

Alicja Nasilowska-Barud

Specyfika pomocy psychologicznej u chorych z niewydolnością serca

A characterisation of psychological assistance in patients with cardiac failure

Zakład Psychologii Klinicznej Katedry i Kliniki Kardiologii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

Niewydolność serca jest zespołem spowodowanym nieprawidłową czynnością serca, której wynikiem jest względny spadek rzutu serca, wyzwalający nerkowe i neurohormonalne zmiany kompensacyjne.

Występowanie niewydolności serca w polskiej populacji wzrasta wraz z wydłużaniem się okresu życia. Coraz częściej ludzie dożywają do okresu późnej starości, a właśnie starość jest jednym z czynników usposabiających do niewydolności serca (5).

Wprowadzenie nowoczesnych metod leczenia chorób układu krążenia, przyczyniło się do wzrostu przeżycia chorych po zawale serca, po operacjach pomostowania aortalno-wieńcowego, po operacjach wad zastawkowych serca i transplantacji serca. Jednak w późniejszym okresie życia u wymienionych chorych może dojść do niewydolności serca, a zaawansowana niewydolność serca staje się przyczyną śmierci.

Niektóre przyczyny występowania niewydolności serca:

1. Niewydolność serca z powodu ostrego zawału serca tzw. (pozawałowa niewydolność serca).
2. Niewydolność serca z powodu tętniaka lewej komory serca

3. Niewydolność serca z powodu kardiomiopatii
4. Niewydolność serca z powodu wady zastawkowej
5. Niewydolność serca z powodu zaburzeń rytmu
6. Niewydolność serca polekowa
7. Niewydolność serca poalkoholowa

Objawy niewydolności serca:

Powszechnymi dolegliwościami są duszność, wymuszona pozycja pionowa przy od-dychaniu, napadowa duszność nocna, osłabienie, męczliwość, obrzęki oraz wzrost obwodu brzucha.

Dławica piersiowa może występować, jeśli chorobą leżącą u podłoża niewydolności serca jest choroba niedokrwienna serca (5).

Chorzy z niewydolnością serca trafiają do kliniki kardiologii lub oddziału kardiologii w różnym stopniu zaawansowania choroby.

U większości chorych konieczność podjęcia decyzji o leczeniu w klinice czy oddziale szpitalnym budzi lęk. Wiąże się on z poczuciem zagrożenia życia. Zwykle jeszcze choremu dodatkowo udziela się niepokój osób bliskich.

I etap wczesnej interwencji psychologicznej:

- Najczęściej chorzy zwlekają z poszukiwaniem pomocy.

- Niedoceniają objawów choroby.
- Zaprzeczają chorobę. Poprzez stosowanie mechanizmu obronnego zaprzeczania usiłują wypierać strach, niepokój i lęk. Usiłują odsunąć, oddalić sytuację stresową związaną z chorobą.
- Przeżywają liczne trudności z podjęciem decyzji o konieczności leczenia i konieczności pozostania w klinice lub oddziale szpitalnym. Dla wielu pacjentów dotychczas unikających kontaktu z lekarzem konieczność leczenia klinicznego czy szpitalnego wiąże się z przystosowaniem się do nowej sytuacji i dodatkowym wysiłkiem adaptacyjnym (7).

Wśród pacjentów z niewydolnością serca kwalifikowanych do leczenia klinicznego są chorzy po przebytych zawałach serca, po operacji pomostowania aortalno-wieńcowego (CABG), po operacjach wad zastawkowych czy transplantacji serca. Są także chorzy, których leczenie z powodu wymienionych chorób układu krążenia jest dodatkowo wspomagane stałą elektro-stymulacją. Dla pacjentów tej grupy są to kolejne pobyty w szpitalu opierające się na doświadczeniach wyniesionych z wcześniejszych procesów leczenia i kontaktów z zespołem leczącym.

Chorzy z niewydolnością serca, którzy przyjmowani są do leczenia w klinikach czy oddziałach kardiologii są w różnym stanie i w różnej sytuacji psychologicznej i społecznej.

Część pacjentów po raz pierwszy zostaje poinformowana, że dolegliwości, które odczuwają są spowodowane niewydolnością serca. Pacjenci, którzy otrzymają taką informację nie zdają sobie sprawy co oznacza niewydolność serca, ani jakie są metody leczenia i rokowanie. Po zastosowaniu intensywnego leczenia zwykle następuje poprawa stanu zdrowia. z dobrym samopoczuciem chorzy opuszczają szpital. Starają się powrócić do normalnego stylu życia, ograniczając wysiłek fizyczny. Zdarza się tak, że borykają się z wątpliwościami co do konieczności systematycznego przyjmowania leków i bycia pod stałą opieką lekarza. Pacjenci zwykle decydują się na utrzymywanie stałej kon-

troli lekarskiej po to, aby nadal utrzymywać pełną aktywność, także zawodową. Okresy dobrego samopoczucia są długie i chorzy rzadko trafiają do szpitala.

Drugą grupę stanowią chorzy u których dość często występują nasilone objawy niewydolności serca. Nasila się duszność zwłaszcza po wysiłku, pojawiają się napadowa duszność nocna, osłabienie, męczliwość i obrzęki, a zwłaszcza obrzęki kończyn dolnych. Pacjenci tej grupy znacznie częściej wymagają hospitalizacji i bardziej intensywnego leczenia. Pobyt w szpitalu jest dłuższy i wolniej następuje poprawa stanu zdrowia. Tacy pacjenci zdają sobie sprawę z zagrożenia chorobą i są lepiej zmotywowani do wszelkich proponowanych im metod leczenia (ratowania zdrowia i życia).

Kolejną grupę stanowią chorzy, u których choroba spowodowała wiele niebezpiecznych epizodów takich jak: zawał serca, bądź kolejny zawał serca, bardzo silne napady duszności z wymuszoną pozycją pionową przy oddychaniu, masywne obrzęki z dużym wzrostem obwodu brzucha i kończyn dolnych i bardzo dużym osłabieniem (utrata sił fizycznych), czy też nagłym zatrzymaniem krążenia. Tacy chorzy zwykle często trafiają do klinik i oddziałów szpitalnych. Ich pobyty są długie, a leczenie bardzo intensywne. Mimo intensywnego leczenia poprawa stanu zdrowia następuje bardzo powoli i jest ona tylko częściowa. Pacjenci tej grupy chętnie decydują się na leczenie szpitalne, zdają sobie sprawę z bezpośredniego zagrożenia życia.

Ostatnią grupą są chorzy z bardzo mocno zaawansowaną niewydolnością serca (NY-HA VI). Pacjenci przyjmują wymuszoną siedzącą pozycję ciała, utrzymuje się stała duszność, która ogranicza zdolność nawet do minimalnego wysiłku. Chory jest całkowicie zdany na opiekę personelu medycznego. Pojawiają się sinica, narastają obrzęki, początkowo kończyn dolnych potem brzucha. Pojawiają się przesięki do jamy brzusznej. Chory oddycha z pomocą aparatu tlenowego (5).

Ze względu na specyficzne funkcjonowanie osób z niewydolnością serca, pacjenci po przyjęciu do kliniki czy oddziału kardiologii powinni być objęci postępowaniem psychologicznym, sprzyjającym temu, aby skomplikowane leczenie farmakologiczne, a czasami także i inwazyjne było bardziej skuteczne.

Dlatego też w I etapie interwencji psychologicznej celem działalności będzie ukierunkowana terapia psychologiczna mająca na celu pomoc w opanowaniu strachu, zmniejszeniu napięcia emocjonalnego, głównie obniżenie poziomu niepokoju i lęku. w początkowy okresie pobytu w szpitalu rozpoczyna się zwykle bardzo intensywną diagnostykę i leczenie.

II etap interwencji psychologicznej następuje w czasie hospitalizacji. Na tym etapie celem pomocy psychologicznej jest:

- pomoc w lepszym rozumieniu siebie i choroby
- praca nad akceptacją choroby i wynikających z niej ograniczeń
- obrona przed lękiem i pesymizmem
- wypracowanie sposobów redukcji skutków stresu (7, 10).

Każda choroba, a przede wszystkim choroba serca może prowadzić do kryzysu psychicznego. Człowiek staje wówczas wobec ważnego problemu życiowego. Nie może od niego uciec ani go rozwiązać w krótkim czasie.

Kryzys emocjonalny, jest reakcją człowieka zdrowego na trudną sytuację, gdy człowiek zmaga się z problemami życiowymi okresowo przekraczającymi jego możliwości adaptacyjne. Wykorzystanie swoich dotychczasowych umiejętności rozwiązywania problemów staje się już niewystarczające. Stan taki może trwać kilka godzin, kilka dni lub tygodni i prowadzi do wypracowania nowych sposobów przystosowania (1, 4, 8).

Przyczyną kryzysu psychicznego może być ciężka choroba, a taką jest niewydolność serca.

Lęk budzi sama choroba serca, a także jej następstwa w postaci niepełno-

sprawności, inwalidztwa lub własnej śmierci.

W przeżywaniu przez pacjentów kryzysu wywołanego niewydolnością serca możemy wyróżnić następujące etapy:

- Etap odrzucenia (denial) zaprzeczania „Nie to nie może być prawda, to nie może dotyczyć mnie”, chorzy odrzucają myśli o ciężkiej chorobie serca. Pojawiają się reakcje lękowe.

- lęk (przed śmiercią, przed bólem, przed napadami duszności, przed dusznością nocną, przed niezaradnością, przed ogólnym osłabieniem (słabością).

- Następuje obniżenie nastroju (objawy przygnębienia, rozgoryczenia, niezadowolenia, duża drażliwość, zniecierpliwienie aż do objawów depresji, poczucie straty).

Najczęściej występują dwa rodzaje depresji:

1. depresja reaktywna – jako reakcja na utratę kogoś lub czegoś ważnego
2. depresja przygotowawcza poprzedzająca często traumatyczne wydarzenie, często śmierć.

Kolejnym etapem jest etap gniewu, zawiści i urazy. Gniew bywa tłumiony lub prze-niesiony na najbliższe otoczenie na rodzinę, na zespół leczący, na przyjaciół. Gniew jest reakcją emocjonalną na utratę zdrowia, a więc czegoś bardzo ważnego (ważnej wartości) i znaczącego.

Zwykle po etapie gniewu następuje etap układów i pertraktacji z losem z opatrnością, z Panem Bogiem. Chory stara się czynić Bogu i osobom bliskim obietnice dotyczące zmiany dotychczasowego zachowania, stylu życia, sądząc, że spotka go nagroda i zostanie wyleczony.

Etap akceptacji swojej ciężkiej choroby. Osoby, które zaakceptowały swoją chorobę wykazują na tym etapie poczucie równowagi emocjonalnej (uczuciowej) i spokoju. Ci, którzy nie zaakceptowali są zgorzkniali i niespokojni (7, 9, 10).

W przeżywaniu ciężkiej choroby serca pacjenci stosują mechanizmy obronne. Spośród najczęściej stosowa-

nych mechanizmów obronnych możemy wyróżnić:

1. mechanizmy typu represywnego (wyparcie, tłumienie, unikanie myśli i rozmów o chorobie, odrzucenie diagnozy lekarskiej itp.)
2. Mechanizm racjonalizacji – projekcji, przeniesienia, fantazjowanie
3. Mechanizmy typu sensorywnego – intelektualizacja, odreagowanie napięcia poprzez rozmowy, zbliżanie się do choroby poprzez zainteresowanie się nią (chory chce wszystko wiedzieć o chorobie, czyta literaturę medyczną)
4. Mechanizmy obronne w chorobach somatycznych spełniają rolę adaptacyjną:
 - pomagają w opanowaniu negatywnych emocji,
 - poprawia to komfort psychiczny chorego i umożliwia podjęcie bardziej skutecznych zachowań zdrowotnych.

Sposoby zachowania się w chorobie

1. Zachowania adaptacyjne:
 - chory stara się realnie odnieść do swojej sytuacji
 - ujawnia negatywne uczucia dzięki temu rozładowuje napięcia emocjonalne
 - w zmaganiu się z chorobą szuka pomocy lekarzy i innych osób
 - dostrzega złożoność problemu i stara się go rozwiązać etapami
 - ma świadomość zmęczenia, znużenia i potrzeby odpoczynku
 - jest aktywny w wybranych dziedzinach życia
 - kontroluje swoje uczucia
 - ocenia sytuację i zgodnie z nią dokonuje wyboru działań
 - ma motywację do dokonania zmian w swoim życiu
 - ma zaufanie do siebie i do innych oraz nadzieję, że chorobę można przezwyciężyć.
2. Zachowania nieadaptacyjne:
 - człowiek nie bada aktywnie sytuacji problemowej zaprzecza jej istnieniu
 - wywiera negatywne uczucia lub zaprzecza ich istnieniu

- pozwala sobie na dezorganizację codziennego życia
- nie potrafi panować nad sobą, znieść zmęczenia i wyczerpania (może dojść do gwałtownych wybuchów emocji)
- nie szuka pomocy u innych (u osób kompetentnych), nie akceptuje oferowanej pomocy
- reaguje na własne problemy w sposób stereotypowy i czuje się nimi przytłoczony (7, 10).

Pomoc psychologiczna i interwencja w chorobie

Każdy kryzys a zwłaszcza spowodowany niewydolnością serca wymaga interwencji i udzielenia właściwej pomocy psychologicznej.

Pomoc profesjonalna zmierza do jawnego przedstawienia problemu jakim jest choroba. Stwarza to szansę na realistyczne zmaganie się z nią (2, 3, 6).

Konieczne jest więc zwrócenie uwagi na:

1. przyczynę choroby
2. subiektywną ocenę stanu zdrowia dokonaną przez chorego
3. ocenę aktualnej fazy kryzysu, w której znajduje się chory
4. dokonanie oceny zachowań pacjenta w sytuacji choroby
5. ocenę realistycznych możliwości zmagania się chorego z problemami
6. określenie metod pomocy terapeutycznej (terapia chorego i terapia rodziny).

Formalna pomoc psychologiczna choremu z niewydolnością serca powinna dążyć do:

- udzielania wsparcia emocjonalnego
- bycia z chorym
- wzmacniania odporności psychicznej
- rozszerzenia zrozumienia sytuacji kryzysu
- dostarczenia pomocy w jego przetrwaniu

Koniecznym warunkiem jest nawiązanie kontaktu i efektywnej komunikacji. Dobry kontakt emocjonalny z osobą w kryzysie powinien opierać się na zdolności interweniującego do okazywania empatii, troski i szacunku. Działania inter-

wencyjne powinny być starannie zaplanowane i ukierunkowane, ze współudziałem chorego, a nie oddziaływaniem na chorego.

W dobrze przygotowanym planie interwencji muszą być:

- uwzględnione osoby znaczące
- zainteresowania
- pasje życiowe
- plany i dążenia
- poczucie sensu życia

Z chorym należy przepracować system wartości. Chorego należy silnie dowartościować gdyż jest on w sytuacji, w której szczególnie negatywnie widzi siebie i swoją przyszłość. Należy dostrzec sfery, których choroba nie zaburzyła, ujawnić je i przedstawić chore-mu w taki sposób by mógł odczuwać satysfakcję. Szczególnie ważną rolę w prowadzeniu interwencji kryzysowej odgrywa wsparcie społeczne tzw. sieć społeczna.

Interwencja kryzysowa związana z chorobą ma nie tylko doprowadzić do rozwiązania aktualnych problemów i wyciszenia symptomów, ale pomóc człowiekowi rozwiązać bardziej adaptacyjne sposoby zmagania się z problemami choroby i kryzysami w przyszłości – nauczyć chorego nowych sposobów zachowania się w sytuacjach trudnych (2, 3, 4, 6, 7, 10).

Mimo wysiłków całego zespołu leczącego nie zawsze udaje się uratować zdrowie i życie chorego, dlatego też celem interwencji kryzysowej jest umiejętne towarzyszenie chore-mu człowiekowi aż do momentu śmierci.

Streszczenie

Niewydolność serca jest jedną z najcięższych chorób układu krążenia. Celem pracy było przedstawienie najważniejszych problemów psychologicznych pacjentów leczonych z powodu niewydolności serca. Uwzględniono niektóre przyczyny niewydolności serca, objawy kliniczne i etapy rozwoju choroby.

Scharakteryzowano najczęściej ujawniane przez chorych reakcje emocjo-

nalne i sposoby zachowania się w chorobie.

Dokonano charakterystyki interwencji i pomocy psychologicznej udzielanej chorym na poszczególnych etapach rozwoju choroby i podejmowanego leczenia.

Słowa kluczowe: niewydolność serca, pomoc psychologiczna

Summary

Cardiac failure is one of the most severe cardiovascular diseases.

The aim of the study was to present the most important psychological problems of patients treated for cardiac failure. Account was taken of some of the causes of the disease, its clinical symptoms, and stages of its development and treatment.

A characterisation was given of emotional reactions and modes of behaviour most frequently displayed by the patients during the disease course.

A description was offered of intervention and psychological assistance given to patients at individual stages of disease development and treatment.

Keywords: heart failure, psychological support

Bibliografia

1. Caplan G.: Środowiskowy system oparcia a zdrowie jednostki. *Nowiny Psychologiczne*. 1984, 2-3, 92-115.
2. James R. K., Gilliland B.E.: Strategie interwencji kryzysowej. *Pomoc Psychologiczna poprzedzająca terapię*. Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych. Wydawnictwo Edukacyjne. Warszawa 2005.
3. Kępiński A.: *Poznanie chorego*. PZWL, Warszawa 1989.
4. Kubacka-Jasiecka D.: z problematyki interwencji w kryzysie – zagadnienia wybrane. [w:] *Oblicza kryzysu psychologicznego i pracy interwencyjnej* (red.)

- Kubacka-Jasiecka D., Lipowska-Teutsch A. Wyd. ALL, Kraków 1997.
5. Khan G.M: Choroby serca. Diagnostyka i leczenie. Urban & Partner. Wyd. Med. Wrocław 2000.
 6. Mayerscough P. R., Ford M.: Jak rozmawiać z pacjentem. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne. Gdańsk 2001.
 7. Nasiłowska-Barud A.: Choroba jako kryzys psychologiczny [w:] Kryzys interwencja i pomoc psychologiczna. Nowe ujęcia i możliwości (red.) Kubacka-Jasiecka D., Mudyń K. Wyd. Adam Marszałek. Toruń 2003.
 8. Płużek Z.: Psychologia pastoralna. Instytut Teologiczny Księża Misjonarzy. Kraków 1991.
 9. Pilecka B.: Kryzys psychologiczny. Wybrane zagadnienia. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2004.
 10. Słowik P.: Rola psychologicznej interwencji w kryzysie wywołanym chorobą somatyczną i hospitalizacją. [w:] Kryzys interwencja i pomoc psychologiczna. Nowe ujęcia i możliwości (red.) Kubacka-Jasiecka D., Mudyń K. Wyd. Adam Marszałek. Toruń 2003

Pracę poświęcam pamięci Pani doc. dr hab. n. med. Marzannie Magdoń, która chorobom układu krążenia poświęciła całe swoje naukowe życie.

Adres do korespondencji:

Alicja Nasiłowska-Barud
Zakład Psychologii Klinicznej
Katedra i Klinika Kardiologii
Akademii Medycznej w Lublinie
Al. Raławickie 1
20-950 Lublin