařskou snahou je pacienta stabilizovat v co nejkratší době a předat z intenzivního lůžka na lůžko standardní. Pokud je psychologická intervence indikována, pak povětšinou s cílem zklidnit a podpořit spolupráci pacienta v případech, kdy se omezená kooperace jeví jako psychologicky podmíněná.

V následujících bodech shrnuji, dle svých vlastních zkušeností, **důvody povolání psychologa k pacientovi hospitalizovaném po IM na KJ** (pro přehlednost body referuji v přítomném čase). V první řadě je nutno zdůraznit, že byly maximálně zohledňovány etická hlediska profitu pacienta. Z tohoto úhlu pohledu je k uvedeným bodům doplněno několik podstatných dodatků:

- *pacient je resonantní k personálu, což stěžuje na akutním lůžku spolupráci se zdravotníky*

Zcela zásadním se jeví doporučení mluvit klidně, vyrovnaně, s určitým stupněm sebejistoty. Praško (2010) doporučuje se používat krátké srozumitelné věty, vynechat zdravotnické termíny, projevit empatii, srozumitelně edukovat. Mnohem více časového prostoru i psychologického vzdělání (a tím i empatie a trpělivosti), k takovému kontaktu na jednotkách intenzivní péče, může konziliární klinický psycholog.

- *pacient nerozumně naléhá na dimisi ve stavu, kdy propuštění by bylo unáhlené a rizikové*

V době krize se obranný mechanismus popření jeví účelný. Z tohoto důvodu není žádoucí pacientovy obranné strategie výrazněji nabourávat. Hovor s pacientem musí zohledňovat jak výhody pacientova psychologického odstupu od problému, tak i rizika související s jeho rizikovým chováním.

- *pacient odmítá léčebné postupy (př. zavedení kanyly, podání intravenózního léku), nesouhlasí s indikací operačního bypassu, přičemž neprovedení chirurgického zásahu je život ohrožující*

Důležité je dodat, že pacient je motivován jen k *jednoznačně prospěšným či život zachraňujícím* operačním výkonům (CABG), nikoli k těm, u kterých ani lékař sám nemůže profity zaručit či nemůže vyloučit vážná operační rizika.

- *pacient je „v krizi“, vyjadřuje pesimistické postoje, psychologická péče je cílena na podporu důvěry v pozvolné zlepšování stavu („fenomén naděje“) a hledání pozitivních bodů (př. nemocný byl přivezen do nemocnice včas, změna životního stylu ve zdravější je v konečném důsledku pro život pacienta přínosem)*

Při podpoře pacienta a formulování pozitivní bodů stávající situace není ani etické ani účelné pacientovi lhát či záměrně zkreslovat situaci. Takový postup by, pro nedostatečnou pacientovu důvěru, následně znemožnil další spolupráci s psychologem.

- *pacient se, v kontextu obranného mechanismus popření, chová rizikově a takovéto chování by mohlo závažně ohrozit jeho zdraví (např. se úporně dožaduje na KJ cigaret, kouří na záchodě)*

U tohoto bodu rovněž platí, že hovor s pacientem musí zohledňovat jak výhody pacientova popření závažnosti situace, tak i profity tohoto obranného mechanismu a intervenci je nutno vést opatrně (př. neargumentovat „pokud si zakouříte cigaretu, můžete zemřít“).

- *pacient se nachází v rodinných konfliktech a je žádoucí zprostředkovat a podpořit komunikaci s rodinou, popřípadě suplovat pacientovi blízkého člověka*

Zasahovat do rodinných konstelací je z etického hlediska žádoucí vždy jen po vyjádření přání a souhlasu nemocného.

Psychologovy intervence však bývá obvykle více využíváno **po přeložení pacienta na standardní kardiologické oddělení**. V případech, kdy angioplastika neřeší poškození koronárního oběhu, pacient je, po stabilizaci zdravotního stavu a proběhlých předoperačních vyšetřeních, směřován k *chirurgické revaskularizaci* bypassem. V takovém případě je psychologická péče orientována na předoperační přípravu pacienta na náročný výkon (dále kap. 5.4).

V řadě případů, především u mladších pacientů po akutním IM, psycholog v rámci pohovorů sezdá *osobnostní dynamiku*, která určuje způsob života nemocného, respektive nerozumné zacházení s vlastním zdravím. V takových případech se psychologický kontakt pozvolná „stáčí“ k individuální psychoterapii. Příkladnou se může stát níže uvedená kasuistika (kasuistika č. 1). Snahou je porozumět psychologickým mechanismům, které dané chování produkují a udržují.

Kasuistika č. 1

M.H., muž, 40 let, VŠ (Vysoká vojenská škola ve Vyškově), voják z povolání, ženatý, 2 děti (17, 13 let)

Dg.: IM po ranním probuzení, bez předchozích symptomů, indikován k akutnímu výkonu PTCA

V rámci rozhovorů s mladým, teprve 40letým, nemocným záhy shledávám, že pacient je fixován na výkonnostní způsob života. Po prodělaném akutním IM by však měl tento styl života změnit.

Z domova pacient odešel ve 13 letech na vojenské gymnázium, pokračoval na Vysokou školu vojenskou. Důvodem volby školy daleko od domova byl frustrující vztah

s rodiči. Pacient měl pocit, že rodiče preferují bratra, trápilo ho to a chtěl se co od rodiny co nejdříve separovat. Pro svůj raný odchod se nyní rodinou cítí být zavržen.

Pacient sděluje, že celoživotně odčítuje pocity viny. Snaží se být perfektní ve všech směrech, všem vyhovět. Za co se viní neumí přesně říci. Dětem chce vynahradit, že nemají z jeho strany prarodiče. Tráví s nimi veškerý volný čas, se synem například hraje 3x-4x týdně fotbal. U manželky porozumění a podporu v nesnázích nenachází, vzájemný vztah považuje za chladný.

Během rozhovorů má nemocný slzy v očích. Sděluje, že si velmi váží zájmu o svou osobu, kterého zažil v životě málo. Před propuštěním pacientovi domlouvám možnost dlouhodobé individuální psychoterapeutické péče v místě bydliště, pacient je mimopražský.

Koronární příhoda znamená pro většinu nemocných výraznou psychickou zátěž. Nemocní po stabilizaci svého stavu často *bilancují* dosavadní život, životní styl, uvědomují si, že se dostali do ohrožení života a „blízko smrti“ (Praško et al., 2010, str. 311). Na tuto skutečnost navazuje další kapitola.

4.5 Psychologická ambulantní dispenzarizace pacientů s ICHS a po IM

Výsledky rozsáhlých studií Institutu HeartMath⁷ potvrzují, že pacientův *emocionální stav a kvalita podpůrných vztahů a sociálních vazeb v období po IM zásadně ovlivňují pacientovu prognózu* (Thomas et al., 1997, Carney et al., 2003). Ve stejném smyslu hovoří Barth (2004) když říká, že deprese představuje nejen výraznou zátěž pro pacienta, ale může zásadně ovlivnit motivaci pacienta k dodržování léčebných opatření, k pravidelné pohybové aktivitě a ke snížení hmotnosti v indikovaných případech (Barth, 2004).

V nedávné době se přínosnou stala metaanalýza výzkumů týkajících se rozporupných výsledků přínosnosti psychologické léčby u nemocných po proběhlém IM. Metaanalýzu provedl kanadský tým pod vedením Lindena z Department of Psychology z University ve Vancouveru a Saskatchewanu. Na svých stránkách ji v roce 2007 uvedl časopis *European Heart Journal*. Do vzorku bylo náhodným výběrem zahrnuto 43 proběhlých studií. Dvacet tři z těchto studií referovalo data o mortalitě dohromady u 9856 kardiologických pacientů. Metaanalýza porovnávala *rozdíl úmrtnosti pacientů, kterým byla poskytnuta, kromě obvyklé medicínské péče, psychoterapeutické péče*. Kontrolní skupinou byl stejný počet pacientů, u kterých psychoterapie realizována nebyla. Snížení úmrtnosti bylo zjištěno jen u mužů. Nejeftektivnější se, dle metaanalýzy, ukázala psychoterapie, která byla započata nejméně 2 měsíce po kardiální příhodě. Závěr studie vyznívá tak, že psychoterapie kardiologických pacientů po proběhlém IM snižuje mortalitu i návrat kardiální události. Zajímavou se jeví skutečnost, že načasování počátku terapie se pro snížení mortality ukazuje jako rozhodující (Linden et al, 2007).

⁷ V roce 1991 vznikla mezinárodní organizace *Institute of HeartMath*, která má specifický cíl, a to prozkoumat vliv pocitů a emocí na lidské tělo. Výzkum institut zaměřil na lidské srdce. Průkopnické práce byly hojně publikovány v prestižních časopisech a citovány ve vědeckých studiích (www.heartmath.com).

Po propuštění pacienta z nemocnice nastává nová fáze onemocnění. Pacient přichází o subjektivně bezpečné nemocniční prostředí. Po návratu domů se objevují poruchy spánku, emoční rozlady či sexuální problémy (Šimek 1999, in Baštecký, 1999). V některých případech se u pacienta rozvine klinická deprese. Pokud se tak stane, je dle studie Cartneho et al (1988) přítomna i po 12 měsících po IM, popř. jde o její relaps. Ze studie dále vyplývá, že depresivní pacienti mají 6x častěji epizody komorové tachykardie než pacienti nedeprativní.

Jeden z pohledů na depresi je takový, že deprese představuje *patologickou formu truchlení*. Barth a Schumacher (2004) rozlišují smutek a depresi. Zatímco smutek má adaptivní význam, deprese je již patickou reakcí. U smutku stísněnost, psychomotorický útlum, nedostatek zájmů, pokles výkonnosti a koncentrace pozornosti slouží k ochraně před příliš zatěžujícími vnějšími podněty a umožňuje šetřit a zotavit se. Při depresi se však tyto symptomy objevují v extrémním rozsahu a trvání.

Proč truchlení? Pacient s diagnózou ischemické choroby srdeční, respektive po infarktu myokardu, je z velké části nucen změnit svůj životní styl. Důvodem jsou zčásti nepříjemné *tělesné pocity spojené s vykonáváním i běžných činností – zadýchávání, bolest na hrudi, unavitelnost* – a zčásti subjektivní *psychické obavy* pacienta. Míra obav je determinována jednak *premorbidní psychologickou konstitucí* daného jedince, a jednak *trváním a stupněm závažnosti kardiovaskulárního onemocnění*. Svou roli hraje i *stupeň úzkostnosti* toho kterého pacienta (též viz kap. 8).

Realitou je, že pacient je často nucen *eliminovat činnosti, koníčky*, které ho těšily, dávaly jeho životu smysl a pomáhaly mu překonávat náročná životní období (např. sport, adrenalinové aktivity, práce na zahradě). V případě velkého fyzického nebo psychického zatížení v zaměstnání, je dokonce nemocný nucen uvažovat o změně profese (z praxe známe například nepříznivou profesní situaci pilota českých aerolinií).

Na poruchy nálad si však nemocní stěžují jen vzácně, častěji se objeví ekvivalenty – *neurastenické potíže a anginózní syndrom svou tíží neodpovídající*

nálezu na koronárních tepnách. Pacient své somatické potíže s psychickým fungováním nespojuje a připisuje je závažnosti svého zdravotního stavu. Teprve po řadě vyšetření, často až po zevrubném pohovoru s psychologem, začíná připouštět, že se jedná o psychologickou záležitost.

Nejen reakce na nemoc ale tak jako v běžné populaci, i v populaci kardiálně nemocných se pacienti setkávají s úskalími života, ztrátami, bolestmi (*akutní reakce na stres, posttraumatická stresová porucha, porucha přizpůsobení*). V takových případech je o to více žádoucí, aby byl nemocný psychoterapeuticky ošetřen. S pacientem pak psycholog pracuje ve spolupráci s kardiologem.

Kasuistika č. 2

A.K., žena, 69 let, nejvyšší dosažené vzdělání SOU, vdaná, 2 děti, syn ve věku 40 let zemřel – karcinom tlustého střeva

Dg.: reaktivní depresivní syndrom u pacientky dlouhodobě dispenzarizované pro ICHS

1993 Non-Q IM spodní stěny 1993, SKG

11/1997 stenóza do 40% ACD

2002 PTCA RIA + stent pro nestabilní AP

Reaktivní depresivní syndrom (nedávná smrt syna)

Pacientka sděluje, že od smrti syna se cítí strašně, má pocit, že už nemůže dál žít. Zlobí se na snachu, která se dle ní o jejího syna nestarala s láskou. Raději by ze života odešla ona. Pacientka dále mnohokrát opakuje, že nechce žít. Sděluje, že kdyby neměla 80tiletého manžela, který je na ní závislý, svůj život by skončila.

Ráno jí bývá trochu lépe, v průběhu dne se stavy zhoršují. Stále pláče, je vyčerpaná. Nutí ji to chodit každý den na hřbitov, je přesvědčená, že do své smrti tam bude každý den. Nemůže přece syna opustit... Co se týče zdravotního stavu, nevnímá jak jí je, je zcela pohlcena psychickou bolestí.

Krizové intervence (za spolupráce s psychiatrem) po cca 3 měsících nahrazují hovory podpůrné, „motivující k životu“. S pacientkou jsem v kontaktu následující 2 roky v pravidelných intervalech. Náš vztah dostává důvěrný rozměr (pacientka mi v rámci „přeladění mysli“ například uháčkovala polštář, volá mi o Vánocích, Velikonocích).

I přes kvalitní terapeutický i mezilidský vztah, a psychofarmakologickou medikaci nasazenou psychiatrem, zůstává pacientka v depresivním rozpoložení (o něco mírnější intenzity) až do konce našeho kontaktu (po dvou letech od přijetí nemocné odcházím na jiné pracoviště).

Po kardiální stránce se však kardiologům podařilo udržet pacientku stabilizovanou.

U některých starších pacientů po prodělaném IM pozorujeme (často až po referencích nejbližších příbuzných) **změny osobnostních charakteristik a emoční nestabilitu**. Porucha je typická změnou obvyklých způsobů jednání, změnou prošla především *emoční a motivační struktura* nemocného. Konkrétně je pak narušena *koncepčnost jednání*, vytyčené cíle jsou obtížně dosahovány, v oblasti emočního prožívání se může objevit *emoční labilita, apatie, impulsivita* nebo *emoční plochost*. *Myšlení může být vztahovačné, kategorické, plynulost řeči je narušena*, objevuje se *zabíhavost, ulpívavost* (Kliment, 2002). Tyto změny jsou výsledkem jak psychogenních, tak organických faktorů.

Často lze u těchto pacientů pozorovat ataky úzkosti (stavy normální nálady jsou střídány úzkostnými stavy) nebo je úzkost zažívána trvale (generalizovaná úzkost). emoční prožívání je doprovázeno únavou, postižený udává řadu tělesných stesků, jako jsou závratě nebo bolesti. Z těchto důvodů pak nemocný bývá znovu a znovu vyšetřován.

Případné kognitivní obtíže se mohou týkat paměti, pozornosti, schopnosti učení se, ale i myšlení (postižený si stěžuje na zpomalení myšlenkového tempa).

Z hlediska klasifikace Mezinárodní klasifikace nemocí (MNK-10) se jedná o poruchy řazené mezi *duševní poruchy, způsobené poškozením mozku, jeho dysfunkcí a somatickou nemocí (F06) a poruchy osobnosti a chování způsobené onemocněním, poškozením a dysfunkcí mozku (F07)*.

Dle Jiráka (2007) je vždy třeba léčit vyvolávající příčinu, pokud je to možné. Za další důležitou složku léčby považuje psychoterapii včetně rodinné terapie a použití nácvikových metod u kognitivního oslabení.

V tomto smyslu bylo s pacienty pracováno i v kardiocentru NNH. V souladu s doporučením Jiráka (2007) se nemocnici často hovořilo s rodinnými příslušníky. Ti byli edukováni o důvodech psychických změn blízkého člověka a byly diskutovány terapeutické (a s psychiatrem a kardiologem psychofarmakologické) možnosti účinné pomoci.

5. VROZENÉ A ZÍSKANÉ SRDEČNÍ VADY

5.1 Vrozené a získané srdeční vady a jejich léčba z pohledu medicíny

Vrozená srdeční vada (VSV) je strukturální anomálie srdce nebo velkých cév, přítomná při narození (Popelová, Frídl, 2003). Srdeční vady jsou velice variabilní a mohou postihovat všechny srdeční oddíly; často jsou jednotlivé srdeční struktury postiženy v různých kombinacích (Tláskal, 2009).

Vrozené srdeční vady patří k nejčastějším vrozeným vývojovým vadám a postihují přibližně šest z 1000 živě narozených novorozenců (Tláskal, 2009). Popelová, Frídl (2003) dodávají, že tento počet je nutno navýšit o anomálie přítomné při narození, ale projevující se a zjištěné až v dospělosti.

Za vznik vrozených srdečních vad odpovídají genetické poruchy (poruchy chromozomů) i faktory vnějšího prostředí. Nejcitlivějším obdobím na působení vnějších vlivů je 2. až 8. týden těhotenství.

Prenatální diagnostika je jedním z medicínských oborů, který zaznamenal zejména v posledních letech prudký rozvoj. Cílem je zlepšení diagnostiky vrozených vývojových vad (VVV) nejenom strukturálních, chromosomálních, ale také funkčních na molekulární úrovni. Včasné vyšetření všech žen v těhotenství umožní odhalit těžce poškozené plody, lékaři pak doporučí ženě potrat (Popelová, 2009). Ženy se dnes většinou rozhodnou takové těhotenství ukončit.

Některé vrozené vady mohou zůstat dlouhá léta bez povšimnutí. Jiné na sebe upozorní už krátce po narození. Pro dobrou celoživotní prognózu dítěte s vrozenou srdeční vadou je rozhodující zejména možnost úplné korekce vady.

Úplná korekce vady je intervenční zákrok, který umožní zapojení všech srdečních oddílů do krevního oběhu tak, jak jim anatomicky a funkčně přísluší (někdy s nezbytností opakovaných výkonů z důvodu významnějších nálezů, které přetrvávají po operaci nebo se časem vyvíjejí).

Některé vady však takto korigovat nelze a východiskem jsou tzv. paliativní operace (zpravidla opakovaně v průběhu života), které pacientovi umožní v první fázi přežití a v dalším vývoji více či méně plnohodnotný život (Popelová, 2009).

System péče o děti se srdeční vadou v bývalém Československu vybudoval prof. MUDr. Milan Šamánek, který dlouhá léta působil v Kardiocentru Fakultní nemocnice Motol. Výsledky péče o děti se srdeční vadou u nás, právě i díky němu, patří a patří k nejlepším na světě (ústní sdělení, 2007, FN Motol).

V současné době jsou tyto děti již dospělými a nadále je jejich stav pravidelně monitorován. Sledováním velkého vzorku nemocných se závažnými vrozenými srdečními vadami se v Nemocnici Na Homolce (NNH) zabývá Doc. MUDr. Popelová. Lékařka původně rovněž působila ve FN Motol a od května 2005 zastřešuje poradnu pro vrozené srdeční vady v dospělosti. Ambulance se zaměřuje na dlouhodobé komplexní sledování pacientů s VSV. Snahou je vytvoření souboru pacientů s VSV, směřující ke vzniku společné databáze nositelů VSV v dospělosti v České republice.

Z indikace vrozené srdeční vady je v NNH prováděno na osmdesát operačních výkonů ročně. Asi polovinu z nich tvoří reoperace. „Tou může být třeba i pátá nebo šestá operace v životě nemocného, z kardiochirurgického hlediska se mnohdy jedná o nesmírně náročné zákroky“ (Černý, 2004).

5.2 Psychologická problematika vrozených srdečních vad

Pokroky v kardiologii, kardiochirurgii a zavedení komplexní péče o vrozené kritické srdeční vady novorozeneckého a kojeneckého věku na počátku 70. let minulého století umožnily přežití dětí, které se do zavedení uvedeného systému často vůbec nedožily věku dospělosti (ZDN, Sestra 3/2006; autor neuveden).

Z psychologického úhlu pohledu vývoj osobnosti lidí se závažnou vrozenou vadou srdce je svým způsobem stigmatizován. Vrozená vada znamená velkou *zátěž pro psychický vývoj dítěte* (dle klinicko-psychologické teorie později získaná vada působí obvykle jako trauma). Stejně jako u jinak závažně nemocných dětí záleží na tom, jak se rodina ve výchově k nemocnému dítěti postaví. Dle toho se pak u nemocného utváří postoj k nemoci a k případným limitacím, které vrozená srdeční vada obnáší⁸.

Povětšinou tito nemocní podstupují na *opakované chirurgické výkony srdci (reoperace)*, což má samozřejmě význam pro způsob i pro kvalitu a jejich života.

Mimo to, pacient s vrozenou srdeční vadou je stále často považován za pacienta jiného a zvláštního, který se v mnoha směrech vymyká běžným kritériím pacientů, kteří přicházejí na vyšetření ke kardiologovi pro dospělé. Dospělých pacientů s vrozenou srdeční vadou ale bude stále přibývat tím, že se zlepšuje péče o děti se srdeční vadou (Tláskal, 2009)

Po operaci komplexní vrozené srdeční vady může mít velmi dobrou kvalitu života a může být šťasten, jestliže své požadavky a životní ambice přizpůsobí možnostem tělesné zátěže. V některých případech, naopak, i přes pokroky

⁸ *Psychologie handicapu* vychází z poznatků a z úhlu pohledu sociální psychologie. Sociálně psychologický pohled na život člověka s postižením umožňuje určitá zobecnění společná všem různorodým kategoriím, pro něž je možné pojem handicap použít. Základními zpracovávanými tématy jsou zapojení člověka s postižením do společnosti, adaptace rodiny na postižení dítěte, adaptace na handicap v životě jednotlivce a posttraumatický růst v důsledku čelení nepříznivým životním událostem (Pipeková, 2005).

v chirurgické léčbě, k uspokojivému pokračování života nedojde. Níže uvádím kasuistiku mladé pacientky s VSV s negativní prognózou (kasuistika č. 3).

Kojencům a batolatům se srdeční vadou se pobyt v kolektivu nedoporučuje z důvodu zvýšeného rizika respiračních onemocnění a u závažných vad z důvodu nutné individuální péče.

U starších dětí, pokud není nějaký zvláštní důvod, je žádoucí, aby v rámci přípravy na školní docházku navštěvovaly dětský kolektiv třeba jen několikrát týdně nebo na část dne. Školní docházka se řídí podle stejných pravidel jako u zdravých dětí. Důležitá je ale spolupráce rodičů a učitelského sboru, který by měl být informován o onemocnění, jeho možných nežádoucích projevech, o užívání léků a případném omezení tělesné aktivity.

Při volbě povolání mladistvých, u kterých lze v budoucnu předpokládat určitá omezení, má velký význam poradenská činnost dětského kardiologa, který jim poradí jaký druh studia je pro ně vhodný a který ne.

Kasuistika č. 3

H.P., 39 let, nejvyšší dosažené vzdělání SŠ s maturitou, soukromá podnikatelka (s manželem vlastní květinářství), vdaná, 1 dcera

Dg.: 1975 – operace VSV – korekce defektu septa síní typu primum a stutura rozštěpu aortálního cípu mitrální chlopně

1996 – hospitalizace v NNH pro infekční endokarditidu (St. Aureus), při hospitalizaci paroxysmus síňové tachykardie

1997 – konstatován imunodeficit, přechodně aplikace gamaglobulínu

NO: Pacientka byla přijata překladem z nemocnice v Sušici pro susp. recidivu bakteriální endokarditidy

Pacientka se závažnou vrozenou srdeční vadou indikována k přijetí do psychologické péče. Cílem psychologického kontaktu je podpora pacientky s letitou komplikovanou kardiální diagnózou a susp. špatnou prognózou.

Pacientka sděluje, že v posledních osmi letech plánovitě vnitřně pracovala na tom, aby byla schopna čelit zdravotním komplikacím . Aktivně četla psychologickou literaturu jak zvládat zátěž. Říká, že změnila přístup k životu a hodnotové orientace a k tomu co ji v životě potkalo zaujala „duchovní postoj“. Handicapovaná se cítí od útlého dětství.

S pacientkou vedena psychologická sezení á 2 dny po dobu šesti týdnů až do termínu operace (2 reoperace VSV). Zájem o svou osobu pacientka vítá. Preferuje hovory o duchovních principech a hodnotách, tudíž v těchto nuancích s pacientkou hovořím. Témata rozprávění nechávám na nemocné samé. Zdá se mi, že orientace na duchovní témata může být pacientčin způsob vyrovnávání se s nepřízní osudu. Vzhledem ke špatné prognóze pacientčin život pravděpodobně velmi záhy skončí.

5.3 Získané srdeční vady, infekční endokarditida

Nejčastějšími příčinami onemocnění srdečních chlopní jsou:

- revmatická choroba srdeční a degenerativní onemocnění,
- dilatace (rozšíření) levé komory po IM při ICHS
- infekce chlopně (endokarditida)

Revmatická choroba srdeční vzniká jako následek infekčního onemocnění způsobeného streptokoky, často se postižení srdečních chlopní objeví až po několika letech. Postižení chlopní degenerativními změnami je vlastně urychlený proces stárnutí tkání chlopně, povětšinou geneticky podmíněný (Klener, 2001). Rvmatické postižení srdečních chlopní je v dnešní době na ústupu.

Rozšíření levé komory je způsobeno ischemickými změnami.

Infekční endokarditida je postižení vnitřní vrstvy srdce (endokardu) infekčním procesem, nejčastějšími bakteriemi způsobující toto onemocnění jsou streptokoky a stafylokoky.

V důsledku všech těchto onemocnění mohou být srdeční chlopně buď zúžené nebo nedomykavé, popř. s kombinovanou vadou. V takovýchto případech lékaři indikují tzv. *plastiku chlopně*, což je chirurgická oprava poškození chlopně nebo náhradu nemocné chlopně umělou. Náhradou se stává buď *mechanická chlopeň* (vyrobená firmou) nebo takzvaná *biologická* (z vepřové chlopně nebo hovězího perikardu). Nejméně užívanou možností náhrady chlopně je tzv. *homograft*. Jde o transplantaci lidské chlopně z lidského dárce. Problémem je nedostatek vhodných dárců i složitost operace.



Obrázek č.7: **Obrázky umělých chlopní, kterými jsou nahrazovány chlopně nemocné a nefunkční. První z chlopní je mechanická chlopeň, druhá biologická aortální chlopeň** (převzato: www.cardion.cz a www.ikem.cz)

Biochlopeň je má řadu výhod, ale velkou nevýhodou je, že postupně podléhá degenerativním změnám (stárne spolu s celým organismem). To občas vede k nutnosti další operace zhruba po 10 – 15 letech a stává se tak pro pacienta, který již celý proces náhrady s veškerým stresem již prodělal, opětovným traumatickým zásahem.

Obecně nevýhodou operované chlopně je riziko uchycení infekce na chlopní, k čemuž může dojít vcelku jednoduše – při běžných onemocněních dýchacích cest, zánětech močových cest, u zubaře atd.

Infekční endokarditida vznikne, když imunitní systém není schopen zlikvidovat bakterie, které se v organismu (každého z nás) nacházejí. To se však povětšinou imunitnímu systému daří.

Větší riziko průniku bakterií do krve mají lidé, jejichž krevní oběh se často dostává do kontaktu s okolním prostředím. Jsou to např. pacienti se zavedenými žilními kanylami, dialyzovaní pacienti, ale zejména *nitrožilní narkomani*.. Při každé injekční aplikaci drogy se zvláště při nedokonalé hygieně dostane do krve vysoké množství bakterií.

Komplikace spočívají částečně v tom, že vegetace mohou narůstat a zužovat výtokové prostory v srdci nebo může infekční proces lidově řečeno chlopně „nahlodat“ a tyto pak přestanou těsnit. Oboje vede k často náhlému zhoršení funkce srdce. Kromě toho se mohou jednotlivé kusy vegetací odlamovat a putovat krví do vzdálených orgánů, kde ucpávají malé cévy.

Endokarditida je nebezpečné a smrtelné onemocnění a je nutné ji léčit v nemocnici vysokými dávkami nitrožilních antibiotik podávaných po několik týdnů. Pokud je infekční vegetace příliš rozsáhlá, je na místě kardiochirurgický výkon, který vegetaci odstraní. Při těžkém poškození chlopni se někdy společně s vegetací odstraní i napadená chlopeň a nahradí se chlopni umělou.

5.4 Závažné chirurgické výkony na srdci z psychologického hlediska, předoperační a pooperační psychologická péče

Chirurgické obory, na rozdíl od ostatních oborů medicíny, zasahují do lidského organismu dosti podstatně a to nejen operativním zákrokem, ale i po stránce psychické. Samotná operace je zásahem do lidského organismu, kdy jsou poškozovány tkáně za účelem navrácení zdraví nebo alespoň zlepšení zdravotního stavu (Henus, 2009). Chirurgické výkony v plné anestezii jsou stresující pro každého, tím spíše operace prováděné na emočně obsazeném srdci (viz kap 3.2).

V nemocničním prostředí se setkáváme se zkušeností, *že nadměrná úzkost, nezvladatelné pocity bezmoci, strachu či prožitky zmaru zásadně ovlivňují průběh onemocnění a léčby i aktivizaci po kardiochirurgickém výkonu* (Voldřichová, Niederle, 2007)

Snahou psychologa je v indikovaných případech motivovat pacienty, aby byli dostatečně vnímaví k duševní stránce svého života a vést je k tomu, aby si svůj psychický diskomfort přiznali a beze studu či jiných negativních pocitů ho společně s psychologem či psychiatrem řešili. A to dokonce se stejným zájmem a zodpovědností jako tělesné onemocnění. Zde může mnohé nabídnout ve svém přístupu právě psycholog stabilně začleněný v týmu a těsně s ním komunikující (Voldřichová, Niederle, 2007).

Pacienti indikovaní ke kardiochirurgickému výkonu jsou ve většině případů **překládáni z kardiologického lůžkového oddělení přímo na kardiochirurgický sál.** Od té doby přejímá nemocného do péče plně oddělení kardiochirurgické, kde je pacient dále ošetřován i v po operaci. Předoperační psychologická péče tudíž probíhá na oddělení lůžkové kardiologie, pooperační psychologická sezení už na oddělení kardiochirurgickém.

Před překladem na kardiochirurgické oddělení musí pacient projít **komplexním předoperačním vyšetřením**, které zahrnuje řadu dílčích vyšetření. Vše

se děje dle indikace kardiologa, který veškeré dílčí výsledky vyhodnocuje a kompletuje. Kardiolog-internista je plně zodpovědný za zachování zdravotní parametrů nutných k tomu, aby riziko operace bylo minimální.

Každý pacient například projde podrobným stomatologickým vyšetřením k tomu, aby byly s nejvyšší možnou mírou eliminovány zánětlivé procesy v těle. Nepříjemným zásahem bývá extrakce zubů, u kterých jsou stomatologem zjištěny tzv. fokusy (zánětlivá ložiska). Extrakce 6-8 na první pohled zdravých zubů není výjimkou, dle zkušenosti z praxe je to jeden z těžce pacienty nesených zásahů.

I s ohledem na náročnost předoperačních intervenčních zásahů se stala – nutno říci lékaři velmi oceňovanou službou – **psychologická předoperační příprava** nemocného na KCH výkon. Úkolem předoperačního psychologického sezení je detekovat míru psychické stability nemocného před operací, poskytnout pacientovi maximální psychologickou podporu a zamezit tak negativnímu dopadu psychického stavu na předoperační a pooperační vývoj (Voldřichová, Niederle, 2007). Kontakt psycholog-pacient je stabilní jak v předoperačním, tak v pooperačním období.

Z pětileté zkušenosti práce s pacienty v předoperačním období shrnuji okruhy obvykle propracovávaných témat a poskytnutých psychologických služeb:

- *Odklad chirurgického výkonu, „časová mapa“ nemocného a důsledky jejího narušení*
Psychologická intervence je zaměřena na zvládnutí náročného období a je založena na prosté mezilidské podpoře.
- *Pro pacienta zcela nečekaná indikace promptního kardiochirurgického zákroku (kasuistika č. 4)*
- *Traumatizace zážitkem vážného ohrožení života a jeho zpracování (kasuistika č. 5)*

- *Suplování blízkého člověka*
Výzkumy, které proběhly ve vztahu k řadě nemocí ukázaly, že opora pozitivních mezilidských vztahů pomáhá lidem zvládat nemoci, zatímco absence takové opory vytváří jakýsi primární předpoklad horšího zdraví (Ruberman et al., 1984). Jak ukázal výzkum Arnetzova týmu (Arnetz et al., 1983), sociální izolace může negativně působit na celou řadu systémů v organizmu - kromě psychologických souvislostí prokázal Arnetz též negativní vliv sociální izolace na psychoendokrinní, metabolické a fyziologické indikátory.
- *Suplování lékaře a sestry v maximální informovanosti o jednotlivých fázích předoperačních a pooperačních*
Konziliární psycholog na kardiologii musí znát odbornou problematiku kardiologickou a kardiochirurgickou. Psycholog se stává jakýmsi průvodcem po celou dobu hospitalizace nemocného-operanta. Pacient by měl dobře vnímat, že psycholog jeho situaci rozumí komplexně. Potřeba důvěry pacienta v odborné znalosti psychologa je zvýrazněna u osobnostně komplikovaných pacientů (kasuistika č. 6).
- *Podpora k zajištění nutných parametrů k operaci (snížení váhy, stop kouření, snížení TK)*
- *Zvážení vhodnosti psychofarmakologické podpory – spolupráce s psychiatrem*
- *Podpora procesu smířování se se závažnými informacemi v průběhu léčby*

Kasuistika č. 4

H.M, muž, 55 let, nejvyšší dosažené vzdělání SŠ s maturitou, ženatý,
2 dospělé děti

Dg.: postižení 3 tepen, akutní indikace ke CABG ad RIA, RIM, RPLS

55-letý pacient přijatý pro nestabilní AP na KJ NNH, dle SKG postižení 3 tepen, indikován ke kompletní chirurgické revaskularizaci – CABG ad RIA, RIM, RPLS. K psychologické intervenci doporučen ošetřujícím lékařem pro psychickou nestabilitu, plačtivost, úzkostnost. Svůj psychický stav hodnotí pacient jako kritický. Nikdy netrpěl depresemi či úzkostností.

Před přijetím do nemocnice, kromě nevýrazných potíží s dechem, které připisoval vertebrogenním potížím, žádné zdravotní komplikace neměl. 1.5.05 šel k obvodnímu lékaři pro předepsání běžně užívané medikace, byl okamžitě odeslán k hospitalizaci.

Záhy po přijetí byla kardiologu referována nutnost okamžitého chirurgického výkonu. Subj. pacient ve fázi šoku, neklidný, úzkostný, nemůže spát.

Intervenci zaměřujeme na bazální zklidnění, v počátku především cílená snaha po přeformulování problému – ocenění výhody (a štěstí) včasné diagnostiky. Podrobně pacienta informuji o tom, co ho v následujících dnech – dne po dni – čeká. Po dohodě s pacientem a ošetřujícím lékařem je nasazena zklidňující medikace.

Pacient převzat do pravidelné psychologické péče v rámci nejen předoperačního, ale i pooperačního období.

Chirurgický výkon i pooperační vývoj proběhl bez jakýchkoli komplikací.

Kasuistika č. 5

M. P, žena, 49 let, nejvyšší dosažené vzdělání SOU, vdaná, 2 děti

Dg.: akutní disekce ascendentní aorty s aortální regurgitací, perikardiálním výpotkem se známkami tamponády

49-letá pacientka opakovaně hospitalizovaná na KCH NNH, dne 5.6.2005 akutně operována pro akutní disekci ascendentní aorty s aortální regurgitací, perikardiálním výpotkem se známkami tamponády, provedena náhrada ascendentní

aorty a resuspenze aortální chlopně. Pro další komplikace byl 9.8. 2005 zaveden stentgraft do hrudní aorty a proveden aortokarotický a aortoanonymální bypass.

Indikace ke KCH výkonu byl pro ni šokem umocněným pooperační komplikací stavu.

Oba závažné chirurgické zásahy zvládla dobře, ale bolestivou záležitostí je pro pacientku skutečnost, že po odebrání štěpu z levého prsu se markantně zmenšil jeho objem. Tato skutečnost má dle slov nemocné „obrovský vliv na sebevědomí a prožívání ženství.“ Pacientka trvá na tom, že v co nejkratší době chce podstoupit chirurgický výkon za účelem estetické úpravy prsu. Možno uvažovat o tom, že zaujetí zjevem souvisí s posttraumatickým stavem a slouží k popření uvědomění si ohrožení vlastního života.

Pacientka byla převzata do intenzivní psychologické péče. Rozhodnutí k neodkladné návštěvě pracoviště estetické chirurgie se podařilo zvrátit.

Kasuistika č. 6

K.L, 70 let, nejvyšší dosažené vzdělání SOU, ženatý, 2 dospělé děti

Dg.: Sick Sinus Syndrom, implantován KS v 2000

AVB blokáda III. stupně

Infekce stimulační soustavy

70-tiletý pacient trvale stimulovaný pro sick sinus syndrom a AVB III. st. protrahovaně hospitalizován pro infekci stimulační soustavy. Pacient obj. i subj. podrážděný, netrpělivý, dlouhodobá hospitalizace ho stresuje. Presentuje řadu agravovaných, a zdá se zástupných, symptomů nesouvisejících s primárním onemocněním. Zřejmá je touha po pozornosti. Komunikaci znesnadňuje pacientova nastraženost vůči všem zdravotníkům. Osobnost v.s. svéhlavá, rigidní, porucha ze spektra osobnostních se jeví velmi pravděpodobná. Cílem psychologické péče byla podpora trpělivosti a spolupráce pacienta se zdravotníky, včetně eliminování zástupných problémů s cílem získat pozornost.

Intervence byla zaměřena na podporu meziosobní komunikace mezi pacientem a zástupcem z řad zdravotníků (psychologem). Pacient je ujištěn v tom, že se mu dostává potřebné pozornosti a o jeho vnitřní hnutí je jeven zájem. Postupně se zklidňuje, stává se více kooperativním a zabývá se produktivní činností na úkor „boje se zdravotníky“. Jako bývalý redaktor časopisu si úspěšně krátí čas psaním povídek.

5.5 Pooperační delirózní stavy a poruchy kognice

V pooperačním období dlouhodobá rekonvalescence a často nerealistická očekávání pacientů mohou vést ke krátkodobým i dlouhodobým psychologickým a emocionálním následkům. Tyto následky se u většiny osob během času snižují, některé však mohou trvat řadu let, nebo při neřešení dokonce zesilovat .

Dle Rattraye a Hulla (2008) mezi nejčastější pooperační psychologické potíže na organickém základu patří *delirium*, *poškození kognitivních funkcí* a obtíže psychologického charakteru jako *deprese*, *úzkosti* a *posttraumatická stresová porucha*.

Delirium je závažný nespecifický neuropsychiatrický syndrom s kvalitativní poruchou vědomí, vnímání, myšlení i chování, poruchami paměti, emotivity a narušením cyklu spánku a bdění (Turek, 2005). Obvykle se vyskytuje u kriticky nemocných pacientů na jednotkách intenzivní péče. Dle Bedra a Berkmitse (2006; in Berková, Berka, 2006) je výskyt deliria u pacientů nad 70 let po elektivních operacích v 15–25 % a po urgentních operačních výkonech v 35–65 % případů. Vysoká incidence deliria je u pacientů po srdečních operacích (Berková, Berka, 2006, s. 439). Lékem volby jsou antipsychotika.

Delirium se rozvíjí náhle, během hodin či dní a může trvat dny i týdny. Je charakterizováno rychlým kolísáním poruchy psychického stavu s lucidními intervaly. Je přítomna akutní porucha kognitivních funkcí, porucha abstraktního myšlení, dysgrafie, dezorientovanost a poruchy paměti, především krátkodobé.

Při hlubších deliriích následuje úplná amnézie na tento stav, při méně intenzivním deliriu jsou zachovány ostrůvkovité zbytky paměti, někteří pacienti si celý stav v paměti vybavují. Pro delirium jsou typické halucinace, zejména zrakové, provázené někdy paranoiditou, poruchy cyklu spánku a bdění (Berková, Berka, 2006).

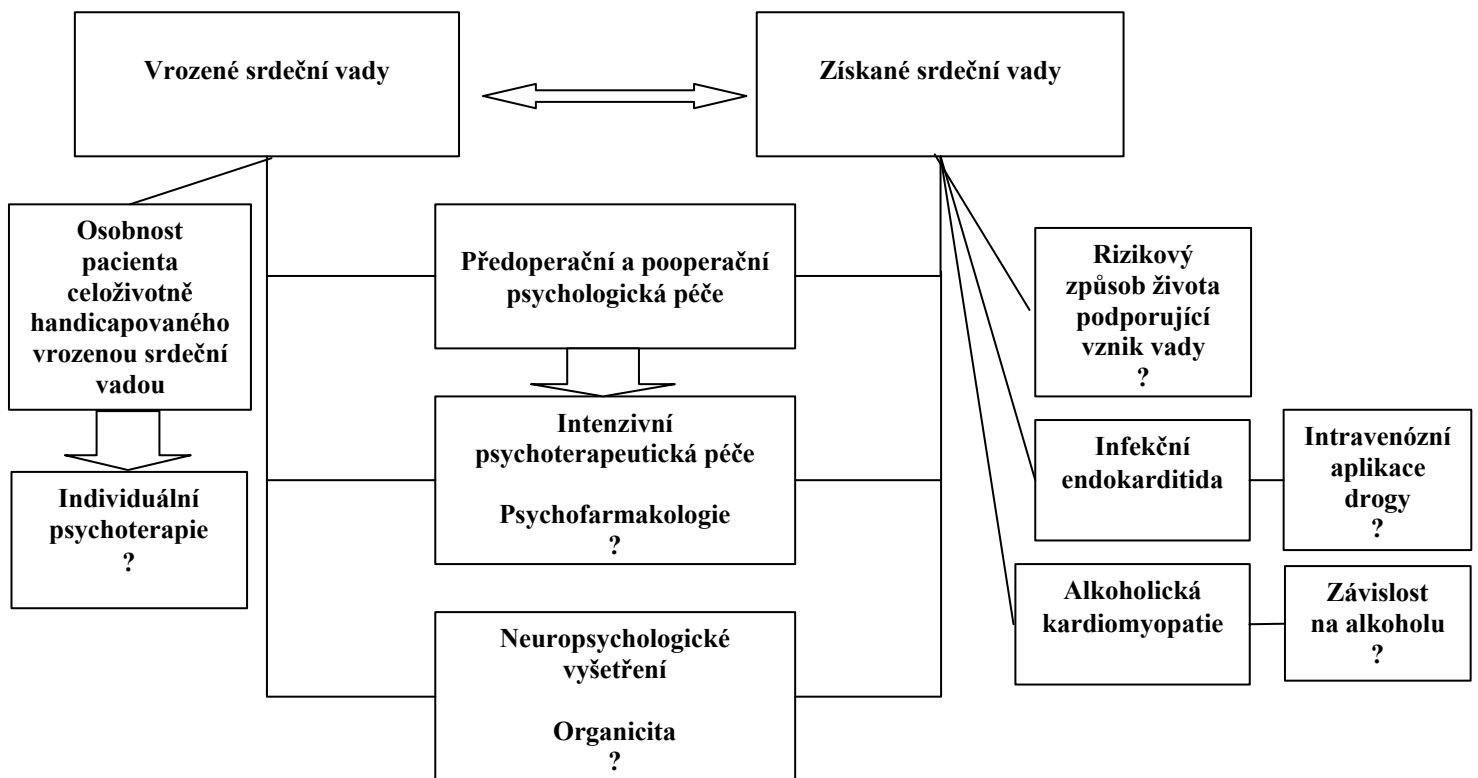
Predisponujícím faktorem pro vznik delirií je zhoršení smyslových funkcí (zejména zraku, sluchu) a organické postižení CNS. Proto se u ohrožených pacientů před závažnou operací doporučuje provést *neuropsychologické vyšetření*. U pacienta s výraznějším organickým oslabením se v některých případech dává kardiologovi/kardiochirurgovi k úvaze, zda je skutečně vhodná operace, která míru organického postižení povětšinou prohloubí, provést.

Co se týče psychologické péče, pokud je indikována, doporučuje se poskytovat jednoduché, ale jasné orientační body ve skutečnosti. Už svou přítomností nabízíme nemocnému základní jistotu. Přitom ovšem ani se starým a zmateným pacientem nehovoříme jako s dítětem. Snažíme se působit jako partneři, kteří nabízejí pomoc a v dané chvíli se lépe orientují (Höschl, 1996, str. 60).

VROZENÉ A ZÍSKANÉ SRDEČNÍ VADY

Doporučený logaritmus psychologické péče

(Voldřichová, 2011)



6. PORUCHY SRDEČNÍHO RYTMU

6.1 Úvod do problematiky poruch srdečního rytmu

Obsáhlý okruh kardiologických poruch zaujímají **poruchy srdečního rytmu (neboli arytmie či dysrytmie)**. Podstatou těchto poruch je **nepravidelnost srdeční akce**, přičemž některé z nich mohou být život ohrožující.

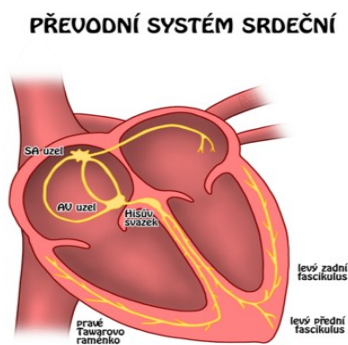
Arytmologie je v současnosti nesmírně populárním odvětvím kardiologické medicíny, a to především pro nové možnosti diagnostických a terapeutických postupů. Ty jsou fascinující a rok od roku se dále zdokonalují. V rámci kardiologických pracovišť stále častěji vznikají jednotky specializované na diagnostiku a léčbu poruch srdečního rytmu, jsou označovány jako **antiarytmické jednotky (zkr. AAJ)**.

Normální srdeční frekvence (SF) je pravidelná (medicína pravidelný rytmus označuje za „sinusový“) a pohybuje se mezi 60 – 80 tepů za 1 minutu. Je zcela přirozené, že v zátěži – fyzické, ale i psychické - počet tepů vzrůstá nebo se stává nepravidelným. Tato změna rytmu má své evoluční opodstatnění – připravuje organismus na *boj či útěk*. Neúčelný, respektive zrychlený nebo nepravidelný rytmus srdce může být zapříčiněn jak somatickou nemocí, tak nervovou dysregulací. Zpomalená srdeční akce je vždy symptomem somatického onemocnění.

Hlavním úkolem srdce je přečerpávat okysličenou krev z plic do celého těla. K tomu, aby srdce mohlo správně pracovat, musí být poháněno elektrickými impulsy, které jsou rozváděny po jednotlivých částech srdeční svaloviny. Systém takovýchto vodivých drah se nazývá **převodní systém srdeční**.

Převodní systém připomíná „elektrický obvod“. Ze sinusového uzlu je elektrický impuls převáděn po síňové přepážce do síňokomorového uzlu, kde se rychlost vedení vzruchů zpomaluje a dále pokračuje tzv. Hisovým svazkem na svalovinu komor.

Vše je zařízeno tak, aby se srdce a jeho části (síně i komory) mohly stahovat ve vzájemné návaznosti tak, aby bylo zajištěno co nejefektivnější přečerpání maximálního objemu krve do všech částí lidského těla (Niederle, 2000).



Obrázek č. 9: **Převodní systém srdeční** (převzato: www.wikiskripta.eu)

Aby se srdce stahovalo koordinovaně, musí být elektrické impulsy rozváděny po všech oblastech srdečního svaly rovnoměrně. V případě, že tomu tak není, dochází k poruchám srdečního rytmu. Příčinou arytmií je **porucha tvorby vzruchu, vedení vzruchu** nebo **obojí** (Klener, 2001).

Z typologického hlediska rozdělení arytmií se v arytmiologické terminologii hovoří o **tachyarytmii** (SF je vyšší než 90 tepů/1min.), **bradyarytmii** (SF je nižší než 60 tepů/1min.) a **extrasystole** (nadpočetný stah srdečního svaly). Extrasystoly jsou vnímatelné jako přeskočení či vynechání tepu, popřípadě jen prostá nepravidelnost či „zřetelné vnímání a cítění“ vlastního tepu. Problematika poruch srdečního rytmu je velmi obsáhlá. Pro ilustraci mnohostrannosti poruch rytmu uvádím kardiology nejužívanější rozdělení arytmií dle místa jejich vzniku. Pro účely této práce však nebude toto rozdělení nijak zvlášť podstatné.

EXTRASYSTOLY	TACHYARYTMIE	BRADYARYTMIE
Supraventrikulární	Sinusová tachykardie	Poruchy tvorby vzruchů
Komorové	Supraventrikulární tachyarytmie: <ul style="list-style-type: none"> • Fibrilace síní • Flutter síní • Supraventrikulární tachykardie Komorové tachyarytmie <ul style="list-style-type: none"> • Komorová tachykardie • Fibrilace komor 	<ul style="list-style-type: none"> • Sinusová bradykardie • Sick sinus syndrom Poruchy přechodu vzruchů <ul style="list-style-type: none"> • Antioventrikulární blokády 1. – 3. stupně

Rozdělení arytmií dle místa jejich vzniku (převzato: Klener et al., 2001)

V případě pomalého srdečního rytmu – **bradyarytmií** - srdce pracuje pomaleji, a nedokáže tudíž reagovat na zvýšené energetické potřeby organismu. Bradyarytmický pacient je brzy unaven, zadýchává se, má závratě. Může dojít i přechodné ztrátě vědomí.

U **tachyarytmií** jde nejčastěji o pocity rychlého a nekontrolovaného bušení srdce. Nejčastějším příznakem tachyarytmií jsou **palpitace**. Jde o nepříjemně vnímaný pocit rychlého nebo usilovného bušení srdce.

V řadě případů jde o pouhé "škobrtnutí" nebo "vynechání" srdeční akce. Podkladem takových poruch rytmu jsou tzv. **extrasystoly**, neboli předčasně přicházející stahy z míst abnormální tvorby vzruchu v síních nebo komorách. Extrasystoly se mohou opakovat rychle za sebou a tehdy bývají pocíťovány jako nepravidelné pomalejší bušení srdce.

Rychlé bušení srdce – palpitace – může být pravidelné nebo nepravidelné. Při nepravidelném tepu se může jednat o tzv. *fibrilaci síní*, která se vyskytuje ze všech arytmií vůbec nejčastěji. Bývá velmi často sdružena s rozmanitými dalšími onemocněními, která postihují srdce buď přímo (např. angina pectoris, stav po infarktu myokardu, chlopenní vady a jiné), nebo nepřímo (např. poruchy autonomního nervstva, poruchy funkce štítné žlázy). Může být provázena zvýšenou dušností, slabostí, v chaoticky stahujícím srdci se mohou tvořit krevní sraženiny, tzv. tromby, které se mohou zcela uvolnit a cévní cestou putují do různých orgánů, nejčastěji do mozku. Ve svém důsledku pak mohou způsobit cévní mozkovou příhodu nebo jiné komplikace.

Komorové tachyarytmie postihují nejčastěji nemocné s velmi závažnými srdečními chorobami a znamenají vysoké riziko náhlé srdeční smrti. Projevují se bušením srdce, tísní na hrudi, dušností a postupně vedou ke ztrátě vědomí s tím, že mohou způsobit i oběhovou zástavu. Nejzávažnější komorovou tachyarytmií je *fibrilace komor*. Bez okamžitého zahájení resuscitace a neodkladné defibrilace (elektrický výboj, který obnoví sinusový rytmus) vede ke smrti nemocného.

Supraventrikulární arytmie (SV) vznikají na úrovni síní nebo atroventrikulární junkce nad větvením Hisova svazku. (Bytešník, Čihák, 1999, s. 10). Mezi nejčastější supraventrikulární tachyarytmie patří *supraventrikulární tachykardie* (někdy se hovoří o paroxysmální supraventrikulární tachykardii). Klinickým termínem *paroxysmální* se označuje skupina arytmii, které mají společný klinický obraz: začínají náhle (skokem), se srdeční frekvencí 140 – 220/min a stejně náhle i obvykle skončí. Záchvaty SV tachyarytmii se projevují různými příznaky, mezi něž patří palpitace, slabost, nevykonnost, závratě, polyurie, dyskomfort na hrudníku, dušnost, presynkopa a synkopa. V době mimo záchvat tachyarytmie většinou pacienti nemají žádné potíže (Fiala, 2005).

6.1.1 Diagnostika a léčba poruch rytmu současnými technikami

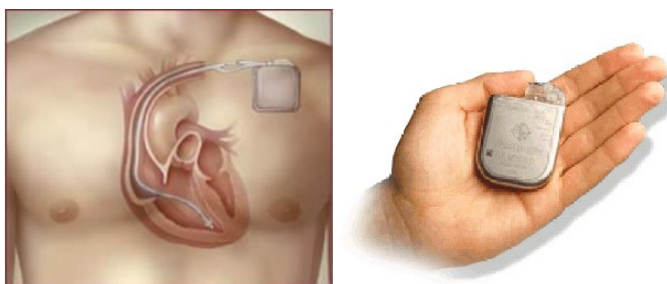
Charakter doprovodných potíží může napovědět, jakým typem arytmie pacient trpí. Z anamnézy lze hodnotit pravidelnost tachyarytmie, reakce na vagové manévry, přítomnost strukturálního postižení srdce, trvání tachyarytmie a individuální citlivost pacienta (Fiala, 2005).

Základním prostředkem vyšetření rytmu srdce zůstává již bezmála sto let vyšetření bioelektrických potenciálů srdečních buněk *elektrokardiografické vyšetření EKG* (kap 4.2).

Vzhledem k tomu, že řada arytmií se však vyskytuje přechodně (příp. záchvatovitě), bylo vyvinuto malé zařízení nazývané *Holterovo 24hodinové monitorování EKG* (kap 4.2). Jedná se o malou přenosnou krabičku, která je pacientovi připevněna na tělo a pacient je žádán aby v průběhu 24 hodin zapisoval zátěž, kterou prošel (zapisuje např. vystoupení do schodů, čas trémy, rozčilení, čas uložení ke spánku apod.). Po celou dobu je srdeční akce pacienta nahrávána na záznam, který pak odpovědný lékař za pomoci počítačového zařízení vyhodnotí. Holterovo monitorování poskytuje řadu velmi důležitých informací o povaze kontrolních systémů, především o neurovegetativním, který může hrát důležitou roli při vzniku arytmií.

V případě, že vyšetřovací postupy neumožnily blíže určit charakter arytmie, je nejvýtečnější metodou provedení *elektrofyzilogického vyšetření (ELFYZ)*. Elektrofyzilogické vyšetření je invazivní vyšetřovací metoda sloužící k upřesnění diagnostiky poruch srdečního rytmu a testování účinku zavedené antiarytmické léčby. Spočívá v dočasném zavedení speciálních elektrofyzilogických katétrů do dutiny srdce tak, aby bylo možné získat elektrické srdeční signály přímo z místa vzniku a cíleně *navodit* sledovanou srdeční arytmií. Vyšetření se obvykle provádí za hospitalizace (Kolář, 1999, s. 87).

Tato diagnostická metoda je převratná tím, že v průběhu diagnostického výkonu, v případě že je zjištěn zdroj arytmií (tzv. arytmogenní substrát nebo ložisko), může se toto nebolestivou aplikací vysokofrekvenčního proudu odstranit (resp. spálit). Takový výkon je nazýván *radiofrekvenční ablací (RFA)*. Pacient je po celou dobu výkonu v kontaktu s lékařem a aktivně spolupracuje při výkonu.



Obr.č.10: **Zobrazení implantovaného kardioverteru-defibrilátoru** (www.anginapectoris.cz)

Obr.č.11: **Kardioverter-defibrilátor v porovnání s velikostí ruky** (www.ikem-kardiologie.cz)

Nejčastější léčbou bradyarytmií, kromě farmakoterapie, je **implantace kardiostimulátoru (pacemakeru)**. Podstatou je trvalá stimulace srdce k výkonu. Zavedení kardiostimulátoru je v posledních třiceti letech běžně dostupnou metodou (Niederle, 2000). Tento malý chirurgický výkon trvá obvykle 20 – 45 minut, provádí se na malém operačním sále v místním znecitlivění. Kardiostimulační přístroj se vkládá do připravené „kapsy“ pod kůži. Stimulační elektrody se zavádí žilní cestou z oblasti pod klíční kostí do odpovídající části srdce, tam přístroj vydává prostřednictvím elektrod potřebné vzruchy.

V posledních letech došlo k rozšíření **kardioverterů-defibrilátorů**. Jsou to přístroje, kterými se provádí výše uvedená elektrická defibrilace, avšak přímo uvnitř srdce. Přístroje jsou implantovány pod prsní sval. Výboj, který vydá ICD je řadou nemocných vnímán jako *úder do hrudníku*, což bývá daň za záchranu života. Přístroj umí srdeční nepravidelnost rozpoznat tak, aby včas buď spustil stimulaci, která vzniklou arytmií zruší a nebo vydal elektrický výboj.

6. 2 Psychologické aspekty arytmiologických poruch

Poruchy srdečního rytmu zasluhují psychologickou pozornost z několika důvodů. Ať již arytmií pacient vnímá či nikoli, obecně vzbuzují poruchy srdečního rytmu u nemocného pocity nejistoty a obav. To souvisí s obsazením srdce jako nejdůležitějšího orgánu zodpovědného za základní životní funkce.

Psychické stavy sycené výraznou úzkostí a napětím mohou poruchu rytmu vyvolat nebo její stávající míru a průběh zvýrazňovat. Za změny rytmu při psychické zátěži je zodpovědný *autonomní nervový systém* (obr. č. 13).

Na základě toho, zda pacient poruchu rytmu vnímá či nikoli závisí jeho prožívání. Vnímání arytmiie však často vůbec *nezávisí na klinické závažnosti arytmiie, ale na psychickém stavu nemocného*. Úzkostný, neuroticky laděný či hypochondrický pacient vnímá velmi nepříjemně i zcela banální poruchy rytmu. Pociťovanou arytmií nemocný subjektivně *vyhodnocuje od pólu bezvýznamnosti a tedy zachování klidu až k pólu paniky z ohrožení životních funkcí* (Voldřichová, Niederle, 2007)

KLID

PANIKA

Obr.č. 12: **Pacient na vzniklou arytmií může reagovat naprostým klidem (pól klidu) až po pól paniky**

Není výjimečné, že pacient s nevýznamnou arytmií rozvine a chronifikuje symptomatiku panické poruchy či jiné úzkostné poruchy.

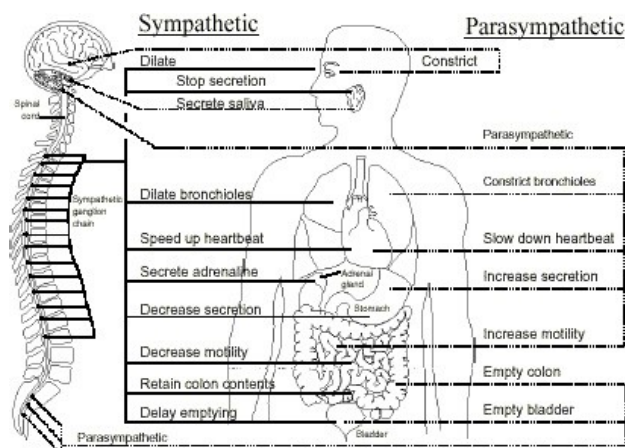
Ohrožující situace vzniká u pacientů se strukturálním poškozením srdce, kdy masivní úzkostná reakce může, skrze sympatický nervový systém potencující intenzitu a dobu trvání arytmiie, zásadně negativně ovlivnit zdravotní stav v akutní fázi.

Co se týče poruch depresivních, *průběh deprese rovněž provází řada biologických změn, které jsou z pohledu kardiovaskulární morbidity a mortality rizikové*. Tyto biologické alterace jsou v současné době již dobře prozkoumány. Řadíme k nim (dle Letta et al, 2004; Joynta, 2003; in Anders, Kitzlerová, 2006) :

- poruchu rovnováhy autonomního nervového systému (obrázek č.13)
- snížení variability srdečního rytmu
- aktivaci imunitního systému
- zvýšení plazmatické koncentrace prokoagulačních faktorů a změnu agregability trombocytů

Opačně směřované studie provedli McCrate a Childre (2002). Ve svých výzkumech se zaměřili na vliv kladných a záporných emocí na srdeční činnost. Potvrdili, že *při kladných emocích se zvyšuje aktivita parasympatické větve autonomního nervového systému* a dokázali, že pozitivní emoce:

- snižují variabilitu srdečního rytmu
- kladně ovlivňují srdeční frekvenci
- tlumí stresové napětí v těle
- brzdí rozvoj arteriální hypertenze
- kladně ovlivňují dýchání

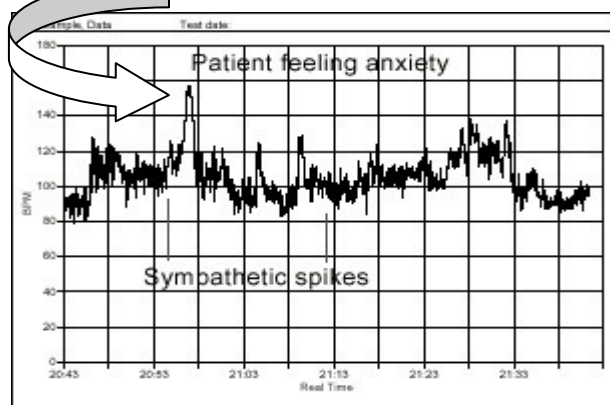


Obrázek č.13: Inervace hlavních orgánů skrze autonomní nervový systém (www.heartmath.org).

HeartMath Institute vyvíjí a používá vědecké metody zkoumání k porozumění tomu, jaká je odpověď srdeční činnosti na stres /tzv. stress management/ (www.heartmath.org/research/science-of-the-heart), obr. č.14 a obr. č.15.

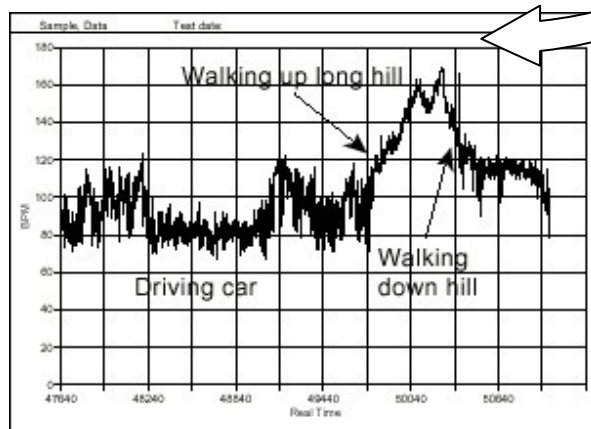
Podle studie Allisona et al. z Mayo Clinic v Kanadě (1995), které sledovala jednotlivce se srdečním onemocněním, byl stres nejsilnější predikátor budoucích kardiálních událostí včetně smrti z kardiálních příčin. Se stejnými výsledky přišel i Kawachi et al. rok předtím. V roce 1994 presentoval zjištění, že lidé, kteří trpí silnou anxiétou jsou šestkrát více náchylní k náhlé srdeční smrti (Kawachi & Sparrow, 1994).

Výkyv rytmu pacient prožívá silnou úzkost



Obrázek č.14: Srdeční rytmus 33letého muže prožívajícího úzkost (www.heartmath.cz)

identický výkyv rytmu – pacient při fyzické námaze



Obrázek č. 15: Srdeční rytmus 30letého muže řídícího auto a šlapajícího do kopce (www.heartmath.com)

Následující kasuistika (kasuistika č.7) poukazuje na případ, kdy se porucha autonomního srdečního rytmu v kombinaci s ICHS stala samostatným rizikovým faktorem život ohrožující arytmie.

Kasuistika č. 7

J.R., Ing., 57 let, nejvyšší dosažené vzdělání VŠ, rozvedený, 2 dospělé děti
Dg.: recidivující paroxysmální tachyfibrilace síní, ICHS, hypertenzní nemoc
Dlouhodobě léčen psychiatrem (užívá Seropram 1-0-0, Lerivon 30 mg 0-0-1, Neurol 0,25 dle potřeby) s dg. dystymie s insomnií F 34.1, psychické faktory sdružené se somatickými onemocněními F 54

Pacient psychiatricky léčen od r. 1993 s dg. dystymie. K rozvoji poruchy nálady přispěly vleklé matrimoniální problémy. Nespokojen v manželství řešil nemocný únikem do zaměstnání. Postupně přicházelo vyčerpání s doprovodem neurovegetativních příznaků.

Na kardiologickém oddělení NNH je nemocný dispenzarizován pro recidivující paroxysmální tachyfibrilaci síní a ICHS. V nedávné minulosti prodělal několik ablačních zákroků (výkon RFA, viz kap 6.1.1). Vzhledem k dlouhodobě dekompenzovanému psychickému stavu s řadou (psycho)somatických potíží mu byl v r. 2003 přiznán částečný invalidní důchod.

Pochází z úplné rodiny, vyrůstal se dvěma staršíma sestrami, nad kterými vždy svými školními a sportovními výkony vynikal. Rodičovské hodnocení jeho osoby bylo na této skutečnost založeno. Nemocný sděluje, že ač měl dvě sestry, vztahy se ženami pro něj byly vždy komplikované. Výběr partnerky vždy orientoval na náročnou ženu (finance, způsob života, pozornost). Vlastní potřeby nebyl ve vztazích schopen prosazovat. V modu omezování svých potřeb funguje celý život.

Vyčerpání, napětí a nespokojenost je odžívána skrze potíže tělesné, přičemž i samotná kardiologická problematika se objektivně zhoršuje. Kardiolog nadále shledává významnou účast psychiky na zhoršujícím se kardiálním stavu. Přítomno je stabilní subdepresivní ladění.

Nemocný v rámci NNH podstoupil intenzivní kardiologickou i psychofarmakologickou léčbu. Nemocnému byla podrobně vysvětlena spojitost psychických faktorů a zhoršujících se kardiálních parametrů.

Doporučena byla individuální psychoterapeutická práce zaměřená na porozumění a následnou změnu maladaptivních vzorců chování. Pacientovi byla zprostředkována psychoterapeutická péče v místě bydliště (pacient pochází z východních Čech). Při dalších návštěvách kardiologie mne s potěšením sděluje, že na terapii dochází a i jeho zdravotní stav se skutečně pozvolna zlepšuje.

Souběh tělesného onemocnění a psychické poruchy představuje pro pacienty větší zátěž, horší kvalitu života i medicínské riziko (Honzák, 2002). *Co se děje, když prožíváme silné emoce?* Jakákoli tělesná nebo duševní zátěž podstatně zvyšuje srdeční aktivitu. Ve stresu, vzrušení, zlosti a úzkosti sympatický nervový systém zrychluje srdeční frekvenci, zvyšuje se výkon srdce - rozšiřují se věnčité tepny a zrychluje krevní oběh (Morschitzky, 2006). Subjektivně člověk prožívá zrychlení srdeční akce, nepravidelnosti rytmu, případně má pocit, že mu srdce „přeskakuje“ (extrasystoly). Lékaři často užívají termín „*psychická nadstavba*“.

Kardiologové jsou nejčastěji vyhledávanými odborníky pacienty s **panickou úzkostnou poruchou**, neboť její symptomy imitují projevy kardiovaskulárního onemocnění. Avšak – dle literatury i dle zkušenosti z praxe - pouze malému množství pacientů se dostane dostatečného vysvětlení potíží. Na vině je koncentrace lékaře na medicínskou stránku problému, vyloučení ohrožující patologie a nezabývání se psychologickou stránkou věci. Panická porucha se pak může chronifikovat roky, s opakovanými snahami nemocného po akutním ošetření.

Poruchy srdečního rytmu se často objevují u pacientů s **úzkostnými a úzkostně-depresivními poruchami**. Ne vždy ujištění kardiologa (popřípadě přivolaného psychologa), že se jedná o neohrožující tělesné projevy, zajistí pacientovi zklidnění. Po nasazení psychofarmak (dle psychiatrů nejlépe antidepresiv SSRI) se znepokojující symptomy zmírňují, případně vymizejí úplně. To napomáhá celkovému zklidnění pacienta a umožňuje lepší spolupráci s psychologem.

V rámci systematické psychoterapie nacházíme a definujeme stresové podněty, které mají vliv na aktivaci neurovegetativní odpovědi (kasuistika č. 8) .

Kasuistika č. 8:

P.M., 42 let, nejvyšší dosažené vzdělání SŠ s maturitou, vdaná, 2 děti

Dg.: Stp. RF ablaci pomalé dráhy pro AVNRT (1999)

Časté stresové palpitace, zvažována druhá RF ablace

42-letá pacientka dochází pravidelně na antiarytmické kontroly. Před osmi lety proběhlo elektrofyzilogické vyšetření (EFV, kap. 6.1.1) s ablací arytmogenního substrátu, přičemž dysrytmie se vrací. Uvažuje se o reEFV.

S nemocnou na doporučení kardiologa započata individuální psychoterapie, v rámci níž jsou monitorovány jednotlivé oblasti pacientčina života. Po tříměsíčním pravidelném docházení přicházíme na to, že poruchy rytmu se objevují nejčastěji ve večerních hodinách (okolo 19:00) a že okolo této hodiny volává podnapilá matka, která je léta závislá na alkoholu.

6.3 Psychologická problematika implantovaných kardiostimulátorů (KS) a defibrilátorů (ICD)

Individuální psychologickou péči zasluhuje řada pacientů s recentně **implantovaným kardiostimulátorem (KS)**.

Problémy s přijetím cizího tělesa a s nastolením důvěry v jeho funkčnost, frustrující *pocity doživotní invalidizace* (závislost na cizím tělese, na jeho funkčnosti, životnosti přístroje i elektrod, omezení v osobním životě, v pracovním zařazení) se objevují zejména u mladších pacientů. Jedná se povětšinou o přechodné záležitosti, při nekomplikovanosti stavu pacient postupně KS přivyká. Intervence psychologa v takových případech je založena na snaze pomoci pacientovi přijmout realitu, případně citlivě podporovat důvěru pacienta ve funkční schopnosti KS (panika z toho, že život je řízen přístrojem).

Výjimečně se setkáváme s *narušením vlastního sebeobrazu*, a to zejména u mladších pacientů - mužů. V několika případech jsme dokonce zaznamenali žádost o odnětí kardiostimulátoru. V tomto případě je společně s pacientem nutné analyzovat podstatu jeho *sebeobrazu, sebepojetí* a pokusit se o nastolení rovnováhy ve vnímání

sebe sama. Téma *sekundárních zisků* je zejména u mladších pacientů rovněž živým tématem (čerpání výhod, změna role).

V posledních letech došlo k rozšíření **kardioverterů-defibrilátorů (ICD)**. Jsou to přístroje, kterými se provádí elektrická defibrilace, avšak přímo uvnitř srdce (kap. 6.1.1). Výboj, který ICD vydá, je řadou nemocných vnímán jako bolestný úder do hrudníku („daň za záchranu života“).

U pacientů s ICD se můžeme setkat s vyhocenou formou *anticipační úzkosti* (*úzkost z očekávání*) rozvinutou v *generalizovanou úzkostnou poruchu (GAD – General Anxiety Disorder)*. Ta z psychologického hlediska nabývá povahy *podmíněné reakce* (teorie vzniku neuróz).

Individuální psychologický přístup se snahou o *systematickou desenzibilizaci* může těmto nemocným pomoci ke zklidnění a zlepšení psychického i tělesného stavu. Systematická desenzibilizace vychází z teorie klasického a instrumentálního podmiňování a vytvořil ji v roce 1958 Joseph Wolfe. Je metodou, která využívá relaxace a řízené imaginace k odstraňování fóbií.

Kasuistika č.9

L.K., 19 let, studující, svobodná, bezdětná

Dg.: Elektricky nestabilní komorový myokard, pacientka po implantaci ICD
Generalizovaná úzkostná porucha, panická reaktivita (ústavním psychiatrem pacientka medikována antidepresivem s anxiolytickým účinkem)

19-letá pacientka přijata do péče z důvodu masivní anxiety spojené s recentně implantovaným ICD. Pacientka velmi úzkostná, plačtivá, avšak s dobrým racionálním vzhledem na dynamiku úzkosti. Analýzou situace se dostáváme k tomu, že silná úzkost často výboji předchází, poté je fobicky obsazeno místo, kde výboj proběhl (dopravní prostředek, místnost v bytě). Do doby zvládnutí úzkosti se pacientka inkriminovanému místu vyhýbá. Po každém výboji následuje panická ataka. S pacientkou je pracováno metodou systematické desenzibilizace (zpočátku si pacientka představuje, že se nachází v místnosti, kde výboj proběhl, později v místnosti tráví krátký čas, poté přivyká delšímu setrvávání v místnosti atd.).

6.4 Ztráta vědomí (synkopa), psychogenní synkopa

Ztráta vědomí (synkopa) je syndrom definovaný jako náhlá, přechodná a krátkodobá porucha vědomí. Podkladem je pokles systémové krevního tlaku vedoucí k přechodné globální hypoperfuzi mozku. Ztráta posturálního tonu je nedílným důsledkem ztráty vědomí (Zvolský et al., 2001).

K diagnostice příčin synkop se často užívá *Test na nakloněné rovině (head-up tilt test)*. V průběhu tilt test vyšetření je pacient položen na sklopné lehátko, které je v průběhu vyšetření postupně sklápěno spolu s vyšetřovaným do svislé polohy. Po celou dobu je monitorován nemocného tlak krve a elektrokardiogram. Pokud dojde k významnému poklesu tlaku krve nebo srdeční frekvence, test je hodnocen jako pozitivní a nemocnému je doporučena cílená interní (kardiologická) léčba.

Příčin ztráty vědomí může být řada a klasifikace synkopálních stavů je nad rámec této práce i odborných znalostí psychologa. Pro tuto práci se jeví přínosné osvětlit synkopu z *příčin kardiálních, neurokardiogenních a psychogenních*.

Synkopa související se **srdeční zástavou** nebo se **srdeční arytmii** je obvykle charakterizována *náhlým počátkem a chyběním varovných příznaků*. Nicméně u některých pacientů s arytmií nebo srdeční zástavou je začátek méně náhlý, ztráta vědomí nemusí být kompletní a může nastat opocením a mohou být vnímány palpitace. Nausea je u kardiální synkopy vzácná. Epizoda synkopy se projeví nezávisle na poloze těla postiženého. Při srdeční zástavě má pacient puls nehmatný, ztráta vědomí nastává obvykle během 10 vteřin. Je známo, že ztráta vědomí nastává rychleji pokud jedinec stojí než když leží. Delší asystolie provázejí myoklonické záškuby⁹ a močová inkontinence. Zotavení po ukončení arytmie je rychlé, s náhlým návratem pulzu, zčervenáním ve tváři a plnou orientací pacienta (Benditt et al.; in Kautzner, 2007).

⁹ *Myoklonické záškuby* (myos – sval, klonus – zášub, latinsky). Myoklonické záškuby se projevují mimovolnými, prudkými, krátkými (třeba jen zlomek sekundy) záškuby hlavy, končetin či celého těla.

Po vyloučení arytmogenní, kardiologické či epileptogenní příčiny kolapsových stavů (pre-, synkopálních) vždy přichází v úvahu psychogenně podmíněná porucha vědomí nejčastěji ve formě **disociativní (konverzní) poruchy**. U náhlých pádů v rámci disociativní poruchy, ke kterým dochází zpravidla *za přítomnosti druhých osob*, bývají obvykle zachovány obranné reakce, takže při pádu *nedochází k poranění*. Následně je po pádu během domnělé poruchy vědomí u těchto pacientů možno pozorovat spontánní polykání, tremor víček a aktivní obranu proti otevření očí. U head-up tilt testu po spuštění zvednuté horní končetiny na obličej je patrné její volní přibrzdění a pád ruky vždy mimo obličej (Kolektiv autorů, Neurologie 2005 - Trendy v medicíně).

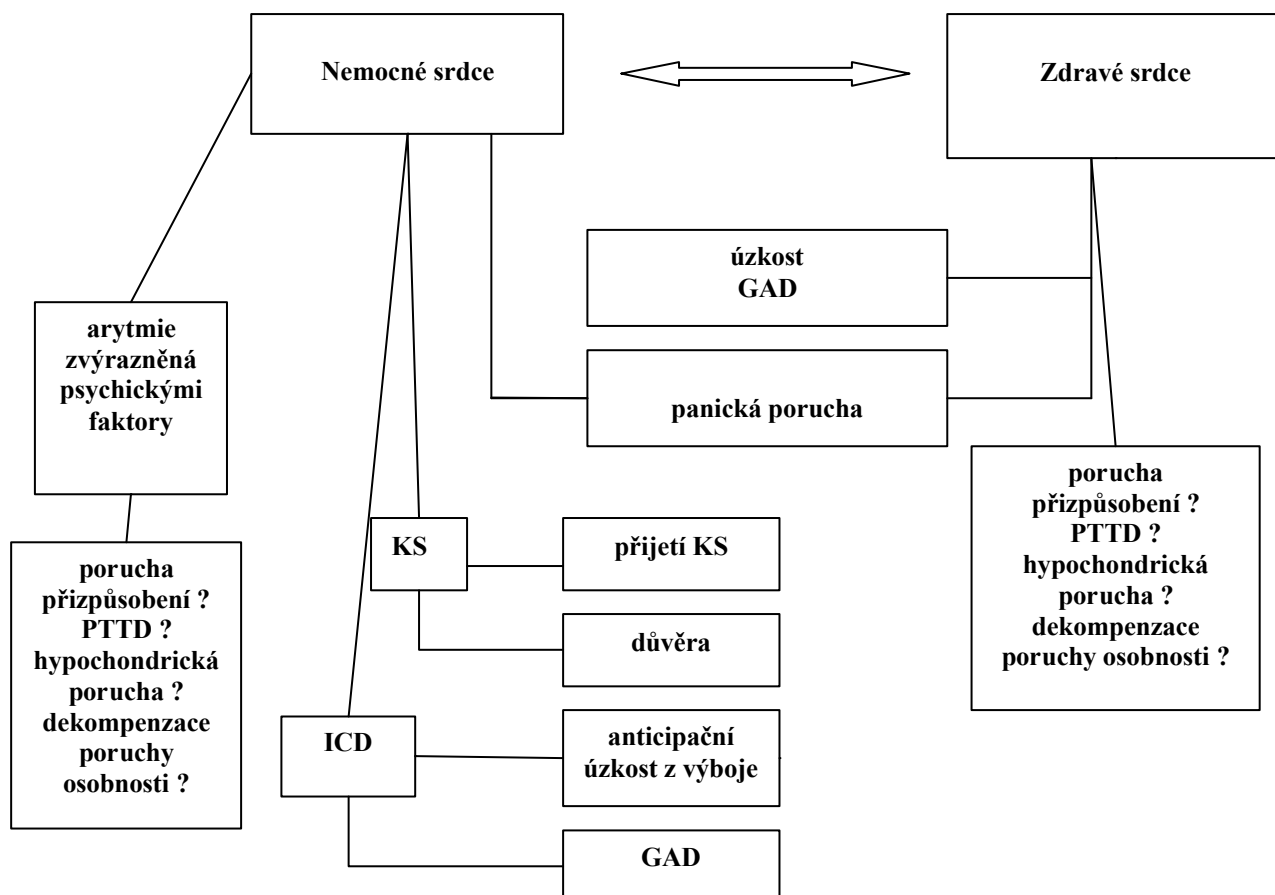
Další typ synkopy těsně spojené s psychickými faktory je **vazovagální (neurokardiogenní) synkopa**. Jako spouštěcí mechanismus vazovagální synkopy se mohou uplatňovat *negativní emoční reakce*. Zpravidla se jedná o takové situace, které jsou jedincem analyzovány jako pocity kapitulace, kdy nemá smysl pokoušet se o klasickou reakci obrany nebo útěku („fight or flight“). Při tomto typu negativního emočního prožitku dochází současně se snížením aktivity sympatiku k aktivaci parasympatiku, což vede k bradykardii a k vazodilataci cév příčně pruhované svaloviny a venózního kapacitního systému s následným poklesem krevního tlaku (Zvolský et al., 2001). Odpověď organismu tak připomíná tzv. *reakci „zmrtnění“* („*mrtvý brouk*“), běžně známou u jiných organismů v přírodě.

Lze říci, že diagnostická práce psychologa je v případě synkopálních stavů *vhodnou diferenciatně diagnostickou metodou* (stejně tak jako 24-hodinové Holterovo elektrokardiografické monitorování, echokardiografické vyšetření, head-up tilt test, elektroencefalografické vyšetření, vyšetření počítačovou tomografií či magnetická rezonance mozku).

ARYTMOLOGICKÉ PORUCHY

Doporučený logaritmus psychologické péče

(Voldřichová, 2011)



Legenda:
 KS – kardiostimulátor
 ICD – defibrilátor
 GAD – generalizovaná úzkostná porucha
 PTTD – posttraumatická porucha

7. CHRONICKÉ SRDEČNÍ SELHÁNÍ

7.1 Chronické srdeční selhání z medicínského a psychologického hlediska

Srdeční selhání je stav, kdy srdce při dostatečném návratu krve k srdci není schopné udržet výdej na takové výši, aby vyhovělo metabolickým požadavkům tkání (Niederle, 2000). Dle časového průběhu je rozeznáváno srdeční selhání *akutní* a *chronické*. Srdeční selhání může být způsobeno infarktem myokardu, zánětem srdce, hypertenzí, srdečními vadami.

Chronické srdeční selhání postihuje až dvě procenta populace, ve věku nad 70 let deset procent lidí. Řadí se tak mezi epidemie třetího tisíciletí (Klener, 2001).

Z toho důvodu začaly v posledních letech vznikat **ambulance srdečního selhání (ASS)**, které zajišťují pravidelné ambulantní kontroly nemocných s chronickým srdečním selháním (NYHA II-IV¹⁰). Intervaly jednotlivých kontrol jsou odstupňovány podle stavu nemocného (www.homolka.cz).

Dle Niederleho (2000, 2007) cílem léčby srdečního selhání je zlepšit kvalitu života zmenšením nebo odstraněním symptomů, zvýšením tolerance zátěže, snížením mortality a prodloužením délky života nemocným. Volba a kombinace optimálních postupů závisí na vyvolávající chorobě, stupni chronického srdečního selhání, přidružených chorobách, věku nemocného a řadě dalších faktorů.

Nefarmakologické možnosti, jako jsou *režimová* a *dietní opatření*, jsou nezbytnou součástí komplexní léčby. Psycholog se snaží citlivým přístupem zvýšit ochotu pacientů k dodržování jak režimových, tak i léčebných opatření.

¹⁰ *NYHA klasifikace* - hodnocení srdečního selhání na základě míry funkčního postižení, tj. podle schopnosti nemocného snášet fyzickou zátěž: I. bez omezení, II. omezení jen při velké zátěži, III. omezení i při malé zátěži (námahová dušnost aj.), IV. omezení i v klidu, tj. nemocný má dušnost a další příznaky již v klidu (Velký lékařský slovník) .

Hlavním příznakem srdečního selhání je *dušnost*, která je nejprve záchvatovitá a noční, pacient si preventivně dává vysoko polštáře pod hlavu. Noci prosedí dušný v křesle, je unavený, nevykonný, nevyspalý. Praško (2010) upozorňuje, že je nutné co nejdříve zahájit léčbu antidepresivy, při akutní úzkosti podat benzodiazepiny, a na noc podávat hypnotika (str. 312).

7.2 Role psychologa v péči o umírajícího na koronární jednotce

„Moderní medicína svádí těžký a nesnadný souboj se smrtí“ (Vorlíček, 2004).

Vymětal se ve své učebnici zabývá psychologickou podporou a doprovázením nejen umírajících pacientů, ale i jejich blízkých. Zdůrazňuje, že je důležitá „přítomnost iracionální naděje, která je o to silnější, oč slabší je racionální naděje v obrat k lepšímu. Člověk, který ztratí naději, psychicky umírá“ (str. 278).

V terminálním stádiu se zvyrazňuje potřeba jistoty a bezpečí. Nemocný nemá kontrolu nad svým zdravotním stavem, často tuší blízkost smrti a mluví o ní. Potřeba blízkosti, sounáležitosti a lásky se zvyšuje. Nemocní často volají až nutkavě svým rodinným příslušníkům nebo zvoní na personál a dožadují se přítomnosti a pozornosti.

Vorlíček et al. (2004) poukazuje na velký význam podpůrné psychoterapie a bezpečného prostředí pro poskytování péče. Dokonce tvrdí, že prostá přítomnost zdravotníka u lůžka těžce nemocného nebo umírajícího má již uklidňující účinek.

V terminálních stavech se snažíme důstojný způsob umírání, doporučuje se příbuzným často navštěvovat své blízké. Kübler-Rossová (in Svatošová, 1995), na základě svých mnohaletých zkušeností s těžce nemocnými a umírajícími, ve svých publikacích popisuje jednotlivé fáze smíření se s neodvratitelnou skutečností. *“Pacienti, kteří svůj osud přijali, získávají velmi osobitý výraz vyrovnanosti a míru. V jejich tvářích se odráží stav vnitřní důstojnosti. Lidé, kteří jen na svůj osud rezignovali tento výraz postrádají, naopak v jejich tvářích můžeme vidět zahořklost a duševní trýzeň jako výraz pocitu marnosti, zbytečného usilování a chybějícího míru. Tento výraz je velmi odlišitelný od výrazu lidí, kteří dosáhli opravdového stadia přijetí pravdy“* (str. 28).

8. SOMATIFORMNÍ PORUCHY - SRDCE A KARDIOVASKULÁRNÍ SYSTÉM

8.1 Somatizační poruchy s orientací na kardiovaskulární systém, somatiformní vegetativní dysfunkce a hyperventilační syndrom

Velmi závažné duševní konflikty a duševní poruchy mohou vést k somatickým symptomům, řada z nich - tachykardie, palpitace, nepříjemné pocity na hrudi, subjektivní nedostatek dechu, kolísání krevního tlaku, pocení, parestézie, závratě, únavnost atd. - mohou imitovat projevy kardiovaskulárního onemocnění. Z terminologického hlediska se hovoří o somatizačních poruchách.

Somatizace je proces, kdy se psychopatologické symptomy projevují tělesnými obtížemi. Projevy somatizace se někdy označují jako **funkční nemoci** (Baštecká et al, 2003). V takových případech lékař nebo laboratorní vyšetření nejsou schopna nalézt „objektivní“ podklad pacientem udávaných obtíží: *Funkce je porušena, orgán, které funkci zajišťuje, nikoli.* Převedeno do oblasti kardiologie, pacient pociťuje bolest u srdce, nedostatek dechu nebo jinou nepohodu, ta však nemá kardiologické či jiné interní příčiny. V mezilidském kontextu somatizující pacienti lékaře mnohdy popuzují, právě proto, že výsledky všech diagnostických vyšetření jsou negativní a pacientovy potíže přetrvávají a nemocní se dožadují další péče.

Následující tabulka vyčleňuje *somatiformní poruchy, jejíž symptomy se mohou týkat kardiovaskulárního orgánového systému* (dle MNK-10, str. 161):

F45	SOMATIFORMNÍ PORUCHY
F45.0	Somatizační porucha
F45.2	Hypochondrická porucha
F45.3	Somatiformní vegetativní dysfunkce
F45.30	Srdce a kardiovaskulární systém

Edukaci českých lékařů zasvětil velkou část své profesionální dráhy MUDr. Radkin Honzák, český psychiatr. Posledních asi 30 let neúnavně upozorňuje lékaře na rizika vyplývající z přehlédnutí psychiatrické symptomatologie či z nesprávného léčení. Přibližuje problematiku funkčních poruch v projevech náležejících do řady medicínských disciplín. Honzák v publikaci „Somatizace a funkční poruchy“ (Chromý, Honzák et al., 2005) uvádí (str. 34) charakteristické rysy pacientů se somatoformními poruchami dle Folkse (2004):

- Neustálé vyhledávání různých lékařů a jejich vytěžování („doktor-hopping“)
- Emotivní podávání nevysvětlitelných seskupení příznaků, popisy sociálních důsledků potíží
- Výrazná orientace na vlastní osobu
- Chronický průběh s prezentací stále nových příznaků
- Nepříjemný interpersonální styl („obtížní pacienti“) vzbuzující až dojem úmyslu vykořisťování lékaře
- Nepřímý tlak na somatickou léčbu
- Požadavky na specializované vyšetřovací postupy
- Slabá spolupráce při navržené léčbě
- Zvýšená frekvence nežádoucích účinků
- Odmítání psychologických interpretací
- Odpor k eventuální psychiatrické léčbě

Při bližším zkoumání se ukazuje, že zdrojem pocitu pacientovi obtížnosti je především neobvyklé množství příznaků spolu s komorbidní psychopatií. Mizivá adherence k léčbě je spjata s přítomností *konverzí* a *hypochondrií* a naléhavost s komorbiditou s *úzkostnými poruchami* (str. 35).

Specifickými kritérii **Somatizační poruchy (F 45)** jsou dle MNK-10: nejméně dva roky mnohočetných a měnlivých tělesných potíží bez organického vysvětlení přes mnohá vyšetření při četných kontaktech se zdravotnictvím, neúčinnost lékařova vysvětlení o chybění organického podkladu a zhoršení pacientova sociálního fungování.

Symptomatika **Somatoformní vegetativní dysfunkce (F 45.3)** se zakládá na objektivních příznacích vegetativního podráždění (v případě kardiálních potíží např. palpitace, pocení) a nespecifických subjektivních pocitech (např. pálení, sevřenost). Pacienti se pak zabývají obavami z vážné nemoci, opakovaná ujištění lékařů o nepřítomnosti patologických změn jsou pro ně nedostatečně přesvědčivá (Zvolský et al., 2001).

Etiopatogenezi somatoformních poruch vysvětlují *biologické hypotézy*, které se odvolávají na *metabolické nálezy, dysfunkce pravého temporálního laloku, psychoneuroendokrinnologické změny* i na *další psychofyziologické mechanismy* (Honzák, 2005).

Co se týče psychologického (psychodynamického) pohledu na patogenezi somatoformních poruch, nejstarším výkladem je pravděpodobně Janetova *disociační teorie* z konce 19. století. Svým konceptem Pierre Janet (1889) popisoval u hysterických pacientů rozvrat v normálních integrovaných funkcích paměti, identity, vnímání a vědomí, který ve svém důsledku vede ke vzniku organicky nevysvětlitelných tělesných příznaků (Bowers, Meichenbaum, 1984; in Procházka, 2011) .

Po disociaci byla dalším výkladovým konceptem *konverze*, popsaná Breuerem a Freudem. Dle této teorie se mozek brání negativním afektům nevědomým potlačením traumatických vzpomínek, které jsou pak drženy za amnestickou bariérou, přičemž negativní afekt se vybijí v přeměněné formě , respektive v tělesném příznaku.

Ciechanowski (2002) připomíná Bowlbyho *teorii připoutání* („attachment theory“). Časné interakční vzorce mezi matkou a dítětem jsou dávány do vztahu s somatizační psychopatologií v dospělém věku.

Schmidt et al. (in Chromý, Honzák, 2005) upozorňují na tezi, že jedinci s nejistým připoutáním mají větší počet tělesných příznaků než jedinci s bezpečným vzorem, respektive jedinci s úzkostným vzorcem připoutání mají v dospělosti nejvíce tělesných příznaků a hypochondrických rysů (str. 42).

Co se týče vztahových faktorů, Arnow (1997) a Lackner (2004) prokazují vliv zanedbávajících nebo dysfunkčních rodin, špatného zacházení v dětství, oddělení od rodičů, omezující výchovy a rodičovského chování podporujícího úzkost.

Pravdou je, že u somatoformních poruch bývá často určitý stupeň *snahy získat pozornost (histrionské chování)*. Proto se jeví zřetelným, že práce s pacienty trpícími somatoformní poruchou by měla brát v úvahu psychodynamické souvislosti onemocnění a s těmito v dlouhodobějším horizontu pracovat. Jako příklad takovéto snahy uvádím dále podrobnou kasuistiku (kasuistika č. 12).

Ještě dramatičtější symptomatiku než u vegetativních dysfunkcí nacházíme u **hyperventilačního syndromu**. Při akutním záchvatu mají pacienti pocit zmrtnění rukou, prstů či nohou, bušení srdce. Pocit nedostatku vzduchu či tlaku na hrudi nutí pacienty rychle a hluboce dýchat, trpí úzkostí z udušení, mají pocity závratě, tlaku v hlavě, ztráty pohyblivosti až tetanických křečí. Nejčastější psychickou příčinou je opět úzkost.

Řada důvodů má podíl na tom, že psychosomatický přístup k nemocnému není v našich podmínkách kardiologie dostatečně aplikován. Psycholog trvale začleněný do kardiologického týmu má více prostoru s nemocnými se somatoformními poruchami pracovat.

Kasuistika č.10:

E. K., žena, 55 let, vzdělání (SŠ s maturitou), produkční v ČT, t.č. v ID, vdaná, 3 dospělé děti

Dg.: Bolesti za sternem, palpitace, pocity slabosti a na omdlení.

Kardiologický nález normální.

V anamnéze chronický únavový syndrom a reaktivace EBV

1994 - popáleniny 15% tělesného povrchu.

Insomnie

Pokročilá osteoporóza

Psychofarmakologická medikace: Seropram 1-0-0, Xanax 0.5 1 tbl dlp, Stilnox 50 mg na noc

55-letá pacientka byla přijata do psychologické péče v 05/2005 na základě doporučení ošetřující kardioložky. Na kardiologickou ambulanci přichází opakovaně. Udává bolesti za sternem, palpitace, pocity slabosti a na omdlení. Kardiologický nález je vždy normální.

V anamnéze pacientky je chronický únavový syndrom a reaktivace EBV (druh herpetického viru, který v organismu nejčastěji napadá buňky imunitního systému), poruchy spánku, pokročilá osteoporóza. V roce 1994 prodělala pacientka závažný úraz - popáleniny 15% tělesného povrchu.

Na základě opakovaných vyšetření a rozhovoru s pacientkou formuluje ambulantní kardioložka suspekci na psychogenní povahu potíží. Indikuje antidepressivum SSRI skupiny (Seropram 1-0-0), Xanax 0.5 1 tbl dle potřeby, před spaním Stilnox 50 mg. Pacientku doporučuje k přijetí do psychologické péče.

Příležitost kardioložkou nabízené psychologické péče oceňuje. Kontakt s psychologem vnímá jako (cituji) „možnost ventilace negativních životních zkušeností“. Dodává, že si v sobě chce udělat pořádek.

Subjektivně je pacientka traumatizovaná od dětského věku. Nahlíží, že ji trápí nevyřešené vztahové konflikty z minulosti. Nejvíce ji bolí, že manžel měl několik let mimomanželský vztah. Rovněž ji zatěžují chronické vztahové konflikty s dvěma dětmi z prvního manželství.

Rané dětství prožila pacientka s oběma rodiči, sourozence nemá. Oba rodiče měli středoškolské vzdělání, matce bylo 35 let, když se pacientka narodila. Pacientka se domnívá, že matka o mateřství nestála a že se narodila jako neplánované dítě. Matka pracovala v České televizi, toužila po kariéře a byla velmi pracovně vytížená. S otcem si pacientka rozuměla více. Vychovával ji spíše jako chlapce - vedl ji ke sportům, k atletice. Byl však závislý na alkoholu a jeho nálady byly nepredikovatelné. Pacientka byla často bezdůvodně bita. Když jí bylo 10 let, otec zemřel. Zda mělo jeho úmrtí souvislost s alkoholismem neví. Jiné pevné a nosné vztahy v období jejího dětství nebyly.

Základní školu absolvovala s průměrným prospěchem. Díky vedení otce se věnovala krasobruslení a atletice, ve sportu vynikala. Na učení nikdy nebyla. Ráda malovala, což činí dodnes. Kamarádek nikdy moc neměla.

Vystudovala střední ekonomickou školu s maturitou a ve svých 19ti letech se provdala za svého prvního partnera. Sňatek považovala jako možnost odejít z domova, kde si nerozuměla s matkou. Záhy po uzavření manželství narodilo první dítě - syn, po dvou letech dcera.. Manželství bylo od počátku málo funkční, partner se vyskytoval doma minimálně.

Syn v 8 letech onemocněl schizofrenií. Vzhledem k tomu, že k obrazu poruchy patřilo odmítání příjmu potravy z důvodu obav z otravy, strávil syn celý jeden rok na psychiatrické klinice v Motole. Po roce byl syn propuštěn do domácí péče, ale jeho mentální schopnosti se pozvolna zhoršovaly.

Po 11 letech manželství se s manželem rozvedli. Synovi bylo v té době 11 a dceři 9 let. Velmi brzy po rozvodu se seznámila se svým druhým manželem. Po roce známosti otěhotněla a vdala se podruhé. V době těhotenství s třetím dítětem se poprvé objevily potíže v podobě panických atak a agorafobie.

Vzhledem k tomu, že syn a dcera nebyli plnoletí, žili ve společné domácnosti s pacientčinou novou rodinou. Přestože druhý manžel se k dětem choval přátelsky, obě děti byly proti němu nepřátelští. Obě děti z domova brzy odešly. S dcerou je nemocná

v kontaktu minimálně, nemocný syn se, dle slov pacientky, ozve jen v případě, že potřebuje finanční pomoc.

V době, kdy rodina žila již jen ve třech, si partner našel přítelkyni. Pacientka se o tomto vztahu dozvěděla náhodou a zjištění nesla velmi traumaticky. Sděluje, že od té doby přestala spontánně menstruovat. Mimomanželský vztah jejího druhého manžela trval 5 let a po celou dobu trvání tohoto vztahu pacientka velmi strádala, proběhlo několik terapií (Horní Palata, Lobeč). Manželství však setrvalo.

V současné době žije pacientka nadále s manželem a již 22-letým synem. V komunikaci přetrvává vyčítavý přístup k manželovi za jeho mimomanželský poměr. Pacientka již leta strádá řadou somatických potíží (palpitace, pocity na hrudi, pocity slabosti a na omdlení a řada dalších proměnlivých somatických stesků jako pálení žáhy, nechutenství, bolesti zad, bolesti hlavy, poruchy spánku). Z rozhovorů s pacientkou vyplývá, že o všech tělesných potížích pacientka zevrubně informuje rodinu a vyžaduje jejich ohledy a péči.

Již v průběhu prvních sezení jsem měla pocit, že pacientkou zdůrazňované zdravotní potíže musí velmi zatěžovat oba rodinné příslušníky. Pacientka popisovala každodenní hovory i konflikty v rodině s tím, že vždy zmiňovala tělesné potíže. Činila tak připomínkami, že „s ní se musí opatrně“, „nebyl respektován její zdravotní stav“ apod. Uvědomila jsem si, jak moc musí být rodina nejen vyčerpána tímto projevem, ale též jak musí být svým způsobem „v šachu“.

U pacientky byly postupující psychoterapií shledány následující patické mechanismy psychického fungování:

- Odžívání emocí skrze tělesné potíže
- patologické vztahování se k synovi – „náhradní objekt“
- používání tělesných potíží jako formy „terorizování“ druhých
- používání tělesných potíží jako formy získání péče (lásky)
- rigidita ve vztazích, neschopnost zaujmout přijatelnější přístup a chování

Již v úvodu našeho kontaktu bylo zřejmé, že kvalita našeho vztahu – vztahu pacientka – psychoterapeut, bude velmi podstatná pro celý psychoterapeutický proces.

Prvotním cílem léčby mělo být jednak *odreagování a zpracování aktuálních zahlcujících emocí*. Bez úvodní ventilace pocitů (katarze, očisty), by další práce nebyla možná. Další terapie, byla zaměřená na *analýzu a porozumění psychickému fungování pacientky*. *To vše, samozřejmě, za přispění vztahu terapeutického a přenosových pocitů.*

8.2 Hypochondrická porucha ve spojení s kardiálními potížemi

Hypochondrická porucha je charakterizována *úzkostným sebezpozorováním a strachem z nemoci*. Postižený se obává, že má jednu nebo více závažných a progredujících tělesných nemocí.

Pocit ohrožení vede ke zvýšenému vnímání pocitů vyvolaných vegetativním nervovým systémem. Zaměření pozornosti může vést ke skutečným změnám ve funkci fyziologických systémů, které jsou jak pod reflexivní, tak pod volní kontrolou (dýchání, polykání, svalová aktivita).

Terapie hypochondrické poruchy je často svízelná. Pacienti navíc zpočátku odmítají psychiatrickou léčbu a trvají na přítomnosti tělesné poruchy. Psychiatrickou léčbu akceptují snadněji na počátku nemoci pokud je prezentována jako pomoc při zvládnání stresu, který jim škodí. *U hypochondrické poruchy byla zkoušená řada psychoterapeutických přístupů, avšak důkazy o tom, že by některý byl účinnější než jiný nemáme.*

Kellner (1987; in Praško, 2010) navrhl podporující, racionální a edukativní přístup k hypochondrizujícím pacientům. Těmto požadavkům vyhovuje *kognitivně behaviorální psychoterapie*, jejíž účinnost je ověřena v několika kontrolovaných studiích (Ford, 1983; Barsky et al., 1988).

Obecným cílem terapie je, aby si pacient přestal dělat starosti o své zdraví a byl schopen zvládat běžné denní povinnosti. Plné odstranění příznaku Kellner (1987) považuje za maximalistický cíl. Za vhodnější vidí hovořit spíše o zmírnění příznaků (Praško, 2010, str. 132). Pro terapii vyvstávají 3 základní úkoly (str. 132):

- pomoci pacientovi pochopit, že jeho potíže jsou psychického (stresového) původu
- pomoci nemocnému snížit, popřípadě odstranit jednotlivé příznaky
- podpořit pacienta k adaptivnímu řešení životních problémů, které s poruchou souvisejí

9. KONCEPCE PSYCHOLOGICKÉ PÉČE V KARDIOCENTRU

9.1 Psychologická péče o lůžkové pacienty kardiocentra

Psycholog přináší na medicínskou scénu odborný přístup vyplývající z profesního zaměření. Primární náplní teoretické i klinické psychologické práce je co nejlépe diagnosticky zmapovat osobnost člověka a případně vést pacienta psychoterapeuticky. Cílem psychologa, stejně tak jako lékaře, je zlepšit kvalitu pacientova života (Voldřichová, Niederle, 2006).

Psycholog působící na poli somatické medicíny pracuje s pacientem a jeho nemocí na základě předpokladu, že *strategie vyrovnávání se s onemocněním je ovlivněna aktuálním psychickým stavem a zároveň osobností pacienta*. Osobnost pacienta je víceméně neměnnou entitou, aktuální psychický stav vychází jednak z osobnostních charakteristik (osobnostních rysů) a jednak je závislý na vlivech a podmínkách, ve kterých se člověk právě nachází. Pro lékaře není vždy z časových důvodů možné přistupovat k nemocnému s ohledem na jeho individuální osobnostní výbavu a aktuální psychický stav.

V lůžkové praxi NNH jsme se setkávaly s **krizovými stavy** pacientů především z těchto důvodů:

- *prodlužování léčebného pobytu* (chronické onemocnění vyžadující dlouhodobou hospitalizaci, např. při diagnóze infekční endokarditidy),
- *dlouhodobé čekání na chirurgický výkon, oddalování chirurgické revaskularizace,*
- *u pacientů s nedostatečně podpůrným, nefunkčním či neexistujícím sociálním zázemím,*
- *u pacientů s primárně nepříznivým psychickým stavem či s psychiatrickou diagnózou (poruchy nálady, neurotické poruchy, osobnostní poruchy aj.). Je zákonitostí, že obraz psychické poruchy se zhoršuje v závislosti na subjektivní náročnosti působících vnějších podmínkách. Hospitalizace je jistě zátěžovou zkušeností pro každého člověka.*

Dle zkušenosti s lůžkovými pacienty se závažnou diagnózou z okruhu kardiovaskulárních, za **nejobvyklejší témata spojená s depresivním laděním** lze uvést tato (dle pozorování):

- *bilancování života* („co jsem stihl a co nikoli“, „co jsem udělal dobře a co jsem nezvládl“)
- *obavy o budoucnost* (nutnost změny životního stylu, vývoj zdravotního stavu)
- *vzpomínky na blízké, kteří zemřeli či s nimi již nemocný není v kontaktu*
- *myšlenky na konec života* (ve smyslu přirozeného vývoje, nikoli TS)
- *pocity bezcennosti* (především u mužů)
- *zvýšené vnímání osamocení a absence podpůrného vztahu v případě, že pacient žije sám*

Psychologická péče o lůžkové pacienty NNH byla spojena především s těmito pacienty:

- **Operanti** – cílem je zamezit dopadu nepříznivého psychického stavu na předoperační i pooperační vývoj - krizová intervence v případě potřeby, podpora včetně edukace o KCH výkonu, doprovázení pacienta na oddělení kardiochirurgie NNN, reoperace – opakovaná psychologická péče u téhož pacienta, psychické reakce pacientů při oddalování chirurgického výkonu
- **Pacienti s poruchou přizpůsobení (obraz úzkostné či depresivní dekompenzace)** – reakce na sdělení nepříznivé diagnózy (strategie vyrovnávání se s onemocněním je ovlivněna aktuálním psychickým stavem a zároveň osobností pacienta), reakce na protražovanou hospitalizaci apod.
- **Pacienti s primárně nepříznivým psychickým stavem či s psychiatrickou diagnózou** (poruchy nálady, neurotické poruchy, osobnostní poruchy aj.) , jejichž psychiatrická diagnóza vede k problematické komunikaci a ke zhoršené spolupráci. Obraz každé

psychické poruchy se zhoršuje v závislosti na subjektivní náročnosti působících vnějších podmínek. Hospitalizace je povětšinou zátěží pro každého člověka.

- **Diferenciální diagnostika** – viz výše
- **Pacienti s nedostatkem sociální podpory** – psycholog doplňuje roli blízkého člověka v náročném životním období, využíváno především u osamocených gerontologických pacientů
- **Mezičlánek komunikace lékař-pacient** - nedostatek času lékaře pro intenzivní komunikaci včetně edukace
- **Terminální stadia onemocnění** – paliativní péče, téma „provázení“, nejčastěji u sociálně izolovaných pacientů, osamocených lidí
- **Příprava na implantaci kardiostimulátoru, defibrilátoru** – téma přijetí cizího tělesa (psychologie implantátů)

9.2 Psychologické péče o ambulantní pacienty kardiocentra

Pokud se kardiologové ve svých ambulancích setkají s jasně viditelnou psychologickou, respektive psychiatrickou problematikou, jedná se nejčastěji o *panickou úzkostnou poruchu*. Sympatoadrenální aktivace ve formě neurovegetativní aktivity, projevující se jako tachykardie, palpitace, dušnost, oprese na hrudi, pocení, tj. příznaky imitující kardiovaskulární onemocnění, jsou hlavními symptomy této poruchy.

U kardiálních pacientů lze ve zvýšené míře pozorovat ataky *úzkosti* nebo je úzkost zažívána trvale (*generalizovaná úzkost*). Emoční prožívání je doprovázeno únavou, postižený udává řadu tělesných stesků, jako jsou závratě nebo bolesti, rozvíjí se *depressivní symptomatologie*.

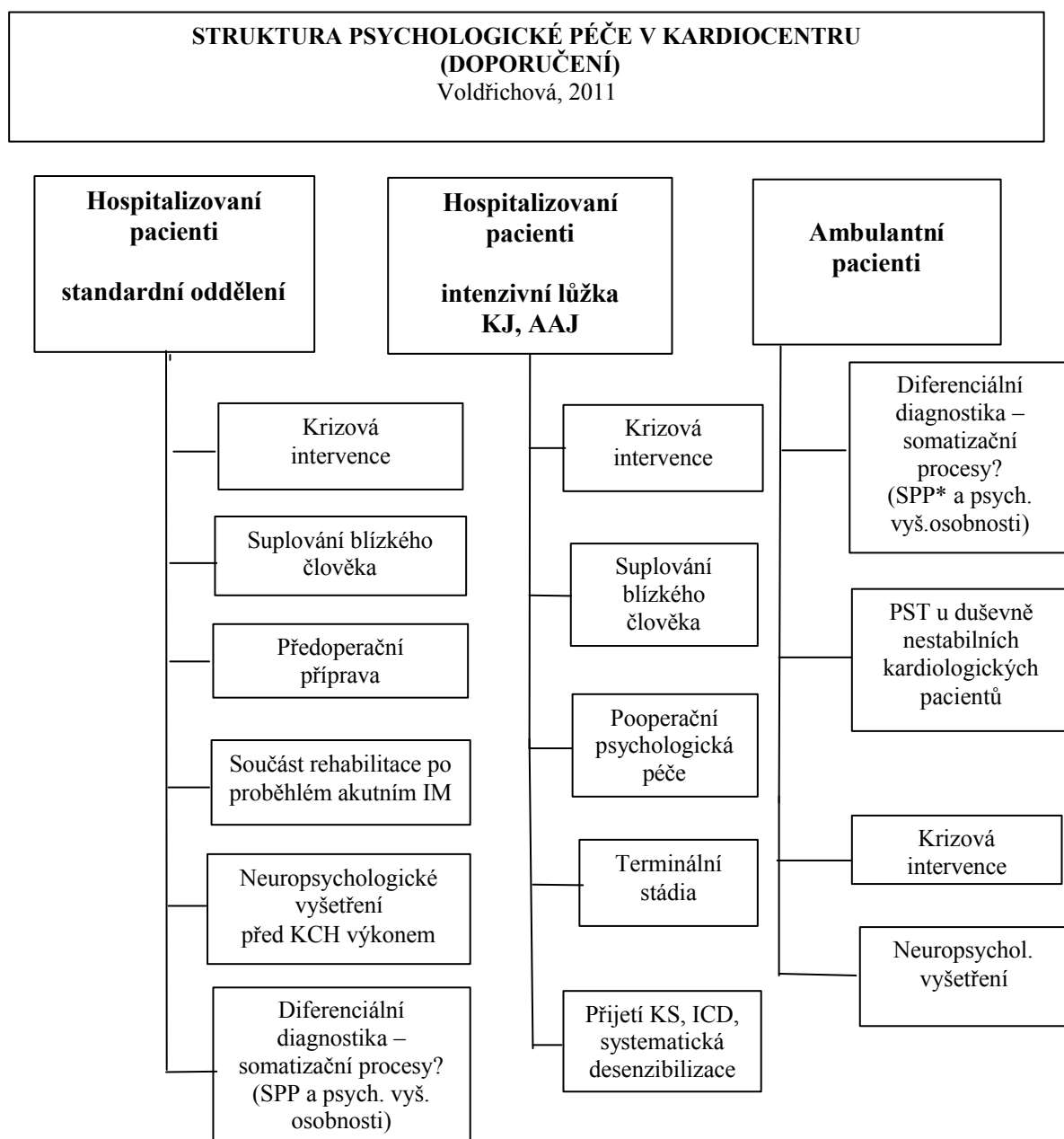
Nejen reakce na nemoc ale tak jako v běžné populaci, i v populaci kardiálně nemocných se pacienti setkávají s úskalími života, ztrátami, bolestmi (*akutní reakce na stres, posttraumatická stresová porucha, porucha přizpůsobení*). V takových případech je o to více žádoucí, aby byl nemocný psychologoterapeuticky ošetřen. S pacientem pak psycholog pracuje ve spolupráci s kardiologem.

Psychoterapeutické vedení je indikováno u pacientů s tělesnými symptomy vzniklými residuálně k *osobnostním poruchám*, při kterých maladaptivní zátěžové vzorce prožívání a chování jsou doprovázeny patofyziologickými reakcemi. Psychoterapeutické postupy jsou zaměřeny na změnu dysfunkčních přesvědčení o sobě a okolí a na modifikaci chování, které vede ke složitým interpersonálním vztahům, osobním problémům a následným neurovegetativním potížím.

9.3 Psychiatrické diagnózy a psychické problémy typické pro kardiologii

- **panická úzkostná porucha, úzkostné poruchy** (obraz imituje obraz kardiovaskulárního onemocnění – dušnost, tlak na hrudi, palpitace atd.)
- **depresivní porucha** jako reakce na zdravotní zátěž se všemi důsledky na kvalitu života či jako primární problém – endogenní deprese, larvovaná deprese, reaktivní deprese z jiných důvodů než je zdravotní diagnóza
- **somatoformní vegetativní dysfunkce** (fyziologická reakce kardiovaskulárního systému na chronickou psychickou nestabilitu, na stres)
- **somatizační poruchy** (opakované stížnosti na tělesné potíže, avšak nejsou spojeny s žádnou tělesnou poruchou a jsou psychické etiologie – somatizovaná úzkost apod.)
- **osobnostní poruchy** – chronické maladaptivní zátěžové vzorce prožívání a chování jsou doprovázeny patofyziologickými reakcemi, které často imitují projevy somatického onemocnění
- **kolapsové stavy** – psychogenně podmíněná porucha vědomí přichází v úvahu po vyloučení kardiální či jiné etiologie potíží
- **pacienti s problémem přijetí KS či defibrilátoru**
- **pacienti s mentálním deficitem či psychickou poruchou vzniklou organickým procesem, např. ischemií mozku – neuropsychologické vyšetření** jako objektivní diagnostická metoda umožňuje zhodnocení úrovně mentální kapacity a vymezení problematických oblastí kognice včetně vývoje v čase (paměť, emotivita apod.)

9.4 Struktura psychologické péče v kardiocentru



* SPP – Status praesens psychicus

10. ZÁVĚR

Přetrvávající nedůvěra somatických lékařů ve využitelnost psychologické péče při práci s pacienty je výsledkem nejen nedostatečného apelu ze strany vzdělávacích programů, ale bezesporu i nedostatečně přesvědčivé klinické práce nás, psychologů.

Rigorózní práce se zabývá tématem začlenění klinické psychologie do konceptu současné kardiologické medicíny. Cílem práce bylo informovat o možných přínosech klinicko-psychologických diagnostických a terapeutických metod pro medicínské diagnostické i léčebné uvažování o kardiovaskulárně nemocném.

11. POUŽITÁ LITERATURA

Adžaja S.: Léčení duše /sjednocující pohled psychoterapie Východu a Západu/, Isadora, Praha, 2009

Albert C.M, Chae C.U, Rexrode, K.M., Manson, J.E., Kawachi I.: Phobic anxiety and risk of coronary heart disease and sudden cardiac death among women, *Circulation*, Feb 1, 111 (4): 480-7, 2005

T. Allison et al.: Stress, Health and Performance, *Mayo Clin Proc.* 1995; 70(8)
(<http://www.heartmath.org/research/science-of-the-heart/introduction.html>)

Anders, M., Kautzner, J., Kitzlerová, E. Dohnalová, A.: Hodnocení psychopatologie u pacientů s paroxysmálními supraventrikulárními tachykardiemi, *Česká a slovenská psychiatrie*, r. 7, č. 2, 2003

Anders, M., Kitzlerová, E.: Vztah mezi depresivní poruchou a kardiovaskulárními chorobami je oboustranný, *Remedia*, č. 3, 2006

Ameen, S. : Organic mental disorders, a portal for mental health Professional, Free Online Book from PSYPLEXUS, www.psypexus.com/neuropsychiatry

Bankier, B., Januzzi J.L., Littman, A.B.: The high prevalence of multiple psychiatric disorders in stable outpatients with coronary heart disease, *Psychosom Medicine*, Sep-Oct, 66(5):645-50, 2004

Barth, J. Schumacher, M.: Depression as a risk factor for mortality in patients with coronary heart disease, *Psychosom Med.* 2004 Nov-Dec, 66(6):802-13

Barth J, Critchley J, Bengel J.: Psychosocial interventions for smoking cessation in patients with coronary heart disease. *Cochrane Database Syst Rev.* 2008 Jan 23;(1)

Baštecký, J., Šavlík, J., Šimek, J. et al.: Psychosomatická medicína, Grada Avicenum, Praha 1993, ISBN 80-7169-031-7

Beers M.H., Jones T.V., Berkmits M.: Delirium, . Kap. 39. In: The Merck Manual of Geriatrics, Merck, 2006

Benditt, G. D., Blanc, J., Brignole, M., Sutton, R. The evaluation and treatment of syncope. France: European Society of Cardiology; in Kautzner, J.: Doporučení pro diagnostiku a léčbu synkopy. 1. vyd. Brno: Česká kardiologická společnost, 2007, ISBN 978-80-254-0302-0.

Berková, M., Berka, Z.: Delirium a arytmie, Interní Medicína pro praxi, č. 10, 2006

Bytešník, J., Čihák, R.: Arytmie medicínské praxi, 1.vyd., Praha: Triton s.r.o., 1999, ISBN 80-7254-054-8

Carney, R. et al.: Depression as a risk factor for mortality after acute myocardial infarction, The American Journal of Cardiology, volume 92, issue 11, 2003

Carney R., Freedland K., Rich M., Jaffe A.. Depression as a risk factor for cardiac events in established coronary heart disease: a review of possible mechanisms, Ann Behav Med, 17:142–149, 1995

Engel, G.L. : The need for a new medical model: A challenge for biomedicine, Science, 196, 1977

Fiala, M.: Doporučení postupy pro diagnostiku a léčbu supraventrikulárních tachyarytmií, Cor Vasa, 2005

Hanus Helbert et al. : Vybrané kapitoly z lékařské psychologie, Katedra psychiatrie lékařské fakulta UK, vydavatelství Karolinum, Praha 1994, 2004 jako skripta pro posluchače lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Hradci Králové, ISBN 80-7066-9136

Heartmath Institute Kalifornia, www.heartmath.org/research/science-of-the-heart

Herman, E. Praško, J. , Syrovátka, J. , Hovorka, J. : Somatizační porucha, Psychiatrie v medicíně a medicína v psychiatrii, 54-55, 2002

Honzák, R. a kol.: Úzkostný pacient, Galén, 2005, ISBN 80-7262-367-2

Honzák, R., Kurzová, H.: Psychiatrická problematika v ordinaci kardiologa, Kapitoly z kardiologie, sv. 4, č. 2, 2002

Chaloupka, V. a kol., Rehabilitace pacientů s kardiovaskulárním onemocněním, Cor Vasa, 48(7-8), 2006

Chromý, K., Honzák, R. a kol., Somatizace a funkční poruchy, Grada Publishing, Praha 2005

Jirásek, V.: Operace srdce. Informace pro pacienty, Nemocnice Na Homolce, 2005

Kaplan, R. M., Toshima, M. T.: The functional effects of social relationships on chronic illness and disability. In: Sarason, B. R., Sarason, I. G., Pierce, G. R. (Eds.): Social support: an interactional view. New York, John Wiley and Sons 1990

Kawachi I, Sparrow D, Vokonas PS, Weiss ST.: Symptoms of anxiety and risk of coronary heart disease. The Normative Aging Study. Circulation. 1994 Nov;90(5):2225-9.

Kitzlerová E, Anders M.: Deprese a kardiovaskulární choroby – společný průnik na rovině psychosociální a behaviorální, Česká a slovenská psychiatrie, 2010; 106(2): 87–92

Kitzlerová, E., Anders, M., Kautzner, J., Dohnalová, A.: Hodnocení psychopatologie pacientů trpících paroxysmálními supraventrikulárními tachykardiemi za rok po provedené radiofrekvenční katetrizační ablacii, Česká a slovenská psychiatrie, No. 1, 101, 2005

Klener, P. a kol.: Vnitřní lékařství II. pro střední zdravotnické školy, Informatorium, Praha, 2001, ISBN 80-86073-76-9

Knoppová, D. a kol. , Krizová intervence, Remedium nadace psychosociální pomoci, Praha, 1997

Kolektiv autorů: Neurologie 2005 - trendy v medicíně, Nakladatelství TRITON, 2005, 80-7254-613-9

Kostiuk, P.: *překlad* Užívání antidepresiv jako rizikový faktor ICHS, British Medical Journal 2001, 323, 666-669

KŘIVOHLAVÝ, J.: Jak neztratit nadšení. Vyd. 1. Praha: Grada, 1998. ISBN 8071695513

Kubzansky LD, Sparrow D, Vokonas P, Kawachi I. is the glass half empty or half full? A prospective study of optimism and coronary heart disease in the normative aging study. PsychosomMed 2001; 63: 910–916.

Lukl, J.: Klinická kardiologie stručně, 1. vyd., Olomouc, 2004, 270 s., ISBN 80-244-0876-7

McCrate, R., Atkinson, M., Tomasino, D., Stuppy, W. P.: Analysis of Twenty-Four Hour Heart Rate Variability in Patients with Panic Disorder, Biological Psychology. 2001; 56 (2-3): 131-150

McCrate, R., Childre, D.: Grateful heart. The psychophysiology of appreciation. In: Emmina, R., Mc Cullough, M. etc. The psychology of gratitude. Oxford: Oxford University Press; 2002:230-255

Morschitzky, H., Sator, S. : Když duše mluví řečí těla , Portál, Edice Spektrum, 2007, ISBN 978-80-7367-218-8

Niederle, P. a kol.: Onemocnění srdce /rady pro kardiaky/, Praha, Triton, ISBN 80-7254-142-0

Penninx BWJH, Beekman ATF, Honig A, Deeg DJH, Schoevers RA. Depression and cardiac mortality. Arch Gen Psychiatry 2001; 58: 221–227

Pidrman, V., Deprese a kardiovaskulární onemocnění, Maxdorf Jessenius, Praha, 2004

Pipeková, J.: Kapitoly ze speciální pedagogiky, Paido, 2005, ISBN: 80-7315-120-0

Plevová, J. Boleloucký, Z. Psychofarmakoterapie vyššího věku. 2. vyd. Praha: Grada, 2000, ISBN 80-7169-959-4

Popelová, J., Frídl, P.: Nejčastější vrozené srdeční vady v dospělosti; Doporučené postupy pro praktické lékaře, Medical Tribune, 8, 2010

Praško, J., Prašková H., Psychoterapie hypochondrické poruchy, učební text, výukový portál 1. LF UK

Rees, K., Bennett, P. et al.: Psychological interventions for coronary heart disease, Evid Based Nurs., Oct, 7(4):114, 2004

Reimann, F.: Základní formy strachu, 1.vyd., Praha: Portál, 1999, 200 s. ISBN 80-7178-313-7

Rollová, A.: Depresivní, úzkostná a posttraumatická symptomatika u pacientů po hospitalizaci na anesteziologicko-resuscitační klinice, Informační systém Masarykovy university, Archiv závěrečné práce Anna Rollová FF M-PS PS, učo 180781

Ross JS et al.: Hospital Volume and 30-Day Mortality for Three Common Medical Conditions, N Engl J Med 2010; 362: 1110-18

Ruberman, W. et al.: Psychosocial influences on mortality after myocardial infarction. New England Journal of Medicine 311, 1984, 552-559.

Sandre, E., Sigurd, B.: Arrhythmia – A Guide to Clinical Electrocardiology, Bingen: Publishing Partners Verlags GmbH, 1991, ISBN 3-927925-02-0

Smolík, P.: Duševní poruchy a poruchy chování, Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize, 2.vydání. Praha: Psychiatrické centrum, 2000. ISBN 80-85121-44-1

Svatošová, M.: Hospice a umění doprovázet, Ecce Homo, 1995, ISBN BO-902049-0-2

Tláškal Tomáš, Chirurgická léčba vrozených srdečních vad včera a dnes, Cor Vasa, 51(5), 2009

Trachytová, E. a kol.: Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu, 2.vyd., Brno: NCONZO , 2003., 186 s. ISBN 80-7013-324-4

Turek T. Delirium v péči akutního gerontopsychiatrického oddělení. Praktický lékař, 85; 7, 2005

Vančura, M.: Léčba tachyarytmií radiofrekvenční ablací, Sanquis, č. 16, 2001

Voldřichová, I., Niederle, P.: Psychologie je součástí moderní léčby a diagnostiky kardiaka, Kardiologie v primární péči, 2: 20-24, 2007

Vokurka, H., Hugo, J. a kol.: Praktický slovník medicíny, 7. rozšířené vydání, Praha, Maxdorf, 2004, ISBN 80-7345-009-7

Vorlíček, J., Adam, Z., Pospíšilová, Y. Paliativní medicína. 2. přeprac. vyd. Praha : Grada Publishing, 2004. 540 s., 4. ISBN 80-247-0279-7

Wittstein IA, Thieman Dr, Lima JAC, et al: Neurohumoral features in myocardial stunning due to sudden emotional stress, NEJM 2005 Feb 10, 352(6): 539-548.

Writing Committee for the ENRICHD Investigators: The Effects of Treating Depression and Low Perceived Social Support on Clinical Events After Myocardial Infarction, the Enhancing Recovery in Coronary Heart Disease Patients (ENRICHD) Randomized Trial, *Jama* 2003, 289: 3106-3116.

www.cardion.cz

www.homolka.cz

www.ikem.cz

www.zdn.cz

Yutzy, S.H.: Somatoform disorders. In Tasan, A., Kay, J., Lieberman (Eds), *Psychiatry*, Wiley & Sons, Chichester, p. 1405-1443, 2nd ed., 2003

Zvolský, P. et al., *Obecná psychiatrie*, Universita Karlova, 2. vyd., Praha, 2001

Židek V.: *Psychologie zvládání zátěžových situací*, bakalářská práce, PFMU, 1997