

Opinia ekspertów Asocjacji Niewydolności Serca Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego i Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego dotycząca postępowania z chorymi z niewydolnością serca i wybranymi zaburzeniami psychicznymi (depresja, zaburzenia lękowe, zaburzenia snu, majaczenia)

Agnieszka Pawlak¹, Agata Bielecka-Dąbrowa^{2,3}, Tomasz Dzierżanowski⁴, Paweł Holas⁵, Izabela Jaworska^{6,7}, Jolanta Kolasa⁸, Anna Tomaszuk-Kazberuk⁹, Anna Mierzyńska¹⁰, Andrzej Muszela¹¹, Robert Pudło¹², Joanna Rymaszewska¹³, Piotr Sobański^{14,15}, Dominika Dudek¹⁶

Recenzenci: Jerzy Samochowiec¹⁷, Agnieszka Tycińska¹⁸, Małgorzata Lelonek¹⁹

¹Klinika Kardiologii, Państwowy Instytut Medyczny MSWiA, Warszawa

²Klinika Kardiologii i Wad Wrodzonych Dorosłych, Instytut Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi

³Zakład Kardiologii Prewencyjnej i Lipidologii, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

⁴Kliniki Medycyny Paliatywnej, Warszawski Uniwersytet Medyczny

⁵Katedra Neuropsychologii Klinicznej i Psychoterapii, Uniwersytet Warszawski

⁶Katedra i Klinika Kardiologii, Transplantologii, Chirurgii Naczyniowej i Endowaskularnej SUM w Katowicach, Śląskie Centrum Chorób Serca w Zabrzu

⁷Oddział Medycyny Paliatywnej, Szpital św. Kamila, Tarnowskie Góry

⁸Przychodnia Zdrowia Psychicznego, Państwowy Instytut Medyczny MSWiA, Warszawa

⁹Klinika Kardiologii, Lipidologii i Chorób Wewnętrznych z OINK, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

¹⁰Klinika Kardiologii, Wojskowy Instytut Medyczny — Państwowy Instytut Badawczy, Warszawa

¹¹Katedra Katolickiej Nauki Społecznej, Uniwersytet Papieski Jana Pawła II w Krakowie

¹²Zakład Psychoprowfilaktyki Katedry Psychiatrii Wydział Nauk Medycznych w Zabrzu, Śląski Uniwersytet Medyczny

¹³Katedra Neuronauki Klinicznej, Politechnika Wrocławska

¹⁴Palliative Care Station und Kompetenzzentrum, Spital Schwyz, Schwyz, Szwajcaria

¹⁵Katedra i Klinika Kardiologii, Gdański Uniwersytet Medyczny

¹⁶Katedra Psychiatrii i Klinika Psychiatrii Dorosłych, Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków

¹⁷Katedra i Klinika Psychiatrii, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie

¹⁸Klinika Kardiologii i Chorób Wewnętrznych z Oddziałem Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

¹⁹Zakład Kardiologii Nieinwazyjnej, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Adres do korespondencji:

prof. dr hab. n. med.
Agnieszka Pawlak,
Klinika Kardiologii,
Państwowy Instytut
Medyczny MSWiA,
ul. Wołoska 137,
02-507 Warszawa,
e-mail: agnieszka.pawlak@
cskmswia.gov.pl
Copyright © by the Polish
Cardiac Society, 2024

STRESZCZENIE

Najczęstsze choroby psychiczne u pacjentów z niewydolnością serca (HF, *heart failure*) to depresja, zaburzenia lękowe i zaburzenia snu, a u chorych hospitalizowanych majaczenia. U pacjentów z rozpoznaną HF depresja i stany lękowe wiążą się ze zwiększoną częstością hospitalizacji i śmiertelnością z powodu HF. Znacząca większość osób z HF zgłasza gorszą jakość snu i/lub objawy bezsenności, które wiążą się ze zmniejszeniem wydolności wysiłkowej i sprzyjają zwiększeniu ryzyka rozwoju HF. Majaczenie występuje zazwyczaj w przebiegu ostrej HF, najczęściej jako majaczenie hiperaktywne, cechujące się zwiększoną aktywnością ruchową, zmiennością nastroju, pobudzeniem oraz zachowaniem agresywnym. Wystąpienie majaczenia u pacjentów z ostrą HF pogarsza rokowanie.

Podstawowe mechanizmy patofizjologiczne łączące zaburzenia psychiczne z HF to między innymi: stres oksydacyjny, pobudzenie układu współczulnego oraz zaburzenia regulacji układu immunologicznego. W diagnostyce zaburzeń psychicznych wykorzystuje się zwalidowane skale i kwestionariusze zaakceptowane przez Polskie Towarzystwo Psychiatryczne, a także Europejskie Towarzystwo Psychiatryczne. Podstawowe leki przeciwdepresyjne to leki należące do grupy selektywnych inhibitorów wychwytu zwrotnego serotoniny (SSRI, *selective serotonin reuptake inhibitors*), selektywnych inhibitorów wychwytu zwrotnego serotoniny i noradrenaliny (SNRI, *serotonin and norepinephrine reuptake inhibitors*) oraz leki o innych mechanizmach działania. Oprócz farmakoterapii do wykorzystania pozostają między innymi interwencje psychologiczne i psychoterapeutyczne, psychoedukacja, trening radzenia sobie ze stresem i trening relaksacyjny oraz opieka duchowa. W przypadku istnienia złożonych potrzeb należy rozważyć dołączenie opieki paliatywnej na każdym etapie życia z chorobą, a nie tylko u schyłku życia. Wyzwaniem pozostaje nadal leczenie majaczeń, szczególnie u starszych hospitalizowanych pacjentów.

Niniejsza opinia określa kompetencje kardiologów i psychiatrów w leczeniu zaburzeń psychicznych u chorych z HF oraz wskazuje sposoby aktywizacji i zaangażowania w leczenie samych chorych. Rozpoznanie zaburzeń psychicznych i zrozumienie ich natury jest niezbędne do podjęcia właściwego leczenia i poprawy rokowania chorych z HF.

WSTĘP

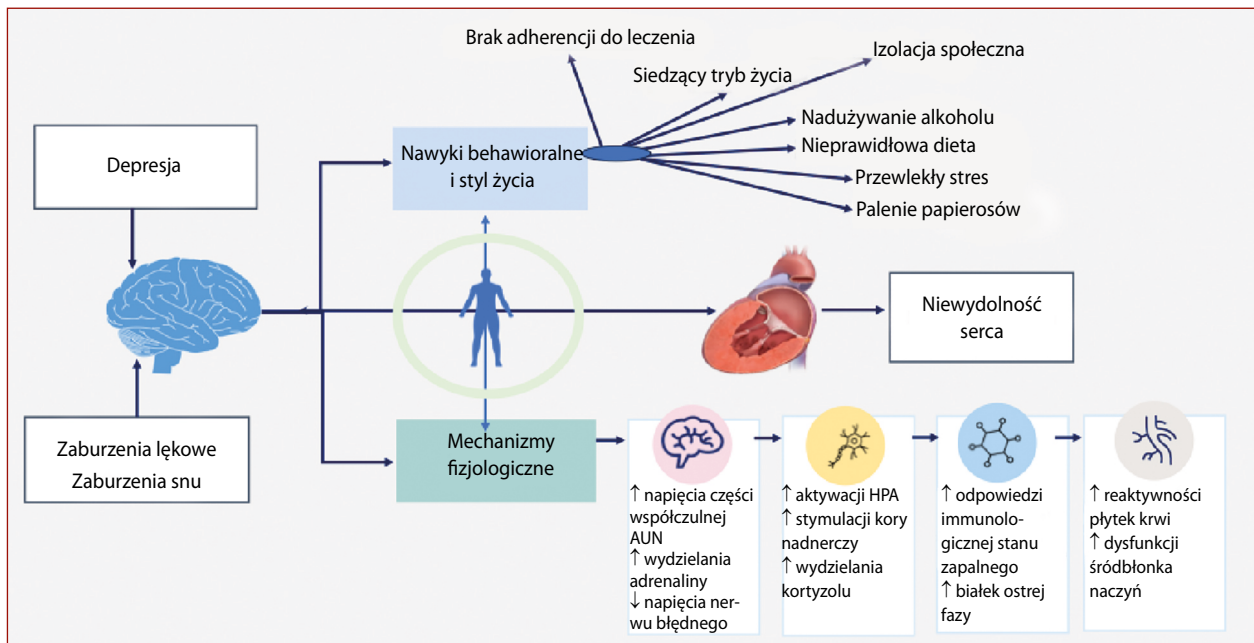
Niewydolność serca (HF, *heart failure*) jest zespołem chorobowym, który dotyka 1%–2% populacji i obejmuje około 64 mln osób na całym świecie. Częstość rozpoznania HF systematycznie wzrasta, ze względu na starzenie się populacji oraz z powodu coraz lepszego i skuteczniejszego leczenia wielu chorób układu krążenia [1, 2]. Śmiertelność pozostaje wysoka pomimo postępu w leczeniu — około 50%–75% pacjentów z HF umiera w ciągu 5 lat od diagnozy [1]. Niewydolność serca wiąże się również z pogorszeniem jakości życia, a także częstymi hospitalizacjami i wysokimi kosztami opieki zdrowotnej [1–3]. Szacuje się, że w Polsce na HF choruje około 1,3 mln osób. Ze wszystkich krajów Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD, *Organisation for Economic Cooperation and Development*) w Polsce notuje się największą liczbę hospitalizacji z powodu HF [4].

U pacjentów z HF często występują zaburzenia psychiczne, które przynoszą negatywne konsekwencje zdrowotne i sercowo-naczyniowe. Depresja i zaburzenia lękowe to najczęstsze schorzenia psychiczne u pacjentów z HF [3]. Ponadto pacjenci z HF często skarżą się na zaburzenia snu i/lub bezsenność, a u osób starszych występują również majaczenia somatyczne.

Depresja występuje u 42% pacjentów z HF, a u połowy z nich stwierdzana jest w stopniu ciężkim [5]. Częściej

występuje u kobiet. Depresja wiąże się z o 32% większym ryzykiem zgonu oraz z o 19% większym ryzykiem zdarzeń sercowo-naczyniowych [5]. Nawet do 50% pacjentów z HF rozwija zaburzenia lękowe, zwykle uogólnione zaburzenia lękowe (GAD, *generalized anxiety disorder*), rzadziej zespół stresu pourazowego (PTSD, *post-traumatic stress disorder*) i zespół lęku napadowego, a u prawie 30% pacjentów stwierdza się klinicznie istotny poziom lęku. Współwystępowanie depresji i lęku u chorych z HF przyczynia się do istotnego obniżenia jakości życia, zwiększenia ryzyka nieefektywnego leczenia kardiologicznego, zwiększenia liczby ponownych hospitalizacji i śmiertelności [6–8]. Co istotne, ciężkie zaburzenia depresyjne są nie tylko jednym z możliwych następstw HF, ale również mogą być czynnikiem przyczyniającym się do wystąpienia tej choroby. Obecność lęku może zmniejszać skuteczność leków przeciwdepresyjnych i prowadzić do trwałej depresji [3].

Aż 73% chorych z HF zgłasza gorszą jakość snu, a wielu z nich ma słabą ciągłość snu (34%–43% badanych), problemy z zasypianiem (23%–47%) i zbyt wczesnym budzeniem się rano (35%–39%). Często występują również objawy bezsenności, które wiążą się z upośledzeniem sprawności funkcjonalnej, w tym zmniejszeniem wydolności wysiłkowej, skróceniem dystansu w teście 6-minutowego marszu (6MWT, *6 minute walk test*) i mniejszą samooceną



Rycina 1. Patofizjologiczne zależności pomiędzy zaburzeniami psychicznymi a rozwojem niewydolności serca
AUN, autonomiczny układ nerwowy; HPA (*hypothalamic-pituitary-adrenal axis*), oś podwzgórze–przysadka–nadnercza

sprawności fizycznej [9, 10]. Wykazano również, że wiążą się one ze zwiększonym ryzykiem rozwoju HF [11].

W badaniach częstość występowania majaczenia u pacjentów z ostrą niewydolnością serca (AHF, *acute heart failure*) oceniano na 17%–27% [12–13]. Majaczenie charakteryzuje się zaburzeniami świadomości i występuje zazwyczaj we wczesnej fazie AHF, możliwe jest jednak pojawienie się majaczenia w stosunkowo późniejszej fazie AHF, po 10 dniach i później. U ponad 80% pacjentów z AHF majaczenie jest hiperaktywne, ze zwiększoną aktywnością ruchową, towarzyszącą zmiennością nastroju, pobudzeniem oraz zachowaniami agresywnymi. Rokowanie pacjentów z AHF i majaczeniem jest gorsze niż u pacjentów bez majaczenia [13].

Pomimo istotnego, niekorzystnego wpływu stanów lękowych i depresji oraz zaburzeń snu zarówno na wystąpienie, progresję, jak i efekty leczenia HF, są one nadal niedostatecznie diagnozowane i leczone w tej grupie chorych.

MECHANIZMY PATOFIZJOLOGICZNE PODSTAWOWYCH ZABURZEŃ PSYCHICZNYCH

Występowanie zaburzeń psychicznych, takich jak depresja i zaburzenia lękowe, jest ściśle powiązane z patofizjologią HF [14]. Wyższe ryzyko HF u chorych z zaburzeniami psychicznymi może wynikać z wielu wzajemnie przenikających się procesów patologicznych, takich jak: zwiększony stres oksydacyjny, zmiany metaboliczne spowodowane stylem życia, zaburzenie równowagi autonomicznego

układu nerwowego (AUN), zmiany w gospodarce hormonalnej i układzie immunologicznym (ryc. 1).

Wyniki badań wskazują, że zaburzenia psychiczne prowadzą do zwiększonego stresu oksydacyjnego i aktywacji procesów zapalnych, które to procesy odgrywają kluczową rolę w rozwoju HF [15]. Zwiększona produkcja reaktywnych form tlenu (ROS, *reactive oxygen species*) w HF przyczynia się do progresji choroby. Pomimo tego normalna aktywność enzymów antyoksydacyjnych jest zachowana, co sugeruje rozregulowanie równowagi między produkcją ROS a antyoksydacyjnymi mechanizmami obronnymi [16].

Wykazano zależność między zaburzeniami psychicznymi a stylem życia, definiowanym przez niezdrową dietę, palenie papierosów i brak aktywności fizycznej, które wpływają na rozwój chorób sercowo-naczyniowych (CVD, *cardiovascular disease*) [17]. Wyniki badań wskazują, że nadmierne spożycie napojów słodzonych cukrem jest czynnikiem ryzyka wystąpienia objawów depresyjnych [18].

Zaburzenia psychiczne, zaburzając równowagę autonomicznego układu nerwowego, wpływają negatywnie na funkcjonowanie układu sercowo-naczyniowego [19]. Wysokie ryzyko CVD obserwowane krótko po zdiagnozowaniu zaburzeń psychicznych może sugerować bezpośredni wpływ aktywacji podwzgórze indukowanego stresem na zmiany w części współczulnej układu nerwowego. Aktywacja układu współczulnego może prowadzić do wzrostu ciśnienia krwi, tachyarytmii lub zmniejszenia zmienności rytmu serca [19]. Patofizjologiczne procesy występujące w stresie mogą się przyczyniać do zwiększenia

niestabilności elektrycznej serca, niedokrwienia mięśnia sercowego, pęknięcia blaszki miażdżycowej i zwiększonej gotowości prozakrzepowej [20].

Niektóre leki przeciwdepresyjne i psychotropowe wykazują działanie hipertensyjne oraz niosą ryzyko powikłań związanych z wydłużeniem odstępu QTc [21, 22].

Depresja charakteryzuje się podwyższonym stężeniem wskaźników zapalnych, takich jak białko C-reaktywne (CRP, *C-reactive protein*), interleukina-6 (IL-6) i fibrynogen. Ich podwyższone stężenie koreluje ze zwiększonym ryzykiem rozwoju CVD i może się przyczyniać do zwiększonej podatności na HF u osób z depresją [23–24].

DIAGNOSTYKA RÓŻNICOWA ZABURZEŃ PSYCHICZNYCH U CHORYCH Z NIEWYDOLNOŚCIĄ SERCA

Prawidłowe rozpoznanie zaburzeń depresyjnych bywa trudne ze względu na mało typowy obraz choroby u pacjentów z przewlekłymi chorobami somatycznymi, w tym z HF. Wśród objawów dominują zmęczenie, wyczerpanie, bezsenność, brak apetytu, spadek aktywności, obawy o przyszłość, obniżenie libido. Rzadko natomiast występują niska samoocena, poczucie winy, płaczliwość, myśli samobójcze i głębokie przygnębienie. Łagodne nasilenie depresji i dominacja objawów somatycznych skłaniają lekarzy do przypisywania złego samopoczucia raczej stanowi fizycznemu pacjentowi i zażywanych lekom [25]. Rozpoznawanie depresji musi się opierać na badaniu chorego, kontakcie z nim oraz wnikliwej ocenie jego stanu psychicznego i problemów psychologicznych. Warto się również posłużyć powszechnie stosowanymi skalami (np. Kwestionariusz Zdrowia Pacjenta-9 [PHQ-9, *Patient Health Questionnaire-9*]), mierzącymi nasilenie objawów depresyjnych. Należy przy tym pamiętać, że jest to cenne, ale jedynie pomocnicze narzędzie do oceny stanu psychicznego, a uzyskana punktacja nie upoważnia do postawienia diagnozy, a tym bardziej do planowania strategii terapeutycznej.

Oprócz depresji również lęk stanowi poważny problem u osób z HF [26]. Obecność lęku utrudnia choremu dostosowanie się do trudnej sytuacji wynikającej z występowania choroby przewlekłej, wiąże się z gorszą jakością życia oraz z większymi trudnościami w przyswajaniu sobie zaleceń lekarskich, a także spowalnia postępy rehabilitacji po przebyciu ostrego epizodu kardiologicznego. Lęk odczuwany przez chorych ze schorzeniami kardiologicznymi jest predyktorem większego nasilenia objawów choroby podstawowej i — w konsekwencji — większego stopnia upośledzenia czynnościowego. Oceniając stopień nasilenia lęku u pacjentów z chorobami somatycznymi, należy przykładać szczególną wagę do relacji samych chorych, ponieważ objawy podmiotowe uważane za „wykładniki” lęku (np. częstość akcji serca lub ciśnienie tętnicze) nie są miarodajne u osób z chorobami sercowo-naczyniowymi [27].

PRZESIEWOWA DIAGNOZA ZABURZEŃ PSYCHICZNYCH U OSÓB Z NIEWYDOLNOŚCIĄ SERCA I SKALE SAMOOPISOWE

Diagnoza obecności i nasilenia objawów psychopatologicznych u osoby z HF powinna się opierać na wywiadzie klinicznym i obserwacji chorego. Jednak kontekst leczenia i kontaktu z pacjentem, szczególnie w warunkach ambulatoryjnych lub przy braku specjalisty z obszaru zdrowia psychicznego w zespole, często uniemożliwia pełną ocenę stanu psychicznego pacjenta. W takiej sytuacji wskazane jest wykorzystanie pytań diagnostycznych i skal samoopisowych o charakterze przesiewowym. Skale te pozwalają na zidentyfikowanie pacjentów, u których występuje nasilenie o symptomów wskazujących na obecność trudności psychologicznych i skierowanie ich do kompleksowej oceny stanu psychicznego. Obecnie istnieje kilka kwestionariuszy pełniących funkcję przesiewową w obszarze zaburzeń nastroju i zaburzeń lękowych oraz zaburzeń snu. Skale te mają dobre właściwości psychometryczne, co pozwala na rzetelną i trafną identyfikację osób wymagających dodatkowej opieki psychologicznej lub specjalistycznej diagnozy psychiatrycznej i ewentualnego włączenia farmakoterapii. Przy doborze odpowiedniego narzędzia wskazane jest korzystanie z wersji zaadaptowanych do polskiej populacji.

Ocena objawów depresji

Zgodnie z aktualnymi rekomendacjami towarzystw naukowych i klinicznych, takich jak Europejskie Towarzystwo Kardiologiczne czy brytyjski NICE (*National Institute for Health and Care Excellence*), oraz w nawiązaniu do wytycznych Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego i rekomendacji opracowanych w ramach realizacji programu zapobiegania depresji w Polsce na lata 2016–2020, finansowanego przez Ministra Zdrowia, warto podkreślić, że regularnie powtarzana przesiewowa ocena stanu psychicznego stanowi ważny element opieki zdrowotnej, zwłaszcza wobec osób z przewlekłymi chorobami somatycznymi, w tym z HF [28–31].

W kontakcie z osobą, u której mogą występować objawy depresji, dokumenty te sugerują wykorzystanie dwóch niżej wymienionych pytań odnoszących się do objawów depresyjnych:

1. Czy w ciągu ostatniego miesiąca często byłeś zaniepokojony z powodu swojego przygnębienia, depresyjnego nastroju lub poczucia beznadziei?
 2. Czy w ciągu ostatniego miesiąca przeszkadzało ci odczuwanie zmniejszonego zainteresowania lub przyjemności podczas wykonywania różnych czynności?
- Pozwalają one na rozpoznanie istnienia symptomów obniżonego nastroju i anhedonii.

Pytania te są również zawarte w Kwestionariuszu Zdrowia Pacjenta (PHQ-2, *Patient Health Questionnaire-2*), który pacjent wypełnia w oparciu o swoje odczucia z ostatnich

2 tygodni. Jest on najczęściej rekomendowany do wykorzystania jako samoopisowe badanie przesiewowe. Jest łatwy do wprowadzenia do codziennej praktyki i schematu oceny klinicznej pacjenta z HF.

W sytuacji potwierdzenia objawów w badaniu przesiewowym warto uwzględnić wykonanie poszerzonej oceny stanu psychicznego — skierowanie pacjenta do oceny specjalistycznej lub wykorzystanie skal zawierających odniesienie do większej liczby symptomów, co pozwala na uzyskanie pełniejszego obrazu funkcjonowania psychospołecznego pacjenta. Brytyjski NICE sugeruje wykorzystanie dodatkowych 3 pytań w kontakcie z osobą chorą somatycznie i potwierdzonymi objawami z PHQ-2, które odnoszą się do poczucia własnej wartości, procesów poznawczych i myśli samobójczych. Twierdząca odpowiedź na poniższe pytania powinna skłonić do skierowania pacjenta do specjalistycznej diagnozy i opieki psychiatrycznej [29]:

1. Czy w ciągu ostatniego miesiąca czułeś się bezwartościowo?
2. Czy miałeś problemy z koncentracją uwagi?
3. Czy miałeś myśli samobójcze?

W diagnozie depresji osób z HF wykorzystuje się także inne kwestionariusze zaprezentowane w tabeli 1 [32–35]. Wśród wymienionych w tabeli najczęściej rekomendowany jest kwestionariusz PHQ-9. Jest to prosta skala samoopisowa zawierająca 9 pytań dotyczących objawów depresji oraz 1 pytanie dodatkowe dotyczące poczucia obciążenia odczuwanymi symptomami i ich wpływu na codzienne funkcjonowanie. Wynik wynoszący 5 punktów i więcej wskazuje na rosnące ryzyko epizodu depresji. Polska wersja skali PHQ-9 ma dobre właściwości psychometryczne i jest odpowiednia do wykorzystania w populacji osób dorosłych (18–60 lat). Dodatkowym atutem tego kwestionariusza jest jego dostępność w domenie publicznej, co oznacza, że do jego wykorzystania nie jest konieczne wykupienie licencji od wydawcy [34, 35].

Szpitalna Skala Lęku i Depresji (HADS, *Hospital Anxiety and Depression Scale*), pierwotnie opracowana do użytku w warunkach szpitalnych, jest samodzielnie wypełnianym kwestionariuszem do oceny nasilenia lęku (HADS-A) i depresji (HADS-D). Składa się z dwóch podskal, każda po 7 pytań ocenianych w skali od 0 punktów do 3 punktów. Wynik 8 punktów i więcej wskazuje na rosnące ryzyko zaburzeń. Skala HADS została zaadaptowana do polskich warunków zarówno u pacjentów z chorobami psychosomatycznymi [36], jak i w grupie osób z podwyższonymi wskaźnikami stresu z populacji ogólnej [37].

Ocena objawów zaburzeń lękowych

Podczas rozmowy diagnostycznej z osobą, u której mogą występować objawy zaburzeń lękowych, wskazane jest wykorzystanie 2 pytań odnoszących się do objawów nasilonego lęku:

1. Czy w ciągu ostatniego miesiąca często czułeś się podenerwowany, niespokojny lub mocno spięty?

2. Czy w ciągu ostatniego miesiąca często nie mogłeś przestać się martwić albo zapanować nad tym?

Pozwalają one na rozpoznanie możliwego istnienia symptomów zaburzeń lękowych u pacjenta.

Pacjent udziela odpowiedzi na pytania, opierając się na swoich odczuciach z ostatnich 2 tygodni. Twierdzące odpowiedzi na pytania powinny skłonić do skierowania pacjenta do poszerzonej oceny stanu psychicznego, opieki psychiatrycznej lub psychologicznej. Obecnie dostępne kwestionariusze pozwalające na ocenę objawów nasilonego lęku i zaburzeń lękowych zostały zaprezentowane w tabeli 1 [33, 34]. Wśród dostępnych w Polsce skal w diagnozie pacjentów somatycznych najczęściej rekomendowana jest skala Kwestionariusz Lęku Uogólnionego (GAD-7, *Generalized Anxiety Disorder*). Kwestionariusz GAD-7 to skala zawierająca 7 pytań, służących do oceny poziomu lęku, a także oceny ryzyka występowania zespołu lęku uogólnionego. Pytania zawarte w kwestionariuszu umożliwiają ocenę poczucia lęku, napięcia, zdenerwowania, zamartwiania się, a także możliwości kontrolowania tych uczuć oraz problemów z odprężaniem się. Twierdzące odpowiedzi na pytania umożliwiają identyfikację osób wymagających dodatkowej opieki psychologicznej lub specjalistycznej diagnozy psychiatrycznej. Wynik 5 punktów i więcej wskazuje na rosnące ryzyko zaburzeń lękowych. Skala wykazuje dobre właściwości psychometryczne i jest przeznaczona do oceny nasilenia objawów lęku w populacji osób dorosłych. Kwestionariusz GAD-7 jest dostępny w domenie publicznej [34, 38].

Ocena przesiewowa zaburzeń snu

Przesiewowa ocena zaburzeń snu rzadko jest rutynowo wykonywana podczas diagnozy stanu pacjenta z HF, mimo iż zależność pomiędzy deficytami snu a stanem somatycznym i psychicznym pacjentów kardiologicznych ma istotne znaczenie kliniczne [39, 40]. Podczas badania ocenia się okres trzech tygodni wstecz (bezsennaść przewlekła). Należy zwrócić uwagę na trudności z funkcjonowaniem w ciągu dnia i poczucie wypoczęcia rano.

W ocenie zaburzeń snu w trakcie rozmowy z pacjentem można posłużyć się jednym z poniższych pytań, które są również zawarte w skali PHQ-9 jako jeden z objawów depresji:

1. Czy masz problemy ze snem?
2. Czy masz kłopoty z zaśnięciem, przerywany sen lub zbyt długi sen?

Istnieje wiele kwestionariuszy służących do oceny obecności i nasilenia objawów zaburzeń snu, zaprezentowano je w tabeli 1 [40, 41]. Spośród kwestionariuszy przesiewowych dotyczących objawów zaburzeń snu warto wykorzystać Skalę Nasilenia Bezsenności (ISI, *Insomnia Severity Index*) lub Ateńską Skalę Bezsenności (AIS, *Athen Insomnia Scale*) ze względu na ich dobre właściwości diagnostyczne oraz krótki czas potrzebny na jej wypełnienie przez pacjenta. Ateńska Skala Bezsenności zawiera 8 pytań dotyczących ilości i jakości snu oraz samopoczucia

Tabela 1. Wybrane kwestionariusze przesiewowe zaburzeń psychicznych

Rodzaj zaburzenia	Skrót nazwy	Pełna nazwa kwestionariusza
Depresja	PHQ-9	Kwestionariusz Zdrowia Pacjenta
	HADS	Szpitalna Skala Lęku i Depresji, podskala depresji
	BDI-II	Inwentarz Depresji Becka
Zaburzenia lękowe	GAD-7	Kwestionariusz Lęku Uogólnionego
	HADS	Szpitalna Skala Lęku i Depresji, podskala lęku
Zaburzenia snu	PSQI	Kwestionariusz Jakości Snu Pittsburgh
	ISI	Skala Nasilenia Bezsenności
	AIS	Ateńska Skala Bezsenności
	MMSE	Krótkie Narzędzie Przesiewowe do Oceny Otępień
Majaczenia	MOS/CAM	Metoda Oceny Splątania
	DOS	Skala Obserwacji Majaczeń według Schuurmansa

AIS (Athen Insomnia Scale), Ateńska Skala Bezsenności; BDI-II (Beck Depression Inventory — Second Edition), Inwentarz Depresji Becka — Wydanie II; DOS, Delirium Observation Scale; GAD-7 (Generalized Anxiety Disorder), Kwestionariusz Lęku Uogólnionego; HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale), Szpitalna Skala Lęku i Depresji; ISI (Insomnia Severity Index), Skala Nasilenia Bezsenności; MMSE (Mini Mental State Examination), Krótka Skala Oceny Stanu Umysłowego; MOS/CAM (Metoda Oceny Splątania/Confusion Assessment Method), skale do oceny zaburzeń świadomości; PHQ-7 (Patient Health Questionnaire-7), Kwestionariusz Zdrowia Pacjenta złożony z 7 pytań; PSQI (Pittsburgh Sleep Quality Index), Pittsburska Skala Jakości Snu

fizycznego i psychicznego [42]. Jej polska wersja językowa została zwalidowana do wykorzystania w populacji polskiej i wykazała dobre właściwości psychometryczne. Z kolei ISI zawiera 5 pytań dotyczących nasilenia problemów ze snem, wpływu zaburzeń snu na codzienne funkcjonowanie i jakość życia oraz określających stopień zamartwiania się zaburzeniami snu. Ma bardzo dobre właściwości psychometryczne [43].

Ocena przesiewowa majaczeń

W praktyce przydatne są pytania zawarte w Krótkiej Skali Oceny Stanu Umysłowego (MMSE, *Mini Mental State Examination*) stosowanej w ocenie otępienia lub Metoda Oceny Splątania (MOS), czyli polska adaptacja *Confusion Assessment Method* (CAM) stworzona jako narzędzie oceny stanu majaczenia, której można dokonać przy łóżku pacjenta i która została stworzona na użytek personelu bez wykształcenia psychiatrycznego [44]. Bardzo przydatna jest obserwacyjna skala *Delirium Observation Scale* według Schuurmansa (DOS) (interpretacja: 3 lub więcej objawów wskazuje na majaczenie) [45]. Pacjent:

1. podsypia podczas rozmowy lub aktywności;
2. łatwo się rozprasza przez bodźce zewnętrzne;
3. nie utrzymuje uwagi w konwersacji lub działaniu;
4. nie kończy pytania lub odpowiedzi;
5. podaje odpowiedzi niepasujące do pytania;
6. wolno reaguje na instrukcje;
7. myśli, że jest gdzie indziej;
8. nie wie, jaka pora dnia jest obecnie;
9. nie pamięta ostatnich zdarzeń;
10. jest niespokojny/wzbudzony/rozdergany;
11. usuwa wenflony, sondy, cewniki etc.;
12. łatwo lub gwałtownie zmienia się emocjonalnie (strach/złość/rozdrażnienie);
13. widzi i słyszy rzeczy, których nie ma.

ROZPOZNANIE WSTĘPNE I WERYFIKACJA NAJCZĘSTSZYCH ZABURZEŃ PSYCHICZNYCH U CHORYCH Z NIWYDOLNOŚCIĄ SERCA

Epizod depresyjny

Epizod depresyjny (o nasileniu łagodnym, umiarkowanym lub ciężkim) jest rozpoznawany, gdy objawy trwają co najmniej 2 tygodnie i powodują istotne zaburzenia funkcjonowania. Najczęściej zgłaszane objawy to: obniżenie nastroju, anhedonia, brak energii, wzrost męczliwości, dolegliwości somatyczne, niespecyficzne bóle „napięciowe” oraz objawy lękowe, w tym lęk wolno płynący, uogólniony. Inne objawy przedstawiono w tabeli 2.

Zaburzenie depresyjne nawracające rozpoznaje się po wystąpieniu drugiego epizodu depresji.

Dystymia to przewlekły stan subdepresyjny (objawy depresyjne mniej nasilone, okres trwania co najmniej 2 lata, bez istotnych zaburzeń funkcjonowania).

Diagnostyka (w tym różnicowa) depresji wymaga wykonania podstawowych badań laboratoryjnych, pomocnych przed wdrożeniem leczenia (morfologia, stężenie glukozy, mocznika, kreatyniny, sodu i potasu w surowicy, aktywność enzymów wątrobowych — aminotransferazy alaninowej [AlAT *alanine aminotransferase*], aminotransferazy asparaginianowej [AspAT, *aspartate aminotransferase*] i gamma-glutamylotranspeptydazy [GGTP] oraz stężenie hormonu stymulującego tarczycę [TSH, *thyroid stimulating hormone*]).

Lęk

Lęk jest emocją naturalną i jednocześnie sygnałem ostrzegawczym pozwalającym na reagowanie i zbieranie doświadczeń. Nieproporcjonalny do bodźca staje się przyczyną indywidualnego cierpienia i pogorszenia

Tabela 2. Objawy występujące u chorych z depresją, lękiem, zaburzeniami snu i majaczeniem

Rodzaj zaburzenia	Objawy	
Epizod depresyjny	Podstawowe	Obniżenie nastroju niepodlegające wpływowi wydarzeń zewnętrznych Gorsze samopoczucie rano Anhedonia — utrata odczuwania przyjemności i zainteresowań Brak energii i wzrost męczliwości, nadmierne zmęczenie
	Dodatkowe	Niska samoocena Brak szacunku dla samego siebie Poczucie winy Trudności w skupieniu uwagi Myśli rezygnacyjne i samobójcze Czasem objawy psychotyczne — urojenia hipochondryczne, winy, kary (w epizodzie ciężkim) Zmiana napędu — spowolnienie lub niepokój Zaburzenia łaknienia (brak lub nadmierny apetyt) Zaburzenia snu (zасыpiania, charakterystyczne wybudzenie 2–4 godz. wcześniej niż zwykle, z niemożnością ponownego zaśnięcia)
Lęk	Somatyczne	Bładość lub zaczerwienienie skóry, potliwość Przyspieszenie akcji serca, wzrost ciśnienia tętniczego Hiperwentylacja z uczuciem duszności Drżenia kończyn, parestezje, wzrost napięcia mięśniowego Bóle, w tym głowy, brzucha Biegunka, częstomocz
	Psychiczne	Uczucie przerażenia, zagrożenia, roztrzęsienie Lęk przed nagłą śmiercią, chorobami Wygórowane reakcje przestachu Obawy, napięcie Lęk paniczny, lęk przed kolejnym napadem i rosnąca obawa przed ich konsekwencjami Lęk uogólniony, nieustępujący, dotyczy często codziennych spraw i osób bliskich, a obawy są nieuzasadnione i nieadekwatne
Zaburzenia snu	Behawioralne	Unikanie sytuacji, w których pojawił się lęk, dążenie do jego zredukowania
	Dyssomnia	Bezsenna nieorganiczna Nieorganiczna hypersomnia Nieorganiczne zaburzenia rytmu snu i czuwania Nocna dysfunkcja oddechowaw Narkolepsja
Majaczenie	Parasomnia	Epizodyczne zaburzenia snu, z objawami występującymi w określonych fazach snu lub w trakcie częściowego lub całkowitego wybudzenia (somniaambulizm, lęki nocne, koszmary senne)
	Zaburzenia orientacji	Allopsychicznej (czasu, miejsca, sytuacji) Autopsychicznej (co do własnej osoby, osoby, w głębszych stanach)
	Zaburzenia napędu	Pod postacią pobudzenia i nadmiernej wrażliwości na bodźce Pod postacią redukcji aktywności, spowolnienia i senności (mogą występować naprzemiennie)
	Zaburzenia nastroju	Z drażliwością i chwiejnością Z przygnębieniem
	Zaburzenia spostrzeżenia	Z omamami wzrokowymi, słuchowymi, rzadziej innymi
	Zaburzenia myślenia Zaburzenia poznawcze Zmienność	Pod postacią zakłóceń toku i tempa oraz urojeń Koncentracji uwagi i ogólnej reaktywności na bodźce Zaburzenia wykonywania prostych poleceń: zrozumienia, interpretacji i adekwatności reakcji Fluktuacja objawów w ciągu doby z pogorszeniem wieczorem i w nocy

funkcjonowania. Zaburzenia lękowe przybierają różne formy: fobii (agorafobia, fobie proste i specyficzne), zaburzeń lękowych z napadami paniki, uogólnionych, związanych ze schorzeniami somatycznymi oraz związanych

z przyjmowaniem substancji psychoaktywnych. Zaburzenia lękowe (zwłaszcza napady paniki) są częstą przyczyną zgłaszania się chorych po pomoc medyczną w trybie nagłym.

Podczas badania stanu psychicznego i obserwacji zachowania pacjenta ocenia się objawy somatyczne, psychiczne i behawioralne (tab. 2).

Diagnostykę uzupełnia wywiad somatyczny i psychiatryczny oraz podstawowe badania laboratoryjne (morfologia, elektrolity, glukoza, TSH) i badanie EKG. Zaburzenia lękowe różnicuje się z zaburzeniami psychotycznymi oraz przyjmowaniem substancji psychoaktywnych (stan psychodeliczny, tzw. *bad trip* podczas stosowania substancji psychoaktywnych lub zespół abstynencyjny). Weryfikacja wstępnego rozpoznania wymaga wykluczenia wielu schorzeń somatycznych, które mogą wywoływać lęk: nadczynności tarczycy, przystarczyc, guza chromochłonnego nadnerczy, stanów hipoglikemicznych, schorzeń kardiologicznych (arytmie, zawał serca, niewydolność krążenia, wypadanie płotka zastawki dwudzielnej, nadciśnienie), neurologicznych (zaburzenia funkcji ucha wewnętrznego, padaczka), przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP), astmy, a nawet stosowania hormonów tarczycy, kortykosteroidów, leków przeciwbólowych i znieczulających, przeciwdepresyjnych oraz przeciwpсихотycznych.

Zaburzenia snu

Bezsensownością określa się zaburzenia ilości, jakości lub pory snu, z trudnościami w zasypianiu, kontynuacji snu oraz zbyt wczesnym budzeniem się, występujące co najmniej 3 razy w tygodniu przez co najmniej miesiąc, prowadzące do złego samopoczucia oraz pogorszenia codziennego funkcjonowania. Zaburzenia snu występują pod postacią dyssomni i parasomni (tab. 2).

Zaburzenia snu są najczęściej zgłaszanymi dolegliwościami, a czasami — z uwagi na ich nadmiarowość — wymagającymi zobjektywizowania.

Przydatna jest skala AIS, niemniej w procesie diagnostycznym zaburzeń snu kluczowy jest szczegółowy wywiad dotyczący stanu psychicznego (występowania zaburzeń depresyjnych, lękowych, psychotycznych), neurologicznego (m.in. udar, otępienie, choroba Parkinsona, bóle i urazy głowy, polineuropatia) oraz schorzeń i dolegliwości somatycznych (zaburzenia rytmu, choroba niedokrwienna, niewydolność krążenia, POChP, astma, choroba wrzodowa, zespół jelita nadwrażliwego [IBS, *irritable bowel syndrome*], cukrzyca, zaburzenia funkcji tarczycy, choroba reumatoidalna stawów (RZS), fibromialgia, bruksizm i inne). Należy uwzględnić potencjalny wpływ środków obniżających przekrwienie śluzówek, środków stymulujących, przeciwbólowych leków narkotycznych, leków przeciwdepresyjnych oraz kardiologicznych (szczególnie beta-adrenolityków i diuretyków). W przypadku podejrzenia bezdechu sennego lub narkolepsji wskazane jest badanie polisomnograficzne. Zrozumienie natury objawów bezsenności i ich powiązań z objawami występującymi w ciągu dnia i sprawnością funkcjonalną jest niezbędne do ukierunkowania leczenia zaburzeń snu u pacjentów z HF.

Majaczenie

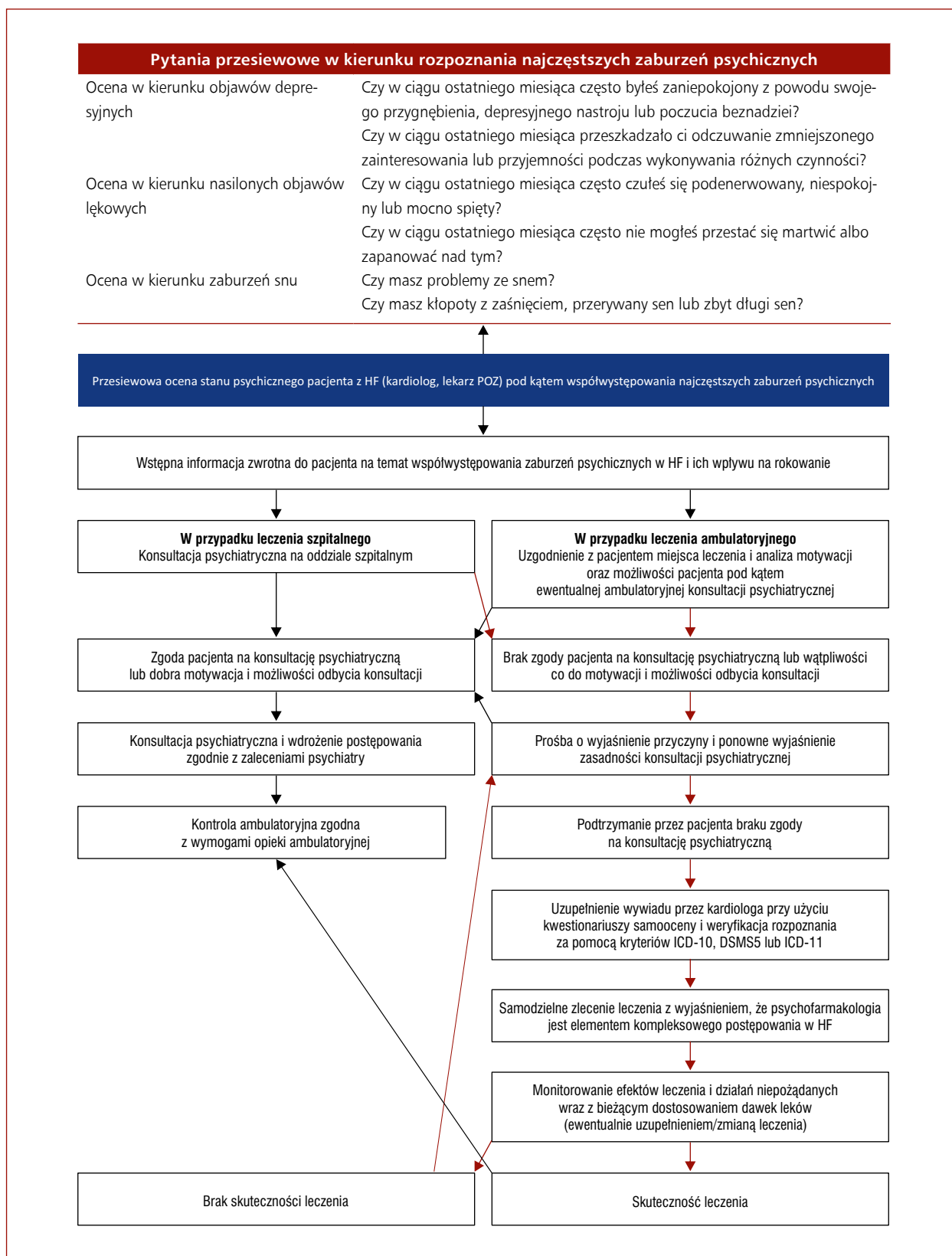
Majaczenie jest nieswoistym etiologicznie organicznym zespołem mózgowym manifestującym się zaburzeniami świadomości o różnym nasileniu i czasie trwania, zwykle o ostrym lub podostrym początku, upośledzeniem skupiania uwagi, zakłóceniami myślenia, spostrzegania i utratą umiejętności oceny bodźców z otoczenia, co skutkuje dezorganizacją mowy i funkcjonowania oraz nieadekwatnym zachowaniem. Podczas badania stanu psychicznego ocenia się charakterystyczne zaburzenia wymienione w tabeli 2.

Majaczenie wymaga różnicowania z psychozami, w tym schizofrenią, halucynozą organiczną (brak zaburzeń świadomości, występowanie objawów psychotycznych) oraz otępieniem (w przebiegu którego mogą się pojawiać epizody majaczenia) i powikłanym zespołem abstynencyjnym (pobudzenie układu wegetatywnego z potliwością, zaczerwienieniem twarzy, rozszerzeniem źrenic; wygórowanie odruchów ścięgnistych). W każdym przypadku konieczne jest przeprowadzenie badania fizykalnego, w tym neurologicznego, i pełnej diagnostyki laboratoryjnej, w tym toksykologii. W przypadku stwierdzenia objawów oponowych wykonuje się badanie płynu mózgowo-rdzeniowego, czasem przydatne w diagnostyce jest wykonanie badania na obecność metali ciężkich, w kierunku kiły, ludzkiego wirusa niedoboru odporności (HIV, *human immunodeficiency virus*), stężenia amoniaku w encefalopatii wątrobowej czy gazów krwi tętnicznej przy niedotlenieniu oraz zaburzeniu równowagi kwasowo-zasadowej oraz badań neuroobrazowych (tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny), gdy nie udało się wykryć innych przyczyn.

LECZENIE FARMAKOLOGICZNE ZABURZEŃ PSYCHICZNYCH U CHORYCH Z NIWYDOLNOŚCIĄ SERCA

Leczenie depresji i lęku w niewydolności serca

Lekarzem, który pierwszy styka się z objawami zaburzeń psychicznych u chorego z HF, jest zwykle kardiolog lub lekarz rodzinny. Do rzadkości należą sytuacje, w których chory sam szybko dostrzega początkowe objawy i zgłasza się spontanicznie do psychiatry. Co więcej, mimo narastającej świadomości znaczenia zaburzeń psychicznych chorzy często unikają psychiatrów i leczenia psychiatrycznego, szukając „alternatywnych sposobów leczenia”. Zadaniem lekarza leczącego (kardiologa lub lekarza rodzinnego) jest wczesne wykrycie zaburzeń psychicznych, a następnie samodzielne wdrożenie leczenia lub zasięgnięcie konsultacji psychiatry. Nie ma wątpliwości, że podstawowymi zasadami działania lekarza mają być rzeczowość i niezwołność. Poniżej przedstawione zostaną propozycje schematów działania w szpitalu i poradni. Większość punktów jest zbieżna, niemniej w trakcie hospitalizacji uzyskanie zarówno zgody pacjenta na szybką konsultację psychiatryczną, jak i samej konsultacji jest znacznie łatwiejsze, z czego warto skorzystać (ryc. 2).



Rycina 2. Algorytm postępowania w przypadku podejrzeń zaburzeń psychicznych u pacjentów z niewydolnością serca (HF, *heart failure*) w czasie hospitalizacji i w warunkach ambulatoryjnych

Sytuacje bezwzględnie wymagające konsultacji psychiatrycznej

Zgodnie z art. 10 Kodeksu Etyki Lekarskiej lekarz nie powinien wykraczać poza swoje umiejętności zawodowe, dlatego podstawowym (i w zasadzie jedynym) bezwzględnym wskazaniem do konsultacji psychiatrycznej jest brak pewności lekarza co do rozpoznania i leczenia [46]. Niemniej wydaje się słuszne zasięgnięcie porady psychiatry w przypadkach skomplikowanych diagnostycznie (np. przy podejrzeniu zaburzeń dwubiegunowych lub objawów psychotycznych), przy trudnościach w wykluczeniu myśli samobójczych, u kobiet ciężarnych i karmiących oraz u pacjentów wcześniej nieskutecznie leczonych psychiatrycznie. W przypadku zagrożenia życia pacjenta z powodu myśli samobójczych konieczna jest hospitalizacja.

Wybór leku psychotropowego

Bezpieczeństwo stosowania leków przeciwdepresyjnych. Wyniki obszernych metaanaliz wykazały bezpieczeństwo stosowania leków przeciwdepresyjnych w HF [47, 48]. Lekami pierwszego rzutu zarówno w leczeniu zaburzeń depresyjnych, jak i lękowych u chorych z HF są SSRI, które charakteryzują się wysoką skutecznością i bardzo dobrym profilem bezpieczeństwa. W badaniu SADHART wykazano, że sertralina jest bezpieczna w chorobach serca [49, 50]. W badaniu tym, przy wczesnym włączaniu leku i dość wysokim dawkowaniu, uzyskano skuteczność u 85% chorych, czyli częściej niż w codziennej praktyce klinicznej. Do listy bezpiecznych leków przeciwdepresyjnych należą też inne SSRI: citalopram, escitalopram oraz rzadziej stosowana paroksetyna [47, 50]. Bardzo często stosowanym lekiem, zwłaszcza u osób starszych, jest mirtazapina, mimo że mało jest badań, których wyniki potwierdzałyby jej bezpieczeństwo [51]. U chorych z wysokim ryzykiem arytmii komorowych za bezpieczny uchodzi też bupropion [52], choć w subiektywnej opinii autora niniejszego opracowania lekami pierwszego rzutu powinny pozostać SSRI. Przy leczeniu chorych z HF należy pamiętać o możliwości wydłużenia czasu protrombinowego przy stosowaniu łącznie z warfaryną. Stosowanie escitalopramu jest przeciwwskazane przy wydłużeniu odstępu QT.

Zasady doboru leku

Dwoma podstawowymi kryteriami wyboru leku są jego bezpieczeństwo i aktualna konfiguracja objawów. Niedocenianym w piśmiennictwie, choć ważnym w praktyce kryterium wyboru jest też doświadczenie lekarza. Dla kardiologa lub lekarza rodzinnego najkorzystniejsze jest dobre opanowanie 2–3 leków przeciwdepresyjnych i przeciwłękowych i swobodne stosowanie ich w przypadkach bezspornych (*vide tab. 3*). Korzystając z wyników badań nad bezpieczeństwem stosowania leków przeciwdepresyjnych w chorobach układu krążenia można zasugerować stosowanie w pierwszej kolejności sertraliny lub escitalopramu. Obydwa leki mają dobrą skuteczność przeciwdepresyjną

i przeciwłękową (choć różnią się zarejestrowanymi wskazaniami do leczenia zaburzeń lękowych). Trudniejsza jest rada dotycząca ewentualnego trzeciego leku, jednak znaczna liczba chorych cierpiących z powodu depresji z dominującym niepokojem lub zaburzeniami snu skłania do opanowania przynajmniej jednego leku przeciwdepresyjnego z silnym działaniem uspokajającym lub nasennym. Takie cechy kliniczne mają na przykład mirtazapina, mianseryna i trazodon. Leki te są często używane, jednak liczba badań dotyczących ich stosowania w HF jest niewielka.

Dawkowanie

Najwięcej niepowodzeń w stosowaniu leków przeciwdepresyjnych i przeciwłękowych wynika nie z nieprawidłowego wyboru leku, lecz ze zbyt małego dawkowania lub zbyt krótkiego czasu stosowania. Leczenie powinno być prowadzone najmniejszą skuteczną dawką, czyli ogólna zasada dawkowania brzmi *Start low, go slow... but go!* Dobrym obyczajem jest podawanie przez kilka dni połowy minimalnej dawki, potem ustalenie dawki na dolnej granicy okna terapeutycznego i monitorowanie efektów leczenia oraz zdarzeń niepożądanych (*tab. 3*). Przy braku efektu należy podnosić dawkę co 2–3 tygodnie (stale monitorując skuteczność i tolerancję) do uzyskania remisji, osiągnięcia maksymalnej dawki rejestracyjnej lub prognozy nietolerancji. Wskazaniem do zmiany leku jest nietolerancja lub okres 2–3 tygodni braku efektu podawania maksymalnej tolerowanej dawki. W leczeniu depresji należy dążyć nie tylko do złagodzenia objawów, ale do osiągnięcia remisji, ponieważ utrzymywanie się objawów rezydualnych wiąże się z 2–3-krotnie wyższym ryzykiem nawrotu, skróceniem czasu do następnego epizodu, większą liczbą epizodów, wyższym ryzykiem myśli samobójczych i gorszym funkcjonowaniem [53].

Czas trwania leczenia

Zaburzenia psychiczne w HF mają zwykle charakter przewlekły i wymagają przewlekłego leczenia. W praktyce dawka podtrzymująca jest zwykle równa dawce, za pomocą której osiągnięto remisję. Rozważań na temat ewentualnej redukcji dawki nie należy podejmować przed upływem kilku miesięcy remisji (której nie wolno mylić ze złagodzeniem objawów). Ewentualna redukcja dawki leku powinna być ostrożna i bardzo powolna, najlepiej rozłożona na wiele miesięcy. Decyzja o odstawieniu leku przeciwdepresyjnego u chorego z HF jest zawsze bardzo trudna. Przed ewentualnym podjęciem takiej decyzji należy rozważyć co najmniej 3 przesłanki:

- przewlekła, inwalidyzująca choroba, sama w sobie jest poważnym stresorem, a przez to czynnikiem podtrzymującym depresję i zaburzenia lękowe;
- istnieją wspólne procesy patogenetyczne lęku i depresji oraz chorób układu krążenia, a uzyskanie remisji nie jest równoznaczne z wygaszeniem tych procesów;
- trzeba rozważyć, czy korzyści, jakie może odnieść pacjent z odstawienia leku, przeważają nad ryzykiem nawrotu depresji/lęku.

Tabela 3. Leki stosowane w leczeniu depresji

Substancja	Dawka [mg] (początkowa/ /terapeutyczna)	Dawkowanie	Najważniejsze ostrzeżenia	Uwagi
Agomelatyna	25/50	Raz na dobę wieczorem	Należy kontrolować aktywność AIAT i AspAT	Ma działanie regulujące rytmy dobowe, przeciwdepresyjne i przeciwłukowe
Bupropion	150/150–300	Raz na dobę	Może podwyższyć ciśnienie tętnicze Nie łączyć z nikotynowymi systemami przeskórnymi. Może nasilać problemy ze snem i niepokój, ryzyko drgawek	Bezpieczny w zaburzeniach rytmu serca Ma działanie przeciwdepresyjne
Duloksetyna	30/60–120	Raz na dobę rano	nie wpływa w istotny sposób na układ sercowo-naczyniowy, ale przeciwwskazana u pacjentów z niekontrolowanym nadciśnieniem	Ma działanie przeciwdepresyjne i przeciwłukowe i przeciwbólowe
Escitalopram	5/10–20	Raz na dobę	Lek przeciwwskazany u pacjentów z rozpoznaniem wydłużeniem odstępu QT, poza tym jak w sertralinie	Ma działanie przeciwdepresyjne i przeciwłukowe oraz niewielką liczbę interakcji
Fluoksetyna	10/10–20	Raz na dobę rano	Bez istotnych działań niepożądanych ze strony układu sercowo-naczyniowego Ze względu na długi okres półtrwania czynnych metabolitów nie włączać innego SSRI przed upływem 2 tygodni od odstawienia	Ma działanie przeciwdepresyjne
Mirtazapina	7,5–15/15–45	Raz na dobę wieczorem	Istnieją doniesienia o zahamowaniu czynności szpiku kostnego Może pogarszać kontrolę glikemii	Wyraźne działanie sedatywne i nasenne, również w małych dawkach
Paroksetyna	10/20–50	Raz na dobę	Jak dla sertraliny Inhibitor CYP2D6 ma dość liczne interakcje Przeciwwskazane łączenie z metoprololem	Lek o dużej skuteczności, tolerancja może być nieco gorsza niż innych SSRI Niezalecany u kobiet planujących ciążę
Sertralina	25/50–200	Raz na dobę	Zwiększenie ryzyka krwawień przy łączeniu z antykoagulantami i NLPZ Zwiększenie ryzyka hiponatremii, zwłaszcza u osób starszych	Ma działanie przeciwdepresyjne i przeciwłukowe Lek najlepiej przebadany pod względem bezpieczeństwa u chorych kardiologicznych Bezpieczna w niewydolności nerek
Trazodon	25–50/75–300	Raz na dobę wieczorem	Może nasilać zaburzenia przewodnictwa i rytmu serca oraz obniżyć ciśnienie tętnicze	Ma działanie przeciwdepresyjne i przeciwłukowe Wyraźne działanie nasenne, również w małych dawkach
Wortiooksetyna	5–10/20	Raz na dobę	Nie wywiera wpływu na częstość akcji serca, ciśnienie tętnicze ani odstępn QTc	Ma działanie przeciwdepresyjne i przeciwłukowe Poprawa funkcji poznawczych Bezpieczny w chorobach somatycznych

Uwagi do leków przeciwłukowych:

- W przypadku stosowania pregabaliny, leku przeciwłukowego, u pacjentów z ciężką HF należy zachować ostrożność (ChPL). Opisywano przypadki zaostreżenia dotychczas stabilnej HF.
- Hydroksyzyna wykazuje prawdopodobnie działanie podobne do innych leków antyhistaminowych I generacji w zakresie wydłużania odstępu QTc, dlatego należy zachować dużą ostrożność.
- Pochodne benzodiazepiny oraz tak zwane niebenzodiazepinowe leki nasenne są stosunkowo bezpieczne, ale są przeciwwskazane u pacjentów z ostrą niewydolnością oddechową. Ich regularne stosowanie wiąże się z wysokim ryzykiem uzależnienia i jego konsekwencji.

AIAT (*alanine aminotransferase*), aminotransferaza alaninowa; AspAT (*aspartate aminotransferase*), aminotransferaza asparaginianowa; NLPZ, niesteroidowe leki przeciwzapalne; SSRI (*selective serotonin reuptake inhibitors*), selektywne inhibitory zwrotnego wychwytu serotoniny

Postępowanie w zaburzeniach snu

U chorych z HF zaburzenia snu mogą wynikać z choroby podstawowej, to jest z duszności pojawiającej/nasilającej się w pozycji leżącej i przy rozluźnieniu mięśni szkieletowych. Oczywiście, podawanie leków nasennych będzie w tych przypadkach nieskuteczne. W innych przypadkach należy zawsze rozważyć, czy bezsenność jest samodzielnym zaburzeniem, czy objawem zespołu depresyjnego lub lękowego. Często się zdarza, że pacjenci z niewielką zdolnością do introspekcji spośród wszystkich objawów depresyjnych dostrzegają jedynie skrócenie i fragmentację snu, albo spośród objawów lękowych jedynie zaburzenia zasypiania. Nie jest też rzadkością (zwłaszcza u mężczyzn) dyssymulowanie zaburzeń depresyjnych i akceptowanie wyłącznie rozpoznania zaburzeń snu. Z tych dwóch powodów bezsenność często okazuje się objawem poważniejszego zaburzenia i pretekstem do rozmowy o przewlekłym leczeniu. Wskazane w tych przypadkach są leki przeciwdepresyjne o działaniu nasennym (mirtazapina, mianseryna, trazodon, agomelatyna).

Chociaż niniejszy tekst dotyczy leczenia farmakologicznego, nie można nie zaznaczyć, że przed włączeniem leków promujących sen konieczna jest analiza schematu dnia pacjenta i edukacja w zakresie higieny snu. Jeśli interwencja behawioralna okazuje się nieskuteczna i brak wskazań do włączenia leków przeciwdepresyjnych, należy nakłaniać chorego do konsultacji psychiatrycznej. Stosowanie leków nasennych (zolpidemu, zopiklonu, eszopiklonu, zaleplonu) jest możliwe tylko przez bardzo krótki okres (do 4 tygodni łącznie z okresem powolnego odstawiania). Niestety, w praktyce te ograniczenia czasowe nie są stosowane, co prowadzi do uzależnień. W przypadku stosowania tych leków w czasie hospitalizacji należy zaznaczyć na karcie wypisowej, że nie mogą służyć one do przewlekłego leczenia bezsenności.

Leczenie majaczeń

Postępowanie terapeutyczne w leczeniu zaburzeń świadomości wymaga:

1. zidentyfikowania przyczyn i podjęcia próby ich eliminacji;
2. konieczności oceny ogólnego stanu somatycznego, popartego szczegółowym wywiadem medycznym osób bliskich lub personelu;
3. analizy dotychczas stosowanych leków oraz zweryfikowania wskazań do ich kontynuacji z uwzględnieniem interakcji lekowych;
4. regularnej kontroli stanu psychicznego chorego i jego zachowania ze stałym nadzorem i obserwacją:
 - redukcja nadmiaru bodźców, światła, dźwięków,
 - zapewnienie optymalnego rytmu dobowego (*wyraźne różnice oświetlenia i liczby bodźców między dniem a nocą*),
 - redukcja deficytów poznawczych na poziomie dostępnym choremu,
 - unikanie przeciążenia emocjonalnego;

5. systematycznej kontroli stanu somatycznego i zapobiegania dalszym powikłaniom przez:
 - zapewnienia jak najlepszej perfuzji mózgu,
 - monitorowania poziomu nawodnienia, stężenia glukozy, saturacji, stężenia elektrolitów, białek, innych odchyleń w wynikach badań laboratoryjnych,
 - leczenia infekcji, w szczególności dróg moczowych i oddechowych,
 - leczenia powikłań zakrzepowo-zatorowych i odleżyn związanych z unieruchomieniem wynikającym ze stanu somatycznego i/lub stosowania zabezpieczenia mechanicznego,
 - zapobiegania upadkom i ich konsekwencjom, szczególnie u niespokojnych chorych,
 - redukcji dolegliwości bólowych;
6. wczesnego uruchamiania i rozpoczęcia rehabilitacji chorego z dostosowaną stymulacją (profilaktyka deprywacji sensorycznej w dzień, spokojne otoczenie z ułatwianiem orientacji co do czasu, miejsca i sytuacji, ograniczenie bodźców w nocy) oraz zapewnienie maksymalnej dostępnej choremu ilości ruchu (*lepsze są ćwiczenia czynne, jeśli się nie da — zastosować bierne*);
7. stosowania leków psychotropowych jedynie w stanach znacznego pobudzenia, agresji i dezorganizacji zachowania (tab. 4). Ich stosowanie jest uzasadnione tylko w przypadku nieskuteczności postępowania niefarmakologicznego:
 - w majaczeniu hipokinetycznym brak jest wskazań do stosowania leków neuroleptycznych, należy dążyć do poprawy krążenia mózgowego oraz transmisji cholinergicznej,
 - w majaczeniu hiperkinetycznym stosuje się neuroleptyki (np. haloperidol, kwetiapina), a przy gwałtownym pobudzeniu — deksmedetomidinę, haloperidol,
 - należy unikać stosowania pochodnych benzodiazepiny i leków typu „Z” — mogą wydłużać przebieg majaczenia,
 - z większości badań wynika, że stosowanie leków neuroleptycznych u osób starszych wiąże się ze zwiększonym ryzykiem zgonu (choć majaczenie jest obciążone wyższym ryzykiem), zatem po uzyskaniu uspokojenia należy szybko zredukować dawkę i odstawiać leki.

W przypadku znacznego pobudzenia chorego, z dezorientacją, niepokojem lub agresją, należy rozważyć zastosowanie przymusu bezpośredniego poprzez izolację i unieruchomienie chorego 2 lub 4 pasami magnetycznymi. Postępowanie to jest opisane w rozporządzeniu Ministra Zdrowia. Zabezpieczenie mechaniczne wymaga stałego monitorowania stanu chorego z odnotowywaniem co 15 minut w odpowiednim formularzu obserwacyjnym oraz niezwłocznego zgłoszenia zastosowania tego zabezpieczenia do dyrekcji szpitala.

Tabela 4. Leki psychotropowe stosowane doraźnie w terapii majaczenia

Lek (dostępne postaci)	Dawkowanie ^a	Uwagi
Haloperidol (tabl., płyn, amp.)	0,5–5 mg <i>p.o.</i> co 6 godz., maks. 30 mg/dobę W razie braku współpracy haloperidol 2,5–5 mg <i>i.m.</i> lub <i>i.v.</i> co 0,5 do 2 godz., maks. 15 mg/dobę	Kontrola EKG; jeżeli w trakcie leczenia odstęp QT się wydłuży — zmniejszenie dawki, gdy odstęp QTc będzie dłuższy niż 500 ms — odstawić Kontrola elektrolitów przed leczeniem i w trakcie leczenia Hipokaliemia i hipomagnezemia zwiększają ryzyko komorowych zaburzeń rytmu i należy je skorygować przed rozpoczęciem leczenia haloperidolem Ryzyko objawów pozapiramidowych, np. sztywności i/lub drżenia
Risperidon (tabl., tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, płyn)	0,5–2 mg co 0,5–2 godz., maks. 6 mg/dobę	Ryzyko objawów pozapiramidowych; uważać w hipokaliemii, która zwiększa ryzyko komorowych zaburzeń rytmu i należy ją skorygować przed rozpoczęciem leczenia
Kwetiapina (tabl.)	12,5–300 mg/dobę	Kontrola EKG, ryzyko hipotonii
Olanzapina (tabl., amp.)	5–10 mg <i>p.o.</i> co 0,5–2 godz. do maks. 20 mg/dobę 5–10 mg <i>i.m.</i> co 2–4 godz. do maks. 30 mg/dobę	Szczególnie w stanach majaczenia nałożonego na otępienie
Lorazepam ^b (tabl., amp.)	3–4 × 1–2,5 mg <i>p.o.</i> maks. 10 mg/dobę	
Klonazepam ^b (tabl., amp.)	1 mg co 2–6 godz., maks. 20 mg/dobę <i>i.v.</i> lub <i>i.m.</i> , gdy brak dostępu do żyły, powtarzając w razie potrzeby	Szczególnie w przypadku majaczenia drżennego, powikłanego zespołu odstawienego, z ryzykiem napadów drgawkowych
Tiapyrid (tabl.)	50–300 mg/dobę	Głównie w zaburzeniach zachowania i majaczeniu nałożonym na otępienie, bezpieczny kardiologicznie
Deksmedetomidina	0,2–1,5 µg/kg m.c./godz.	

^aKonieczność modyfikacji dawki u osób starszych, z niewydolnością wątroby, nerek, a także np. dawki olanzapiny u kobiet lub osób niepalących; ^bSłużą tylko do leczenia majaczenia w przebiegu zespołu abstynencyjnego
EKG, elektrokardiogram; *i.m.* (intramuscular), domięśniowo; *i.v.* (intravenous), dożylnie; *p.o.* (per os), doustnie

Lekarz psychiatra wobec chorych z niewydolnością serca

Z jednej strony leczenie zaburzeń psychicznych u chorych z HF wiąże się z koniecznością uwzględnienia zarówno interakcji lekowych, jak i możliwej zmniejszonej tolerancji leków. Z drugiej zaś współistnienie HF z zaburzeniami psychicznymi, zwłaszcza depresyjnymi, zwiększa znacznie uzyskania remisji dla ogólnego stanu zdrowia. Istnieją dowody, że uzyskanie remisji depresji poprawia rokowanie w chorobach kardiologicznych, zmniejszając ryzyko poważnych niepożądanych zdarzeń sercowych (MACE, *major adverse cardiac event*), a czynna opieka szpitalna w zakresie zdrowia psychicznego redukuje liczbę ponownych hospitalizacji [54, 55]. Z tego powodu nie powinno się odrzucać wdrażania leczenia przeciwdepresyjnego lub unikać adekwatnego zwiększania dawek.

Postępowanie psychiatryczne z chorym *drug naive* nie różni się od opisanego wyżej. Do psychiatry trafiają jednak często pacjenci po nieskutecznych próbach leczenia lub z nietypowym obrazem choroby. Podczas wizyty psychiatrycznej powinna zostać dokonana weryfikacja rozpoznania i analiza dotychczas prowadzonego leczenia przeciwdepresyjnego/przeciwłękowego pod względem poprawności doboru leku, poprawności dawkowania oraz

adekwatności czasu stosowania odpowiednich dawek. W przypadku stwierdzenia nieprawidłowości w dawkowaniu lub czasie leczenia należy rozważyć ponowne zastosowanie używanych wcześniej leków w poprawnych dawkach. U chorych kardiologicznych dopiero przekonanie o rzeczywistej nieskuteczności leków pierwszego rzutu powinno być przesłanką do włączenia innych substancji.

Przy zachowaniu elementarnego zdrowego rozsądku, to jest unikaniu trójpierścieniowych leków przeciwdepresyjnych, niesprawdzonych kombinacji leków, zbyt dużego dawkowania i lekceważenia interakcji, dobór leku w tej grupie chorych nie różni się od innych populacji. Warto pamiętać, że chorzy z HF są zwykle dobrze monitorowani i ewentualne kardiologiczne objawy niepożądane są u nich szybko wychwytywane. Kardiolodzy, pod opieką których chorzy pozostają, mniej się obawiają konieczności modyfikacji leczenia podstawowego niż dezorganizującego leczenie niepokoju pacjenta czy utrudniającego rehabilitację zahamowania. Dlatego istotne jest szybkie działanie. U chorych z niepokojem i zaburzeniami snu należy rozważyć zastosowanie mir-tazapiny, a w przypadku przeciwwskazań — trazodonu. U chorych zahamowanych i cierpiących na współistniejące dolegliwości bólowe dobrym wyborem mogą być

selektywne inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny i noradrenaliny: wenlafaksyna i duloksetyna. Przy okazji duloksetyny warto przypomnieć, że wykazano, iż ryzyko MACE jest zwiększone nie przez leczenie, ale samo istnienie depresji [56]. Mówiąc o bezpieczeństwie kardiologicznym i dawkowaniu leków przeciwdepresyjnych, nie sposób nie wspomnieć o badaniu z 2013 roku, w którym podjęto polemikę z ostrzeżeniami amerykańskiej Agencji ds. Żywności i Leków (FDA, *Food and Drug Administration*) dotyczącymi ryzyka zaburzeń rytmu, w tym *torsade de pointes* przy stosowaniu cytalopramu w dawce przekraczającej 40 mg [57]. Wykazano w nim, że większe dawki cytalopramu wiązały się z niższym ryzykiem komorowych zaburzeń rytmu i niższą śmiertelnością z jakiegokolwiek przyczyny. Podobne obserwacje dotyczyły sertraliny — nie stwierdzono istotnego związku pomiędzy dawką dzienną a śmiertelnością z jakiegokolwiek przyczyny [58]. Wniosek, jaki płynie z tych badań, jest jednoznaczny: leczenie depresji należy prowadzić dawką skuteczną.

KOORDYNOWANA OPIEKA NAD CHORYM Z NIWYDOLNOŚCIĄ SERCA I ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI

Koncepcja opieki koordynowanej w HF (KONS, Kompleksowa Opieka nad Chorymi z Niewydolnością Serca) koncentruje się na chorych hospitalizowanych z powodu dekomensacji HF, którym oferuje się poszpitalny nadzór medyczny sprawowany przez ambulatoryjne poradnie

opieki specjalistycznej (AOS) i podstawowej opieki zdrowotnej (POZ). Chorzy z HF i współistniejącymi zaburzeniami psychicznymi stanowią szczególne wyzwanie dla lekarzy kardiologów, niestety zbyt często problemy natury psychicznej pozostają nierozpoznane i nieleczone. Uwzględnienie w ramach KONS konieczności diagnostyki przesiewowej w kierunku wstępnego rozpoznania najczęściej współwystępujących zaburzeń psychicznych u chorych przyjmowanych do szpitala z powodu dekomensacji HF, z uwzględnieniem prostych narzędzi w postaci skal samoopisowych, a także zapewnienie możliwości skorzystania z konsultacji psychiatry, psychologa lub psychoterapeuty z pewnością podniosłoby jakość opieki w tym zakresie. Lekarz kardiolog w ramach programu KONS mógłby odgrywać rolę ogniwa integrującego pofragmentowaną opiekę (ryc. 3). Mógłby także inicjować podstawowe leczenie w przypadku łagodnie nasilonych objawów zaburzeń psychicznych najczęściej współwystępujących z HF, wykorzystując lokalne protokoły terapeutyczne.

INTERWENCJE NIEFARMAKOLOGICZNE PSYCHOLOGICZNE I PSYCHOTERAPEUTYCZNE

Interwencje psychologiczne i psychoterapeutyczne

W trakcie leczenia osób z HF i zaburzeniami psychicznymi ważne jest budowanie relacji opartych na zaufaniu



Rycina 3. Podejście pacjentocentryczne: opieka nad pacjentem z niewydolnością serca i zaburzeniami psychicznymi

i szacunku oraz pamiętać o tym, że diagnoza zaburzeń psychicznych może być dla pacjenta źródłem niepokoju i budzić lęk przed stygmatyzacją, co może wpływać na postawę pacjenta wobec leczenia zaburzeń psychicznych. Z tego względu ważne jest umiejętne przekazanie informacji o zaobserwowanych objawach, diagnozie oraz możliwościach leczenia, podkreślając ich znaczenie dla jakości życia i skuteczności leczenia HF.

Efektywne leczenie zaburzeń psychicznych osób z HF może wymagać, oprócz farmakoterapii, włączenia opieki psychologicznej lub psychoterapeutycznej. Celem interwencji psychologicznych wobec osób z HF jest zmniejszenie dystresu, poprawa jakości życia oraz wspieranie adaptacji i motywacji do samoopieki. Skuteczność tego rodzaju działań w redukcji objawów lękowych i depresyjnych oraz dla poprawy jakości życia związanej ze zdrowiem została wykazana w badaniach dotyczących różnych form pomocy psychologicznej i psychoterapeutycznej. Wyniki przeprowadzonych badań potwierdzają również wpływ opieki psychologicznej na rokowanie i częstotliwość hospitalizacji pacjentów z HF, co sugeruje istotne znaczenie leczenia zaburzeń psychicznych w wielodyscyplinarnej opiece nad tą grupą chorych [59, 60].

Interwencje psychologiczne podejmowane w tej grupie powinny być oparte na dowodach i dostosowane do aktualnych potrzeb pacjenta oraz celów leczenia. Wskazane jest, aby pomoc psychologiczna i psychoterapeutyczna była prowadzona przez specjalistów o potwierdzonych kompetencjach w zakresie interwencji psychologicznych oraz doświadczonych w pracy z pacjentami somatycznymi. Wśród strategii postępowania psychologicznego mających znaczenie dla jakości życia osób z HF i zaburzeniami psychicznymi wymienia się: psychoedukację, poradnictwo psychologiczne, treningi redukcji stresu i relaksacyjne, włączając w to interwencje oparte na uważności (MBIs, *mindfulness-based interventions*), praktykowanie medytacji, *biofeedback* oraz psychoterapię.

W warunkach szpitalnych, ze względu na specyfikę leczenia HF, warto wprowadzać metody oddziaływania o charakterze krótkoterminowym. Psychoterapię jako metodę leczenia należy wprowadzać raczej w warunkach ambulatoryjnych, ze względu na konieczność podtrzymania relacji terapeutycznej przez dłuższy czas. Wyjątkiem od tej reguły mogą być sytuacje przedłużającej się hospitalizacji (np. w przypadku leczenia wspomagającego krążenie).

Psychoedukacja

Oddziaływania edukacyjne wobec osób z HF i zaburzeniami psychicznymi mają wpływ na rozumienie wzajemnych powiązań pomiędzy stanem somatycznym i psychicznym oraz na zmniejszaniu lęku przed ujawnieniem doświadczanych trudności emocjonalnych, co może zwiększać szanse na podjęcie terapii. W trakcie rozmowy dotyczącej stanu psychicznego pacjenta z HF wskazane jest podkreślenie wpływu objawów psychopatologicznych na jakość życia

i radzenie sobie z codziennymi sytuacjami, a także na przebieg choroby podstawowej i skuteczność leczenia, ryzyko kolejnych dekomensacji i rokowanie. Działania psychoedukacyjne podjęte wobec pacjentów i ich bliskich mają znaczenie dla zwiększania świadomości dotyczącej HF, podnoszenia jakości życia oraz zmniejszając obciążenie objawami depresyjnymi i lękowymi [61–63]. Psychoedukacja znajduje także zastosowanie w sytuacji wystąpienia majaczenia somatogennego w trakcie dekomensacji układu krążenia poprzez stworzenie warunków wzmacniających poczucie bezpieczeństwa (tab. 5).

Tabela 5. Interwencje niefarmakologiczne zwiększające poczucie bezpieczeństwa

Ograniczenie personelu opiekującego się pacjentem do kilku wybranych osób
Próby utrzymania naturalnych rytmów dobowych
Nieprzenoszenie pacjenta pomiędzy salami (jeśli nie jest to bezwzględnie konieczne)
Regularne dostarczanie informacji dotyczących orientacji auto- i allopsychicznej (nawet kilkakrotnie w ciągu dnia)
Edukacja pacjenta i osób bliskich dotycząca obserwowanych zaburzeń świadomości

Kiedy zaburzenia świadomości ustąpią, ważna jest właściwa edukacja zarówno chorego, jak i jego bliskich co do specyfiki przebytych zaburzeń. Chorzy powinni zostać poinformowani, że zaburzenia te są relatywnie częste w sytuacji zaostrzenia HF, a personel medyczny, że ewentualne nieadekwatne zachowania chorego są naturalną konsekwencją tego stanu. Istotne jest też przekazanie informacji, że wystąpienie tego typu zaburzeń nie świadczy o początku długotrwałej choroby psychicznej, której większość pacjentów się obawia.

Trening radzenia sobie ze stresem i trening relaksacyjny

Treningi radzenia sobie ze stresem są to metody budowania umiejętności rozpoznawania i zmniejszania objawów napięcia emocjonalnego i fizjologicznego pobudzenia związanego z przeżywanym stresem. Mają one na celu budowanie umiejętności radzenia sobie z trudnymi sytuacjami w sposób konstruktywny, czyli rozwijanie odporności psychicznej (ang. *resilience*). Wśród metod redukcji stresu wykorzystywanych w opiece nad osobami z HF i zaburzeniami psychicznymi wymienia się między innymi interwencje oparte na uważności (ang. *mindfulness*) czy treningi medytacyjne. Ich zastosowanie pozwala na zmniejszenie objawów depresyjnych i lękowych, poprawę jakości życia związanej ze zdrowiem oraz może wpływać na stan somatyczny, zmniejszając ryzyko rehospitalizacji i poprawę rokowania [64, 65]. Nauka relaksacji i opieka psychologiczna zawarta w ramach programów rehabilitacji kardiologicznej prowadzą do poprawy jakości życia i zmniejszenia objawów zaburzeń nastroju i lęku u osób

z HF. Z tego względu warto rozważyć skierowanie pacjenta z HF i zaburzeniami psychicznymi na rehabilitację kardiologiczną jako jeden z elementów leczenia kompleksowego.

Poradnictwo psychologiczne

Poradnictwo psychologiczne jest metodą wsparcia psychologicznego podejmowaną w celu poprawy funkcjonowania intra- i interpersonalnego w przebiegu życia. Celem tych interwencji jest zmniejszanie ryzyka utrwalania się objawów lękowych czy zaburzeń nastroju i pomoc choremu w przywróceniu przekonania o możliwości skutecznego radzenia sobie z bieżącą sytuacją i jej konsekwencjami dla codziennego życia. W trakcie poradnictwa psychologicznego pomagają się pacjentowi w opracowaniu jak najlepszych i jak najskuteczniejszych strategii radzenia sobie z bieżącymi trudnościami wywołującymi dystres. Zasady poradnictwa psychologicznego zakładają, że jest to forma pomocy o charakterze krótkoterminowym, co sprawia, że jest szczególnie użyteczna w warunkach kilkuniedniowej, wewnątrzszpitalnej opieki nad pacjentem.

Psychoterapia

Wśród interwencji niefarmakologicznych wobec osób z HF i zaburzeniami psychicznymi największą skuteczność wykazuje psychoterapia, a interwencje psychoterapeutyczne są wymieniane jako ważny element opieki nad pacjentami kardiologicznymi, w tym z HF [66]. Psychoterapia to celowe i planowane oddziaływania psychologiczne, zmierzające do złagodzenia lub usunięcia objawów zaburzenia oraz do poprawy funkcjonowania psychicznego i społecznego, wspierające dążenia jednostki lub rodziny do zdrowia i rozwoju, kierowane do osób z zaburzeniami psychicznymi. Jej zaletą jest możliwość dostosowania jej przebiegu do potrzeb i możliwości pacjenta. Pozwala na budowanie umiejętności radzenia sobie z objawami trudności psychicznych, które mogą być wykorzystywane w różnych sytuacjach oraz zmniejszają ryzyko nawrotu objawów. Nie ma również dowodów na niekorzystne działanie interwencji psychoterapeutycznych w tej grupie pacjentów, co może świadczyć o jej bezpieczeństwie [3, 67].

Ze względu na mnogość podejść terapeutycznych w opiece nad osobami z HF wskazane jest wykorzystanie podejścia poznawczo-behawioralnego jako mającego najlepiej udowodnioną skuteczność w opiece nad pacjentami kardiologicznymi. Podejście poznawczo-behawioralne, którego istotą jest identyfikacja i modyfikacja nieadaptacyjnych schematów myślenia i zachowania, pozwala na budowanie umiejętności lepszego radzenia sobie z objawami zaburzeń psychicznych i trudności życiowych. W opiece nad pacjentami z HF pozwala na redukcję objawów zaburzeń depresyjnych, lękowych, poprawia jakość życia związaną ze zdrowiem oraz zmniejsza ryzyko rehospitalizacji w powodu HF [68].

Jedną z obiecujących technik rozwijających umiejętności zarządzania stresem są interwencje oparte na uważności (MBI, *Mindfulness Based Interventions*). W licznych

badaniach wykazano, że klasyczne programy *mindfulness*, takie jak Redukcja Stresu Oparta na Uważności (MBSR, *Mindfulness Based Stress Reduction*) i Terapia Poznawcza Oparta na Uważności (MBCT, *Mindfulness Based Cognitive Therapy*) mogą skutecznie zmniejszać objawy depresji, lęku, stresu, przewlekłego bólu czy zaburzeń snu, które często współistnieją z HF [69, 70].

Modele terapii zaburzeń snu oparte na podejściu poznawczo-behawioralnym (CBT-I, *Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia*) dają korzystne efekty w grupie osób z HF. Pozwalają na redukcję objawów zaburzeń snu, zmniejszenie zmęczenia i senności w ciągu dnia oraz poprawiają samopoczucie fizyczne w tej grupie chorych [71, 72]. Skuteczne w zmniejszeniu objawów zaburzeń snu są również metody oparte na oddziaływaniach behawioralnych (BBTI, *Brief Behavioral Treatment for Insomnia*). Należy jednak brać pod uwagę, że dotychczasowe badania z udziałem osób z HF prowadzone były na małych grupach [73]. W obecnych czasach możliwy jest również udział pacjentów w psychoterapii prowadzonej *on-line*. Kontakt z psychoterapeutą z wykorzystaniem dostępnych technologii umożliwia uzyskanie właściwej pomocy osobom z nasilonymi objawami HF lub z utrudnionym dostępem do specjalisty (np. ze względu na miejsce zamieszkania). Interwencje *on-line* mogą mieć pozytywny wpływ na samoopiekę osób z HF i korzystnie wpływać na ich stan psychiczny.

STRATEGIE ZAANGAŻOWANIA I AKTYWIZACJI PACJENTA W PROCES LECZENIA

Zaakceptowanie HF przez chorego i w konsekwencji konieczność dostosowania stylu życia do choroby jest trudne i jako takie stanowi źródło dodatkowego stresu. Podążanie za skomplikowanymi zaleceniami oraz wymaganiami z zakresu samoopieki, niezbędnymi do utrzymania stabilności fizjologicznej i emocjonalnej, często przerastają możliwości pacjenta, co powoduje jego zagubienie i bierność.

Uczynienie chorego partnerem i aktywną stroną zaangażowaną w sprawy własnego zdrowia jest w gruncie rzeczy istotnym elementem opieki, w którym pacjent odzyskuje poczucie kontroli nad swoją chorobą i życiem, a także ma szansę zmobilizować swoje wewnętrzne siły uzdrawiające. Głównym założeniem paradygmatu uprawomocnienia pacjenta (*patient empowerment*) jest oddanie mu prawa do współdecydowania i zajmowania wiodącej roli w procesie leczenia, uwzględniając jego preferencje i możliwości [74]. Poprzez trening uważności lub uczestnicząc w innych interwencjach psychoterapeutycznych, chorzy z HF mają szansę rozwinąć skuteczne psychologiczne lub behawioralne strategie radzenia sobie ze stresem i chorobą, które umożliwią długoterminowe utrzymanie motywacji i zaangażowania w proces terapeutyczny, co przekłada się na poprawę jakości życia i wyników leczenia. Świadomy i uprawomocniony pacjent jest więc w stanie zadbać o siebie i podejmować we własnym zakresie działania promujące zdrowie. Trening rozwijający umiejętności

chorych w zakresie radzenia sobie ze zmianą oraz trudnymi sytuacjami w celu zmniejszenia odczuwanego stresu psychologicznego powinny być wdrażane jako element kompleksowej opieki nad chorymi z HF [75].

Z uwagi na złożoność opieki nad chorymi z HF edukacja zdrowotna chorych i ich opiekunów jest kluczowa dla przeprowadzenia efektywnego procesu leczenia. Znajomość choroby pozwala pacjentowi lepiej zrozumieć sytuację, w jakiej się znalazł, umożliwia akceptację choroby, obniża lęk i napięcie, a także umożliwia zrozumienie oczekiwań i wymagań, jakie są przed nim stawiane, promuje aktywne zaangażowanie w proces leczenia, dokonywanie świadomych wyborów, stosowanie się do zaleceń i wypełnianie planów leczenia oraz ułatwia komunikację z personelem medycznym i buduje zaufanie [76]. Jednym z głównych celów edukacji z zakresu HF jest rozwój umiejętności zachowań z zakresu samoopieki. Samoopieka jest definiowana jako naturalny proces decyzyjny umożliwiający pacjentowi wybór zachowań wspierających jego stabilność fizyczną w postaci monitorowania objawów choroby, stosowania się do zaleceń czy wyboru zdrowego stylu życia, a także odpowiedniej reakcji w odpowiedzi na pojawiające się objawy choroby.

OPIEKA DUCHOWA NAD PACJENTEM Z NIWYDOLNOŚCIĄ SERCA

Holistyczna i w pełni adekwatna opieka nad pacjentem z HF powinna objąć nie tylko jego sferę somatyczną i psychiczną, lecz także duchową. Obecnie coraz bardziej do wartościuje się ten wymiar jako integralną część opieki medycznej. Jak wykazano w badaniach prowadzonych w wielu krajach, właściwie prowadzona opieka duchowa znacznie podnosi skuteczność procesu leczenia [77]. Duchowość — zgodnie z definicją Polskiego Towarzystwa Opieki Duchowej w Medycynie — obejmuje „wymiar ludzkiego życia stanowiący odniesienie do transcendencji i innych wartości egzystencjalnie ważnych” [78]. Dotyczy ona trzech wymiarów ludzkiego życia.

Po pierwsze, religijnego, na który składają się relacja pacjenta z Bogiem (jeśli pacjent jest osobą wierzącą), zwyczajami i praktykami religijnymi oraz życie wspólnotowe. Pacjent nie może być pozbawiony tego typu opieki na żadnym etapie leczenia. Doświadczenie uczy, że o wiele łatwiej godzi się on ze swoją sytuacją kliniczną, jeśli zapewniona jest mu ciągłość posługi realizowanej przez przedstawicieli religii.

Po drugie — i tu wychodzimy poza kontekst czysto konfesyjny — duchowość usiłuje odpowiedzieć na pytania egzystencjalnie ważne, które pojawiają się u chorych z HF. Dotyczą one sensu życia, cierpienia i śmierci, godności osoby w sytuacji pogarszającego się stanu zdrowia. Pacjent nie raz zadaje sobie pytania: „Kim jestem jako osoba chora, a równocześnie wolna i odpowiedzialna?”, „W jaki sposób mogę żyć nadzieją w trudnej sytuacji, w jakiej się znalazłem?”, „Czy jestem jeszcze zdolny do pojednania i przebaczenia, miłości i radości?” itp. Człowiek jest jedną

istotą, która poszukuje sensu (na prawdę tę zwracał uwagę szczególnie Viktor Frankl — jeśli go nie znajdzie, cierpi jeszcze bardziej i szybko poddaje się myślom, które mogą prowadzić do stanów zwiększonego lęku, depresji, a nawet myśli samobójczych [79].

Po trzecie, właściwie rozumiana duchowość dotyka wartości, którymi żyje człowiek, zwłaszcza jego relacji z samym sobą i innymi ludźmi, stosunku do pracy, natury, sztuki i kultury, wyborów w sferze moralności i etyki oraz — mówiąc kolokwialnie — „samego życia”. Pacjent odczuwa potrzebę rozmowy dosłownie o wszystkim, począwszy od kwestii pozornie banalnych aż po te, które dotyczą najgłębszego korzenia jego osobowości.

Opieka duchowa nie zawęża się zatem tylko do posługi czysto religijnej (np. udzielania sakramentów), lecz wychodzi poza obszar wiary. Powinna ona być świadczona przez przeszkolonych specjalistów opieki duchowej — świeckich i duchownych, w specjalnie do tego powołanych zespołach opieki duchowej. Osoby te powinny być gotowe nie tylko zapewnić choremu realizację jego religijnych zobowiązań i obrzędów, lecz umieć podjąć rozmowę na najtrudniejsze tematy, które wykraczają poza porady psychologiczne i wchodzą na teren transcendentny i nadprzyrodzony. Opieka duchowa powinna być prowadzona z zachowaniem neutralności światopoglądowej i poszanowania światopoglądu pacjenta.

POSTĘPOWANIE PALIATYWNE W NIWYDOLNOŚCI SERCA

Opieka paliatywna jest wielodyscyplinarnym podejściem skierowanym na utrzymanie życia lub poprawę jego jakości u osób żyjących z chorobami potencjalnie ograniczającymi życie (na każdym etapie jej zaawansowania, gdy istnieją ku temu wskazania) oraz ich najbliższych, poprzez zaspokajanie wynikających ze stanu zdrowia potrzeb w obszarach fizycznych, emocjonalnych i psychicznych, społecznych i duchowych. W mniej skomplikowanych sytuacjach często wystarcza tak zwane podejście paliatywne, czyli włączanie do opieki nad osobą chorą elementów opieki paliatywnej przez wszystkich członków zespołu leczącego. Bardziej skomplikowane problemy lub potrzeby mogą wymagać współpracy z multiprofesjonalnym, specjalistycznym zespołem paliatywnym, w skład którego wchodzi między innymi pielęgniarka, lekarz, psycholog, fizjoterapeuta, kapelan, a także pracownik opieki społecznej [80–82]. Wytyczne leczenie HF Amerykańskiego Towarzystwa Kardiologicznego opublikowane w 2022 roku rekomendują z najwyższą siłą (I klasa zaleceń) interwencje paliatywne u wszystkich chorych, obejmujące (oprócz wymienionych wcześniej elementów) wysokiej jakości komunikację kliniczną, w tym także przekazywanie informacji na temat rokowania [83]. Poprawne leczenie objawów fizycznych, wsparcie w zakresie zaspokajania potrzeb socjalnych i szukania odpowiedzi na dylematy duchowe mogą zapobiegać powstawaniu obciążań i zaburzeń emocjonalnych lub wspomagać ich leczenie. Dzisiaj w opiece paliatywnej

środek ciężkości leży we wsparciu chorych i ich najbliższych w procesie komunikacji dotyczącej przyszłego zdrowia, spodziewanego dalszego przebiegu choroby, możliwych obciążeń oraz preferowanego przez samego chorego zakresu i intensywności leczenia i opieki na wypadek pogorszenia stanu zdrowia. Otwarta komunikacja pozwala na aktywny udział osób chorych w podejmowaniu decyzji medycznych, zmniejsza lęk i poprawia zrozumienie własnego stanu zdrowia i spodziewanych zmian. Pozwala także na planowanie opieki z wyprzedzeniem (ACP, *Advance Care Planing*), jest rozciągniętym w czasie procesem komunikacji z osobą chorą, który pozwala na przemyślenie i zdefiniowanie akceptowanej intensywności leczenia, określenia jego granic i wyboru miejsca sprawowania opieki w schyłkowym okresie życia. Jeśli z jakiegoś powodu nie udało się ustalić z osobą chorą granic intensywności stosowanego leczenia, a utraciła ona zdolność do podejmowania decyzji lub jej wyrażenia, aby umożliwić choremu opiekę nieprzedłużającą cierpienia, należy przeanalizować zasadność zakończenia aktywnego leczenia, gdy stosowane leczenie nosi znamiona terapii daremnej, czyli podtrzymującej funkcje życiowe u nieuleczalnie chorego, przedłużającej umieranie i wiążącej się z nadmiernym cierpieniem lub naruszeniem godności. Protokół postępowania w takich przypadkach został opisany przez Grupę Roboczą Towarzystwa Internistów Polskich ds. Terapii Daremnej na Oddziałach Internistycznych. Ograniczenie terapii daremnej może mieć formę niewdrażania nowej metody leczenia, niezwiększania jego intensywności lub zaprzestania toczącej się terapii [84]. Wszystkie wymienione elementy opieki paliatywnej stosowane jako uzupełnienie do optymalnego leczenia kardiologicznego pozwalają osobom chorym i ich najbliższym żyć najbardziej aktywnie jak to możliwe oraz poprawiają zgodność stosowanego leczenia z preferencjami chorego. Przyczyniają się więc do poprawy poczucia jakości życia oraz satysfakcji z leczenia oraz mogą zapobiec obciążeniu emocjonalnemu i zaburzeniom psychicznym lub je złagodzić — zarówno u samych osób chorych, jak i ich najbliższych.

PODSUMOWANIE

Opinia ekspertów jest podsumowaniem zarówno obecnego stanu wiedzy na temat występowania zaburzeń psychicznych, takich jak depresja, lęk, zaburzenia snu i mającena u chorych z HF, jak i możliwości interwencji terapeutycznych. W dostępnych publikacjach wskazuje się na istotny wpływ tych zaburzeń na jakość życia, progresję choroby, zaangażowanie w proces leczenia, liczbę hospitalizacji oraz śmiertelność u chorych z HF. W świetle najnowszych danych najbardziej skuteczne terapeutyczne postępowanie z chorymi z HF powinno obejmować interwencje ukierunkowane na ich dobrostan fizyczny, psychiczny i duchowy. Ze względu na częstość występowania zaburzeń psychicznych w populacji chorych z HF przesiewowa ocena w tym kierunku powinna być prowadzona u ogromnej większości chorych z HF przez

kardiologów czy lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, a współpraca z psychiatrami, psychologami i specjalistami opieki duchowej powinna być nieodzownym elementem terapii. Oprócz farmakoterapii do wykorzystania pozostają między innymi interwencje psychologiczne i psychoterapeutyczne, psychoedukacja, trening radzenia sobie ze stresem, trening relaksacyjny oraz opieka duchowa. Niezbędne wydaje się więc zwiększenie wysiłków na rzecz podnoszenia świadomości na temat chorób psychicznych i ich znaczenia w populacji chorych z HF oraz zwiększenia dostępności do specjalistów i wypracowania efektywnej współpracy kardiologów, psychiatrów i psychoterapeutów.

Informacje o artykule

Finansowanie: Brak.

Konflikt interesów: Nie zgłoszono.

Piśmiennictwo

- Savarese G, Becher PM, Lund LH, et al. Global burden of heart failure: A comprehensive and updated review of epidemiology. *Cardiovasc Res.* 2023; 118(17): 3272–3287, doi: 10.1093/cvr/cvac013, indexed in Pubmed: 35150240.
- Mauro C, Chianese S, Cocchia R, et al. Acute heart failure: Diagnostic-therapeutic pathways and preventive strategies—a real-world clinician's guide. *J Clin Med.* 2023; 12(3): 846, doi: 10.3390/jcm12030846, indexed in Pubmed: 36769495.
- Celano CM, Villegas AC, Albanese AM, et al. Depression and anxiety in heart failure: A review. *Harv Rev Psychiatry.* 2018; 26(4): 175–184, doi: 10.1097/HRP.000000000000162, indexed in Pubmed: 29975336.
- Asocjacja Niewydolności Serca PTK. Niewydolność serca w Polsce 2014–2021. https://www.niewydolnosc-serca.pl/doc/ANS_raport_01.09_.pdf (accessed: August 1, 2024).
- Moradi M, Doostkani M, Behnamfar N, et al. Global prevalence of depression among heart failure patients: A systematic review and meta-analysis. *Curr Probl Cardiol.* 2022; 47(6): 100848, doi: 10.1016/j.cpcardiol.2021.100848, indexed in Pubmed: 34006389.
- Daskalopoulou M, George J, Walters K, et al. Depression as a risk factor for the initial presentation of twelve cardiac, cerebrovascular, and peripheral arterial diseases: Data linkage study of 1.9 million women and men. *PLoS One.* 2016; 11(4): e0153838, doi: 10.1371/journal.pone.0153838, indexed in Pubmed: 27105076.
- Easton K, Coventry P, Lovell K, et al. Prevalence and measurement of anxiety in samples of patients with heart failure: Meta-analysis. *J Cardiovasc Nurs.* 2016; 31(4): 367–379, doi: 10.1097/JCN.0000000000000265, indexed in Pubmed: 25930162.
- Sokoreli I, de Vries JJG, Pauws SC, et al. Depression and anxiety as predictors of mortality among heart failure patients: Systematic review and meta-analysis. *Heart Fail Rev.* 2016; 21(1): 49–63, doi: 10.1007/s10741-015-9517-4, indexed in Pubmed: 26572543.
- Broström A, Strömberg A, Dahlström U, et al. Sleep difficulties, daytime sleepiness, and health-related quality of life in patients with chronic heart failure. *J Cardiovasc Nurs.* 2004; 19(4): 234–242, doi: 10.1097/00005082-200407000-00003, indexed in Pubmed: 15326979.
- Redeker NS, Jeon S, Muench U, et al. Insomnia symptoms and daytime function in stable heart failure. *Sleep.* 2010; 33(9): 1210–1216, doi: 10.1093/sleep/33.9.1210, indexed in Pubmed: 20857868.
- Laugsand LE, Strand LB, Platou C, et al. Insomnia and the risk of incident heart failure: A population study. *Eur Heart J.* 2014; 35(21): 1382–1393, doi: 10.1093/eurheartj/ehu019, indexed in Pubmed: 23462728.
- Honda S, Nagai T, Sugano Y, et al. NaDEF investigators. Prevalence, determinants, and prognostic significance of delirium in patients with acute heart failure. *Int J Cardiol.* 2016; 222: 521–527, doi: 10.1016/j.ijcard.2016.07.236, indexed in Pubmed: 27509220.

13. Pak M, Hara M, Miura S, et al. Delirium is associated with high mortality in older adult patients with acute decompensated heart failure. *BMC Geriatr.* 2020; 20(1): 524, doi: [10.1186/s12877-020-01928-7](https://doi.org/10.1186/s12877-020-01928-7), indexed in Pubmed: [33272204](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33272204/).
14. Shen Q, Mikkelsen DH, Luitva LB, et al. Psychiatric disorders and subsequent risk of cardiovascular disease: A longitudinal matched cohort study across three countries. *EclinicalMedicine.* 2023; 61: 102063, doi: [10.1016/j.eclinm.2023.102063](https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2023.102063), indexed in Pubmed: [37425374](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37425374/).
15. Aimo A, Castiglione V, Borrelli C, et al. Oxidative stress and inflammation in the evolution of heart failure: From pathophysiology to therapeutic strategies. *Eur J Prev Cardiol.* 2020; 27(5): 494–510, doi: [10.1177/2047487319870344](https://doi.org/10.1177/2047487319870344), indexed in Pubmed: [31412712](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31412712/).
16. Tsutsui H, Kinugawa S, Matsushima S. Oxidative stress and heart failure. *Am J Physiol Heart Circ Physiol.* 2011; 301(6): H2181–H2190, doi: [10.1152/ajpheart.00554.2011](https://doi.org/10.1152/ajpheart.00554.2011), indexed in Pubmed: [21949114](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21949114/).
17. Shao M, Lin X, Jiang D, et al. Depression and cardiovascular disease: Shared molecular mechanisms and clinical implications. *Psychiatry Res.* 2020 [Epub ahead of print]; 285: 112802, doi: [10.1016/j.psychres.2020.112802](https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112802), indexed in Pubmed: [32036152](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32036152/).
18. Wu WC, Luh DL, Lin CI, et al. Reciprocal relationship between unhealthy eating behaviours and depressive symptoms from childhood to adolescence: 10-year follow-up of the Child and Adolescent Behaviors in Long-Term Evolution study. *Public Health Nutr.* 2016; 19(9): 1654–1665, doi: [10.1017/S1368980015003675](https://doi.org/10.1017/S1368980015003675), indexed in Pubmed: [26781068](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26781068/).
19. Osborne MT, Shin LM, Mehta NN, et al. Disentangling the links between psychosocial stress and cardiovascular disease. *Circ Cardiovasc Imaging.* 2020; 13(8): e010931, doi: [10.1161/CIRCIMAGING.120.010931](https://doi.org/10.1161/CIRCIMAGING.120.010931), indexed in Pubmed: [32791843](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32791843/).
20. Kivimäki M, Steptoe A. Effects of stress on the development and progression of cardiovascular disease. *Nat Rev Cardiol.* 2018; 15(4): 215–229, doi: [10.1038/nrcardio.2017.189](https://doi.org/10.1038/nrcardio.2017.189), indexed in Pubmed: [29213140](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29213140/).
21. Marano G, Traversi G, Romagnoli E, et al. Cardiologic side effects of psychotropic drugs. *J Geriatr Cardiol.* 2011; 8(4): 243–253, doi: [10.3724/SP.J.1263.2011.00243](https://doi.org/10.3724/SP.J.1263.2011.00243), indexed in Pubmed: [22783311](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22783311/).
22. Beach SR, Celano CM, Sugrue AM, et al. QT prolongation, Torsades de Pointes, and psychotropic medications: A 5-year update. *Psychosomatics.* 2018; 59(2): 105–122, doi: [10.1016/j.psych.2017.10.009](https://doi.org/10.1016/j.psych.2017.10.009), indexed in Pubmed: [29275963](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29275963/).
23. Miller AH, Raison CL. The role of inflammation in depression: from evolutionary imperative to modern treatment target. *Nat Rev Immunol.* 2016; 16(1): 22–34, doi: [10.1038/nri.2015.5](https://doi.org/10.1038/nri.2015.5), indexed in Pubmed: [26711676](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26711676/).
24. Danesh J, Kaptoge S, Mann AG, et al. Long-term interleukin-6 levels and subsequent risk of coronary heart disease: two new prospective studies and a systematic review. *PLoS Med.* 2008; 5(4): e78, doi: [10.1371/journal.pmed.0050078](https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0050078), indexed in Pubmed: [18399716](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18399716/).
25. Carney RM, Saunders RD, Freedland KE, et al. Major depressive disorder in coronary artery disease. *Am J Cardiol.* 1987; 60(16): 1273–1275, doi: [10.1016/0002-9149\(87\)90607-2](https://doi.org/10.1016/0002-9149(87)90607-2), indexed in Pubmed: [3687779](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3687779/).
26. Hallas CN, Wray Jo, Andreou P, et al. Depression and perceptions about heart failure predict quality of life in patients with advanced heart failure. *Heart Lung.* 2011; 40(2): 111–121, doi: [10.1016/j.hrtlng.2009.12.008](https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2009.12.008), indexed in Pubmed: [20561889](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20561889/).
27. Moser DK. „The rust of life”: impact of anxiety on cardiac patients. *Am J Crit Care.* 2007; 16(4): 361–369, indexed in Pubmed: [17595368](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17595368/).
28. McDonagh TA, Metra M, Adamo M, et al. 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *Eur Heart J.* 2021; 42(36): 3599–3726, doi: [10.1093/eurheartj/ehab368](https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehab368), indexed in Pubmed: [34447992](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34447992/).
29. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Depression in adults with a chronic physical health problem: recognition and management. Published: 28 October 2009.
30. Samochowiec J., Dudek D., Kucharska-Mazur J., Murawiec S., Rymaszevska J., Cubala W.J., Heitzman J., Jankowska-Zduńczyk A., Chatizow J., Bala M., Diagnostyka i leczenie depresji u dorosłych — wytyczne dla lekarzy rodzinnych, Polskie Towarzystwo Psychiatryczne i Naczelna Izba Lekarska 2019.
31. Dominiak M, Antosik-Wójcińska AZ, Baron M, Mierzejewski P, Święcicki Ł. Rekomendacje odnośnie profilaktyki i leczenia depresji w Podstawowej Opiece Zdrowotnej (POZ) wraz z propozycją programu profilaktyczno-edukacyjnego zapobiegania depresji. Instytut Psychiatrii i Neurologii. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2018.
32. Aaron T. Beck, Robert A. Steer, Gregory K. Brown. BDI®-II Inwentarz Depresji Becka – Wydanie drugie. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego; Warszawa, 2019.
33. Snaithe RP. The hospital anxiety and depression scale. *Health Qual Life Outcomes.* 2003; 1: 29, doi: [10.1186/1477-7525-1-29](https://doi.org/10.1186/1477-7525-1-29), indexed in Pubmed: [12914662](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12914662/).
34. Karakuła H, Grzywa A, Spila B, et al. Use of Hospital Anxiety and Depression Scale in psychosomatic disorders [article in Polish]. *Psychiatr Pol.* 1996; 30(4): 653–667, indexed in Pubmed: [8975264](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8975264/).
35. <https://www.phqscreeners.com> (accessed: August 1, 2024).
36. Kokoszka A, Jastrzębski A, Obrębski M, et al. Ocena psychometrycznych właściwości polskiej wersji Kwestionariusza Zdrowia Pacjenta-9 dla osób dorosłych. *Psychiatria.* 2016; 13(4): 187–193.
37. Nezelek J, Rusanowska M, Holas P, et al. The factor structure of a Polish language version of the hospital anxiety depression scale (HADS). *Current Psychology.* 2019; 40(5): 2318–2326, doi: [10.1007/s12144-019-0164-0](https://doi.org/10.1007/s12144-019-0164-0).
38. Löwe B, Decker O, Müller S, et al. Validation and standardization of the Generalized Anxiety Disorder Screener (GAD-7) in the general population. *Med Care.* 2008; 46(3): 266–274, doi: [10.1097/MLR.0b013e318160d093](https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e318160d093), indexed in Pubmed: [18388841](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18388841/).
39. Laugsand LE, Strand LB, Platou C, et al. Insomnia and the risk of incident heart failure: A population study. *Eur Heart J.* 2014; 35(21): 1382–1393, doi: [10.1093/eurheartj/ehu019](https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehu019), indexed in Pubmed: [23462728](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23462728/).
40. Parati G, Lombardi C, Castagna F, et al. Heart failure and sleep disorders. *Nat Rev Cardiol.* 2016; 13(7): 389–403, doi: [10.1038/nrcardio.2016.71](https://doi.org/10.1038/nrcardio.2016.71), indexed in Pubmed: [27173772](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27173772/).
41. Ali RM, Zolezzi M, Awaisu A. A systematic review of instruments for the assessment of insomnia in adults. *Nat Sci Sleep.* 2020; 12: 377–409, doi: [10.2147/NSS.S250918](https://doi.org/10.2147/NSS.S250918), indexed in Pubmed: [32753991](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32753991/).
42. Fornał-Pawłowska M, Wolynczyk-Gmaj D, Szelenberger W. Walidacja Ateńskiej Skali Bezsenności [article in Polish]. *Psychiatr Pol.* 2011; 45(2): 211–219.
43. Morin CM, Belleville G, Bélanger L, et al. The Insomnia Severity Index: Psychometric indicators to detect insomnia cases and evaluate treatment response. *Sleep.* 2011; 34(5): 601–608, doi: [10.1093/sleep/34.5.601](https://doi.org/10.1093/sleep/34.5.601), indexed in Pubmed: [21532953](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21532953/).
44. Inouye S, van Dyck CH, Alessi CA. Clarifying confusion: the confusion assessment method. A new method for detection of delirium. *Ann Intern Med.* 1990; 113(12): 941–948, doi: [10.7326/0003-4819-113-12-941](https://doi.org/10.7326/0003-4819-113-12-941), indexed in Pubmed: [2240918](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2240918/).
45. Schuurmans MJ, Shortridge-Baggett LM, Duursma SA. The Delirium Observation Screening Scale: A screening instrument for delirium. *Res Theory Nurs Pract.* 2003; 17(1): 31–50, doi: [10.1891/rtnp.17.1.31.53169](https://doi.org/10.1891/rtnp.17.1.31.53169), indexed in Pubmed: [12751884](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12751884/).
46. Kodeks Etyki Lekarskiej. <https://nil.org.pl/dokumenty/kodeks-etyki-lekarskiej> (accessed: December 3, 2023).
47. Rajeswaran T, Plymen CM, Doherty AM. The effect of antidepressant medications in the management of heart failure on outcomes: mortality, cardiovascular function and depression - a systematic review. *Int J Psychiatry Clin Pract.* 2018; 22(3): 164–169, doi: [10.1080/13651501.2017.1401085](https://doi.org/10.1080/13651501.2017.1401085), indexed in Pubmed: [29172802](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29172802/).
48. Swenson JR, Doucette S, Fergusson D. Adverse cardiovascular events in antidepressant trials involving high-risk patients: A systematic review of randomized trials. *Can J Psychiatry.* 2006; 51(14): 923–929, doi: [10.1177/070674370605101408](https://doi.org/10.1177/070674370605101408), indexed in Pubmed: [17249635](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17249635/).
49. Shapiro PA, Lespérance F, Frasure-Smith N, et al. An open-label preliminary trial of sertraline for treatment of major depression after acute myocardial infarction (the SADHAT Trial). *Sertraline Anti-Depressant Heart Attack Trial.* *Am Heart J.* 1999; 137(6): 1100–1106, doi: [10.1016/s0002-8703\(99\)70369-8](https://doi.org/10.1016/s0002-8703(99)70369-8), indexed in Pubmed: [10347338](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10347338/).
50. O'Connor CM, Jiang W, Kuchibhatla M, et al. Safety and efficacy of sertraline for depression in patients with heart failure: results of the SADHART-CHF (Sertraline Against Depression and Heart Disease in Chronic Heart Failure) trial. *J Am Coll Cardiol.* 2010; 56(9): 692–699, doi: [10.1016/j.jacc.2010.03.068](https://doi.org/10.1016/j.jacc.2010.03.068), indexed in Pubmed: [20723799](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20723799/).
51. Hedrick R, Korouri S, Tadros E, et al. The impact of antidepressants on depressive symptom severity, quality of life, morbidity, and mor-

- tality in heart failure: a systematic review. *Drugs Context*. 2020; 9, doi: [10.7573/dic.2020-5-4](https://doi.org/10.7573/dic.2020-5-4), indexed in Pubmed: [32788920](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32788920/).
52. Marashdeh RAM, Parsons R, Sim TF. Antidepressant prescribing patterns in heart failure patients at residential aged care facilities in Australia: a cross-sectional study. *J Res Pharm Pract*. 2019; 8(2): 69–74, doi: [10.4103/jrpp.JRPP_18_63](https://doi.org/10.4103/jrpp.JRPP_18_63), indexed in Pubmed: [31367641](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31367641/).
 53. Tepy RM, Packard KA, White ND, et al. Treatment of depression in patients with concomitant cardiac disease. *Prog Cardiovasc Dis*. 2016; 58(5): 514–528, doi: [10.1016/j.pcad.2015.11.003](https://doi.org/10.1016/j.pcad.2015.11.003), indexed in Pubmed: [26562328](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26562328/).
 54. Dudek D. Depresja. In: Jarema M. ed. *Standardy leczenia farmakologicznego niektórych zaburzeń psychicznych*. Via Medica, Gdańsk 2022: 55–92.
 55. Podolecki T, Pudlo R, Mazurek M, et al. The incidence, clinical significance, and treatment effects of depression in cardiac resynchronization therapy recipients. *Cardiology*. 2017; 138(2): 115–121, doi: [10.1159/000475522](https://doi.org/10.1159/000475522), indexed in Pubmed: [28641292](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28641292/).
 56. Xue F, Strombom I, Turnbull B, et al. Treatment with duloxetine in adults and the incidence of cardiovascular events. *J Clin Psychopharmacol*. 2012; 32(1): 23–30, doi: [10.1097/JCP.0b013e31823fb238](https://doi.org/10.1097/JCP.0b013e31823fb238), indexed in Pubmed: [22198454](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22198454/).
 57. Zivin K, Pfeiffer PN, Bohnert ASB, et al. Evaluation of the FDA warning against prescribing citalopram at doses exceeding 40 mg. *Am J Psychiatry*. 2013; 170(6): 642–650, doi: [10.1176/appi.ajp.2013.12030408](https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2013.12030408), indexed in Pubmed: [23640689](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23640689/).
 58. Jiang W, Krishnan R, Kuchibhatla M, et al. Characteristics of depression remission and its relation with cardiovascular outcome among patients with chronic heart failure (from the SADHART-CHF Study). *Am J Cardiol*. 2011; 107(4): 545–551, doi: [10.1016/j.amjcard.2010.10.013](https://doi.org/10.1016/j.amjcard.2010.10.013), indexed in Pubmed: [21295172](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21295172/).
 59. Chernoff RA, Messineo G, Kim S, et al. Psychosocial interventions for patients with heart failure and their impact on depression, anxiety, quality of life, morbidity, and mortality: A systematic review and meta-analysis. *Psychosom Med*. 2022; 84(5): 560–580, doi: [10.1097/PSY.0000000000001073](https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000001073), indexed in Pubmed: [35354163](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35354163/).
 60. Nahlén Bose C. A meta-review of systematic reviews and meta-analyses on outcomes of psychosocial interventions in heart failure. *Front Psychiatry*. 2023; 14: 1095665, doi: [10.3389/fpsy.2023.1095665](https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1095665), indexed in Pubmed: [36970265](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36970265/).
 61. Cassidy L, Hill L, Fitzsimons D, et al. The impact of psychoeducational interventions on the outcomes of caregivers of patients with heart failure: A systematic review and meta-analysis. *Int J Nurs Stud*. 2021; 114: 103806, doi: [10.1016/j.ijnurstu.2020.103806](https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103806), indexed in Pubmed: [33248290](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33248290/).
 62. de Oliveira FW, Nunes BP, Lobato FL, et al. Psychoeducational intervention for reducing heart failure patients' rehospitalizations and promoting their quality of life and posttraumatic growth at the 1-year follow-up: A randomized clinical trial. *Psychosom Med*. 2023; 85(3): 273–279, doi: [10.1097/PSY.0000000000001180](https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000001180), indexed in Pubmed: [36917484](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36917484/).
 63. Sullivan MJ, Wood L, Terry J, et al. The Support, Education, and Research in Chronic Heart Failure Study (SEARCH): A mindfulness-based psychoeducational intervention improves depression and clinical symptoms in patients with chronic heart failure. *Am Heart J*. 2009; 157(1): 84–90, doi: [10.1016/j.ahj.2008.08.033](https://doi.org/10.1016/j.ahj.2008.08.033), indexed in Pubmed: [19081401](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19081401/).
 64. Gathright EC, Salmoirago-Blotcher E, DeCosta J, et al. Stress management interventions for adults with heart failure: Systematic review and meta-analysis. *Health Psychol*. 2021; 40(9): 606–616, doi: [10.1037/hea0001084](https://doi.org/10.1037/hea0001084), indexed in Pubmed: [34843321](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34843321/).
 65. Helal SI, Lee G, Evans C, et al. The efficacy of psychological interventions on health-related quality of life for patients with heart failure and depression: A systematic review. *J Cardiovasc Nurs*. 2022; 37(2): 134–145, doi: [10.1097/JCN.0000000000000779](https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000000779), indexed in Pubmed: [33394624](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33394624/).
 66. Viveiros J, Chamberlain B, O'Hare A, et al. Meditation interventions among heart failure patients: An integrative review. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2019; 18(8): 720–728, doi: [10.1177/1474515119863181](https://doi.org/10.1177/1474515119863181), indexed in Pubmed: [31331192](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31331192/).
 67. Ishak WI, Edwards G, Herrera N. Depression in heart failure: A systematic review. *Innov Clin Neurosci*. 2020; 17(4–6): 27–38, indexed in Pubmed: [32802590](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32802590/).
 68. Lundgren JG, Dahlstrom O, Andersson G, et al. Cognitive behavior therapy for depression and self-care in heart failure patients: A randomized clinical trial. *JAMA Intern Med*. 2015; 175(11): 1773–1782, doi: [10.1001/jamainternmed.2015.5220](https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2015.5220), indexed in Pubmed: [26414759](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26414759/).
 69. Rashid S, Qureshi AG, Noor TA, et al. Anxiety and depression in heart failure: An updated review. *Curr Probl Cardiol*. 2023; 48(11): 101987, doi: [10.1016/j.cpcardiol.2023.101987](https://doi.org/10.1016/j.cpcardiol.2023.101987), indexed in Pubmed: [37473952](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37473952/).
 70. Scott-Sheldon LAJ, Gathright EC, Donahue ML, et al. Mindfulness-based interventions for adults with cardiovascular disease: A systematic review and meta-analysis. *Ann Behav Med*. 2020; 54(1): 67–73, doi: [10.1093/abm/kaz020](https://doi.org/10.1093/abm/kaz020), indexed in Pubmed: [31167026](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31167026/).
 71. Zou H, Cao X, Geng J, et al. Effects of mindfulness-based interventions on health-related outcomes for patients with heart failure: A systematic review. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2020; 19(1): 44–54, doi: [10.1177/1474515119881947](https://doi.org/10.1177/1474515119881947), indexed in Pubmed: [31635481](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31635481/).
 72. Redeker NS, Yaggi HK, Jacoby D, et al. Cognitive behavioral therapy for insomnia has sustained effects on insomnia, fatigue, and function among people with chronic heart failure and insomnia: The HeartSleep Study. *Sleep*. 2022; 45(1): zsab252, doi: [10.1093/sleep/zsab252](https://doi.org/10.1093/sleep/zsab252), indexed in Pubmed: [34657160](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34657160/).
 73. Harris KM, Schiele SE, Emery CF. Pilot randomized trial of brief behavioral treatment for insomnia in patients with heart failure. *Heart Lung*. 2019; 48(5): 373–380, doi: [10.1016/j.hrtlng.2019.06.003](https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2019.06.003), indexed in Pubmed: [31255302](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31255302/).
 74. Stewart JG, McNulty R, Griffin MT, et al. Psychological empowerment and structural empowerment among nurse practitioners. *J Am Acad Nurse Pract*. 2010; 22(1): 27–34, doi: [10.1111/j.1745-7599.2009.00467.x](https://doi.org/10.1111/j.1745-7599.2009.00467.x), indexed in Pubmed: [20074194](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20074194/).
 75. Cowie MR, Anker SD, Cleland JGF, et al. Improving care for patients with acute heart failure: before, during and after hospitalization. *ESC Heart Fail*. 2014; 1(2): 110–145, doi: [10.1002/ehf2.12021](https://doi.org/10.1002/ehf2.12021), indexed in Pubmed: [28834628](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28834628/).
 76. Stamp KD, Dunbar SB, Clark PC, et al. Family partner intervention influences self-care confidence and treatment self-regulation in patients with heart failure. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2016; 15(5): 317–327, doi: [10.1177/1474515115572047](https://doi.org/10.1177/1474515115572047), indexed in Pubmed: [25673525](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25673525/).
 77. Baum E, Nowak A, Nowosadko M, Głodowska KB. *Duchowe uwarunkowania opieki nad pacjentem*. Termedia Wydawnictwa Medyczne, Poznań 2022: 63–69. <https://ptodm.org.pl> (accessed: August 1, 2024).
 79. Frankl V. *Człowiek w poszukiwaniu sensu*. Czarna Owca, Warszawa 2016.
 80. Sobanski PZ, Alt-Epping B, Currow DC, et al. Palliative care for people living with heart failure: European Association for Palliative Care Task Force expert position statement. *Cardiovasc Res*. 2020; 116(1): 12–27, doi: [10.1093/cvr/cvz200](https://doi.org/10.1093/cvr/cvz200), indexed in Pubmed: [31386104](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31386104/).
 81. Hill L, Prager Geller T, Baruah R, et al. Integration of a palliative approach into heart failure care: A European Society of Cardiology Heart Failure Association position paper. *Eur J Heart Fail*. 2020; 22(12): 2327–2339, doi: [10.1002/ehfj.1994](https://doi.org/10.1002/ehfj.1994), indexed in Pubmed: [32892431](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32892431/).
 82. Sobański PZ, Brzezińska Rajszyz G, Grodzicki T, et al. Palliative care for people living with cardiac disease. *Kardiologia Pol*. 2020; 78(4): 364–373, doi: [10.33963/KP.15276](https://doi.org/10.33963/KP.15276), indexed in Pubmed: [32336071](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32336071/).
 83. Heidenreich PA, Bozkurt B, Aguilar D, et al. 2022 AHA/ACC/HFSA guideline for the management of heart failure: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. *Circulation*. 2022; 145(18): e895–e1032, doi: [10.1161/CIR.0000000000001063](https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000001063), indexed in Pubmed: [35363499](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35363499/).
 84. Szczeklik W, Krajnik M, Pawlikowski J, et al. Zapobieganie terapii daramnej u dorosłych chorych umierających w szpitalu — stanowisko Grupy Roboczej Towarzystwa Internistów Polskich ds. Terapii Daramnej na Oddziałach Internistycznych. *Med Prakt*. 2023; 4: 121–140.