

علم النفس القلبي: ماهيته وتطبيقاته.

عوالي عائشة

المدرسة العليا للأساتذة بالقبّة

مخبر علم النفس الصحة والوقاية ونوعية الحياة/ جامعة الجزائر 2

ملخص الدراسة:

لقد بدأ المجال البحثي لعلم النفس القلبي (Cardiac Psychology) سنة (1959) عندما قام كل من "فريدمان" و"روزمان" (Friedman & Rosenman) طبيبان مختصان في أمراض القلب باكتشاف نمط سلوكي "أ" (Type A Behavior Pattern) بحيث يتسم أصحاب هذا النمط من السلوك بالطموح والمنافسة الشديدة، والانشغال الزائد بالإنجاز وعدم الصبر والتملل أو عدم الاستقرار، والتعجل، ومشاعر التحدي المزمنة، كما يشعرون بأنهم واقعون تحت ضغط، وتحدي المسؤوليات، وضغط عامل الزمن كالقيام بعدة أعمال في وقت قصير، والتنبه الزائد.. الخ، ويكشف هؤلاء الأفراد عن نسبة أكبر لحدوث الأزمات القلبية حتى عندما يوضع في الاعتبار الفروق في كل من: العمر، ومستوى الدهون في الدم، ومعدل التدخين، وضغط الدم. ولكن الباحثون على مدار الخمسة عشر سنة الفارطة، قد تخلوا إلى حد كبير عن العمل على نمط سلوكي "أ" الذي احتل الصدارة خلال الأيام الأولى لعلم النفس القلبي، فبدلاً من ذلك أصبحوا يركزون حالياً على الدور الذي يلعبه عنصران أساسيان من السلوك "أ" ألا وهما: **الغضب والعدائية** في تطور مرض القلب التاجي، فلقد ركزت أبحاث علم النفس القلبي المبكرة على تحديد عوامل الخطر النفسية للإصابة بأمراض القلب والشرايين التاجية، إلا أن علماء النفس حالياً قد تخطوا هذا النوع من الدراسات الوبائية فبدءوا في اكتشاف حقيقة أن التدخلات النفسية قد تقي من الأحداث القلبية وقد تطيل العمر حتى، فهم يصدون اكتشاف مجالات جديدة بما في ذلك كيف تؤثر عوامل الخطر النفسية فعلياً على القلب؟

وعليه تُهدف من خلال هذه المداخلة تسليط الضوء على هذا التخصص الفرعي الفتي الذي قطع أشواطاً كبيرة على المستوى العالمي في أمريكا تحديداً ولكن لا يزال يُخطو خطواته الأولى فالجزائر إذ سنحاول تحديد ماهيته، كما سنعرض أهم عوامل الخطر المساهمة في ظهور وتطور أمراض القلب والشرايين التاجية، لنوضح فيما بعد تطبيقات علم النفس القلبي وكذا دور الأخصائي النفسي في مصلحة أمراض القلب.

الكلمات المفتاحية: القلب/ أمراض القلب/ التدخل في أمراض القلب/ علم النفس القلبي

مقدمة:

لا يزال الملايين من الأفراد يؤمنون بأسطورة أن مرض السرطان هو أعظم تهديد لصحتهم، وهذا الاعتقاد خاطئ فتبقى أمراض القلب والشرايين التاجية تحتل المرتبة الأولى في حصد أرواح الأفراد وتهدد المزيد من الأشخاص كل يوم. فبالرغم من التحسن في مجال التكفل والوقاية بأمراض القلب تقدر المنظمة العالمية للصحة (L'OMS) ما يقارب (23,6) مليون من الأشخاص الذين يموتون من الإصابة بأمراض القلب والشرايين من الآن إلى سنة (2030)، وعليه تبقى هي السبب الأول للوفاة في العالم.

(Mikolajczak, M., 2013, P. 151)

أما على المستوى المحلي فحسب الأمين العام للجمعية الجزائرية لأمراض القلب (SAC) "سليم بن خدة" (Salim Benkhedda) الذي ذكر يوم 10 نوفمبر في مؤتمر عالمي "لأمراض القلب في المجتمع الجزائري" عام 2014 بأنها تمس الشباب الجزائري، ويضيف أيضا بأن عوامل الخطر الرئيسية تتجلى في: الانتقال الجيني، نمط الحياة، سوء النظام الغذائي، قلة النشاط البدني، التدخين. كما تعد السبب الأول للوفاة في الجزائر فهي تقتل مرتين أكثر من مرض السرطان، وهذا ما تؤكدته الإحصائيات المقدمة في المؤتمر العالمي لأمراض القلب والتي تشير إلى أنه يموت ما يقارب (25000) جزائري كل سنة ففي تصيب 1 من كل 5 رجال ما بين (40) و(60) سنة، كما أن النساء والشباب معرضين أيضا للإصابة بها.

وإلى جانب الآثار التي تخلفها أمراض القلب على صحة الأفراد فإن تأثيرها الاقتصادي جد هائل، وعلى الرغم من أن هذه الانعكاسات الصحية والاقتصادية لا تزال مستمرة مما يولد إحباطاً، ولكن الجانب المشرق هو أن الأطباء يتعلمون بما فيه الكفاية لإحداث فرق من أجل مرضاهم ومع ذلك ستبقى قوة هذه المعلومات غير مستغلة إذا لم يتمكن الأطباء من إقناع مرضاهم بإجراء تغييرات ضرورية في نمط حياتهم لتعزيز صحة القلب والأوعية الدموية.

فصحيح أن النوبة القلبية تكون مفاجئة ولكن تراكم اللويحات والأنسجة الندبية يحدث على مدار سنوات عديدة، ويشير الدكتور "كولي" (Dr. Cooley) إلى أنه موقف الأطباء هنا هو التنقيف لتبديد بعض الأساطير التي يكوها المرضى حول مرضهم، فيضيف بأنه كثيرا ما يقال لي من طرف المرضى شكرا لك على صنع قلب جيد كأنه جديد وعلى الرغم من أن هذه الكلمات تعتبر مرضية إلا أن المرضى بحاجة إلى إدراك أن التدخلات والعلاجات الطبية ليست بعلاج شافي، فعلى الرغم من أنه قد يتم إنقاذ حياتهم عن طريق "رأب الأوعية التاجية" (Coronary angioplasty) أو "جراحة مجازة الشريان التاجي" (Coronary artery bypass graft surgery) فعلى المرضى أن يفهموا أن قلوبهم لن تكون أبدا بالجودة التي يكون عليها

قلب جديد. (نقلا عن: Allan, R. & Scheidt, S, 1996)

1. تعريف علم النفس القلبي (Cardiac Psychology):

يمكن تعريف علم النفس القلبي (Cardiac Psychology) على أنه فرع من فروع علم النفس الصحة الذي يحدد عوامل الخطر النفسية -الاجتماعية والتي تؤدي إلى استمرار وتطور أمراض القلب والشرايين التاجية وتختلف آثار نفسية لدى مرضى القلب. فعلم النفس القلبي التطبيقي هو جهد متعدد التخصصات يسعى للوقاية أو التقليل من المضاعفات الطبية والنفسية الخطيرة الناتجة عن عوامل الخطر وبالتالي تحسين أداء ونتائج المرضى النفسية -الاجتماعية. (Allan, R. & Scheidt, S, 1996, P. 125)

فعلم النفس القلبي هو دراسة وتطبيقات لمبادئ علم النفس للمشاركة والانخراط في الوقاية وعلاج أمراض القلب، وكذا كيفية تعامل مرضى القلب مع مرضهم وعلاجهم. فيهتم بدراسة أساليب الوقاية الأولية والثانوية من أمراض القلب عن طريق دمج الاستراتيجيات للتعامل مع الحواجز الشعورية والسلوكية التي تعيق تغيير نمط الحياة: (مثل: الإقلاع عن التدخين)، كما يسعى هذا العلم إلى تعزيز شفاء مرضى القلب من خلال توفير الوسائل التي يحتاجها المرضى (فنيات إدارة الضغوط النفسية ومختلف التدخلات العلاجية النفسية: علاج نفسي تدعيمي، وعلاج معرفي-سلوكي، وتحليل نفسي...) للتكيف مع التغيرات الحياتية والجسمانية المرتبطة بأمراضهم.

ويتجلى عمل مختصو علم النفس القلبي في مساعدة المرضى على مدار الحياة في: تجنب أمراض القلب، وأيضا قبل وبعد جراحات القلب، كما يساعدهم في إعادة التأهيل، حيث يركز علم النفس القلبي على تحقيق وتحسين نوعية الحياة المرتبطة بالصحة لدى المرضى.

2. عوامل الخطر المساهمة في الإصابة بأمراض القلب والشرايين التاجية

(Risk factors):

أشارت الدراسات المستقبلية إلى أنّ معظم مرضى الشريان التاجي لديهم عوامل مشتركة أمكن تحديدها بدقة وأطلق عليها مصطلح عوامل الخطر (Risk factors)، ومع أنّ هذه العوامل عديدة فإنّ كل واحد منها يؤثر بشكل مستقل، إذ يكفي وجود عامل واحد منها لإحداث المرض في غياب عوامل أخرى، أما عند اجتماع عاملين أو أكثر منها لدى رجل واحد فإنّ احتمال حدوث الإصابة المبكرة يزداد بمقدار أكبر بكثير من مجموع الاحتمالات الناجمة عن كل عامل على حدة، ولقد ظهر مصطلح عامل الخطر لأول مرة في التراث الأدبي سنة (1963) وتعتبر دراسة "فرانغهام" (Framingham) أحد أولى وأشهر الدراسات الوصفية التي حاولت تحديد عوامل الخطر الرئيسية لتصلب الشرايين سنة (1948).

(Dujardin, J.J. et Cambou, J.P., 2005, P. 1)

ولقد قسمت عوامل الخطر هذه إلى قسمين رئيسيين هما:

أ. **عوامل كبرى:** أوضحت الدراسات الإحصائية والباثولوجية أنّ لها علاقة وطيدة ومطرودة مع حدوث المرض مثل: التقدم العمر، والتدخين وفرط ضغط الدم، وفرط شحوم الدم.

ب. **عوامل صغيرة:** علاقتها بحدوث المرض التاجي أقل وضوحاً من سابقتها ويؤثر بعضها بطريقة غير مباشرة، بزيادة فعالية العوامل الكبرى، مثل: داء السكري، السمنة، الضغط النفسي، استعمال موانع الحمل الهرمونية، نمط الشخصية. (قاسم سارة، 1990، ص ص. 246-247)

كما تنقسم عوامل الخطورة الخاصة بمرض القلب والشرايين التاجية من الناحية الوقائية إلى عوامل يمكننا فعل شيء حيالها - قابلة للتعديل - وتلك التي لا يمكن فعل شيء حيالها - غير قابلة للتعديل - ويصبح خطر الإصابة بأمراض القلب التاجية أكبر كلما كانت العوامل التي لدينا أكثر. (دايفيدسون كريس، 2013، ص. 35)

ولقد ظهر مصطلح عامل الخطر لأول مرة في التراث الأدبي سنة (1963) وتعتبر دراسة "فرانغهام" (Framingham) أحد أولى وأشهر الدراسات الوصفية التي حاولت تحديد عوامل الخطر الرئيسية لتصلب الشرايين سنة (1948) فهي تحدد الصلة الوثيقة بين حدوث إحتشاء عضلة القلب وعلى سبيل المثال ارتفاع معدل الكوليسترول في الدم أو مرض السكري. (Dujardin, J.J. et Cambou, J.P., 2005, P. 1) وتتجلى هذه العوامل فيما يلي:

أ. **العوامل الغير قابلة للتعديل:**

- **السن والجنس (L'age et le sexe):**

يؤثر السن على حد سواء على وتيرة حدوث إحتشاء عضلة القلب ومعدل الوفيات الناتجة عنه، ففي عام (1992) مثل الأفراد الذين تفوق أعمارهم (80) عاما (16%) من سكان العالم، كما مثل الأفراد الأكبر من (65) عاما ما يقدر بـ (22%) في البلدان المتطورة و (12%) في البلدان الأخرى، وترتبط (75%) من الوفيات التي تمس الأفراد الذين تفوق أعمارهم (75) عاما بأمراض القلب والشرايين التاجية و (85%) من الوفيات الناجمة عن الإصابة بأمراض القلب والشرايين التاجية تحدث لدى الأفراد الأكبر من (65) عاما. وتحدث الوفيات الناجمة عن أمراض القلب التاجية في المتوسط بعد مرور 10 سنوات عند النساء ولكن العدد المطلق للوفيات هو نفسه عند الرجال، ويرجع ذلك إلى طول عمر أكبر عند النساء. فحسب سجل

(MITRA) تزيد شدة المضاعفات الناجمة عن إحتشاء عضلة القلب مع التقدم في السن ويتأثر معدل الوفيات حسب العمر، كما أشارت دراسة (PRIMA) بأنه قدرت نسبة الوفيات بـ (2%) للأفراد دون سن (62) عام و (27%) للذين فاقت أعمارهم (75) عام. (Dujardin, J.J. et Cambou, J.P.,2005,PP 4-5)

– الوراثة (Hérédité):

وضحت دراسة فرامنغهام (Framingham) والدراسات التي اجريت على التوائم والأبناء بأن السوابق أو التاريخ العائلي يزيد من خطر الإصابة بإحتشاء عضلة القلب بينهم، فيظهر التحقيق الذي قامت به "أورواسبير" (EUROASPIRE) على الأبناء (3322 أخ وأخت) من بينهم (1289) تعرضوا إلى الإصابة بأمراض القلب والشرايين التاجية الحادة المبكرة في نفس الوقت رابط الوراثة وعدم كفاية التكفل لأنّ (11%) منهم فقط التي تم اكتشافها بهدف الوقاية. ويشير "سوينغهداؤ" (Swynghedauw) إلى أنّ عوامل الخطورة التي يمكن اكتشافها بسهولة وخاصة في الأسرة تشمل الخطورة التي يمكن اكتشافها بسهولة وخاصة في الأسرة تشمل ارتفاع الكوليسترول في الدم، مرض السكري، البدانة، وارتفاع ضغط الدم الشرياني. ومع ذلك فهناك العديد من أمراض الشريان التاجي بمعيار عائلي بدون عامل خطر مشترك الأمر الذي يجعل الحدود غير واضحة بين الوراثة والبيئة. (Swynghedauw, B.,2003,PP 4-5)

كما توصلت الدراسة التي قامت بها (INTERHEART) في كندا من طرف "يوسيف" (Yusuf) سنة (2004) ولقد تضمنت الدراسة حوالي (29000) شخص في (52) بلد، تعرض (15152) منهم إلى الإصابة بمرض القلب والشرايين التاجية - وهي أكبر دراسة حالات الشواهد- إلى أنّ هناك تسعة عوامل خطر تمثل (90%) من أسباب الإصابة بمرض القلب والشرايين التاجية وهي (التدخين، ارتفاع ضغط الدم، السكري، البدانة في منطقة البطن والضغط، التغذية غير الكافية للفواكه والخضر، تقرير أبو A/B، قلة النشاط البدني، غياب الاستهلاك المعتدل للكحول). (Yusuf, S. and al,2004,PP 937-952)

– تاريخ العائلي أو السوابق (Antécédents):

تؤكد السجلات انتشار سوابق الإصابة بأمراض القلب والشرايين التاجية عند المرضى الذين أدخلوا إلى المستشفى فلقد وجدت الدراسة التي قامت بها (L'European Heart Survey ACS) بأنه من أجل متوسط عمر (63,4) سنة، كانت سوابق الإصابة بإحتشاء عضلة القلب (22,3%) وبذبحة صدرية (56,4%) والحوادث الوعائية الدماغية (5,9%) وحوادث الشرايين التاجية الوراثة (27,4%) في كل الحالات. (Hasdai, D. and al,2002,PP 1190-201)

ب. العوامل القابلة للتعديل:

– ضغط الدم الشرياني (Hypertension artérielle):

يتمس ارتفاع ضغط الدم الشرياني (HTA) ما بين (400) و (600) مليون شخص في العالم، كما أنّه يمثل عامل خطر قابل للتعديل، ويكون خطر مضاعفات أمراض القلب والشرايين التاجية مرتفعا عندما يكون ضغط الدم الشرياني مرتفع، و تقل عندما يكون منخفضا، ففي دراستين متعددتين التحليل نشرت على حدى في مجلة "لانسييت" (Lancet) وضعت من طرف "ماك ماهون" (Mc Mahon) فتشير الدراسة الأولى إلى أنّ هناك علاقة خطية بين مستوى ضغط الدم الانبساطي وخطر الإصابة بالسكتة الدماغية وإحتشاء عضلة القلب، ولكن المنحدر أعلى بالنسبة للسكتات الدماغية، فعلى سبيل المثال، ارتفاع ضغط الدم الانبساطي بـ (20mmgh) يضاعف (10) مرات خطر حدوث سكتة دماغية و (4) مرات خطر حدوث إحتشاء عضلة القلب.

(Castaigne, A. et al, 1998, P 629; Mac Mhon, S. and al, 1990, P 76)

– ارتفاع الكولسترول:

إنّ الكولسترول هو نوع من الدهون يتواجد في الدم وفي كل خلية من جسمك، ويعتبر مهماً لأنّ ارتفاع نسبة الكولسترول في الدم تزيد من خطر الإصابة بأمراض القلب والشرايين التاجية وهو أحد الأسباب الرئيسية للعجز والوفاة في أوروبا وأمريكا الشمالية وأستراليا. (لايكر مايك، 2013، ص 1) ولقد عرفت العلاقة بين ارتفاع الكولسترول وحدوث تصلب الشرايين المبكر منذ (70) سنة وتحديدًا منذ بداية الدراسات حول ارتفاع الكولسترول في العائلة، ولقد قامت دراسة "فرانغهام" (Framingham) التي وضعت من طرف "كانل" (Kannel) سنة (1971) بتوضيح العلاقة بين الارتفاع المعتدل لمعدل الكولسترول في حدوث مضاعفات أمراض القلب والشرايين التاجية. (Kannel, W.B. et al,1971,PP 1)

فأشار "أينسي" (Ainsi) في متابعة لمدة (14) سنة لـ (2282) رجل و (2845) امرأة بأنّه يزيد خطر الإصابة بأمراض القلب والشرايين التاجية تدريجياً وبشكل مستقل عن عوامل الخطر الأخرى في الربع الأدنى إلى الربع الأعلى من الكولسترول الكلي.

(Emmerich, J. et al,1998,PP 13-16)

ولقد أظهرت دراسة أجريت عام (1981) في النرويج أنّ تغيير النظام الغذائي وتخفيض كمية الدهون في الدم والتوقف عن التدخين هي عوامل تخفف من عدد المشاكل المتعلقة بشرايين القلب (على الأخص الأزمات القلبية) بنسبة (45%) إلا أنّه كان من الصعب في الدراسة التفريق بين آثار التوقف عن التدخين (الذي حققه 45% من الأشخاص الذين شملتهم الدراسة) وآثار تخفيض مستوى الكولسترول (13%). بعد ذلك بثلاث سنوات أظهر أطباء في الولايات المتحدة الأمريكية أنّ تخفيض مستوى الكولسترول في الدم بواسطة عقار "كولستيرامين" خفف عدد الأزمات القلبية بنسبة (1%) لدى أربعة آلاف رجل في منتصف العمر، على الرغم من أنّ انخفاض مستوى الكولسترول كان متواضعاً نسبياً وبلغ (8,5%) فقط.

– السكري (Diabète):

يتسبب مرض السكر في إحداث قصور في الدورة الدموية من خلال آليات متعددة، حيث يعد مرض السكر من أهم عوامل الإصابة الكبرى بتصلب الشرايين، إضافة إلى الاعتقاد بأنّ مرض السكر مسؤول عن إحداث ثقب في الطبقة (الداخلية) المبطن للشرين، مع اختلال وظائفها. كما أنّ مريض السكر يعاني من ارتفاع ثانوي في كولسترول الدم، وزيادة في نسب (الشق الحر) في الدم، وكل تلك الآليات قد تؤدي إلى تضيق وأحياناً إنسدادات في الشرايين المتوسطة والصغيرة في الجسم كشرابين القلب والدماغ والأطراف. فعلى سبيل المثال وجدت دراسة في ضاحية فرانغهام (Framingham) الأمريكية المشهورة (وهي من أهم الدراسات في تاريخ الطب الحديث) أنّ نسبة الإصابة بتصلب الشرايين الطرفية والتاجية قد زادت إلى الضعفين في الرجال، والثلاثة أضعاف في النساء عند الإصابة بداء السكر.

(الزهراني حسن، 2006، ص 30)

كما خلصت الدراسة الوصفية (L'étude United Kingdom prospective diabets study) التي أجريت في الفترة الممتدة من (1977) إلى (1991) لمرضى السكري في المملكة المتحدة والتي عدت من أكبر الدراسات التي تم إجراؤها في مجال السكري، وتكونت عينة الدراسة من (5102) مريض تراوحت أعمارهم ما بين (25 إلى 65) سنة و كلهم مصابين بمرض السكري نمط 2 (Type 2) حسب المعايير التي وضعتها الجمعية الأمريكية للسكري (L'american

diabetic association) ولقد تمت متابعتهم لمدة (20) سنة، إلى أنّ أمراض القلب والشرابين التاجية كانت السبب الرئيسي للوفاة عند المصابين بالسكري نمط 2 و(11%) منهم أصيبوا بإحتشاء عضلة القلب (نوبة قلبية) أو ذبحة صدرية خلال 8 سنوات من المتابعة.

– التدخين (Tabagisme):

لقد وضحت دراسة فرامنغهام (Framingham) بأنّ التدخين يمثل عامل خطر رئيسي وكبير للإصابة بأمراض القلب والشرابين التاجية لأنه يؤدي إلى تصلب الشرايين ومضاعفات حادة كإحتشاء عضلة القلب، فلقد توصلت مع انتشار كبير بأنّه في الحالات التي أصيبت بإحتشاء في عضلة القلب عند الشباب، فإنّ التدخين يضاعف خمس مرات خطر سكتة قلبية عند المدخنين الذين تتراوح أعمارهم ما بين (30 و40) سنة. (6) (Dujardin, J.J. et Cambou, J.P.,2005,P 6) بحيث يحتوي الدخان على نحو أربعة آلاف مادة ضارة، ومن بينها يمكن أن نذكر مادتين رئيسيتين لهما علاقة مباشرة بأمراض القلب وهما: النيكوتين وأول أكسيد الكربون، فالنيكوتين يعمل على زيادة سرعة النبض وزيادة ضغط التوتر الشرياني أو ما يسمى بارتفاع ضغط الدم، وهما العاملان الوحيدان اللذان يؤثران على كفاءة القلب وعدم استقرار عضلته إضافة إلى زيادة الأحماض الدهنية في الدم، فضلا عن تأثيراتها السلبية على الصفائح الدموية التي تمنع تجلط الدم وتخره، كما يمكن أن يؤدي النيكوتين إلى تشنج الشرايين حتى دون تجلط الدم، أو انسدادها و تضيقها للأسباب المعروفة، وهو ما يمكن أن يسبب الجلطات والذبجات الصدرية. بيد أنّ المحتوى الأخطر في السجائر هو أول أكسيد الكربون حيث تشير كل الدلائل إلى أنّ هذا المركب يمثل العامل الرئيسي المسبب لأمراض القلب، وذلك أنّه ينجذب إلى خضاب الدم (الهيموجلوبين) بنسبة تزيد حوالي (245) مرة على الأوكسجين، علما أنّ خضاب الدم هو الذي يحمل الأوكسجين إلى سائر أنسجة الجسم وخلاياه.

وعليه فإنّ أول أكسيد الكربون يتفاعل مع خضاب الدم مشكلا مادة تمنع انتشار الأوكسجين إلى خلايا الجسم. ومن المعروف أنّ الدم الذي يضخه القلب يكون عادة مؤكسدا بنسبة (95%) وحين يعود القلب تكون نسبة أكسدته (65%) غير أنّ القلب يستأصل من هذا الأوكسجين حوالي ثلثيه، أي أنّ الدم العائد من القلب يكون مؤكسدا بنسبة (30%) الأمر الذي يدل على سعة كفاءة القلب. (عكّة أسامة وآخرون، 2007، ص ص 68-69)

وفي المقابل فإنّ ارتفاع التوقف عن التدخين فعال جدا في الوقاية الثانوية، لكونه يخفض خطر أمراض القلب والشرابين التاجية ب (50%) بعد عام من الإقلاع عن التدخين ويصبح الفرد بعد (5) سنوات متساو مع السكان عامة، وبمقارنة مع المقاييس العلاجية الأخرى بعد الإصابة الأولى بإحتشاء عضلة القلب فإنّ الإقلاع عن التدخين يسمح بإنقاذ (16) حياة من أصل (100) مريض يتعالج. (6) (Dujardin, J.J. et Cambou, J.P.,2005,P 6)

– العوامل الغذائية (Facteurs nutritionnel):

يعتمد معرفة تأثير العوامل الغذائية على مرض القلب والشرابين التاجية على الدراسات الوبائية والملاحظات التحليلية، ولقد أكد "فرير" (Ferrières) على صعوبات إدراك وتفسير هذه الدراسات ومع ذلك فقد كان لها الفضل في إقامة صلة بين بعض العادات الغذائية وحدوث مضاعفات تصلب الشرايين في وقت مبكر بما في ذلك إحتشاء عضلة القلب. () (Ferrières, 12 P,2003, J.) ولقد أظهرت دراسة البلدان السبع (L'étude de sept pays) بأنّ المدخول الغذائي من الأحماض الدهنية المشبعة و الكولسترول قد ارتبط ارتباطا إيجابيا بزيادة خطر الوفيات بأمراض القلب و الشرايين التاجية. () (Kromhout, 92 P,1989, D. and al)

وتشير جميع الدراسات التي تم عرضها إلى التأثير الكبير لعوامل الخطر التقليدية والعوامل الوراثية كارتفاع ضغط الدم، لعوامل البيئية والغذائية كاستهلاك الأحماض الدهنية المشبعة والمربطة بنمط الحياة (كالتدخين، قلة النشاط الحركي، السمنة والسكري) فهي تلعب دورا رئيسيا في التأثير على انتشار أمراض القلب نظرا لنقص التوعية والوقاية كما لها تأثير على ارتفاع معدل

الوفيات نتيجة نقص وانعدام فرص الحصول على الرعاية الطبية، وإلى جانب مجمل هذه العوامل التي تتفاعل فيما بينها، نجد أنّ للعوامل النفسية حصتها في التأثير على ظهور والتعجيل في تطور الإصابة بأمراض القلب والتي نلخصها فيما يلي:

- الضغط النفسي (Le stress psychologique):

تستند العلاقة بين الضغط النفسي وعوامل خطر الإصابة بأمراض القلب والشرايين التاجية كارتفاع ضغط الدم، أو مقاومة الأنسولين على أدلة مثبتة فيمكن للضغط المزمن أن يؤثر على نظام القلب والشرايين التاجية بتسريع عملية تصلب الشرايين، ولكن إذا كانت هناك علاقة متماسكة ما بين الضغط المزمن وعوامل خطر تصلب الشرايين، فتوضيح الآليات الكامنة لا يزال يشكل تحدياً كبيراً.

وتشير النتائج المتحصل عليها في دراسة (Interheart) سنة (2004) والتي هدفت إلى الكشف عن الارتباطات بين عوامل عديدة للضغط النفسي - الاجتماعي (العمل - المنزل - التمويل - أحداث الحياة) وخطر الإصابة بإحتشاء عضلة القلب، واجريت على فوج مكون من (24767) فرد من (52) دولة تم تقسيمهم إلى مجموعة حالات تتألف من (11119) فرد كانوا ضحية الإصابة بإحتشاء عضلة القلب ومجموعة ضابطة تتكون من (13648) فرد، إلى أنّ مجموعة الحالات (Le groupe cas) تحصلوا على تكرارات عالية في العوامل الأربعة للضغط على التوالي (OR=1,45) بالنسبة للضغط بصفة عامة (في العمل، المنزل، وكلاهما معا) وعلى فترات متكررة (OR=2.17) بالنسبة للضغط المستمر في العمل و (OR=1,33) بالنسبة لضغط التمويل أو المادي، و (OR=1,48) بالنسبة لأحداث الحياة، و (OR=1,55) فيما يخص الاكتئاب.

وأضاف "كانج" وآخرون (Kang et al,2005) في هذا السياق دراسة حول العوامل النفسية - الاجتماعية في العمل المرتبطة بنموذج "كراسك" (Le modèle de Karasek) يقترح الأثر الإيجابي بين الإجهاد في العمل وخطر الإصابة بأمراض القلب والشرايين التاجية، ففي الواقع أنّ الافتقار أو نقص الاتجاه القراري يساعد على زيادة بعض عوامل الخطر كالكوليسترول، الدهون الثلاثية، الحمض الأميني وهو من الأحماض التي ثبت أنه يؤدي دوراً في تشكيل الورم الدموي الشرياني، في حين أنّ متطلبات العمل العالية ترتبط بالتدخين وضغط الدم الانقباضي. (Tarquinio, C. et al,2012,PP 33-34)

- الاكتئاب (Dépression):

يدرك الأطباء والناس بصفة عامة العلاقة بين الإصابة بمرض مزمن كمرض القلب وظهور حالة الاكتئاب النفسي التي قد تنجم عن هذه الإصابة، حيث أنّه من المعروف أن يشعر الإنسان بالقلق الشديد والحزن العميق ويفقد الاهتمام بكل النشاطات ويشعر بالعجز وعدم القيمة ويفقد قدرته على التفكير (بعض أعراض مرض الاكتئاب) إثر تعرضه لأزمة قلبية خطيرة. والتراث الطبي يزخر بالحالات العديدة والبيانات الدقيقة التي تعكس بكل وضوح انتشار هذه الظاهرة الإكلينيكية بين مرضى القلب وغيرهم من الذين يعانون من أمراض مزمنة فتاكة، ولقد اهتم العلماء الآن والأطباء بدراسة الاكتئاب كسبب للاضطرابات القلبية الوعائية وليس كنتيجة لها.

ولعل الدليل العلمي القاطع على وجود صلة بين الاكتئاب ومرض القلب قد وفرته دراسة إبيديولوجية التي أجراها "براط" (Prat) وآخرون (1996) على الحي الشرقي من مدينة "بالتور" الأمريكية على عينة مكونة من (1551) فرداً صحياً من سكان هذا الحي الشعبي.

وقد كشفت أنه بعد حدوث الاكتئاب أي تعرض الفرد لحالة الاكتئاب المرضية يزيد خطر الإصابة بأزمة قلبية من أربع إلى خمسة أضعاف عندما يتم ضبط بقية عوامل الخطورة الأخرى كارتفاع ضغط الدم وارتفاع مستوى الكوليسترول في الدم والبدانة والتدخين، بينما الذين لم تشخص لديهم حالة الاكتئاب وفق شروط الدليل التشخيصي الأمريكي الرابع للأمراض النفسية (DSM IV.APA1994). (وعانوا من بعض أعراض الاكتئاب فقط وصلت نسبة خطورة تعرضهم لأزمة قلبية إلى ضعفين فقط. (يخلف عثمان، 2001، ص ص 81-83)

– نمط سلوك (أ) (Type A):

البروفيل السلوكي لنمط (أ) الذي وصفه "فريدمان" و"روزمان" (Friedman et Rosenman) سنة (1959) هو أسلوب معرفي وسلوكي يرتبط بزيادة نشاط الدورة الدموية والنشاط العصبي-المهرموني عند الضغط، الذي يتوقع أن تسهم إلى حد كبير في الإصابة ببعجز أو قصور في القلب. (Bruchon-Schweitzer, M. et Quintard, B.,2001,P 26)

ولقد اتجهت العديد من الآراء إلى أنّ خطر الإصابة بمرض القلب والشرايين التاجية إنما يرتبط بالنمط السلوكي المعروف بالنمط (أ) ومثل هذه العلاقة ولدت اهتماما عميقا في السنوات الأخيرة في أوساط الباحثين الأطباء والنفسانيين، وأوضحت أنّ سلوك نمط (أ) مرتبط بحالة الإصابة بأمراض القلب والشرايين التاجية بنسبة تعادل الضعف بالنسبة للنمط المباين له والذي يطلق عليه النمط (ب) وإنّ هذه الاختلافات لم تتغير احصائيا عندما تم التحكم في مزيد من عوامل الخطورة التقليدية مثل: الكوليسترول، قياس ضغط الدم، والتدخين... الخ، وهو ما يوضح استقلالية الإسهام الذي يلعبه سلوك النمط (أ) في خطر الإصابة بمرض القلب والشرايين التاجية. (Janisse, M.P. and Duck, D.,1988,PP 57-58)

وهذه النتائج مصدرها الدراسة التي نظمتها (Le Western Collaborative Group) وقام بها كل من "روزمان" و"براند" و"جانكيز" (Rosenman,Brand,Jenkins et al,1975) وهي تعد أول دراسة استطلاعية حاسمة أجريت في هذا المجال، تم خلالها متابعة (3524) موظف أمريكي كلهم ذكور تتراوح أعمارهم من (39 إلى 59) عاما لمدة ثمانية سنوات ونصف، و لقد سمحت بتسليط الضوء على خطر الإصابة بأمراض القلب والشرايين التاجية لدى الأفراد ذوي نمط سلوكي (أ) بنسبة (2,7) بالمقارنة مع الأفراد ذوي نمط سلوكي (ب).

(Bruchon-Schweitzer, M. et Quintard, B.,2001,PP 26-27)

كما قامت دراسة "فرانمنغهام" الشهيرة (Framingham heart study) سنة (1980) من خلال فريق من الباحثين الإيدمولوجيين بتتبع مجموع سكانها لمدة (20) سنة. (Chneiweiss, L. et Dischamp, J.,1999,PP 89-90) ولقد قام الباحثين (Hynes, Feinlieb, and Kannel) في هذه الدراسة بفحص العلاقة بين سلوك نمط (أ) والتعرض للإصابة بمرض القلب والشرايين التاجية، ولقد أسفرت على أنّ هناك ارتباط جوهري بين نمط (أ) ومرض الشريان التاجي عند الرجال والنساء، بمعنى أنّ ذوي نمط (أ) كانوا أكثر تعرضا للإصابة بهذا المرض من غيرهم الذين يحملون نمط (ب). (عثمان يخلف، 2001، ص 74)

– العدائية (L'hostilité):

يعد كل من "ماتيووس" وزملاؤه (Matthews et al,1977) هم من الأوائل الذين وضحو بأنّ العدائية هي الجانب الأكثر سمية لبروفيل النمط السلوكي (أ) مع تركيزهم على بعدين هما: الميل إلى العدائية والغضب المكبوت، فالأفراد العدائيين لديهم رؤية مصحوبة بخيبة أمل في علاقاتهم البينشخصية ولا يميلون إلى الاعتقاد في صدق وطيبة الآخرين.

(Bruchon-Schweitzer, M. et Quintard, B.,2001,P 28)

ولقد أفادت الدراسة التي قام بها "ديبروسكي" و زملاؤه سنة (1989) أنّ هناك بعض الأفراد بطبيعة شخصيتهم و خاصة استعدادهم للاستجابة بأسلوب عدائي لمواقف اجتماعية مختلفة يتعرضون لخطر الإصابة بمرض القلب، وعلى وجه الخصوص أسفرت هذه الدراسة التي قارنت مجموعة من (192) مريض ومجموعة ضابطة مكونة من (384) فردا على أنّ نسبة الخطورة التي يمثلها نمط العدائية وصلت إلى (RR=1,7) و (p=0,003) و وهذه النسبة تفوق بكثير تلك التي تمثلها عوامل الخطورة الأخرى مثل العمر أو ارتفاع ضغط الدم، أو ارتفاع مستوى الكوليسترول أو التدخين، وهذه النتائج تعكس بكل وضوح العلاقة بين الميل إلى العدائية وخطر الإصابة بمرض القلب.

3. تطبيقات علم النفس القلبي:

أسس "آلان روبرت" (Allan Robert) عام (1981) أول مجموعة دعم للقلب في منطقة "نيويورك" الحضرية في فرع "ناسو" (Nassau) التابعة لجمعية القلب الأمريكية (The American Heart Association) ولقد دعا (Allan Robert) طبيب القلب "ستيفن شيدت" (Stephen Scheidt) لحضور جلسة جماعية في مستشفى نيويورك الذي كان يعرف آنذاك بـ "مركز كورنيل الطبي" (Cornell Medical Center) ليقوم "شيدت" (Scheidt) بدعوة (Allan) لدراسة طب القلب في جامعة "كورنيل" حيث أسسوا في عام (1983) برنامج للحد من مخاطر أمراض القلب والشرابيين التاجية. ولقد شارك الطبيب (Scheidt) مكتبه مع (Allan) لمدة (25) عاما حتى وفاته المفاجئة سنة (2007)، وخلال (34) عاما قدم "آلان" وفريقه فيما يعرف الآن بـ "كلية الطب ويل كورنيل" (نيويورك) وبالتنسيق مع قسم التغذية دروس حول "الوقاية من أمراض القلب" لأكثر ما يزيد من (15000) مريض وأفراد عائلاتهم، كما عالج المئات من مرضى القلب من خلال العلاج النفسي الفردي، وترأس أكثر من (3000) مجموعة لدعم مرضى القلب في قسم أمراض القلب ومركز إعادة التأهيل والعيادات الخاصة.

كما قدم "آلان" لعدة سنوات التقييم النفسي والعلاج النفسي في وحدة العناية بأمراض القلب والشرابيين التاجية أين وجد أرض خصبة للتعاون بين الموظفين وتدخلات المرضى، ولقد تم وصف هذا العمل مؤخرا وتحدر الإشارة بالرغم من أنها نسبة صغيرة من مرضى القلب المتواجدة بالمصلحة الذين أبدوا اهتمامهم بالعمل الذي يقوم به المختصين النفسانيين في "ويل كورنيل" إلا أنّها جديرة بالذكر لكونها معبرة. وإلى جانب "آلان" عمل "تيري بيس" (Terry. M. Pace) مع شبكة واسعة من الموظفين بمستشفى القلب في "أوكلاهوما" بحيث كان يجري استشارات يومية مع المرضى الذين يعانون من "كرب وضغط نفسي" من أي نوع. وتتم هذه الاستشارات بناء على الدرجات المرتفعة على مقياس الاكتئاب للمسنين بالإضافة إلى الإحالات من الأطباء والمرضى، والمدربين، والكهنة، وتكون عادة من (10 إلى 12 يوم) ويكون قادرا على معاينة حوالي نصف الحالات حيث أن العديد من المرضى كانوا يخضعون لإجراء فحوصات طبية، أو تحت التخدير، أو هم بصدد الخروج من المستشفى.

ولقد قام كل من "بيس" و"آلان" (Pace & Allan) بتدوين الملاحظات في السجلات الطبية عند رؤية كل مريض وإجراء استشارات مع الفريق وطاقم العمل قبل ذلك وبعده، وكذا الاتصال بالأطباء حول انشغالهم، فهما يوفران لمرضاهم التقييم النفسي، واستراتيجيات التعامل، والتوصيات طويلة الأجل لرعاية صحتهم النفسية، وإحالتهم للعلاج في العيادات الخارجية، كما يقومون بتقديم توصيات للأطباء حول الآثار النفسية للأدوية لكي يصفوا لهم الدواء في نهاية المطاف.

وأثناء التدخل النفسي لقد استخدم العلاج النفسي الجماعي مع كل تجربة سريرية كطريقة علاج بهدف نهائي يتمثل في الحد من الحوادث القلبية والتي أشار إليه طبيب القلب "شيدت" ذات مرة باسم "الكأس المقدسة لطب القلب السلوكي" ومع ذلك فلقد أثبت علماء النفس منذ فترة طويلة العلاقات القوية للعلاج النفسي الفردي مع كل من الاكتئاب، والقلق، والقصور في العلاقات الاجتماعية، والغضب، وكل عوامل الخطر التي تؤدي للإصابة بأمراض القلب والشرابيين التاجية.

فيحتاج المرضى الذين تم تشخيصهم على أنهم مصابين بأمراض القلب التاجية أو غيرها إلى الاستفادة من التدخل النفسي الذي يساهم في العديد من التعديلات السلوكية في نمط حياتهم (كإقلاع عن التدخين، وتعاطي المخدرات، وإدارة الألم، والأرق، وتبني سلوك الملائمة العلاجية) بالإضافة إلى ذلك فإن العديد من مرضى القلب يعانون من أمراض أخرى، فالحالات المرضية المشتركة بإمكانها أن تؤثر على صحة القلب أو بشكل عام على نوعية حياتهم والتي بدورها قد تكون أهدافاً مناسبة للتدخل النفسي لتغيير نمط الحياة مثل: مرض السكري، وأمراض الكلى، وانقطاع النفس، والألم المزمن. كما قد يُظهر مرضى القلب معدلات أساسية متزايدة للعديد من العوامل النفسية الشائعة من الضغوطات والاضطرابات: مثل ضغوط العمل والأسرة، والاكتئاب، والقلق، والضغط ما بعد الصدمة، والأمراض العقلية الحادة الأخرى، واضطرابات تعاطي المخدرات. (Allan, R,) (Pace M.T, & Dorri Y, 2018, PP. 1-3)

ولقد جمع الباحثون بالفعل أدلة مقنعة على دور الاكتئاب على سبيل المثال، ولكن بالرغم من ذلك فإن التجارب الإكلينيكية العشوائية لتقييم ما إذا كان علاج مثل هذه العوامل النفسية - الاجتماعية (كالاكتئاب والعدائية) بإمكانه إنقاذ حياة الأفراد كانت جد قليلة، كما كانت بعض تلك الدراسات محيية للآمال حسب "روبرت آلان" (Allan, R) فعلى سبيل المثال خلصت الدراسة الرائدة لتعزيز التعافي من أمراض القلب التاجية (ENRICHD) وهي تجربة تم تمويلها من عدة مراكز المعهد القومي للقلب والرئة وتم نشرها في مجلة الجمعية الطبية الأمريكية عام (2003) أن التدخل لمدة ستة أشهر والتركيز على علاج اكتئاب المرضى، وانخفاض الدعم الاجتماعي جعل المرضى يشعرون بتحسّن، ولكن هذا التدخل لم يكن له تأثير فيما يتعلق بمنع تكرار حدوث النوبات القلبية أو الوفاة.

وفي نفس السياق أفاد تحليل التلوي الذي قام به كل من (Ben Whalley, Karen Rees, Philippa Davies, Paul Bennett, Sahah Ebrahim, Zulian Liu, Robert West, Tiffany Moxhan, David Thompson, Rod Taylol, 2011) أنه بينما وجدت مجموعة فرعية صغيرة من الدراسات التي خلصت إلى أن التدخلات النفسية لها تأثير إيجابي متواضع على الوفيات، فلم يكن هناك دليل قوي على أن مثل هذه التدخلات قللت من الحاجة إلى إجراءات الجراحية، ومخاطر تكرار النوبات القلبية القاتلة وإجمالي الوفيات.

وتشير هذه النتائج بالنسبة إلى "روبرت آلان" (Allan, R) إلى أنه ببساطة لم تتم دراسة ما يكفي من النوع الصحيح من التدخلات حتى الآن وذلك راجع إلى سبب واحد من الصعب دراسة التدخلات النفسية بنفس الطريقة التي تناول بها حبوب منع الحمل أو التدخلات الجسدية الأخرى، بالإضافة إلى ذلك فالتدخلات النفسية التي تمت دراستها موجزة للغاية بحيث لا يمكنها مواجهة ما يسميه "آلان" الجرعات الهائلة من عوامل الخطر التقليدية، كخيارات تغيير نمط الحياة الغير الصحي، والاكتئاب، والغضب، وعوامل الخطر الأخرى التي اجتمعت لدى مرضى القلب قبل تقدمهم إلى العيادة للاستشارة لدى طبيب القلب أو أثناء إدخالهم للاستعجال، ولكن دائماً هناك بوادر أمل مثل: التدخلات التجريبية من أجل نساء "ستوكهولم" المصابات بمرض القلب التاجي فخلصت الدراسة التي قامت سنة (2009) أنه هناك تأثيراً وقائياً ثلاثي الأبعاد تقريباً للتدخل النفسي المكثف الذي شمل (20) جلسة على مدار عام.

كما دعمت دراسة أجريت عام (2011) في دورية (Archives of Internal Medicine) فوائد العلاج في مساعدة مرضى القلب في دراسة الوقاية الثانوية في "اوبسالا" (Uppsala Primary Health Care) للرعاية الصحية الأولية بحيث قام الباحثون بتوزيع المرضى عشوائياً بعد الإصابة بأمراض القلب التاجية إما إلى تلقي الرعاية التقليدية، أو الرعاية التقليدية بالإضافة إلى العلاج المعرفي-السلوكي الذي يركز بشكل فردي على إدارة الضغط. وكانت هذه التدخلات في مجموعات صغيرة يقودها (20) قائد لعشرين جلسة (مدة كل جلسة ساعتان) بالإضافة إلى الواجبات المنزلية، ولقد أظهرت النتائج بعد

المتابعة أن المجموعة التي استفادت من التدخل عرفت بنسبة (45%) أقل من النوبات القلبية المتكررة، ومعدل (41%) من الأحداث القلبية الوعائية المتكررة المميّنة وغير المميّنة مقارنة بالمجموعة التي تلقت الرعاية التقليدية فقط. وفي هذا السياق تقول المختصة النفسانية الدكتورة "جونيليا بوريل" (Gunilla Burell) من قسم الصحة العامة وعلوم الرعاية في "جامعة أوبسالا" في السويد أنه كلما زاد عدد المشاركين في الجلسات كانت ردود أفعالهم أقوى، وتضيف أن التدخلات السابقة ربما لم تدم طويلاً بما يكفي لإحداث تأثير، وترى بأن هذا التدخل هو نوع من التلقيح فالأمر ليس أن يتوقف التأثير عند انتهاء العلاج بالعكس فإن التأثير يكون أكثر وضوحاً مع مرور السنين. (Clay. A Rebecca, 2013, PP.) (48-49)

4. دور الأخصائي النفسي في مصلحة أمراض القلب:

قام كل من "روبرت آلان" و"تيري بيس" و"ياسر دوري" (Allan, R., Pace M.T, & Dorri Y, 2018) بطرح تساؤل بالغ الأهمية يتمحور حول وجوب تواجد أخصائي نفسي للقلب، وكانت الإجابة لما لا؟ وذلك راجع إلى أنه يوجد إثراء فيما يخص المعطيات والبيانات التي توضح ارتباط العوامل النفسية الاجتماعية بالإصابة بأمراض القلب والشرايين التاجية، فما هي الأسباب المحتملة للاعتراض؟ علاوة على ذلك يمكن للمرضى الذين يعانون من تشخيصات أخرى من أمراض القلب الاستفادة من السند العاطفي (الانفعالي) المقدم من طرف الأخصائيين النفسيين، فمع جملة الضغوط الكثيرة التي يتعرض لها أطباء القلب في بيئة الممارسة الحالية جعل الوقت المخصص من طرفهم لمعالجة الجوانب العاطفية لهؤلاء المرضى جد ضيق والذي يمكن أن يمثل تحدياً حقيقياً لبعض المرضى.

كما أكد معظم المختصون في هذا المجال على نقطة مهمة تتجلى في أن معظم العوامل الرئيسية المسببة التي تساهم في الإصابة بأمراض القلب لها عنصر نفسي يمكن تعديله، بالإضافة إلى أن خبرة علماء النفس تُقدم مجموعة من المهارات لتكامل وتساعد على تنسيق العمل التداخلي لأطباء القلب وغيرهم من مقدمي الرعاية الصحية. ويضيف "بيس" (Pace) أن الممارسة كأخصائي نفسي للقلب هي محاولة مجزية باختصار، ونحن بحاجة إلى زيادة كل من الممارسة والتجارب السريرية بالترتيب لتؤدي ثمار هذا المجال والتغلب على الانقسام المذهل بين البحث والممارسة. (Allan, R., Pace M.T, & Dorri Y, 2018, P. 3)

وتتمثل وظيفة المختص النفسي في مصلحة أمراض القلب حسب "ماركيتي" في ثلاث نقاط هي:

- مرافقة المريض خلال اضطراب الهوية وتسهيل إعادة بنائها:

فالتعبير عن الفقد والخسائر عن طريق قياس العواقب في الحياة اليومية، ولكن أيضا ربطها وتصورها على أنّها مشتقات ملطفة (لا يمكن أن أقوم بهذا أبداً ولكن يمكن أن أقوم بذلك أو أستطيع أن أفعل مثل هذا الشيء بشكل مختلف) كما يدعم المختص النفسي ظهور طرق جديدة لإدراك الوجود، أهداف جديدة، أسباب جديدة للعيش، بمعنى قيم جديدة التي تشكل ركيزة جديدة للهوية.

- مرافقة المريض ودعمه في إعطائه معنى وتأريخه لمرضه:

تسمح للمريض بإعطائه معنى خاص لمرضه والاستماع إلى المعنى الذي يعطيه له حتى ولو كان هذا المعنى يختلف عن الذي يعطيه له الفريق الطبي. بالإضافة إلى مساعدة المريض على تسجيل مرضه في تاريخه، فإذا تمت حوصلة المرض على أنه حدث خارجي بالنسبة للفرد فإنه لا يمكنه أبداً أن يدمجه كجزء منه وبالتالي لا يستطيع أن يكيف حياته وفقاً لذلك.

- مرافقة المريض في إدارة التشوهات الحقيقية والرمزية:

اقترح تطوير العمل على جميع أنحاء الجسم، الصور والتمثيلات التي لديهم لإعادة بناء مخطط الجسم الذي يدمج الندوب وما تستحضره، بالإضافة إلى مرافقته للإصابة الرمزية للقلب والاستماع لها فيمكن للإصابة العضوية أن تكون أيضاً إصابة عاطفية.

وهكذا فيمكن للمختص النفسي من خلال وضع إطار علاجي ملائم بالسماح له بالتعبير عن قلقه، عدم راحته، وصعوباته كما يسمح له باستعادة التفكير في مرضه مع احترام آلياته الدفاعية، ويؤكد "ماركيتي" (Marchetti, 2007) بأنه من المهم أن يحترم المختص النفسي آليات الدفاع (تحديداً الإنكار والكبت) ومن الضروري أن لا يلج على العلاج النفسي أو العلائقي ويجب أن يحترمه ويمنحه الوقت الكافي. (Marchetti, E., 2007, PP 35-38)

فلا يعمل الأخصائيين النفسيين على التقليل من معدل الوفيات بأمراض القلب فقط، وإنما ينظرون للتأثير الحالات النفسية السلبية على نظام القلب والأوعية الدموية بنظرة أكثر عمقاً. (Clay. A Rebecca, 2013, P. 48)

الخاتمة:

فيعد هذا المجال من علم النفس جد مثير للاهتمام لكونه يقدم لعلماء النفس (الباحثين والممارسين) فرصة للمساعدة في التقليل من الأسباب المؤدية للوفاة والتي تمثل أيضاً مصدراً رئيسياً للعجز، فالتطور الذي يشهده بإمكانه أن يعود بالفائدة على مرضى القلب وعلى الأفراد بشكل عام إذ يوفر في الواقع بعضاً من الأدلة الأكثر اقناعاً للعلاقة بين العوامل النفسية - الاجتماعية والصحة الجسمية. ومع ذلك على الرغم من مجموع الأدلة المتزايدة حول الرابط المقترح بين القلب والعقل، فلا تزال هناك حاجة إلى استكشاف قضايا أكثر بحيث أنه بالرغم من وجود روابط بين كل من العوامل النفسية - الاجتماعية وأمراض القلب فإنه لا يزال من غير الواضح ما هي العوامل التي لها التأثير الأقوى، وكذا ما هي الأسس الفيزيولوجية لهذه العلاقات. (Barret, L.w., 1998, P. 600)

قائمة المراجع:

أ. باللغة العربية:

1. دايفيدسون كريس، ترجمة عبود مارك (2013). الذبحة الصدرية والنوبات القلبية، كتب طبيب العائلة مكتبة الملك فهد الوطنية، الطبعة الأولى، الرياض: دار المؤلف.
2. الزهراني حسن بن علي (2006). الأقدام السكرية: الوقاية والعلاج، المملكة العربية السعودية: مكتبة الملك فهد الوطنية.
3. عبد الخالق أحمد محمد، (2016). علم نفس الشخصية، الطبعة الثانية، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
4. عكة أسامة، فايز رشيد، سرور مصباح، البستاني عبد الفتاح، الخوالدة عبد الكريم، الكردي أشرف، باسل بسطامي (2008). أمراض العصر والمساءلة الطبية، بيروت: المؤسسة العربية للدراسات والنشر، الأردن: دار الفارس للنشر والتوزيع.
5. قاسم سارة (1990). حديث أمراض القلب والأوعية، الطبعة الأولى، بيروت: دار الهجرة للطباعة والنشر والتوزيع.
6. لايكور مارك، ترجمة مزبودي هنادي (2013). الكولستيرول، كتب طبيب العائلة، الطبعة الأولى، مكتبة الملك فهد الوطنية.
7. يخلف عثمان (2001). علم نفس الصحة: الأسس النفسية والسلوكية للصحة، الطبعة الأولى، دار الثقافة الدوحة، قطر: للطباعة والنشر والتوزيع.

ب. باللغة الأجنبية:

8. Allan, R, Pace M.T, & Dorri Y, (2018). Behavioral Cardiology/ Cardiac Psychology: Translating research into practice, Journal of Intergrative Cardiology, Vol. 4 (6), PP. (1-3).
9. Allan, R. & Scheidt, S, (1996). Heart & Mind: The Practice of Cardiac Psychology, Washington: American Psychological Association.

. Alvarenga, M. & Byrne, D., (2016). Handbook of Psychocardiology, Australia: Springer.

10. Barret, L.W. (1998). Why I Study...Cardiac Psychology, The Psychologist, Décembre.

11. Bruchon-Schweitzer, M. et Quintard, B. (2001). Personnalité et maladie, stress, coping et ajustement, Paris : Dunod.

12. Castaigne, A. Haziza, F. Lopes-Darmon, M.E. (1998). Cœur et cerveau, le poids des facteurs de risque est-il le même ? Les résultats des études de prévention primaire et secondaire sont-ils comparables ? Archive des Maladies du Cœur, 91, 59-63.

13. Clay. A Rebecca (2013). Minding the Heart, Monitor on Psychology, Vol. (44), N° (6), PP. (44-49).

14. Dujardin, J.J. et Cambou, J.P. (2005) : Epidémiologie de l'infarctus du myocarde, Cardiologie, Elsevier Masson SAS, 1-9.

15. Emmerich, J. (1998). Anomalies lipidiques, facteur favorisant ou agent étiologique de l'athérosclérose. Archive des Maladies du Cœur et des Vaisseaux, Vol. 91, No. 5, 13-19.

16. Hasdai, D. Behar, S. Wallentin, L. Danchi, N. Gitt, A.K. Boersma, E. and al (2002). A prospective survey of characteristics, treatments and outcome of patients with acute coronary syndromes in Europe and Mediterranean Basin. European Heart Journal, 23, 1190-201.

17. Janisse, M.P. and Duck, D. (1988). The type A behavior pattern and coronary heart disease, physiological and psychological dimension, Individual differences, stress, and health psychology, New York: Springer.

18. Kannel, W.B. Castelli, W.P. Gordon, T. Mc Namra, P.M. (1971). Serum cholesterol, lipoproteins, and risk of coronary heart disease, the Framingham study, Annals Internal Medicine, Vol.74, No. 1, 1-2.

19. Kromhout, D. Keys, A. Aravanis, C. Buzina, R. Fidanza, F. Giampaoli, S. (1989). Food consumption patterns in (1960) s in seven countries. The American Journal of Clinical Nutrition, Vol. 49, No. 5, 889-894.

20. Mc Mahon, S. Peto, R. Cutler, J. Collins, R. Sorlie, P. Neaton, J. et al (1990). Blood pressure, Stroke, and coronary heart disease, prolonged differences in blood pressure: Prospective observational studies corrected for the regression dilution bias. Part 1, Lancet, 335, 765-774.

21. Mikolajczak, M. (2013). Les interventions en psychologie de la santé. Paris : Dunod.

22. Swynghedauw, B. (2003). L'insuffisance coronarienne, maladie héréditaire ? Cardinale, 15, 4-7.

23. Tarquinio, C. Branchi, S. Brennstuhl, M.J. Costantini-Tramoni, M.L. Crocq, L. Dinet, J. Gana, K. Godard, R. K' delant, P. Lancelot, A. Lefebvre, O. et al

(2012) : Manuel de psychothérapies complémentaires, fondamentaux de la psychothérapie, approches psycho-cognitives, psychothérapies de la méditation et de la relaxation, Paris : Dunod.

24. Yusuf, S. Hawken, S. Ounpuu, S. Dans, T. Avezum, A. Lanas, F. and al (2004): Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): Case-control study, *Lancet*, 364, 937-952.