

Zespół stresu pourazowego u pacjentów po zawale serca — przegląd badań

Justyna Mróz

Zakład Psychologii Instytutu Pedagogiki i Psychologii Uniwersytetu Jana Kochanowskiego w Kielcach

Streszczenie

Zawał serca wiąże się z wieloma konsekwencjami — zarówno dla zdrowia fizycznego, jak i psychicznego. W niniejszym przeglądzie badań wykazano, że jednym z problemów jest zespół stresu pourazowego (PTSD), który uniemożliwia dalsze efektywne leczenie i podjęcie prewencji wtórnej, niezbędnej dla pozytywnego rokowania. (Folia Cardiologica Excerpta 2009; 4, 4: 200–203)

Słowa kluczowe: zespół stresu pourazowego, zawał serca

Artykuł redakcyjny — str. 197

Wstęp

Zespół stresu pourazowego (PTSD, *posttraumatic stress disorder*) został włączony do klasyfikacji DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition*) w 1980 roku. Zespół ten określa się jako „efekt wydarzenia, w toku którego jednostka doświadczyła, była świadkiem lub w inny sposób została narażona na konfrontację z zagrożeniem śmiercią lub ciężkimi obrażeniami (własnymi lub innych osób) i w tej sytuacji przeżyła intensywny strach, bezradność, przerażenie” [1]. Wiele badań poświęconych PTSD zajmuje się ekstremalnymi wydarzeniami, takimi jak: wojny, naturalne katastrofy (powódź, trzęsienie ziemi), gwałt, wypadek samochodowy. Jednak wydarzeniem, które może się przyczynić do rozwoju PTSD, może być również doświadczenie choroby jako stanu lub wydarzenia zagrażającego bezpośrednio życiu, na przykład zawału serca, wylewu czy udaru mózgu. Zagrażająca życiu choroba jako wydarzenie, które może się

przyczynić do rozwoju, została włączona do diagnozy PTSD w 1994 roku (DSM-IV).

Zespół stresu pourazowego a choroba somatyczna

Początek niektórych chorób somatycznych (np. zawału serca, udaru, krwotoku) może być nagły i nieoczekiwany, a ponadto bezpośrednio zagrażać życiu. Innym przykładem może być diagnoza chorób zagrażających w sposób bezpośredni życiu (np. zakażenie wirusem HIV, nowotwór). Wiadomość o takich chorobach może być szokująca dla pacjenta.

Problem doświadczania PTSD może dotyczyć takich obszarów medycyny, jak kardiologia (zawał serca, zatrzymanie akcji serca), kardiochirurgia (transplantacja serca, wszczepienie by-passów), położnictwo i ginekologia (aborcja, poronienie, poród), anestezjologia (problem ogólnego znieczulenia) czy onkologia [2].

W badaniach przedstawionych przez Lis-Turlejską [3] zagrażająca życiu choroba jako zdarzenie traumatyczne wystąpiła u 12% badanych osób. Uzyskano wysoki współczynnik korelacji między zagra-

Adres do korespondencji: Mgr Justyna Mróz, Uniwersytet Jana Kochanowskiego, Instytut Pedagogiki i Psychologii, Zakład Psychologii, ul. Krakowska 11, 25–029 Kielce, tel. (0 41) 349 67 25, faks (0 41) 349 67 26, e-mail: justyna_mroz@wp.pl

zającą życiu chorobą a nasileniem objawów PTSD [w Skali Wpływu Zdarzeń (IES, *Impact of Event Scale*) — $r = 0,36$; $p < 0,001$].

Zespół stresu pourazowego a problemy kardiologiczne

Problemy kardiologiczne należą do najczęstszych problemów zdrowotnych. Choroby układu sercowo-naczyniowego zajmują ciągle pierwsze miejsce wśród przyczyn śmierci w naszym kraju. Choroba niedokrwienna jest w Polsce bardzo poważnym problemem, choruje na nią około miliona mieszkańców naszego kraju, spośród których u około 100 000 rocznie stwierdza się zawał serca.

Postęp w zakresie leczenia chorób związanych z problemami kardiologicznymi, zwłaszcza choroby niedokrwiennej serca, jest znaczny. Jednak powszechność problemu skłania, poza działaniami profilaktycznymi, do zajęcia się również sytuacją i funkcjonowaniem pacjentów po zawale serca. W literaturze psychologicznej dotyczącej osób ze schorzeniami kardiologicznymi przeważają badania nad sposobem radzenia sobie z tą sytuacją oraz czynnikami sprzyjającymi lepszemu funkcjonowaniu w chorobie [4–6].

Zespół stresu pourazowego a choroby układu sercowo-naczyniowego — przegląd badań

Badania dotyczące związku między chorobami układu sercowo-naczyniowymi a PTSD są coraz liczniejsze. W tabeli 1 przedstawiono niektóre z nich.

Powszechność występowania zespołu stresu pourazowego u osób po zawale serca

W pięciu raportach z badań dotyczących częstości występowania PTSD u osób po zawale serca określa się ją na 7–22% [7–11]. Rozpiętość wyników nie jest duża, różnice mogą wynikać z zastosowanych narzędzi i czasu, po jakim zostały wykonane badania. Badania Pedersen-Schmitt i wsp. [10] wykonano w okresie 4–6 tygodni po zawale i w tym przypadku aż 22% pacjentów miało objawy PTSD. Najczęściej badania przeprowadzano 3 miesiące po zawale serca [7, 11]. Można więc przypuszczać, że osoby po zawale serca mogą również doświadczać zespołu ostrego stresu (*acute stress disorder*) [12].

Czynniki ryzyka wystąpienia zespołu stresu pourazowego u osób po zawale serca

Jednym z czynników wpływających na występowanie PTSD jest depresyjność oraz lęk [8, 10, 12];

im wyższy wskaźnik depresyjności, tym większe prawdopodobieństwo wystąpienia PTSD. Ponadto wysoki poziom negatywnych i niski poziom pozytywnych emocji może sprzyjać występowaniu objawów PTSD u osób po zawale serca [7, 8, 11]. Whitehead i wsp. [11] podają dodatkowo wrogość jako jeden z czynników korelujących z występowaniem PTSD. Inne czynniki to między innymi neurotyzm (który może się wiązać z poczuciem lęku) i wsparcie społeczne [8, 10].

Bennett i wsp. [7] badali osoby po pierwszym zawale serca, wśród których 68 przeszło badania w szpitalu, a 39 (57%) badano dodatkowo po 3 miesiącach po zawale. W pierwszym badaniu, 2–3 dni po zawale, wykorzystano między innymi *Impact of Events Scale* (IES Horowitza), *Global Mood Scale* (GMS) oraz *Cognitive Appraisal Questionnaire* (CAQ). Podczas drugiego badania, które przeprowadzono 3 miesiące po zdarzeniu, badani otrzymali w sposób pośredni pocztą, a niektórzy e-mailem komplet testów. W analizie wykorzystano IES, GMS oraz Skalę Potraumatycznego Stresu (PDS, *Posttraumatic Diagnostic Scale*), autorstwa Foa i wsp. [13]. Prezentowane wyniki pokazują zależności między poszczególnymi zmiennymi. Trzy miesiące po zawale tylko 3 uczestników badań uzyskało w teście PDS wynik pozwalający na kliniczne zdiagnozowanie znaczącego poziomu objawów PTSD w tym czasie. Interesujące też są wstępne wnioski dotyczące różnic między kobietami i mężczyznami. Choć w drugim badaniu uczestniczyło tylko 9 kobiet, rezultaty zarówno w skali IES, jak i w teście PDS pokazują, że kobiety unikają przypomnień o własnym zawale częściej niż mężczyźni. Jednym z założeń badań było to, że wraz z upływem czasu objawy PTSD się nasilają. Wiklund i wsp. [14] zauważyli w swoich badaniach, że rok po zawale serca więcej niż co trzeci pacjent częściej analizuje swoje kardiologiczne przeżycia i aż 74% badanych martwiło się stanem swojego serca.

Bennett i wsp. [8] przedstawiają kolejne badania, w których wzięło udział 69 mężczyzn i 20 kobiet po zawale serca. Badania przeprowadzano po zawale podczas pobytu w szpitalu oraz ponownie, 3 miesiące później. Podczas badań w szpitalu użyto następujących kwestionariuszy: CAQ (badającego emocjonalną i poznawczą odpowiedź na zawał serca), IES, *DUKE Social Support Questionnaire* (DSSQ) (badającego wsparcie społeczne), Szpitalnej Skali Lęku i Depresji (HADS, *Hospital Anxiety and Depression Scale*; w celu zbadania lęku i depresyjności), *Toronto Alexitymia Scale*, Skali Pozytywnego i Negatywnego Afektu (PANAS, *Positive and Negative Affect Schedule*). Podczas drugiego badania

Tabela 1. Przegląd badań

	Problem kardiologiczny	Liczba badanych	Metoda badania	Wyniki
Doerfler i wsp. [15]	Zawał serca oraz CABG	n = 50	IES	4 pacjentów z objawami PTSD
Kutz i wsp. [16]	Zawał serca	n = 100	PTSD <i>Inventory</i>	25% pacjentów z objawami PTSD, w tym 9% w stanie ostrym, a 16% z postacią przewlekłą
Stoll i wsp. [17]	CABG oraz AVR	n = 80	PTSS-10	15% pacjentów z objawami PTSD
Bennett i wsp. [7]	Zawał serca	n = 68 [T1 (pierwszy) — po zawale w szpitalu n = 39 (57%) (T2 — po 3 miesiącach)]	T1 — IES, GMS, CAQ T2 — IES, GMS, PDS	U 7% pacjentów po 3 miesiącach zdiagnozowano PTSD
Shemesh i wsp. [18]	Zawał serca	n = 102 6–12 miesięcy po zawale (śr. 14,4 miesiąca)	IES, SCL-90-R oraz przestrzeganie zaleceń lekarskich	9,8% pacjentów uzyskało wysokie wyniki w skali IES
Bennett i wsp. [8]	Zawał serca	n = 75 bezpośrednio po zawale i 3 miesiące później	T1 — IES, CAQ, DSSQ, HADS, TAS, PANAS T2 — PDS, IES, HADS	16% pacjentów z PTSD
Pedersen i wsp. [10]	Zawał serca	n = 112 4–6 tygodni po zawale	PDS, <i>Trauma Symptom Checklist</i> , EPQ	U 22% pacjentów zdiagnozowano PTSD
O'Reilly i wsp. [9]	Zawał serca oraz zatrzymanie pracy serca	Obie grupy po 27 osób; 3–18 miesięcy po zdarzeniu	PDS oraz SCID, HADS	19% pacjentów z zatrzymaniem pracy serca oraz 7% z zawałem serca
Whitehead i wsp. [11]	ACS	n = 91 bepośrednio po i 3 miesiące po ACS	HADS (lęk), BDI (depresja), LOT (optymizm)	14% (13) osób z PTSD, różnią się statystycznie od pozostałych, m.in. w skali BDI, wrogości

ACS (*acute coronary syndrome*) — ostry zespół wieńcowy; AVR (*aortic valve replacement*) — operacja zastawki tętniczej; CABG (*coronary artery bypass grafting*) — operacja pomostowania aortalno-wieńcowego; BDI (*Beck Depression Inventory*) — Inwentarz Depresji Becka; CAQ — *Cognitive Appraisal Questionnaire*; DSSQ — *DUKE Social Support Questionnaire*; EPQ (*Eysenck Personality Questionnaire — Revised Short-Scale*) — Kwestionariusz Osobowości Eysencka, zmodyfikowana skrócona skala; GMS — *Global Mood Scale*; HADS (*Hospital Anxiety and Depression Scale*) — Szpitalna Skala Lęku i Depresji; IES — *Impact of Event Scale*; LOT (*Life Orientation Test*) — Test Orientacji Życiowej; PTSS-10 — 10-itemowa skala *Post Traumatic Stress Syndrome*; PANAS (*The Positive and Negative Affect Schedule*) — Skala Afektu Pozytywnego i Negatywnego; PDS (*Posttraumatic Diagnostic Scale*) — Pourazowa Skala Diagnostyczna; PSS-SR — *Posttraumatic Symptom Scale-self-report version*; PTSD *Inventory* — Inwentarz PTSD; SCID (*Structured Clinical Interview for DSM-IV*) — Ustrukturyzowany Wywiad Kliniczny; SCL-90-R — *The Symptoms Checklist-90 — Revised*; TAS — *Toronto Alexithymia Scale*

ponowiono ocenę przy użyciu HADS i IES oraz PDS. U 16% osób po 3 miesiącach od zawału serca stwierdzono objawy PTSD. Pacjenci 3 miesiące po zawale serca uzyskiwali statystycznie niższe rezultaty w skalach HADS (lęk) oraz IES (intruzje); w skalach HADS (depresyjność) oraz IES (unikanie) wyniki nie różniły się statystycznie.

W badaniach Pedersen-Schmidt i wsp. [10] wzięło udział 112 osób (4–6 tygodni po zawale) oraz grupa kontrolna licząca 115 osób zdrowych; z grupy kontrolnej wykluczono pacjentów, którzy cierpieli na choroby kardiologiczne lub inne, zagrażające życiu, jak na przykład nowotwór czy zakażenie wirusem HIV. W badaniach wykorzystano między innymi PDS, *Trauma Symptom Checklist* badającą

lęk i depresyjność, a także — w celu oceny neurotyzmu i ekstrawersji — skróconą wersję Kwestionariusza Osobowości Eysencka. U 25 (22%) pacjentów i u 8 (7%) osób z grupy kontrolnej zdiagnozowano PTSD. Objawy PTSD miało 3-krotnie więcej osób po zawale serca niż w grupie kontrolnej. Zarówno w grupie osób po zawale, jak i kontrolnej depresyjność oraz neurotyzm miały związek z diagnozą PTSD, u osób po zawale z PTSD wiązał się również lęk.

O'Reilly i wsp. [9] poddali badaniu osoby po zatrzymaniu akcji serca oraz po zawale serca bez zatrzymania jego akcji w okresie 3–18 miesięcy po zdarzeniu. Obie grupy liczyły po 27 osób i nie różniły się od siebie pod względem wieku, płci i pale-

nia tytoniu. W badaniach wykorzystano HADS, PDS, Ustrukturyzowany Wywiad Kliniczny dla PTSD (*Structured Clinical Interview for DSM IV — PTSD*) oraz IES. U 5 (19%) pacjentów, którzy doświadczyli zatrzymania akcji serca, oraz u 2 (7%) osób po zawale serca zdiagnozowano wszystkie kryteria dla PTSD w wywiadzie (SCID). U 30% osób po zatrzymaniu akcji serca stwierdzono klinicznie wysoki poziom lęku, a u 15% — wysoki poziom depresyjności. Natomiast wśród pacjentów po zawale serca bez zatrzymania jego akcji tylko 7% miało wysoki poziom lęku i 0% depresyjności.

Shemesh [13] przeprowadził wśród osób po zawale serca analizy dotyczące zależności pomiędzy nieprzestrzeganiem zaleceń lekarskich a objawami PTSD. W badaniach tych wzięły udział ostatecznie 102 osoby, przeprowadzono je 6–12 miesięcy po zdarzeniu (średnio 11,4 miesiąca po zawale). W badaniach wykorzystano między innymi IES oraz *The Symptoms Checklist-90 — Revised* (SCL-90-R), który bada 9 symptomów: somatyzację, symptomy obsesyjno-kompulsyjne, przewrażliwienie, depresyjność, lęk, wrogość, lęk fobiczny, paranoiczne wyobrażenia oraz psychotyzm. Ogólnie 9,8% badanych uzyskało wysoki wynik w IES, u 11,8% zdiagnozowano intruzję, a u 40% — unikanie. Jednocześnie wykazano, że stosowanie się do zaleceń lekarskich zmniejsza nasilenie objawów PTSD.

Wnioski

Wyniki omówionych badań pokazują, że osoby doświadczające zawału serca często nie radzą sobie z sytuacją, w której się znalazły. Dodatkowym faktem, który się do tego przyczynia, jest to, że zawał serca pojawia się nagle i niespodziewanie. Świadomość doświadczania trudności przez pacjenta jest pierwszym i podstawowym krokiem do tego, aby podjąć odpowiednie działania i pomóc mu odzyskać zdrowie zarówno fizyczne, jak i psychiczne. W polskiej literaturze brakuje informacji na temat występowania PTSD u osób po zawale serca, jest więc to obszar do dalszych badań klinicznych.

Piśmiennictwo

1. American Psychiatric Association Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Wyd. 4. D.C. Washington 1994.
2. Tedstone J.E., Tarrier N. Posttraumatic stress disorder following medical illness and treatment. *Clin. Psychol. Rev.* 2003; 23: 409–448.
3. Lis-Turlejska M. Rozpowszechnianie traumatycznych zdarzeń oraz objawów potraumatycznych w nieklinicznej próbie stu-

- dentów wyższych uczelni. W: Strelau J. red. Osobowość a ekstremalny stres. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2004: 103–113.
4. Wrześniewski K. Interakcyjny model radzenia sobie ze stresem po zawale serca. W: Wrześniewski K., Włodarczyk D. red. Choroba niedokrwienna serca. Psychologiczne aspekty zapobiegania i leczenia. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2004: 69–82.
5. Włodarczyk D. Ocena stresu a wybrane obszary psychologicznego funkcjonowania chorych po zawale serca. W: Wrześniewski K., Włodarczyk D. red. Choroba niedokrwienna serca. Psychologiczne aspekty zapobiegania i leczenia. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2004: 107–128.
6. Ostrowski T.M. Choroba niedokrwienna serca w perspektywie egzystencjalnej. W: Wrześniewski K., Włodarczyk D. red. Choroba niedokrwienna serca. Psychologiczne aspekty zapobiegania i leczenia. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2004: 151–172.
7. Bennett P., Conway M., Clatworthy J., Brooke S., Owen R. Predicting post-traumatic symptoms in cardiac patients. *Heart Lung* 2001; 30: 458–465.
8. Bennett P., Owen R., Koutsakis S., Bisson J. Personality, social context and cognitive predictors of post-traumatic stress disorder in myocardial infarction patients. *Psychol. Health* 2002; 17: 489–500.
9. O'Reilly S.M., Grubb N., O'Carroll R.E. Long-term emotional consequences of in-hospital cardiac arrest and myocardial infarction. *Br. J. Clin. Psychol.* 2004; 43: 83–95.
10. Pedersen-Schmidt S., Middel B., Laresen M.L. Posttraumatic stress disorder in first-time myocardial infarction patients. *Heart Lung* 2003; 32: 300–307.
11. Whitehead D.L., Strike P.C., Perkins-Porras L., Steptoe A. Post-traumatic stress disorder following admission for acute coronary syndromes. Prezentacja podczas Annual Conference Division of Health Psychology 'Health Psychology a positive perspective', 8–10.09.2004, Edinburgh, Wielka Brytania.
12. Bryant R.A., Harvey A.G. Zespół ostrego stresu. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2003.
13. Foa E.B., Cashman L., Jaycox L., Perry K. The validation of a self — report measure of posttraumatic stress disorder: the Posttraumatic Diagnostic Scale. *Psychol. Assess* 1997; 9: 445–451.
14. Wiklund I., Sanne H., Vedin A., Wilhelmsson C. Psychosocial outcome one year following a first myocardial infarction. *J. Psychosom. Res.* 1984; 28: 309–321.
15. Doerfler L.A., Pbert L., DeCosimo D. Symptoms of post-traumatic stress disorder following myocardial infarction and coronary artery bypass surgery. *Gen. Hosp. Psychiatr.* 1994; 185: 498–506.
16. Kutz I., Shabatai H., Solomon Z., Neuman M., David D. Post-traumatic stress disorder in myocardial infarction patients: prevalence study. *Isr. J. Psychiat. Related Sci.* 1994; 31: 411–416.
17. Stoll C., Schelling G., Goetz A.E. i wsp. Health-related quality of life and posttraumatic stress disorder in patients after cardiac surgery and intensive care treatment. *J. Thorac. Cardiovasc.* 2000; 120: 505–512.
18. Shemesh E., Rudnick A., Kaluski E. i wsp. A prospective study of posttraumatic stress symptoms and nonadherence in survivors of a myocardial infarction (MI). *Gen. Hosp. Psychiatry* 2001; 23: 215–222.