

PSIHOLOŠKI DEJAVNIKI PRI REHABILITACIJI BOLNIKOV PO MIOKARDNEM INFARKTU

Irena Keber, Zlata Kralj

UVOD

V zadnjih dveh desetletjih se je zelo izboljšalo poznavanje psiholoških procesov ob prebolevanju miokardnega infarkta in njihovega pomena za potek rehabilitacije. Izkazalo se je, da s klasičnimi rehabilitacijskimi programi, ki temeljijo samo na programih telesne vadbe, velikokrat ne dosežemo želenih izidov in da so pogosto psihološki dejavniki tisti, ki ovirajo okrevanje. Postalo je očitno, da je često mnogo težje doseči psihosocialno rehabilitacijo kot somatsko izboljšanje. Zato v sodobne rehabilitacijske programe vse bolj vključujejo tudi psihološko obravnavo in podporo.

PSIHOLOŠKI PROCESI OB PREBOLEVANJU MIOKARDNEGA INFARKTA IN MED OKREVANJEM

Številne raziskave so pokazale značilno časovno zaporedje psiholoških odgovorov med prebolevanjem miokardnega infarkta: zanikanje in oklevanje ob nastopu infarkta, anksioznost prve dni po infarktu, ki mu lahko sledi kratko obdobje evforije, nato ponoven nastop anksioznosti in depresije v subakutnem obdobju in kasneje nastanek kroničnih psihičnih motenj.

Akutno obdobje

Večina bolnikov, ki doživi miokardni infarkt, je slabo pripravljena na akutni dogodek in ne razpozna pravega pomena težav (1). Tako se izgublja

dragoceni čas, saj je prav v prvih urah ob nastopu infarkta največ nevarnih motenj srčnega ritma, poleg tega pa se zamuja čas za reperfuzijske koronarne postopke. Tako je povprečna zakasnitev od nastopa simptomov do prihoda v bolnišnico 3 do 5 ur, več kot polovico tega časa pa se porabi za odločanje o poti v bolnišnico. S hitrim prihodom v bolnišnico bi lahko preprečili vsaj 50 % smrti zaradi akutnega miokardnega infarkta. Vzroki za oklevanje so različni: nelagodje, da bi vznemirjali zdravnika, sram zaradi morebiti lažnega alarma ali pa zanikanje kot način reševanja tesnobe. Napačna razlaga težav in oklevanje pri iskanju zdravniške pomoči ni značilna samo za bolnike, ki so doživeli prvi miokardni infarkt, pač pa tudi za tiste, pri katerih gre za ponovni infarkt (2). Zato je pomembno, da se o tem pogovorimo z bolnikom, ki je prebolel infarkt, in z družinskimi člani in jih seznanimo s pravilnim postopkom ob sumu na ponovni infarkt. Najbolje je, da jim napišemo jasna navodila, kako naj ukrepajo ob pojavu bolečine v prsih.

Ob sprejemu v bolnišnico je v prvih 24 urah prevladujoč psihološki odziv anksioznost, ki traja pri več kot polovici bolnikov še drugi in tretji dan po sprejemu v bolnišnico (3). V tem obdobju bolniki zelo potrebujejo psihološko podporo, moramo pa jim tudi razložiti, kaj se dogaja z njimi in zakaj. Tako lahko anksioznost omilimo, vplivamo pa tudi na dolgotrajne psihološke prilagoditve in celoten potek rehabilitacije (4,5). Zato je koristno, da se rehabilitacija prične čimbolj zgodaj.

Anksioznost je najbolj izrazita v prvih dneh prebolevanja infarkta. Ko pa se klinično stanje uravna in se bolniki ne počutijo več življenjsko ogrožene, anksioznost mine in lahko nastopi celo kratko obdobje eforije. Sledi mu ponovno obdobje depresije, ko se pojavi strah pred dolgotrajnimi posledicami bolezni. Raven anksioznosti se tik pred odpustom povzpne spet na raven, ki je bila prisotna ob sprejemu. Prevladujoče čustvo je strah pred novim miokardnim infarktom, pojavijo pa se tudi skrbi zaradi izgube službe in zaradi slabšanja ekonomskega stanja, zlasti pri mlajših bolnikih in fizičnih delavcih. Vsaj 40% do 60 % bolnikov doživlja v akutnem obdobju klinično pomembno anksiozno in depresivno stanje (6). Tega se moramo dobro zavedati, saj večinoma bolniki to pred zdravstvenim osebjem prikrivajo, vendar pa je potreba po psihološki podpori in dobri informiranosti v tem obdobju zelo velika. Bolniki želijo vedeti, kako hudo je prizadeto njihovo srce, zanima jih, kako je s telesno aktivnostjo in njenim vplivom na srce, kako naj ravnajo v nujnih okoliščinah in kako naj živijo, da bi preprečili ponovni infarkt. Želijo podatke o prognozi in kdaj se bodo lahko vrnili v normalno življenje. V tem obdobju pa so prizadeti tudi družinski člani, ki prav tako potrebujejo pomiritev in nasvete ter podatke, kako naj ravnajo z bolnikom po odpustu (7).

Rekonvalescenca

Po odpustu iz bolnišnice je pri večini bolnikov prisotna anksioznost in depresija (6). Gre za normalen odziv na hudo bolezen, ki je ogrožala njihovo življenje. O tem moramo seznaniti bolnikovo družino, tako da lažje prebrodijo težave ob prihodu bolnika v domače okolje. Šele sedaj večina bolnikov svoja doživljanja tudi pokaže. Mnogi so vzdražljivi in vzkipljivi, čustveno labilni, nekateri obtožujejo svoje najbližje, da so krivi za njihovo bolezen, trpinčijo okolico in zahtevajo, da se jim vsi prilagajajo. Zakonski partnerji doživljajo v tem obdobju prav tako velik stres. Bojijo se zapletov bolezni, pogosto jih mučijo občutki krivde, do bolnikov so pretirano zaščitniški in jim tako otežkočajo vračanje v normalno življenje. Tako bolnika kot njegove sorce moramo že pred odpustom iz bolnice pripraviti na ta psihološka stanja, saj na ta način olajšamo to obdobje bolezni.

Drugi možni psihološki odziv ob odpustu je minimalizacija oziroma zanikanje bolezni, ki se pojavlja pri približno četrtini bolnikov (8). Pri nekaterih gre za tako pretirano reakcijo, da celo ne verjamejo, da so preboleli srčni infarkt, in dvomijo o potrebi nadaljnega zdravljenja. Pri nekaterih se zanikanje kaže tako, da takoj po odpustu začno z intenzivnimi telesnimi aktivnostmi. Kako tako obnašanje vpliva na preživetje, ni jasno. Vsekakor pa pomeni hud psihološki stres za zakonskega partnerja. Nekateri smatrajo zanikanje kot koristen obrambni mehanizem, ki bolnikom pomaga pri premagovanju problemov. Tak odziv naj bi zmanjšal umrljivost, pospešil okrevanje in izboljšal dolgoročno psihosocialno prilagajanje. Zmerna raven zanikanja pri dobro informiranem bolniku je koristna kratkoročna strategija za premagovanje težav. Predstavlja pa problem, če vodi do odklanjanja zdravljenja in sekundarnih preventivnih ukrepov. Kadar se soočamo z visoko stopnjo odklanjanja, je treba vedeti, da bolnika ne bomo pridobili, če ga bomo neprestano opozarjali, kaj vse slabega se mu lahko zgodi. Boljši način je, da poudarimo pozitivne koristi sprememb.

Kronične psihične motnje

Leto dni po prebolelem miokardnem infarktu potrebuje psihiatrično pomoč 20% do 35 % bolnikov zaradi klinično izražene anksioznosti in depresije (6, 9). Najboljši čas, da odkrijemo bolnike, pri katerih se bodo razvile kronične duševne motnje, je med 6. in 12. tednom po infarktu (10,11). Približno dve tretjini bolnikov, ki so anksiozni po 3 mesecih po infarktu, ima enake psihične motnje tudi po enem letu. Zato je koristno, da v rekonvalescenci ocenimo psihično stanje. To lahko naredimo dokaj enostavno s pomočjo vprašalnikov

za določanje depresije in anksioznosti (12). Bolniki se običajno na tako psihološko testiranje dobro odzovejo, intervencije pa so lahko zelo enostavne, mnogokrat lahko razrešimo probleme že samo s pogovorom. Kadar gre za zelo izražene duševne motnje, je potrebna strokovna pomoč psihologa ali psihiatra.

Psihološko zdravje je izjemno pomembno in je treba poskrbeti, da bolnikom tudi v tem smislu pomagamo. Psihološke motnje zmanjšujejo kvaliteto življenja in delovno sposobnost (13,14) ter pomembno vplivajo na preživetje (15-17). Tako je neka raziskava pokazala, da je 5-letna umrljivost po akutnem miokardnem infarktu pri močno depresivnih bolnikih več kot 50%, kar je trikrat več kot pri nedepresivnih bolnikih (17).

Po infarktu se pogosto pojavljajo težave, ki smo jih nekoč označevali kot nevrocirkulatorno astenijo oziroma srčno nevrozo (18). Bolniki s takimi motnjami se pretirano opazujejo in so prestrašeni že zaradi nepomembnih težav, zlasti pa pretirano reagirajo na različne senzacije v prsnem košu. Iščejo vedno nove in nove simptome in to končno pripelje do vedno hujše tesnobe in vse večje nesposobnosti za vsakodnevno življenje. Ker se ne počutijo zdrave, se izogibajo telesnim aktivnostim. Zato se jim zmanjša telesna kondicija, postajajo utrujeni in to razlagajo kot odraz bolezni. Tako je krog sklenjen.

Pri večini bolnikov se prekomerna usmerjenost na lastno telo počasi izgubi, pri nekaterih pa se težave stopnjujejo in lahko privedejo do paničnih atak. Simptomi ob paničnih atakah so lahko zelo podobni kot ob infarktu, kar je za te bolnike zelo neugodno, saj ne morejo preceniti resnosti težav. Pogosto vodijo panične atake do urgentnih sprejemov v bolnišnico. Taki bolniki povzročajo zdravnikom hude preglavice, pogosto je težko tudi zdravnikom razločiti, kdaj gre za psihološke dejavnike in kdaj dejansko za organsko bolezen. Vsekakor pa pogoste napotitve v bolnišnico, ki se izkažejo za nepotrebne, kažejo, da gre za psihološko povzročene težave. Glavni napovedovalec ponovnih sprejemov v bolnišnico po infarktu niso organske težave, pač pa stopnja anksioznosti in depresije ob odpustu, slabo poznavanje življenjskega stila, ki naj bi varovalo pred infarkt, in število predhodnih sprejemov (19).

Pri mnogih bolnikih se po infarktu zmanjša kvaliteta življenja. Večinoma temu niso vzrok telesne posledice infarkta, ampak duševno stanje in pa tudi druge spremembe v bolnikovem življenju, kot je izguba delovnega mesta, manjša delovna sposobnost, okrnjeno udejstvovanje v različnih dejavnostih, seksualni in zakonski problemi.

Psihološka prilagoditev, vračanje na delo in vključevanje nazaj v skupnost so bolj odvisni od tega, kako bolnik zaznava svoje zdravje, kot pa od dejan-

skega zdravstvenega stanja. Ni dvoma, da pomeni preboleti miokardni infarkt hudo preizkušnjo, ki močno vpliva na to, kako bolnik zaznava svoje zdravje. Tako je v neki študiji po infarktu svoje zdravje označilo kot dobro le 21 % bolnikov, pred infarktoma pa 67 % (20). Tak pogled traja lahko še dolgo. Tudi dobra telesna zmogljivost jih pogosto ne prepriča, da niso resneje bolni. Torej sami programi telesne vadbe ne zadostujejo za dolgotrajno dobro psihološko prilagoditev (21). Posebno so k takemu načinu reakcije nagnjene osebe, ki so pred infarktoma svojo tesnobo reševale s pretiranim delom. Za take bolnike postane glavni razlog čustvenih problemov, če jim priporočimo, naj delajo manj in zmerno. Taki bolniki si pogosto zdravnikove nasvete in tudi obnašanje povsem napačno razlagajo, kar še pripomore k anksioznosti in neustreznemu zaznavanju lastnega zdravja.

Delazmožnost

Kljub napredku pri zdravljenju miokardnega infarkta, ki je zelo izboljšalo prognozo teh bolnikov, so pri bolnikih po prebolelem miokardnem infarktu še vedno velik problem dolgotrajna bolniška odsotnost, velika stopnja invalidnosti in zmanjšanje delazmožnosti, kar predstavlja za družbo velik ekonomski problem. Raziskave v razvitih zahodnih državah kažejo, da se na delo vrne 60% do 90 % bolnikov (22, 23) po bolniški odsotnosti, ki traja 60 do 90 dni, med temi, ki so se zaposlili, pa se jih veliko predčasno upokoji. Za našo državo podatkov za zadnje obdobje nimamo, po izkušnjah pa je bolniška odsotnost in stopnja delanezmožnosti in invalidnosti še večja kot v razvitih državah. Pri nekaterih so razlogi za delanezmožnost objektivni, kadar gre za poklice, kjer je potrebno brezhibno zdravje (npr. piloti ali vozniki težkih vozil). Tudi fizični delavci s težkim fizičnim delom se ponavadi ne vrnejo na svoje delovno mesto. Zelo pogosto pa so vzrok delanezmožnosti duševne motnje in socialni dejavniki in ne bolezen srca (24). Obstaja velika povezanost med stopnjo anksioznosti in depresije in vračanjem na delo. Pomembne pa so tudi socialne okoliščine, ko bolnik zaradi bolezni izgubi prejšnje delovno mesto, novega pa mu ni moč najti. Že zgodaj med potekom rehabilitacije moramo ugotoviti, kakšen je bolnikov odnos do dela, si postaviti realne cilje glede zaposlitve in mu nato pomagati, da se ponovno zaposli na ustreznem delovnem mestu.

Družinski in partnerski odnosi

Prebolevanje srčnega infarkta ne pušča duševnih posledic samo pri bolniku, ampak močno vpliva na duševno stanje partnerja in odnose v družini. Pogosto bolnikov partner doživlja še hujši čustveni pretres, kar po drugi

strani vpliva tudi na psihični izid pri bolniku samem. Pri tem so predhodni zakonski in družinski odnosi izjemno pomembni za kasnejše psihične prilagoditve (25). Prve tedne po dogodku pride do manjših motenj v zakonskih odnosih praktično pri vseh bolnikih, če pa ti problemi vztrajajo še kasneje, je potrebna pomoč psihologa in zakonsko svetovanje. Včasih je glavni problem preveč zaščitniški odnos partnerja do bolnika.

Težave s spolnostjo

Težave s spolnostjo so po infarktu pogoste, različne razskave so pokazale, da se pojavljajo pri 10 % do 60% bolnikov (26, 27). Vzroki so psihološki in fiziološki. Bolniki navajajo kot vzrok zanje utrujenost, strah, zmanjšan libido, nastop bolečine v prsih in erektilno disfunkcijo. Motnje v spolnosti se pojavljajo tudi pri ženskih bolnicah. Te težave so lahko deloma pogojene z zdravili: motnje v ejakulaciji in impotenco povzročajo različni antihipertenzivi in diuretiki, zelo številne probleme povzročajo beta blokatorji. Pogosto je težko ločevati fiziološke od psiholoških vzrokov spolnih težav. Po odstranitvi zdravil pogosto težave ne prenehajo, ker so se vpletli psihološki dejavniki. Številni bolniki in njihovi partnerji se bojijo spolnih odnosov, strah jih je nenadne smrti ob spolnem odnosu. O spolnih problemih bolniki ne govorijo radi, zato je koristno, da pogovor o tem spodbudi zdravstveno osebje. Naloga rehabilitacijske ekipe je, da bolnika pouči, da so različni strahovi pred spolnimi odnosi neutemeljeni in da je ponovna spolna aktivnost pri večini bolnikov možna in varna.

Priporočila za psihološko obravnavo med rehabilitacijo po miokardnem infarktu

Psihološka podpora bi se morala pričeti že v akutnem obdobju takoj po sprejemu v bolnišnico in se nadaljevati v akutnem in rekonvalescentnem obdobju. Vanjo bi morali zajeti tudi bolnikovega zakonskega partnerja in najbližje svojece. Že med zgodnjo rehabilitacijo bi morali razčistiti z bolnikovimi zmotnimi predstavami o srcu, pri tem pa paziti, da ne bi zdravstveno osebje nehote povzročilo zmotnega mišljenja o bolezni. Bolnike moramo na razumljiv način poučiti o bolezni, o načinu življenja, ki varuje pred ponovitvijo bolezni in se pogovoriti o njegovih bojznih in strahovih, ki jim preprečujejo vračanje v normalno življenje. Bolnike in njihove družine moramo pripraviti na možne psihološke posledice in jim dati praktične nasvete, kako naj rešujejo probleme in kako naj se obnašajo ob morebitnih zapletih. V poteku rekonvalescence moramo z bolnikom in svoji izdelati načrt, kako se bo bolnik vrnil k prejšnjim aktivnostim. Zelo koristno je, da imajo bolniki v rekonvalescenci po odpustu

iz bolnišnice možnost posvetov s člani rehabilitacijskih ekip za razreševanje nastalih problemov.

Psihološka podpora bi morala biti del celovite rehabilitacije, saj z njo dosežemo hitrejše vračanje v normalno življenje, vplivamo pa tudi na preživetje (28). Pri večini bolnikov za tako podporo ne bomo potrebovali psihologa oziroma psihiatra, ampak jo lahko nudijo zdravniki in sestre, ki bolnika obravnavajo v akutnem obdobju in v rekonvalescenci med rehabilitacijo. Pri hujših psihičnih motnjah pa je potrebna pomoč psihologa ali psihiatra. Med metodami so se za psihološko rehabilitacijo po infarktu uveljavile različne relaksacijske tehnike, tehnike za premagovanje stresa, vedenjsko kognitivna terapija, svetovanje in psihoterapija (29).

LITERATURA

1. Greene WA, Moss AJ, Goldstein S. Delay, denial and death in coronary heart disease. V: Eliot RS (ed). *Stress and the heart*. Mount Kisco, NY: Futura 1974: 123-44.
2. Doehrman SR. Psycho-social aspects of recovery from coronary heart disease: a review. *Soc Sci Med* 1977; 11: 199-218.
3. Cay EL, Vetter N, Philip A, Dugard P. Psychological status during recovery from an acute heart attack. *J Psychosom Res* 1972; 16: 425-35.
4. Hase S, Douglas A. Effects of relaxation training on recovery from myocardial infarction. *Aust J Adv Nurse* 1987; 5: 18-26.
5. Guzetta CE. Effects of relaxation and music therapy on patients in a coronary care unit with presumptive acute myocardial infarction. *Heart Lung* 1989; 18: 609-16.
6. Schleifer SJ, Macari-Hinson MM, Coyle DA et al. The nature and course of depression following myocardial infarction. *Arch Intern Med* 1989; 149: 1785-9.
7. Orzeck SA. Comparison of patients and spouses: needs during the post hospital convalescence phase of myocardial infarction. *J Cardiopulmonary Rehabil* 1987; 7: 59-65.
8. Almeida D, Wenger NK. Emotional responses of patients with acute myocardial infarction to their disease. *Cardiology* 1982; 69: 303-9.
9. Lloyd GG, Crawley RH. Psychiatric morbidity after myocardial infarction. *QJ Med* 1982; 51: 33-42.
10. Mayou R. Prediction of emotional and social outcome after a heart attack. *J Psychosom Res* 1984; 28: 17-25.

11. Stern MJ, Pascal L, McLoone JB. Psychosocial adaptation following an acute myocardial infarction. *J Chron Dis* 1976; 29: 513-26.
12. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983; 67: 361-70.
13. Spertus JA, Winder JA, Dewhurst TA et al. Monitoring the quality of life in patients with coronary artery disease. *Am J Cardiol* 1994; 74: 1240-44.
14. Steffens DC, O'Connor CM, Jiang WJ et al. The effect of major depression on functional status in patients with coronary artery disease. *J Am Geriatr Soc.* 1999; 47: 319-22.
15. Ludwig KH, Kieser M, Konig J et al. Affective disorders and survival after acute myocardial infarction. *Eur Heart J* 1991; 12: 959-64.
16. Frasure-Smith M, Lesperance F, Talajič M. Depression and 18 month prognosis after acute myocardial infarction. *Circulation* 1995; 91: 999-1005.
17. Barefoot JC, Helms MJ, Mark DB et al. Depression and long-term mortality risk in patients with coronary artery disease. *Am J Cardiol* 1996; 78: 613-7.
18. Lewin B. Psychological factors in cardiac rehabilitation. V: Jones D, West R (eds). *Cardiac rehabilitation*. BMJ Publishing Group, London 1995; 83-108.
19. Allison TG, Williams DE, Miller TD et al. Medical and economic costs of psychologic distress in patients with coronary artery disease. *Mayo Clin Proc* 1995; 70: 734-42.
20. Maeland JG, Havik OE. Self-assessment of health before and after a myocardial infarction. *Soc Sci Med* 1988; 27: 597-605.
21. O'Rourke A, Lewin B, Whitecross S, Pacey W. The effects of physical exercise training and cardiac education levels of anxiety and depression in the rehabilitation of coronary artery bypass graft patients. *Int Disabil Stud* 1990; 12: 104-6.
22. Smith GR, O'Rourke DF. Return to work after a first myocardial infarction: a test of multiple hypothesis. *J Am Med Assoc* 1988; 259: 1673-7.
23. Rost K, Smith R. Return to work after an initial myocardial infarction and subsequent emotional distress. *Arch Intern Med* 1992; 152: 381-5.
24. Shanfield SB. Return to work after myocardial infarction: a review. *Heart Lung* 1990; 19: 109-17.
25. Waltz M, Badura B, Pfaff H, Schott T. Marriage and the psychological consequences of a heart attack: a longitudinal study of adaptation to chronic illness after 3 years. *Soc Sci Med* 1988; 27:149-58.
26. Kolman PBR. Sexual dysfunction and the post-myocardial infarction patient. *J Cardiac Rehabil* 1984; 4: 334-340.

27. Dhabuwala CB, Kumar A, Pierce JM. Myocardial infarction and its influence on male sexual function. *Arch Sex Behav* 1986; 15: 499-504.
28. Maes S. Psychosocial aspects of cardiac rehabilitation in Europe. *Br J Clin Psychol* 1992; 31: 473-83.
29. Frasure-Smith N, Price R. Long-term follow-up of the ischaemic heart disease life stress monitoring program. *Psychosom Med* 1989; 51: 485-513.