

Akademia Wychowania Fizycznego i Sportu,  
Katedra Anatomii i Antropologii, Gdańsk  
Jędrzej Śniadecki Academy of Physical Education and Sport,  
Department of Anatomy and Anthropology, Gdańsk

JANUSZ JERZEMOWSKI

---

***Social support as a prognosis factor in coronary artery disease***

---

**Wsparcie społeczne, jako czynnik prognostyczny  
w chorobie niedokrwiennej serca**

W patogenezie, a zwłaszcza w rokowaniu choroby niedokrwiennej serca szczególną rolę przypisuje się czynnikom psychospołecznym (1 – 14). Wcześniejsze badania wykonywane u chorych z chorobą wieńcową wskazywały na duże znaczenie czynników osobowościowych, sytuacyjnych i Wzoru zachowania na funkcjonowanie emocjonalne chorych przed i po zawałe mięśnia sercowego.

Obecnie wykazano, że psychologiczne czynniki ryzyka to: depresja, wrogość i izolacja społeczna. Pewną rolę w ich powstaniu wydają się odgrywać warunki społeczno – ekonomiczne.

**Depresja**

Depresja występuje często u pacjentów z chorobą niedokrwinną serca (2,5 – 7,12). Choruje na nią od 15 do 22% chorych, którzy przeżyli zdarzenie wieńcowe. Jest ona czynnikiem zwiększającym zachorowalność i umieralność w tej grupie pacjentów. W ostatnich latach pojawia się coraz więcej dowodów na to, że depresja może poprzedzać, a nawet wywoływać chorobę niedokrwinną serca lub zawał serca (5,7). Wyniki tych badań wskazują, że objawy depresji endogennej i zaburzeń nastroju o miernym nasileniu pojawiają się u 65% chorych po epizodzie niestabilnej dławicy piersiowej serca, przy czym u 25% depresja endogenna rozwija się w ciągu kilku miesięcy od incydentu niedokrwinnego. W badaniach NHANES 1 (First National Health and Nutrition Examination Survey) obejmujących 5007 kobiet i 2886 mężczyzn bez choroby wieńcowej, u których okres obserwacji wynosi 10 lat lub do momentu wystąpienia zdarzenia wieńcowego stwierdzono, że względne ryzyko śmiertelnego zdarzenia wieńcowego u mężczyzn było większe niż u kobiet [5]. Nie wykazano wpływu depresji na zwiększoną umieralność kobiet. Przypuszcza się, że większa śmiertelność w grupie mężczyzn mogła być uwarunkowana zaburzeniami regulacji układu autonomicznego. Nadprodukcja katecholamin, a także zaburzenia odruchu z baroreceptorów wywołujące zmniejszenie zmienności i częstości akcji serca, stąd też wydaje się być większe prawdopodobieństwo migotania komór. Co więcej skojarzone występowanie depresji zwiększa skłonność do komorowych zaburzeń rytmu ( powyżej 10 przedwczesnych pobudzeń komorowych w ciągu 1 godziny) wiązało się z prawie 30 krotnym ryzykiem zgonu sercowego [5, 7] . Ponadto uważa się także, że depresja może skupiać w sobie inne czynniki zagrożenia, bądź też chorzy z depresją są mniej skłonni do przestrzegania zaleceń lekarskich.

### **Wrogość**

Z powodu coraz częściej stwierdzanego braku korelacji pomiędzy Wzorem zachowania A a chorobą wieńcową wyodrębniono ze składu WZA najbardziej szkodliwą składową tj. uczucie wrogości i gniewu [1]. Wrogość jest pojęciem psychologicznym zawierającym kilka składowych. Najważniejszymi z nich są: gniew i cynizm oraz tendencja do negatywnego podejścia do związków międzyludzkich z nasilonym brakiem zaufania. Wrogość może niekorzystnie wpływać na układ krążenia poprzez spowodowanie zaburzeń gospodarki lipidowej (podwyższone stężenie cholesterolu), nasiloną agregację płytek krwi, nadprodukcję hormonów kory nadnerczy i zaburzenia napięcia naczyniowego. Wrogość może wiązać się również z częstszym występowaniem innych (behawioralnych) czynników ryzyka, jak: palenie papierosów, picie alkoholu i niestosowanie zalecanej diety.

Uważa się, że wrogość koreluje ze zwiększoną chorobowością i umieralnością z powodu choroby niedokrwiennej serca. W badaniach SCIMO (Study of prevention of Coronary atherosclerosis by Interention with Marine Omega – 3 fatty acids) u 162 chorych, biorących udział w badaniach, w których oceniano skuteczność leczenia kwasami tłuszczowymi Omega – 3. Każdy chory został poddany dwukrotnie badaniu koronarograficznemu na wstępie badania oraz po dwóch latach stosowania kwasów tłuszczowych lub placebo [1]. Chorzy wypełniali także kwestionariusze dotyczące wrogości, depresji i gniewu oraz emocjonalnego wsparcia społecznego. Badania koronarograficzne wykonane po dwóch latach porównywano z badaniami wyjściowymi w celu ustalenia czy doszło do progresji zmian miażdżycowych. Analiza zmiennych uzyskana z oceny badań psychologicznych wykazała, że większy postęp miażdżycy dokonał się u chorych, którzy uzyskali wysoką punktację w testach oceniających gniew albo posiadali niskie wsparcie społeczne. W oparciu o uzyskane wyniki autorzy uważają, że osoby chorujące na chorobę wieńcową serca, które nisko oceniają wsparcie emocjonalne ze strony otoczenia i silnie wyrażają gniew ku otoczeniu obarczone są znacznie większym ryzykiem szybkiego postępu miażdżycy. Jest ono niezależne od stosowanego leczenia i innych czynników ryzyka.

### **Izolacja społeczna**

Izolacja społeczna jest istotnym czynnikiem umieralności z przyczyn sercowo – naczyniowych, szczególnie u chorych z rozwiniętą chorobą wieńcową [7]. Podobnie, jak w przypadku depresji wzrost ryzyka wydaje się być niezależny od zachowań zdrowotnych i klasycznych czynników ryzyka.

Wymienione czynniki psychospołeczne mają istotny wpływ na jakość życia u chorych z chorobą niedokrwinną serca, wpływają na stan fizyczny, stan psychiczny, poziom niezależności, powiązania społeczne i relacje jednostki z otoczeniem. Stąd też w chorobie niedokrwiennej serca również w jej ostrych postaciach wymagających leczenia farmakologicznego, leczenia interwencyjnego istotne znaczenie przypisuje się modyfikacji zachowań i stylu życia, w czym istotne znaczenie odgrywa osobnicza odporność na stres i wsparcie społeczne.

### **Wsparcie społeczne (social support)**

Ma ono na celu pomoc w radzeniu sobie w chorobie i wywarciu korzystnego wpływu na różne następstwa zdrowotne (9,11 – 13). Szczególna rola przypada tutaj rodzinie. Stwierdzono, że wsparcie społeczne jest korzystne dla chorych podczas rekonwalescencji po zabiegach kardiochirurgicznych. Kulik i Mahler [9] badali mężczyzn z chorobą wieńcową po operacjach pomostowania (by pass). Pacjenci, których żony często odwiedzały, wypisywani byli ze szpitala na ogół nieco wcześniej niż ci, których małżonki odwiedziły tylko parokrotnie. W innych badaniach potwierdzono również pozytywny wpływ wsparcia emocjonalnego na pacjentów po operacjach. Schroder i wsp. [13] badali pacjentów kardiologicznych i ich współmałżonki na pół roku przed operacją i po operacji na sercu. Stwierdzili oni, że przy dużym wsparciu społecznym ze strony współmałżonka lub współmałżonki następuje prze-

kazanie odpornej na stres osobowości pacjentom w procesie radzenia sobie z chorobą. W innych badaniach stwierdzono związek między integracją społeczną a współczynnikiem przeżycia pacjentów po zawale mięśnia sercowego. Ruberman i wsp. [11] badając mężczyzn po przebytych zawale mięśnia sercowego stwierdzili, że w przypadku chorych na serce, którzy byli izolowani społecznie prawdopodobieństwo zgonu w ciągu trzech lat po zawale serca jest dwukrotnie wyższe, niż w przypadku pacjentów zintegrowanych społecznie. W badaniach szwedzkich [10] dotyczących pacjentów kardiologicznych okazało się, że współczynnik umieralności w ciągu 10 lat był dla osób izolowanych społecznie trzykrotnie wyższy niż dla osób społecznie zintegrowanych. W swoich badaniach Williams [14] wykazał, że częstość rozpoznawania choroby wieńcowej i w jej następstwie zgonu miała związek ze stanem cywilnym. Osoby stanu wolnego lub nie mające osoby bliskiej charakteryzowało trzykrotnie wyższe prawdopodobieństwo zgonu w ciągu pięciu lat niż tych, którzy mieli współmałżonka lub jakąś bliską osobę w roli powiernika. Stan cywilny również okazał się powiązany z nawrotami choroby serca w badaniach Case i wsp. [4] stwierdzili oni, że ryzyko zgonu z powodu choroby serca oraz wystąpienie zawału serca jest wyższe u osób mieszkających samotnie. W innych badaniach prowadzonych u pacjentów po zawale mięśnia sercowego stwierdzono, że współczynniki umieralności w ciągu roku po zawale mięśnia sercowego mają związek z opisywanym przez pacjentów wsparciem społecznym [3]. Autorzy tego doniesienia zidentyfikowali osoby, które uzyskiwały wsparcie emocjonalne z jednego, dwóch lub więcej niż dwa źródeł, przy czym analizowano dane osobno dla kobiet i mężczyzn. Współczynniki zgonu utworzyły następującą zależność: najwyższa liczba zgonów wiązała się z izolacją społeczną, najniższa z posiadaniem dwóch lub więcej źródeł wsparcia emocjonalnego, niezależnie od wieku, płci, współwystępujących chorób i ciężkości zawału.

Zmniejszenie niekorzystnego oddziaływania wymienionych czynników u osób z rozpoznaną chorobą niedokrwienią serca lub przebytych zawałem serca jest jedynie możliwe w oparciu o wszechstronną rehabilitację kardiologiczną [8], która swoim zasięgiem obejmuje nie tylko somatyczne czynniki zagrożenia, ale również czynniki psychospołeczne z uwzględnieniem metod psychoterapeutycznych.

## PIŚMIENNICTWO

1. Angerer P. i wsp., Impact of Social Support, Cynical Hostility and Anger Expression on Progression of Coronary Atherosclerosis, *J Am Coll Cardiol*, 2000, 36, 1781 – 1788.
2. Barefoot J.C., Schrödl M., Symptoms of depression, acute myocardial infarction, and total mortality in a community sample, *Circulation*, 1996, 93, 1976 – 1980.
3. Berkman L. F. i wsp., Emotional support and survival after myocardial infarction. A prospective, population – based study of the elderly, *Ann Intern Med.*, 1992, 117, 1003 – 1009.
4. Case R. B. i wsp., Living alone after Myocardial Infarction, *JAMA*, 1992, 267, 515 – 519.
5. Ferketich A.K., Schwartzbaum J.A., Depression as an Antecedent to Heart Disease Among Women in the NHANES I Study, *Arch Intern Med.*, 2000, 160, 1261 – 1268.
6. Ford D. E. i wsp., Depression is a Risk Factor for Coronary Artery Disease in Men. The Precursors Study, *Arch Intern Med.*, 1998, 158, 1422-1426.
7. Januzzi J.L. i wsp., The influence of anxiety and depression on outcomes of patients with coronary artery disease, *Arch Intern Med.*, 2000, 160, 1913 – 1921.

8. Korzeniowska – Kubacka I. I wsp., Psychosomatyczne wyznaczniki jakości życia u osób z chorobą niedokrwienną serca poddanych krótko i długoterminowej rehabilitacji. *Pol Przegl Kard.*, 2003, 5, 157 – 161.
9. Kulik J.A., Mahler H. I. M., Social Support and Recovery from Surgery, *Health Psychology*, 1989, 8, 221 – 238.
10. Rosengren A. I wsp., Coronary disease in relation to social support and social class in Swedish men, *Eur Heart J.*, 2004, 25, 56 – 63.
11. Ruberman W. E. i wsp., Psychological Influences on Mortality after Myocardial Infarction, *NEJM*, 1984, 311, 552 – 559.
12. Sharpe N., Depression and cardiovascular disease: a complex relationship, *Europ, Heart J.*, 2003, 24, 1997 – 1998.
13. Schroder K. i wsp. Predicting Cardiac Patients Quality of life from the Characteristics of Their Spouses, *Journal. of Health Psychology*, 1997, 2, 231 –244.
14. Williams R. B. i wsp., Imperbance of Social and Economic Resources among Medically Treated Patients with Angiographically Documented Coronary Artery Disease, *JAMA* 1992, 4, 520 – 524.

### **STRESZCZENIE**

W patogenezie, a szczególnie w rokowaniu choroby niedokrwiennej serca przypisuje się czynnikom psychospołecznym. Wcześniejsze badania wykonywane u chorych z chorobą wieńcową wskazywały na duże znaczenie czynników osobowościowych, sytuacyjnych i wzoru zachowania na funkcjonowanie emocjonalne chorych przed i po zawale mięśnia sercowego.

Obecnie wykazano, że psychologiczne czynniki ryzyka to: depresja, wrogość i izolacja społeczna. Korelują one dodatnio ze zwiększoną chorobowością i umiarkowaną z powodu choroby wieńcowej, mogą także przyczynić się do rozwoju miażdżycy tętnic wieńcowych dającej się uwidocznić w badaniu koronarograficznym.

Wykazano również, że ryzyko kolejnych incydentów sercowo – naczyniowych u chorych po zawale mięśnia sercowego może wzrosnąć wielokrotnie u osób posiadających niski stopień wsparcia społecznego. Wsparcie społeczne może pomóc w radzeniu sobie z chorobą, może modyfikować proces powrotu do zdrowia, mieć korzystny wpływ na układ odpornościowy, układ hemostazy (płytki krwi) i układ hormonalny. Wywiera także korzystny wpływ na utrzymanie abstynencji po zaprzestaniu palenia, a spożycie alkoholu okazało się niższe u osób zakorzenionych w układach społecznych.. Obecnie przyjmuje się, iż stosowana na szeroką skalę rehabilitacja kardiologiczna wsparta leczeniem farmakologicznym musi zawierać wykrywanie i zwalczanie nie tylko somatycznych czynników ryzyka, a także strategię zwalczania czynników psychospołecznych, radzenia sobie ze stresem, psychoterapię i leczenie ruchem.

### **SUMMARY**

In pathogenesis, and especially in prediction of coronary heart disease, an important role is proscribed to social factors. Earlier examinations performed among inpatients suffering from coronary heart diseases pointed out the significance of personality factors, situational factors and behavioral - Pattern A - on emotional functioning of patients before and after infarct myocardi.

At present it is known that psychological risk factors include depression, hostility and social isolation. They positively correlate risk increased morbidity and mortality from coro-

nary heart diseases. These factors may also cause development of coronary arteriosclerosis found out in coronarography examinations.

It was also proved that the risk of cardio-artery incidents in inpatients after infarct is repeatedly greater among persons with low degree of social support. Social support may help to cope with the illness, modify the process of restitution *ad integrum*, positively influence the immunological system and hormonal system.

It has positive influence on keeping abstinence after smoking also the alcohol consumption was much lower among persons having social support.

Currently is it noted that commonly used cardiologic rehabilitation that is supported by pharmacological treatment must include detection and elimination of somatic risk factors as well as strategy of eliminating psycho sociological factors, strategy of coping with stress, psychotherapy and physical activity.