

# Psychokardiologia — wprowadzenie do nowej dziedziny naukowej

Psychocardiology — introduction to a new scientific discipline

Maria Sobczak<sup>1</sup>, Jarosław D. Kasprzak<sup>1</sup>, Wojciech Drygas

<sup>1</sup>II Katedra i Klinika Kardiologii, Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Łódź

<sup>2</sup>Katedra Medycyny Społecznej i Zapobiegawczej, Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Łódź

## WSTĘP

W drugiej połowie XX wieku choroby układu sercowo-naczyniowego (CVD) stały się dominującą przyczyną zgonów na świecie i jednym z głównych źródeł niepełnosprawności. W pierwszej połowie XXI wieku zjawisko to jeszcze bardziej się nasiliło, ponieważ częstość CVD wzrasta w wielu rozwijających się krajach świata, a równocześnie pozostaje głównym problemem zdrowia publicznego w regionach uprzemysłowionych. Przewiduje się, że na całym świecie do 2020 roku nastąpi prawie 100-procentowy przyrost zgonów z powodu CVD [1]. Mimo że od dłuższego czasu są dostępne zaawansowane metody oceny ryzyka i leczenia CVD oraz spójne rekomendacje dotyczące m.in. zasad żywienia, aktywności fizycznej i farmakoterapii, ich skuteczne wdrożenie nadal napotyka trudności. Stwierdzono, że częstość CVD nie zmniejsza się mimo obserwowanego na świecie od kilku dekad spadku umieralności z powodu choroby wieńcowej (IHD) i udaru mózgu. Sumarycznie skutkuje to wzrostem liczby przypadków CVD [2]. Te pesymistyczne obserwacje epidemiologiczne dotyczące CVD skłaniają do poszukiwania przyczyn tego zjawiska. Inspiracją do badań nad psychospołecznymi uwarunkowaniami IHD (najczęściej występującego schorzenia układu sercowo-naczyniowego w populacji krajów wysoko uprzemysłowionych) były obserwacje wskazujące, że czynniki ryzyka wieńcowego zdefiniowane w programie *Framingham Heart Study* pozwalają na objaśnienie 58–75% przypadków zachorowań na IHD. Jednocześnie stwierdzono, że somatyczne czynniki ryzyka są odpowiedzialne za 60% zgonów spowodowanych CVD. Procentowy udział w wyjaśnianiu etiologii IHD po uwzględnieniu uwarunkowań genetycznych i cukrzycy wzrasta do 80% [3]. Jednak nawet jeśli weźmie się pod uwagę te czynniki, istotna część etiologii IHD

pozostała niewyjaśniona. Fakty te skłoniły wiele ośrodków na całym świecie do wnikliwszych poszukiwań innych czynników etiologicznych oraz skutecznych sposobów profilaktyki, leczenia i rehabilitacji CVD. W badaniu INTERHEART obejmującym 25 000 osób z 52 krajów uznano czynniki psychospołeczne za jeden z niezależnych czynników ryzyka CVD [4]. Obecnie w pracach nad psychospołecznymi czynnikami ryzyka CVD biorą udział specjaliści z różnych dziedzin: lekarze, psycholodzy, rehabilitanci, dietetycy, socjolodzy, specjaliści z zakresu zdrowia publicznego. Identyfikacja czynników „innych niż somatyczne”, odpowiedzialnych za pozostałą część „pola etiologicznego”, stała się podstawą do powstania nowej dziedziny naukowej, jaką jest psychokardiologia (*psychocardiology*) [5].

## PSYCHOKARDIOLOGIA — UJĘCIE DEFINICYJNE

Termin „psychokardiologia” obejmuje dziedzinę wiedzy dotyczącą roli czynników psychospołecznych w etiologii, przebiegu, leczeniu i rehabilitacji schorzeń kardiologicznych, a także procesów radzenia sobie przez chorego w przypadku wystąpienia CVD. Modelowym przedmiotem analiz jest IHD. Największa liczba najszerzej udokumentowanych badań dotyczy osób z IHD, lecz obecnie zainteresowania badaczy dotyczą także innych CVD. Już w XVII wieku William Harvey podkreślał znaczenie emocji dla powstawania poważnego ryzyka kardiologicznego, aż do zagrożenia śmiercią włącznie [6]. Intuicyjnie dostrzegane zależności pomiędzy sylwetką psychiczną człowieka i jego sposobem zachowania a chorobą serca zostały wyrażone m.in. przez Williama Oslera w 1897 r., który pisał, że czynniki życia psychicznego, takie jak presja czasu i przyzwyczajenie do „pracy jak maszyna”, bardziej odpowiadają za zmiany w na-

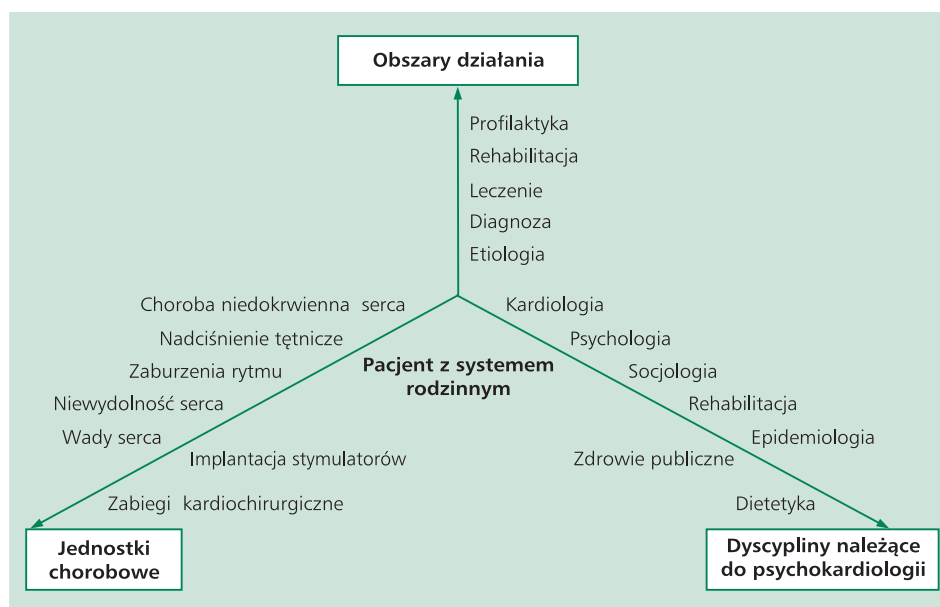
---

### Adres do korespondencji:

lek. Maria Sobczak, II Katedra i Klinika Kardiologii, Uniwersytet Medyczny w Łodzi, ul. Kniaźwiczka 1/5, 91–347 Łódź, tel: +48 42 251 60 15, e-mail: maria.sobczak@wp.pl

Praca wpłynęła: 25.04.2010 r. Zaakceptowana do druku: 20.04.2011 r.

Copyright © Polskie Towarzystwo Kardiologiczne



Rycina 1. Psychokardiologia — interdyscyplinarność, obszary działania (opracowanie własne)

czyniach wieńcowych serca niż okresowe folgowanie sobie w jedzeniu i picu [7]. Współcześnie do najważniejszych dyscyplin, które wspierają rozwój badań psychokardiologicznych, można zaliczyć: epidemiologię, zdrowie publiczne, rehabilitację i socjologię (ryc. 1) [5].

Przedmiotem prac naukowych stały się badania dotyczące psychologicznych aspektów leczenia np. za pomocą: przeszczepienia serca, plastyki naczyń, wszczepiania rozruszników serca lub kardiowerterów-defibrylatorów czy pomostowania tętnic wieńcowych [8, 9]. Termin „psychokardiologia” jest analogiczny do terminów określających inne obszary badań interdyscyplinarnych, rozwijających się przez ostatnie 30 lat, takich jak: psychoonkologia, psychodermatologia, psychoimmunologia, psychoendokrynologia. Inne terminy, jak „socjopsychokardiologia” (*socialpsychocardiology*) [10], „kardiologia behawioralna” (*behavioral cardiology*) [11] czy „psychologia kardiologiczna” (*cardiac psychology*) — używane jako synonimy dla pojęcia „psychokardiologia” — są także popularne i stosowane w literaturze przedmiotu.

Warto podkreślić, że Polska jest jednym z pierwszych krajów, w których dostrzeżono rolę psychologicznych problemów pacjentów z CVD. Od 1961 r. istniała w Instytucie Kardiologii Akademii Medycznej w Warszawie powołana przez prof. Zdzisława Askanasa pracownia psychologiczna — jedna z pierwszych w Europie [12]. Czołową postacią wśród polskich psychologów związanych z kardiologią jest prof. Kazimierz Wrześniewski, który od ponad 40 lat prowadzi w tej dziedzinie badania naukowe, a także upowszechnia dobre wzorce interdyscyplinarnej opieki nad pacjentami kardiologicznymi [13]. Nie sposób także nie wymienić wkładu prof. Jana Tylki, zajmującego się m.in. czynnikami psychicznymi

w etiologii i rehabilitacji IHD czy leczeniem pacjentów z zaburzeniami rytmu.

W 2009 r. opublikowano konsensus Grupy Roboczej Polskiego Forum Profilaktyki, dotyczący po raz pierwszy psychospołecznych czynników ryzyka CVD. Autorzy tego opracowania podkreślają znaczenie prewencji opartej na modyfikacji psychospołecznych czynników ryzyka, identyfikacji ich występowania i stosowania poradnictwa, a w razie takiej konieczności — leczenia w specjalistycznych jednostkach [14].

W celu zdefiniowania tożsamości omawianej dyscypliny naukowej w 1998 r. podjęto inicjatywę naukową „*Psychocardiology Status Conference*”, w której uczestniczyli badacze z czołowych ośrodków na świecie zajmujących się tym zagadnieniem. Zasadniczymi celami działań tej grupy naukowców były systematyzacja i krytyczna ocena wiedzy dotyczącej roli czynników psychospołecznych związanych z IHD jako modelową chorobą w kardiologii. Efektem zainicjowanych w latach 1998–2002 prac z wykorzystaniem metodologii metaanalizy są publikacje dotyczące roli poszczególnych czynników psychospołecznych w rozwoju IHD, z których znacząca część została opublikowana w formie monografii [5]. Obecnie należy uznać, że pozycja ta stanowi najbardziej wyczerpujące i profesjonalne opracowanie w tej dziedzinie naukowej.

## OD TEORII DO PRAKTYKI — IMPLEMENTACJA DOKONAŃ PSYCHOKARDIOLOGII

Jest swoistym paradoksem, że mimo obszernego i zweryfikowanego zasobu dowodów dotyczących psychospołecznych aspektów IHD, a także faktu, że rangę tych zagadnień pod-

kreślają niemal wszystkie towarzystwa naukowe i prestiżowe organizacje medyczne, w tym WHO, wyniki tego typu badań są rzadko wykorzystywane w warunkach klinicznych. Interwencje zorientowane psychologicznie ciągle odgrywają marginalną rolę w postępowaniu z pacjentami z CVD w większości krajów na świecie [15]. Stworzono dwie główne hipotezy tłumaczące małe rozpowszechnienie dokonań psychokardiologii [5]. Pierwsza z nich podkreśla fakt, że diagnostyczne i terapeutyczne strategie obecnie stosowane w kardiologii diametralnie odbiegają od metodologii interwencji psychologicznych. Typowe dla współczesnej kardiologii są intensywne farmakoterapie, krótkotrwałe hospitalizacje związane z przeznaczyniową drogą wielu zabiegów kardiologicznych, często niemal natychmiastowe ustąpienie dolegliwości. Często leczenie nie wymaga ze strony pacjenta większego zaangażowania, wysiłku czy pracy własnej — staje się on jedynie odbiorcą oddziaływań zespołu specjalistów. Psychologiczne interwencje wymagają od chorego cierpliwości, zaangażowania i dużej pracy własnej oraz czasu ze strony lekarza lub terapeuty. W tym wypadku pacjent staje się współodpowiedzialny za zmianę stanu zdrowia. Terapeuta mu tylko towarzyszy podczas jej dokonywania, wspierając go swoją wiedzą, doświadczeniem i umiejętnościami. Stosując tego rodzaju interwencje, terapeuta uwzględnia historię życia pacjenta, jego doświadczenia, istniejące społeczne uwarunkowania (rodzina, praca). Te jakościowo odmienne typy interwencji prowadzą do różnych trudnych interakcji pomiędzy profesjonalistami opieki medycznej zorientowanymi na wyłącznie medyczną lub tylko psychologiczną stronę terapii. Druga hipoteza dotycząca przyczyn rzadkiego stosowania interwencji psychologicznych w ramach postępowania z pacjentem kardiologicznym opiera się na założeniu, że wiedza psychospołeczna, chociaż obszerna, jeszcze w wielu punktach jest nieściśła oraz nieustrukturalizowana. Skutkuje to brakiem jednoznacznych wytycznych dla specjalistów w zakresie psychokardiologicznego postępowania z pacjentem z CVD, zwłaszcza że kardiologowie i psycholodzy nie mają wypracowanych form i zasad współpracy oraz że często nie pozostają na bieżąco z ogromną liczbą publikowanych artykułów i wyników badań w tym zakresie. Ponieważ nadrzędnym celem zastosowanego specjalistycznego leczenia jest jak najdłuższe utrzymanie korzystnych efektów, zadaniem wielodyscyplinarnych zespołów opiekujących się chorym (lekarz, rehabilitant, psycholog) jest dążenie do takiego przygotowania pacjenta do dalszego leczenia ambulatoryjnego i domowego, które z jednej strony ochroni go przed obciążeniami psychicznymi związanymi z chorobą, terapią, a z drugiej — zmotywuje go do podejmowania zachowań prozdrowotnych w dłuższej perspektywie [5]. Dlatego szczególnie ważne jest postępowanie, które wzmocni kompetencje zdrowotne pacjenta, zapobiegnie ponownemu nasileniu się zmian chorobowych i ograniczy niekorzystne skutki choroby.

## OD POZIOMU CZYNNIKÓW PSYCHOSPOŁECZNYCH DO POZIOMU MECHANIZMÓW PATOGENETYCZNYCH

Eksperti inicjatywy badawczej „Psychocardiology Status Conference” zweryfikowali wyniki badań naukowych dotyczących psychospołecznych aspektów IHD, potwierdzając, że istotne znaczenie w rozwoju IHD mają czynniki psychiczne, jak depresja, oraz czynniki społeczne, w tym stres związany z pracą zawodową, niski poziom wsparcia społecznego i niska pozycja socjoekonomiczna. W odniesieniu do innych czynników psychicznych, takich jak lęk czy wrogość, zasób dowodów jest zbyt mały i kwestia ta wymaga przeprowadzenia dalszych badań [5]. Udział niektórych czynników w etiopatogenezie został zanegowany (np. wzór zachowania typu A, mimo uznawania jego roli przez wiele lat przez wiele ośrodków na świecie, także w Polsce) [16]. Za podstawy zależności czynników psychologicznych w etiologii i leczeniu chorób serca uznaje się mechanizmy patofizjologiczno-behawioralne, które pośredniczą między reakcjami fizjologicznymi a warunkami psychospołecznymi związanymi z niekorzystnymi dla zdrowia zachowaniami, takimi jak: nieodpowiednia dieta, brak aktywności fizycznej, palenie tytoniu i bezpośrednie mechanizmy patofizjologiczne uruchamiane przez czynniki psychologiczne, które powodują m.in.: aktywację płytek, zwiększenie wydzielania katecholamin i hormonów nadnerczowych, mających szkodliwy wpływ na tkankę mięśnia sercowego, oraz niekorzystny stosunek cholesterolu HDL do LDL (tab. 1) [17].

## OBSZARY ZASTOSOWAŃ PSYCHOKARDIOLOGII I JEJ ZADANIA

Znaczenie psychokardiologii w opiece nad pacjentem kardiologicznym szybko wzrasta, zwłaszcza w krajach Europy Zachodniej. Oddziaływania w ramach opieki psychokardiologicznej wpływają na poprawę jakości życia chorych i ich rodzin przez stosowanie interwencji psychologicznych. Opieka i wiedza z zakresu psychokardiologii powinny być stosowane w trakcie leczenia każdego pacjenta. Dostępne już dziś rodzaje opieki wykorzystujące wiedzę psychokardiologiczną służą pomocą chorym w zależności od etapu leczenia. Główne formy pomocy to: psychoedukacja, wsparcie — m.in. społeczne, instrumentalne, informacyjne — oraz modyfikacja postaw, obalenie mitów związanych z chorobą kardiologiczną oraz wykorzystywanie metod i technik stosowanych w psychoterapii [19]. W dziedzinie psychokardiologii można wyróżnić 4 główne obszary zastosowań:

- promocja zdrowia w połączeniu z psychoprofilaktyką, ze szczególnym uwzględnieniem zachowań ułatwiających zapobieganie, a także wczesne wykrywanie i leczenie chorób kardiologicznych;
- łagodzenie psychologicznych następstw rozpoznawania i leczenia choroby kardiologicznej. W tym przypadku istotną rolę odgrywa zespół terapeutyczny, w skład którego wchodzi: lekarze, pielęgniarki, rehabilitanci, psycho-

**Tabela 1.** Patogenetyczne mechanizmy oddziaływania czynników psychospołecznych na rozwój choroby niedokrwiennej serca [18]

Czynnik psychospołeczny	Konsekwencja w zachowaniu	Mechanizm patogenetyczny
Niski status socjoekonomiczny	Niewłaściwy styl życia: złe nawyki żywieniowe, palenie tytoniu, brak aktywności fizycznej	Dysfunkcja układu autonomicznego: obniżenie zmienności częstotliwości rytmu serca, większe nasilenie klasycznych czynników ryzyka
Izolacja społeczna i brak wsparcia społecznego	Przeszkody we wdrażaniu zaleceń lekarskich	Wzrost aktywności układu współczulno-nadnerczowego: wzrost częstotliwości rytmu serca i reaktywności ciśnienia krwi, wzrost lepkości płytek krwi
Stres w miejscu pracy Stres w domu	Niewłaściwe korzystanie z pomocy medycznej: opóźnianie zgłoszenia w przypadku wystąpienia poważnych objawów chorobowych	Aktywacja układu przysadkowo-nadnerczowego: zaburzenia dobowego wydzielania kortyzolu i serotoniny; zaburzenia w stężeniu fibrynogenu, CRP, PAI-1, TNF-alfa, cytokiny
Negatywne emocje: gniew, wrogość, depresja	Zaburzenia snu, złe relacje społeczne	Zaburzenia metaboliczne, otyłość brzuszna, insulinooporność, zaburzenia lipidowe

**Tabela 2.** Ocena psychospołecznych czynników ryzyka w praktyce klinicznej [14, 20]

Pytania kierowane do pacjenta umożliwiające ocenę psychospołecznych czynników ryzyka w praktyce klinicznej	
1. Niska pozycja społeczna	Jakie ma Pan/Pani wykształcenie? Czy jest Pan/Pani pracownikiem fizycznym?
2. Izolacja społeczna	Czy mieszka Pan/Pani sam/a? Czy odczuwa Pan/Pani brak bliskiej osoby? Czy ma Pan/Pani odczucie, że nie ma nikogo, kto pomógłby w przypadku choroby?
3. Stres związany z pracą i życiem rodzinnym	Czy radzi sobie Pan/Pani z wymaganiami stawianymi w pracy? Czy uzyskiwane przez Pana/Panią wynagrodzenie jest odpowiednie do wkładanego wysiłku? Czy ma Pan/Pani istotne problemy ze współmałżonkiem?
4. Depresja	Czy jest Panu/Pani smutno, czuje się Pan/Pani przygnębiony/a lub beznadziejnie? Czy stracił Pan/Pani zainteresowanie życiem i poczucie przyjemności z życia?
5. Wrogość	Czy często odczuwa Pan/Pani złość z powodu błahych spraw? Czy jeżeli ktoś Pana/Panią denerwuje, to mówi to Pan/Pani zawsze swojemu partnerowi? Czy często denerwują Pana/Panią zachowania innych ludzi?

logowie, pracownicy socjalni. Działania te dotyczą przede wszystkim ukształtowania realnego obrazu choroby i leczenia, diagnozy problemów pacjenta, jego możliwości adaptacyjnych, a także omówienia etapów postępowania medycznego i roli chorego w jego realizacji, zaplanowania dalszego leczenia rehabilitacyjnego oraz określenia jakości wsparcia społecznego, w tym rodzinnego;

- edukacja personelu zatrudnionego na oddziałach i w ośrodkach kardiologicznych: lekarzy, pielęgniarek, rehabilitantów, psychologów, pracowników socjalnych w celu stworzenia spójnego systemu prewencji, leczenia i rehabilitacji realizowanego przez wielodyscyplinarny zespół terapeutyczny (*therapeutic team*), pracujący według zasad współpracy partnerskiej;
- prowadzenie działalności naukowo-badawczej. Badania w obszarze prewencji CVD, przedstawiane w piśmien-

nictwie polskim i zagranicznym, wskazują na potrzebę równoczesnego stosowania w badaniach nad zachowaniami zdrowotnymi metod i narzędzi badawczych swoich dla psychologii, socjologii i medycyny, bowiem dopiero wyniki takich wielodyscyplinarnych badań mogą posłużyć do budowania wartościowych i skutecznych form walki z CVD.

### ASPEKTY PRAKTYCZNE

W codziennej praktyce lekarza opiekującego się pacjentami kardiologicznymi precyzyjna ocena stanu zdrowia psychicznego, wymagająca dłuższej ilości czasu i doświadczenia, może stanowić znaczne obciążenie. Europejskie wytyczne dotyczące prewencji CVD w praktyce klinicznej proponują usystematyzowaną identyfikację psychospołecznych czynników ryzyka poprzez zadanie pacjentowi kilku prostych pytań (tab. 2) [20].

Prawdopodobnie dobrym rozwiązaniem jest stosowanie narzędzi przesiewowych, tj. kwestionariuszy, pozwalających na wyodrębnienie z populacji pacjentów osób o wysokim ryzyku wystąpienia klinicznie istotnych zaburzeń stanu zdrowia psychicznego [21]. Godnymi polecenia są Kwestionariusze Ogólnego Stanu Zdrowia Davida Goldberga [22]. W Polsce są dostępne dwie wersje kwestionariuszy — krótka, tzw. GHQ-12, i wersja z wyodrębnionymi podskalami dotyczącymi czterech kategorii objawów (symptomy somatyczne, niepokój i bezsenność, zaburzenia funkcjonowania oraz nastroj depresyjny) — tzw. GHQ-28. Taka ogólna diagnoza, bez orzekania o konkretnej jednostce chorobowej, pozwala z jednej strony na bardziej efektywne wykorzystanie czasu lekarza, z drugiej zaś — na wyodrębnienie tych pacjentów, którzy potrzebują specjalistycznej interwencji psychologa czy psychiatry. W 2009 r. Pracownia Testów Psychologicznych po raz drugi wydała pozycję „Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia” [23]. Zawarte w podręczniku narzędzia mogą być stosowane nie tylko przez psychologów, ale także przez lekarzy, socjologów i innych specjalistów zajmujących się promocją zdrowia, edukacją zdrowotną czy terapią. Kwestionariusze i skale z tego opracowania można stosować w celach zarówno naukowych, jak i diagnostycznych (praktycznych) oraz w trakcie wdrażania programów promujących zdrowie i ich ewaluację. Narzędzia, które mogą znaleźć zastosowanie w opiece nad pacjentami kardiologicznymi, to m.in.:

- Skala Akceptacji Choroby (AIS, *Acceptance of Illness Scale*);
- Lista Oczekiwań Pacjenta (PRF, *Patient Request Form*);
- Skala Uogólnionej Własnej Skuteczności (GSES, *Generalized Self-Efficacy Scale*);
- Wielowymiarowa Skala Umiejscowienia Kontroli Zdrowia (MHLC, *The Multidimensional Health Locus of Control Scale*);
- Skala Kontroli Emocji (CECS, *Courtauld Emotional Control Scale*).

Wszystkie narzędzia w omawianej pozycji [23] zawierają charakterystykę właściwości psychometrycznych, normalizację, szczegółowy opis skal oraz zastosowanie, a także sposób obliczania i interpretacji wyników. Narzędzia te badają procesy psychologiczne leżące u podłoża działań służących zabezpieczeniu i polepszaniu zdrowia oraz modyfikacji zachowań szkodliwych dla zdrowia, wykrywają etiologiczne korelaty zdrowia i choroby oraz służą identyfikowaniu strategii radzenia sobie z bólem i chorobą [23].

Warto zaznaczyć, że kryterium kwalifikacji osób do interwencji psychologicznych powinien stanowić psychospołeczny profil pacjenta, nie zaś obecność pojedynczego psychospołecznego czynnika ryzyka IHD [5]. Metaanaliza obejmująca 43 randomizowane badania dotyczące psychologicznej interwencji wśród chorych po zawale serca, angioplastyce naczyń wieńcowych lub pomostowaniu aortalno-wieńcowym wskazuje, że kobiety objęte opieką psychologiczną

wykazywały znaczące zmniejszenie natężenia doświadczanego dystresu i odczuwały poprawę w zakresie wsparcia społecznego, podczas gdy u mężczyzn zaobserwowano zmniejszenie częstości depresji; doświadczali oni również większego wsparcia społecznego [24]. Zdaniem autorów metaanalizy, śmiertelność wśród pacjentów (dla kobiet i mężczyzn) z chorobami serca zmniejszyła się dzięki opiece psychologicznej o 27% w ciągu 2 pierwszych lat obserwacji, a ponowne wystąpienie incydentów sercowych — o 43% w okresie obserwacji dłuższym niż 2 lata [24]. Należy przeprowadzić dalsze badania ukierunkowane na ocenę skuteczności interwencji psychologicznych w różnych grupach pacjentów kardiologicznych.

## PODSUMOWANIE

Wyzwaniem dla praktyki klinicznej w opiece nad pacjentem kardiologicznym w XXI w. stało się nie tylko przewidywanie przebiegu i następstw ogólnoświatowej epidemii CVD, lecz, w odpowiedzi na te wyzwania, korzystne modyfikowanie trendów w zakresie prewencji i leczenia w nurcie holistycznego podejścia do chorego, które powinno uwzględniać wiedzę psychokardiologiczną. Za podstawowe zadania psychokardiologii uznaje się dążenie do poprawy jakości życia pacjentów z CVD oraz ich rodzin, włączenie problemów psychokardiologicznych do programu nauczania studentów i personelu medycznego, a także rozwinięcie działalności naukowo-badawczej. W tym zakresie konieczne są m.in. opracowanie i porównawcza ocena skuteczności stosowanych metod w obszarze promocji zachowań prozdrowotnych, poprawy jakości życia pacjentów kardiologicznych leczonych farmakologicznie czy też za pomocą metod inwazyjnych, wypracowanie nowych standardów interdyscyplinarnego postępowania terapeutycznego, a także badania wpływu środowiska rodzinnego i możliwości kształtowania jego postawy wobec chorego. Obecnie wiedza na temat psychokardiologicznych problemów pacjentów w zakresie aspektów dotyczących etiologii, leczenia, rehabilitacji oraz prewencji, mimo licznych badań i prób systematyzacji, nie stanowi jeszcze zwartego systemu twierdzeń. Brakuje bowiem jednolitej i wyczerpującej koncepcji teoretycznej, która stanowiłaby punkt wyjścia dla stworzenia precyzyjnego schematu działań praktycznych. Z powyższych analiz wynika, że udział psychokardiologii, jako nauki i działalności praktycznej, w rozwiązywaniu zagadnień związanych z etiologią, leczeniem, rehabilitacją, a także prewencją CVD należy uznać za potrzebny i uzasadniony.

**Konflikt interesów:** nie zgłoszono

## Piśmiennictwo

1. Reddy KS, Yusuf S. Emerging epidemic of cardiovascular disease in developing countries. *Circulation*, 1998; 97: 596–601.
2. Naruszewicz M. Nowe perspektywy w profilaktyce kardiologicznej. In: Naruszewicz M ed. *Kardiologia zapobiegawcza*. Verso, Szczecin 2003: 7–19.

3. Lloyd-Jones DM, Wilson PW, Larson MG. Framingham risk score and prediction of lifetime risk for coronary heart disease. *Am J Cardiol*, 2004; 94: 20–24.
4. Rosengren A, Hawken S, Ounpuu S. INTERHEART investigators. Association of psychosocial risk factors with risk of acute myocardial infarction in 11 119 cases and 13 648 controls from 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet*, 2004; 364: 953–962.
5. Jordan J, Barde B, Zeiher AM. Psychocardiology. Contributions towards evidence-based psychocardiology. A systematic review of the literature. American Psychological Association, Washington 2007.
6. Tylka J. Rola psychologa w leczeniu pacjentów z zaburzeniami rytmu. *Kardiol Prakt*, 2004; 2: 7–22
7. Osler W. The Lumleian Lectures on angina pectoris. *Lancet*, 1910; 1: 839–844.
8. Wójcicka M, Sterliński M, Chwyczko T et al. Quality of life in patients undergoing cardiac resynchronisation therapy. *Kardiol Pol*, 2007; 65: 1425–1429.
9. Sebrechts EH, Folger PR, Appels A et al. Psychological effects of a short behavior modification program in patients with acute myocardial infarction or coronary artery bypass grafting. A randomized controlled trial. *J Psychosom Res*, 2005; 58: 417–424.
10. Skrzypek M. Kardiologia behawioralna — przedmiot i aplikacje. Socjologia zdrowia i choroby w działaniu w obszarze badań nad chorobą wieńcową. In: Piątkowski W, Płonka-Syroka B ed. *Socjologia i antropologia medycyny w działaniu*. Arboretum, Wrocław 2008: 55–80.
11. Skrzypek M. Kardiologia behawioralna — zarys stanu wiedzy i aplikacje kliniczne w obszarze działań nad chorobą wieńcową. *Pol Przegl Kardiol*, 2008; 2: 144–149.
12. Heszen I, Sęk H. Psychologia zdrowia w wybranych dziedzinach medycyny. In: Heszen I, Sęk H ed. *Psychologia zdrowia*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007: 291–317.
13. Wrześniewski K, Włodarczyk D. *Choroba niedokrwienna serca*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2004.
14. Pająk A, Podolec P, Kopeć G et al. Konsensus Grupy Roboczej Polskiego Forum Profilaktyki dotyczący psychospołecznych czynników ryzyka chorób sercowo-naczyniowych. *Forum Profilaktyki*, 2009; 13: 1–3.
15. Dobbels F. Does every cardiologist need a psychologist? *Eur Heart J*, 2007; 28: 2964–2966.
16. Ogińska-Bulik N. Osobowość typu D. Teoria i badania. Wydawnictwo Wyższej Szkoły Humanistyczno-Ekonomicznej, Łódź 2009.
17. Bętkowska-Korpała B. Psychologia chorych ze schorzeniami kardiologicznymi. In: Bętkowska-Korpała B, Gierkowski JK ed. *Psychologia lekarska w leczeniu chorych somatycznie*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2007: 83–99.
18. De Becker G, Ambrosioni E, Borch-Johnsen K et al. European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. Third Joint Task Force of European and other societies on cardiac disease prevention in clinical practice. *Eur Heart J*, 2003; 24: 1601–1610.
19. Molinari E, Compare A, Parati G. *Clinical psychology and heart disease*. Springer, Milan 2006.
20. Graham I, Atar D, Borch-Johnsen K. et al. European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. Fourth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and other societies on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil*, 2007; 14 (suppl 2): 1–113.
21. Herrmann-Lingen C. Steps towards integrated psychosomatic medicine — the example of psychocardiology. *J Psychosom Res*, 2011; 70: 11–115.
22. Makowska Z, Merecz D. Ocena zdrowia psychicznego na podstawie badań kwestionariuszami Davida Goldberga. *Oficyna Wydawnicza Instytutu Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera*, Łódź 2001.
23. Juczyński Z. *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*. Pracownia Testów Psychologicznych, Warszawa 2009.
24. Linden W, Phillips MJ, Leclerc J. Psychological treatment of cardiac patients: a meta-analysis. *Eur Heart J*, 2007; 28: 2972–2984.