

Streszczenie

Wstęp

Objawy związane z zaburzeniami rytmu serca stanowią istotny problem kliniczny. Z jednej strony dolegliwości kardiologiczne wpływają na stan emocjonalny pacjenta, z drugiej czynniki psychologiczne i występowanie zaburzeń psychicznych prowadzą do nasilenia występujących objawów kardiologicznych czy subiektywnie przeżywanych sygnałów płynących z ciała i interpretowanych przez pacjenta, jako poważne zaburzenia somatyczne. Kołatania serca mogą być objawem zarówno problemów kardiologicznych jak i zaburzeń psychicznych. Literatura przedmiotu pokazuje, że występowanie u pacjenta zaburzeń lękowych, depresji, zaburzeń somatyzacyjnych może wpływać na subiektywną percepcję rytmu serca, który jest prawidłowy, wówczas pacjent może interpretować fizjologiczne doznania jako wskaźnik nieprawidłowości funkcjonowania organizmu. Depresja i zaburzenia lękowe współwystępują także u pacjentów ze zdiagnozowaną arytmia. Nie wszyscy pacjenci zgłaszający poczucie kołatania serca, bez stwierdzonej arytmii spełniają kryteria zaburzeń psychicznych. Istotnym wydaje się wówczas rozważanie czynników psychologicznych mogących wpływać na percepcję i interpretację doznań płynących z ciała jako objawów kardiologicznych.

Cel badań

Celem badania było opisanie profilu psychologicznego i współwystępujących zaburzeń psychicznych u pacjentów, którzy zgłaszają kardiologowi subiektywnie odczuwane zaburzenia rytmu serca, które nie znajdują potwierdzenia w badaniach elektrokardiograficznych, a także porównanie go do profili pacjentów z arytmia i strukturalną chorobą serca oraz izolowaną arytmia, a także wyselekcjonowanie zmiennych, które znacząco wpływają na percepcję objawów arytmii.

Material i metody

Do badania zostało zakwalifikowanych 165 pacjentów, którzy zgłosili się do kardiologa z powodu uczucia kołatania serca lub niemiarewej pracy serca. Po przeprowadzonym badaniu kardiologicznym lekarz przydzielał pacjenta do jednej z trzech grup: pacjentów z arytmia i strukturalną chorobą serca (G1), pacjentów z arytmia bez strukturalnej choroby serca (G2) lub pacjentów z poczuciem kołatania serca bez stwierdzonej arytmii (G3). Po badaniu

kardiologicznym pacjent był kierowany na badanie psychologiczne, które składało się z dwóch części. Pierwsza opierała się na przeprowadzeniu z pacjentem wywiadu SCID I dotyczącego zaburzeń psychicznych, druga na wypełnieniu przez pacjenta kwestionariuszy samoopisowych dotyczących percepcji objawów arytmii, cech osobowości, inteligencji emocjonalnej oraz objawów psychopatologicznych.

Wyniki

Analiza rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych w badanej populacji wykazała, że 53% badanych spełniało aktualnie kryteria przynajmniej jednego zaburzenia psychicznego a 58% spełniało je w historii życia. Ponadto aktualnie kryteria przynajmniej jednego zaburzenia psychicznego spełniało 75% osób w grupie z poczuciem kołatania serca bez stwierdzonej arytmii, 40% w grupie z izolowaną arytmia i 38% w grupie pacjentów z arytmia i strukturalną chorobą serca. Natomiast w przeszłości spełnienie kryterium przynajmniej jednego zaburzenia psychicznego dotyczyło 69% pacjentów z poczuciem kołatania serca bez stwierdzonej arytmii, 54% z izolowaną arytmia i 48% z arytmia i strukturalną chorobą serca. Pacjenci z poczuciem kołatania serca bez stwierdzonej arytmii w porównaniu do dwóch pozostałych grup także częściej spełniali kryteria diagnostyczne zaburzeń depresyjnych oraz zaburzeń lękowych. W zakresie cech osobowości istotne różnice dotyczyły Neurotyczności, Otwartości na doświadczenie i Sumienności. Inteligencja emocjonalna również różnicowała pacjentów w badanych grupach. Natomiast percepcja objawów arytmii była związana z następującymi zmiennymi: aktualna diagnoza psychiatryczna przynajmniej jednego zaburzenia psychicznego, występowanie objawów psychopatologicznych, cechy osobowości oraz przynależność do grupy pacjentów z arytmia i strukturalną chorobą serca lub pacjentów z poczuciem kołatania serca bez stwierdzonej arytmii.

Wnioski

Zaburzenia psychiczne występują u 3/4 pacjentów z poczuciem kołatania serca bez stwierdzonej arytmii. W tej grupie pacjentów kołatanie serca często stanowi część obrazu klinicznego zaburzeń depresyjnych lub/i zaburzeń lękowych. Pomiędzy badanymi grupami istnieją różnice w zakresie cech struktury osobowości. Interpretacja znaczenia kołatania serca jest związana ze stanem emocjonalnym pacjentów. Zarówno pacjenci z poczuciem kołatania serca bez stwierdzonej arytmii jak i pacjenci z izolowaną arytmia posiadali niższą jakość życia związaną ze zdrowiem niż pacjenci z arytmia i strukturalną chorobą serca. Przynależność do

grupy z izolowaną arytmia serca nie miała związku z żadną składową percepcji arytmii. Przynależność pacjentów do grupy z arytmia i strukturalną chorobą serca była związana z większą liczbą zgłaszanych objawów, większą liczbą dni opuszczonych w pracy/szkole z powodu arytmii. Natomiast przynależność do grupy z poczuciem kołatania serca bez stwierdzonej arytmii była związana z mniejszą uciążliwością objawów, mniejszą liczbą dni ograniczonego funkcjonowania z powodu poczucia arytmii, skalowaniem krótszego czasu trwania objawów interpretowanych jako arytmia serca.

Abstract

Introduction

Symptoms associated with cardiac arrhythmias are a significant clinical problem. On the one hand, cardiac complaints affect the emotional state of the patient, on the other hand, psychological factors and the occurrence of psychological disorders lead to an increase in the occurrence of cardiac symptoms or subjectively experienced signals coming from the body and interpreted by the patient, as serious somatic disorders. Heart palpitations can be a symptom both of cardiac problems and psychological disorders. The literature shows that the occurrence of anxiety disorders, depression, somatization disorders can affect the subjective perception of a heart rhythm that is normal, so the patient may interpret physiological sensations as an indicator of bodily abnormalities. Depression and anxiety disorders also co-occur in patients diagnosed with arrhythmia. Not all patients who report a sense of palpitations without a diagnosed arrhythmia meet criteria for psychiatric disorders. It then seems important to consider psychological factors that may influence the perception and interpretation of bodily sensations as cardiac symptoms.

Aim

The purpose of the study was to describe the psychological profile and comorbidity of psychiatric disorders in patients who report to a cardiologist subjectively perceived cardiac arrhythmias which are not confirmed by electrocardiography, and to compare it to the profiles of patients with arrhythmias and structural heart disease and isolated arrhythmias, and to select variables that significantly affect the perception of arrhythmia symptoms.

Material and methods

The 165 patients who visited a cardiologist because of feeling of palpitations or an irregular heartbeat were qualified to the study. After the cardiological examination, the physician assigned the patient to one of three groups: patients with arrhythmia and structural heart disease (G1), patients with arrhythmia without structural heart disease (G2), or patients with a sense of palpitations without confirmed arrhythmia (G3). After the cardiological examination, the patient was referred to the psychological examination, which consisted of two parts. The first was based on a SCID I interview for psychiatric disorders, and the second was composed of filling of self-report questionnaires regarding the patient's perception of

arrhythmia symptoms, personality traits, emotional intelligence and psychopathological symptoms.

Results

The analysis of the prevalence of mental disorders in the study population showed that 53% of the patients currently had met the criteria of any mental disorder and 58% had met them in the history of their life. In addition, the criteria of any mental disorder were currently met by 75% of the subjects in the group with a feeling of palpitations without confirmed arrhythmia, 40% in the group with isolated arrhythmia and 38% in the group with arrhythmia and structural heart disease. In contrast, meeting the criteria of any mental disorder in the past involved 69% of patients with a feeling of palpitations without confirmed arrhythmia, 54% with isolated arrhythmia and 48% with arrhythmia and structural heart disease. Patients with a feeling of palpitations without a confirmed arrhythmia were also more likely to meet diagnostic criteria for depressive disorders and anxiety disorders compared to the other two groups. Regarding to personality traits, significant differences were in Neuroticism, Openness to Experience and Conscientiousness. Emotional intelligence also differentiated patients in the study groups. In contrast, perception of arrhythmia symptoms was related to the following variables: current psychiatric diagnosis of any psychiatric disorder, psychopathological symptoms, personality traits, and affiliation to the group of patients with arrhythmia and structural heart disease or patients with a feeling of palpitations without a confirmed arrhythmia.

Conclusions

Psychiatric disorders are present in 3/4 of patients with a feeling of palpitations without a confirmed arrhythmia. In this group palpitations are often part of the clinical picture of depressive and/or anxiety disorders. There are differences between the study groups in personality structure traits. The interpretation of the meaning of palpitations is related to the emotional state of the patients. Both patients with a sense of palpitations without confirmed arrhythmia and patients with isolated arrhythmia had lower health-related quality of life than patients with arrhythmia and structural heart disease. Affiliation to the group with isolated cardiac arrhythmia was not related to any component of arrhythmia perception. Affiliation to the group with arrhythmia and structural heart disease was associated with a greater number of reported symptoms, a greater number of days missed from work/school due to arrhythmia. In contrast, affiliation to the group with a feeling of palpitations without a confirmed arrhythmia

was associated with lower discomfort of symptoms, fewer days of limited functioning due to a feeling of arrhythmia, and scaling a shorter duration of symptoms interpreted as a cardiac arrhythmia.