

Ból wieńcowy, mechanizmy obronne osobowości a jakość życia

prof. dr hab. Kazimierz Wrześniewski

Wyższa Szkoła Psychologii Społecznej, Warszawa



Wyniki badań przedstawione w komentowanej pracy [1] wskazują jednoznacznie, że leczenie kardiochirurgiczne wielonaczyniowej choroby wieńcowej poprawia jakość życia w o wiele większym stopniu niż leczenie zachowawcze. Dane te nasuwają pytanie, jakie jest psychologiczne podłoże tych różnic.

Autorzy artykułu wykazali, że u pacjentów leczonych metodą pomostowania aortalno-wieńcowego (CABG) nastąpiła wyraźna redukcja objawów dławicowyj piersiowej, większa niż u leczonych zachowawczo. Wydaje się, że właśnie tu tkwi klucz do psychologicznej interpretacji otrzymanych wyników. Wiąże się to bowiem ściśle ze stosowanymi w sytuacjach stresowych mechanizmami obronnymi osobowości [2]. Choroba niedokrwiennej serca ma niewątpliwie wszystkie właściwości sytuacji stresowej – utrudnia realizację codziennych zadań, pociąga za sobą zagrożenie fizyczne, psychiczne i społeczne, utrudnia bądź uniemożliwia zaspokojenie potrzeb [5]. W sytuacjach stresowych, w tym również w chorobie niedokrwiennej serca, ludzie stosują mechanizmy obronne osobowości, które pomagają w redukowaniu lęku i zachowaniu pozytywnej samooceny. Wśród różnych mechanizmów obronnych szczególną rolę u osób z chorobą niedokrwiennej serca odgrywa wyparcie [3, 5]. Polega ono na usuwaniu ze świadomości nieprzyjemnych faktów lub myśli [2]. W zależności od intensywności tego mechanizmu oraz etapu leczenia, konsekwencje mogą być różne. Niewielkie wyparcie stosowane przez pacjentów, którzy kończą hospitalizację, może być pomocne w sprawnej adaptacji do życia domowego i zawodowego, przy jednoczesnym realizowaniu zaleceń lekarskich. Z drugiej strony intensywne wyparcie, które w krańcowej formie może wyrażać się zaprzeczaniem (*denial*), negacją wystąpienia choroby [3, 4], mimo że sprzyja bardzo dobrej jakości życia, to w dłuższej perspektywie jest niekorzystne lub wręcz niebezpieczne dla chorego. Osoby takie nie akceptują rozpoznania lekarskiego, nie stosują się do koniecznych ograniczeń i nie prowadzą właściwego trybu życia, co może być powodem nawrotów choroby [5].

Wystąpienie silnego bólu wieńcowego przełamuje jednak wszelkie mechanizmy obronne osobowości pacjen-

ta. Ból jest bowiem bodźcem bezwarunkowym wywołującym lęk. Jednocześnie ból wpływa negatywnie na wszystkie wymiary jakości życia. Z jednej strony powoduje ograniczenia aktywności ruchowej, a tym samym pogarsza jakość życia w wymiarze fizycznym. Ograniczenia te i wywołany przez ból lęk rzutują na pogorszenie funkcjonowania psychicznego jednostki. Ból wieńcowy utrudnia wykonywanie zadań domowych i zawodowych, a tym samym wpływa negatywnie na pełnienie dotychczasowych ról społecznych – pogarsza wymiar społeczny jakości życia. Z tego też względu pacjenci z chorobą niedokrwiennej serca, u których pojawiają się częste dolegliwości wieńcowe, mają gorszą jakość życia [6–8].

Przypuszczenia te znajdują potwierdzenie w wynikach przedstawionych w komentowanej pracy [1]. U pacjentów z wielonaczyniową chorobą wieńcową leczonych CABG po 12 miesiącach stwierdzono, w porównaniu z chorymi leczonymi zachowawczo, większą redukcję objawów dławicowych (ocenianych zgodnie z wytycznymi CCS) i jednocześnie poprawę na wszystkich płaszczyznach jakości życia, badaną za pomocą SF-36 v 2.

Piśmiennictwo

1. Kręcki R, Drożdż J, Szcześniak P, et al. Quality of life in high-risk patients with stable multivessel coronary artery disease treated either medically or with coronary artery bypass graft surgery – 12-month follow-up. *Kardiologia Polska* 2010; 68: 22-30.
2. Grzegołowska-Klarkowska H. Mechanizmy obronne osobowości. PWN, Warszawa 1986.
3. Guzowska M. Represyjny styl radzenia sobie ze stresem a postawa wobec choroby u osób po zawale serca. In: Wrześniewski K, Włodarczyk D (eds.). Choroba niedokrwiennej serca. Psychologiczne aspekty leczenia i zapobiegania. GWP, Gdańsk 2004; 129-48.
4. Hackett TM, Cassem NH. Development of a quantitative rating scale to assess denial. *J Psychosom Res* 1974; 18: 93-100.
5. Wrześniewski K. Psychologiczne problemy chorych z zawatem serca. PZWL, Warszawa 1986.
6. Karlsson I, Rasmussen C, Ravn J, et al. Chest pain after coronary artery bypass: relation to coping capacity and quality of life. *Scand Cardiovasc* 2002; 36: 41-7.
7. Brorsson B, Bernstein SJ, Brook RH, et al. Quality of life of chronic stable angina patients 4 years after coronary angioplasty or coronary bypass surgery. *J Int Med* 2001; 249: 47-57.
8. Kawecka-Jaszcz K, Klocek M, Tobiasz-Adamczyk B (eds.). Jakość życia w chorobach układu sercowo-naczyniowego. Termedia, Poznań 2006.