

ZESPÓŁ STRESU POURAZOWEGO U PACJENTA PO SERII WYŁADOWAŃ WSZCZEPIONEGO KARDIOWERTERA-DEFIBRYLATORA

Agnieszka Maryniak

Zakład Psychologii Klinicznej, Instytut „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka”
Klinika Zaburzeń Rytmu Serca, Instytut Kardiologii
Warszawa

POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER IN A PATIENT WITH IMPLANTABLE CARDIOVERTER DEFIBRILLATOR AFTER SERIES OF DEFIBRILLATIONS

Summary. Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) is diagnosed in person, who has experienced or was witness of life-threatening events, such a natural disasters, serious accidents or violent personal assault. In the paper experiences of patient with implantable cardioverter defibrillator, connected with series of defibrillations and PTSD symptoms after this incident, are present. Diagnosis of PTSD, in spite of untypical trauma, is conducive to understanding symptoms and fitting therapy.

Zespół stresu pourazowego – wprowadzenie

W 1980 roku Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne w trzeciej edycji *Podręcznika diagnostyczno-statystycznego zaburzeń psychicznych*, znanego pod skrótem DSM-III (*Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders*), umieściło nową jednostkę chorobową: zespół stresu pourazowego¹ (PTSD – *Post-Traumatic Stress Disorder*). W kolejnych edycjach dokonywano pewnych zmian w definicji zespołu i kryteriach diagnostycznych. Aktualnie, według DSM-IV, zespół stresu pourazowego rozpoznaje się, gdy:

1. Osoba doświadczyła lub była świadkiem zdarzenia, w którym ktoś poniósł śmierć, doznał poważnych obrażeń albo istniała taka groźba, a jej reakcje na to zdarzenie charakteryzuje intensywny strach, bezradność lub zgroza.
2. Traumatyczne zdarzenie uporczywie powraca i jest ponownie przeżywane (myśli, wspomnienia, sny, iluzje, dysosjacyjne epizody reminiscencji itp.), a wspomnieniom towarzyszy silny stres i/lub reakcje fizjologiczne.

¹ W polskim piśmiennictwie używany jest też termin „zaburzenie po stresie traumatycznym”.

Adres do korespondencji: Zakład Psychologii Klinicznej, Instytut „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka”, 04-730 Warszawa, al. Dzieci Polskich 20,
e-mail: amaryniak@poczta.wp.pl

3. Występuje uporczywe unikanie bodźców związanych z traumą i ogólne odrętwienie psychiczne.
4. Utrzymują się objawy wzmożonego pobudzenia.
5. Czas trwania zaburzenia jest dłuższy niż 1 miesiąc.
6. Objawy powodują istotny dystres lub załamanie w życiu społecznym, zawodowym lub innych istotnych obszarach funkcjonowania (za: Dudek, 2003).

W DSM-IV wprowadzono także pojęcie „zespołu ostrego stresu” (ASD – *Acute Stress Disorder*), który może być rozpoznany w pierwszym miesiącu po zaistnieniu sytuacji traumatycznej w oparciu o analogiczne kryteria, uzupełnione o objawy dysocjacyjne, takie jak subiektywne poczucie odrętwienia lub wyobcowania emocjonalnego, zredukowana świadomość otoczenia, depersonalizacja, amnezja dysocjacyjna, doświadczane w trakcie trwania urazu lub po nim (Bryant, Harvey, 2003).

Historia kształtowania się pojęcia stresu pourazowego i objawów, będących jego następstwem, wiąże się przede wszystkim z obserwacjami osób, które były czynnymi uczestnikami działań wojennych lub ich biernymi ofiarami. W dalszej kolejności zwrócono uwagę na ofiary katastrof, klęsk żywiołowych, wypadków, napadów. Nadal przede wszystkim w takich przypadkach zespół stresu pourazowego jest rozpoznawany. Zdaje się umykać uwadze klinicystów fakt, że zdarzenie, mające charakter skrajnie traumatyczny i pociągające za sobą wystąpienie objawów ASD i PTSD może mieć mniej spektakularny charakter. Nie zawsze musi to być wydarzenie opisywane na pierwszych stronach gazet – jak wojny, kataklizmy naturalne (wielka powódź, tajfun), katastrofy (pożar, wypadek kolejowy) – lub chociaż w lokalnej kronice policyjnej (wypadek drogowy, napad czy gwałt). Poniżej przedstawiona zostanie analiza doświadczeń pacjenta z wszczepionym kardiowerterem-defibrylatorem, u którego po serii kilkunastu wylądowań wystąpił pełnoobjawowy zespół stresu pourazowego. Prezentacja i omówienie przypadku poprzedzone zostaną wprowadzeniem na temat psychologicznych aspektów terapii z użyciem automatycznego wszczepialnego kardiowertera-defibrylatora.

Doświadczenia pacjentów z wszczepionym kardiowerterem-defibrylatorem

Automatyczny kardiowerter-defibrylator (ICD) jest urządzeniem stosowanym w prewencji nagłego zgonu sercowego u chorych zagrożonych występowaniem napadów zaburzeń częstoskurczu komorowego lub migotania komór. Urządzenie to, wielkością zbliżone do pudełka zapalnek, wszczepiane jest podskórnym w okolicy mięśnia piersiowego. Automatyczny kardiowerter-defibrylator potrafi rozpoznać i przerwać napad zaburzeń rytmu. W wypadku wystąpienia szybkiego częstoskurczu komorowego lub migotania komór, ICD automatycznie wyzwała wylądowanie o wysokiej energii, czyli dokonuje defibrylacji. Urządzenie rejestruje zapis elektrokardiogramu z chwil poprzedzających wylądowanie i następujących bezpośrednio po nim, co pozwala ocenić trafność i skuteczność interwencji (Bennett, 2003).

Dokonywana przez ICD defibrylacja jest dla pacjenta bardzo nieprzyjemnym doznaniem, opisywanym jako „nagle bolesne uderzenie w klatkę piersiową”, wiążące się ze skurczem mięśni całego ciała, po którym niektórzy chorzy przez krótki czas odczuwają oszołomienie. U obserwatorów doświadczany przez pacjenta wstrząs może budzić skojarzenia z napadem drgawkowym.

Ze względu na objawy towarzyszące wyladowaniom, wszczepienie ICD pociąga za sobą pewne ograniczenia trybu życia. Niemożliwe jest wykonywanie niektórych zawodów (kierowca, praca na wysokościach itp.). Dyskusyjny jest też problem możliwości prowadzenia samochodu osobowego przez pacjentów z ICD, nie jest on jednak traktowany jako bezwzględne przeciwskazanie (Hickey i in., 2001).

Pacjenci z wszczepionym ICD są grupą szczególnego ryzyka wystąpienia zaburzeń lękowych o różnym charakterze (napady paniki, agorafobia), a także depresji (Bourke i in., 1997; Godemann i in., 2001). Według różnych doniesień, częstotliwość występowania zaburzeń lękowych u pacjentów z ICD waha się od 24% do 87%, zaś depresji od 6,5% do 58% (Kuijpers i in., 2002; Kamphuis i in., 2003). Wiąże się to zarówno z samym charakterem choroby – świadomością zagrożenia nagłym zgonem sercowym, jak i doświadczeniami wynikającymi z interwencji defibrylatora. Pacjent ma poczucie, że czas interwencji jest nieprzewidywalny, może ona wystąpić w najmniej sprzyjającym momencie, dezorganizując istotną aktywność, wiążąc się z zagrożeniem czy trudną sytuacją społeczną. Niektórzy chorzy bardzo źle znoszą sam moment defibrylacji, pojawia się więc także lęk przed bólem. Podkreślane są analogie pomiędzy sytuacją pacjentów z ICD a warunkami wpływającymi na kształtowanie się wyuczonej bezradności i następczej wobec niej depresji. Jak sugerują M. Goodman i B. Hess, doświadczenia pacjentów z ICD są niemal odtworzeniem klasycznych eksperymentów M. E. Seligmmana nad wpływem niekontrolowanych i nieprzewidywalnych wstrząsów elektrycznych na powstawanie wyuczonej bezradności, tyle że z udziałem ludzi i w warunkach naturalnych (Goodman, Hess, 1999; Seligman, Maier, 1967; Hock, 2003).

Wielu pacjentów przejawia ambiwalentną postawę w stosunku do zastosowanej terapii. Z jednej strony mają oni świadomość, że wszczepione urządzenie chroni ich życie – każda defibrylacja jest swoistym *memento mori*. Jednak sama interwencja ICD jest bolesna, często też krępująca, gdy ma miejsce wśród obcych osób, niekiedy ze względu na okoliczności wiąże się z niebezpieczeństwem. Chorzy żyją w stałym niepokoju, obawiając się kolejnych wyladowań, antycypując kolejny ból, który w niemożliwym do przewidzenia czasie nieuchronnie nadejdzie. Czasem pojawia się więc wątpliwość, czy warto narażać się na takie cierpienie.

Niektóre ośrodki wszczepiające kardiowertery-defibrylatory starają się zapewnić pacjentom opiekę psychologiczną, mającą na celu ułatwienie adaptacji do życia z urządzeniem i pomoc w jak najpełniejszym powrocie do normalnej aktywności. Powstają grupy wsparcia, skupiające osoby z ICD i ich rodziny. W razie konieczności prowadzona jest terapia (Edelman i in., 2003).

Opis przypadku

U pięćdziesięcioletniego mężczyzny z chorobą wieńcową i nadciśnieniem tętniczym podczas próby wysiłkowej wystąpił napad komorowych zaburzeń rytmu serca. Ze względu na fakt, że ze stwierdzanymi u pacjenta zaburzeniami wiąże się ryzyko nagłego zgonu sercowego, wszczepiono mu automatyczny kardiowerter-defibrylator. Przez pierwsze półtora roku po implantacji ICD miało miejsce kilka pojedynczych interwencji, odczuwanych przez pacjenta jako bardzo nieprzyjemne doznanie, lecz niepociągające za sobą znaczących urazów psychicznych lub fizycznych. Pacjent miał poczucie, że dobrze zaadaptował się do życia z implantem, a rzadkie epizody zadziałania urządzenia nie wpływały dezorganizująco na codzienną aktywność.

W osiemnastym miesiącu po implantacji w godzinach porannych pacjent poczuł „uderzenie” oznaczające, że ICD dokonał defibrylacji. Zgodnie z zaleceniami lekarza, tak jak w przypadku wcześniejszych interwencji, położył się. Po kilku minutach miała miejsce druga defibrylacja. Wzbudziło to u chorego duży niepokój – nie zdarzało się wcześniej, aby konieczne było powtórne wylądowanie. W krótkim czasie nastąpiły kolejne defibrylacje. Pacjent opisuje, że zaczął odczuwać narastającą panikę – z przerażeniem oczekiwał następnych wstrząsów, każda kolejna interwencja była bardziej bolesna, miał poczucie, że okresowo traci przytomność. Był zdezorientowany – nie wiedział, czy urządzenie działa nieprawidłowo, czy też faktycznie występują u niego nawracające bądź nieustępujące zaburzenia rytmu komór, co oznaczałoby stały stan zagrożenia życia. Był sam w domu, wiedział, że musi wezwać pomoc, jednak wstanie z łóżka i dojście do telefonu w sytuacji ponawianych defibrylacji było bardzo trudne. W końcu wezwał pogotowie, został odwieziony do szpitala. Analiza zapisów elektrokardiograficznych z ICD pokazała, że urządzenie dokonało dwunastu defibrylacji, będących prawidłową reakcją na nawracające migotania komór.

Chory przez dwa miesiące po incydencie pozostawał w szpitalu. Napady zaburzeń rytmu serca w tym czasie nie wystąpiły. Wykonano u niego badanie elektrofizjologiczne i ablację RF podłoża komorowych zaburzeń rytmu². Przez cały czas pobytu w szpitalu u pacjenta obserwowano obniżony nastrój, podwyższony poziom lęku, trudności ze snem. Podczas hospitalizacji w rejonie (pierwsze trzy tygodnie), pomimo braku przeciwwskazań, prawie nie wstawał, większość czasu spędzał w łóżku. Później, w klinice specjalistycznej, do której został skierowany na ablację, opuszczał salę wyłącznie w asyście innych osób – rodziny lub pacjentów. Odczuwał dodatkowe skurcze serca i ból w klatce piersiowej, nasilające się, gdy chory wracał myślami do feralnego dnia. Pacjent miał potrzebę szczegółowej analizy wydarzeń, własnych odczuć towarzyszących serii defibrylacji; myśli i podejmowanych działań, jednak gdy zaczynał o nich mówić, dolegliwości stawały się bardziej wyraźne, budząc obawy o wystąpienie napadu częstoskurczu komorowego i interwencję ICD.

Po ablacji, dającej szansę na ustąpienie bądź ograniczenie napadów zaburzeń rytmu serca, emocjonalny stan pacjenta uległ pewnej poprawie – chory stał się bardziej aktywny, lepiej spał, deklarował, że jest „spokojniejszy”. Został wypisany do domu z zaleceniem kontroli psychiatrycznej i ewentualnej opieki psychologicznej w miejscu zamieszkania. Brak jest informacji o dalszym przebiegu rekonwalescencji.

Omówienie

Opisany powyżej przypadek pokazuje, że zespół stresu pourazowego może wystąpić także u osób, które przeżyły nietypowe, indywidualne traumy. Spełnione zostają bowiem wszystkie kryteria, konieczne do rozpoznania PTSD.

1. Charakter wydarzenia. Pacjent miał świadomość, że znajduje się w stanie bezpośredniego zagrożenia śmiercią – kolejne defibrylacje wskazywały na nawracające bądź utrzymujące się poważne zaburzenia rytmu komór serca, które nie ustępują pomimo licznych interwencji ICD. Rozważany przez chorego wariant awarii urządzenia również był źródłem zagrożenia – praca

² Ablacja jest zabiegiem, który polega na wprowadzeniu z dojścia naczyniowego do serca elektrod, ustaleniu źródła zaburzeń i zniszczeniu, poprzez aplikację prądu, fragmentu tkanki odpowiadającej za powstawanie arytmii.

serca poddawanego kolejnym wstrząsom mogła ulec poważnemu zakłóceniu. Chory miał przekonanie, że umrze – albo z powodu zaburzeń komorowych, albo „zabije” go kolejne wyładowanie ICD. Podczas trzech godzin od wystąpienia pierwszego wstrząsu do momentu znalezienia się w szpitalu pacjent przeżywał narastające przerażenie i bezradność.

2. Uporczywe powracanie traumatycznego wydarzenia. Chory miał potrzebę opowiadania o swoich przeżyciach, powracał do nich wspomnieniami, jednak zawsze wiązało się to z pogorszeniem samopoczucia fizycznego, odczuwaniem objawów, które mogły być kojarzone z przeżytymi doświadczeniami (ból w klatce piersiowej, kołatania serca). Również odczuwanie skurczy dodatkowych i „wsluchiwanie się” w swoje serce jest formą stałej kontroli i czujności, czy nie pojawią się zaburzenia zwiastujące zagrożenie życia i pociągające za sobą kolejną interwencję ICD.

3. Unikanie bodźców związanych z traumą i ogólne odrętwienie. W przypadku opisywanego pacjenta trudno mówić o unikaniu bodźców związanych z traumą – bezpośrednio źródła traumy są wszak integralną częścią jego osoby: jest to jego serce, wykazujące tendencję do napadów zaburzeń rytmu i wszczepiony ICD, mających chronić go przed skutkami zaburzeń pracy serca. Również okoliczności, w których wystąpiła seria defibrylacji były jak najbardziej codzienne – we własnym domu, podczas porannego mycia się. Stąd niemożliwe jest unikanie bodźców związanych z traumą, pacjentowi pozostawało więc jak największe ograniczenie wszelkiej aktywności: początkowo prawie nie wstawał z łóżka, potem sam nie ruszał się poza obręb swej sali szpitalnej. Czas spędzał biernie leżąc.

4. Utrzymujące się symptomy wzmożonego pobudzenia. Chory miał trudności ze snem. Pozostawał w stanie stałego podwyższenia poziomu lęku.

5. Czas trwania zaburzeń. Przez cały czas hospitalizacji, czyli do dwóch miesięcy po wydarzeniu, objawy były u pacjenta obecne, ulegając tylko niewielkiemu zmniejszeniu po przeżytym zabiegu.

6. Objawy powodują istotny dystres lub załamanie w istotnych obszarach funkcjonowania. Chory praktycznie wycofał się z wszelkiej aktywności, jego funkcjonowanie zostało więc zaburzone w znacznym stopniu. Przez czas obserwacji pozostawał w szpitalu, a więc w warunkach nienaturalnych, jednak jego ówczesny stan psychiczny uniemożliwiał podjęcie nawet tych aktywności, które dostępne są dla pacjentów szpitala. Jak radził sobie po powrocie do miejsca zamieszkania, nie wiadomo.

Prawdopodobnie w pierwszym miesiącu po wydarzeniu u chorego wystąpił zespół ostrego stresu. Do jego rozpoznania konieczne jest, oprócz powyższych objawów, wystąpienie cech dysocjacji. Pacjent był badany psychologicznie po upływie ponad miesiąca od dnia traumy, jednak w relacjonowanych przez niego przeżyciach pojawiają się elementy, mogące wskazywać na objawy dysocjacyjne: poczucie bycia obserwatorem zdarzeń, „patrzenia na siebie”, gdy doznawał kolejnego wstrząsu; ograniczona pamięć – chory pamiętał osiem z dwunastu defibrylacji (choć może wynika to z okresowych utrat przytomności).

U pacjenta, w wyniku serii kilkunastu interwencji wszczepionego kardiowertera-defibrylatora, wystąpiły objawy zespołu ostrego stresu, a następnie zespołu stresu pourazowego. W wypadku utrzymywania się zaburzeń, chory będzie potrzebował specjalistycznej terapii, gdyż grozi mu trwała inwalidyzacja. Nie jest o nią trudno w sytuacji, gdy pacjent ma rozpoznaną chorobę kardiologiczną, a jego stan psychiczny uniemożliwia powrót do w miarę pełnej aktywności. Postawienie rozpoznania PTSD, pomimo iż doświadczenia chorego odbiegają od tych,

które zazwyczaj są postrzegane jako źródła skrajnej traumy, może pomóc w ukierunkowaniu pracy terapeutycznej. Ważne jest bowiem, aby rozpoznać rzeczywiste przyczyny obserwowanych u pacjenta objawów, nie wiązać ich jedynie z chorobą serca i złą adaptacją do zastosowanego leczenia. Pacjent nie walczył na froncie, nie stracił dobytku podczas powodzi ani też nie był ofiarą napadu z bronią w rękę. Jednak trzy godziny, podczas których przeżył dwanaście defibrylacji, oczekując w panice na kolejną i zarazem mając świadomość, że ich nieskuteczność zwiastuje nadchodzącą śmierć, były dla niego „zdarzeniem wykraczającym poza zakres ludzkich doświadczeń i wywołującym znaczny dystres u prawie każdego”, jak w DSM-III-R definiowano traumę.

LITERATURA CYTOWANA

- Bennett, D. H. (2003). *Zaburzenia rytmu serca. Praktyczne uwagi dotyczące rozpoznawania i leczenia*. Bielsko-Biała: α -medica press.
- Bourke, J. P., Turkington, D., Thomas, G., McComb, J. M., Tynan, M. (1997). Florid psychopathology in patients receiving shocks from implanted cardioverter defibrillators. *Heart*, 78, 6, 581–583.
- Bryant, R. A., Harvey, A. G. (2003). *Zespół ostrego stresu*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Dudek, B. (2003). *Zaburzenia po stresie traumatycznym*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Edelman, S., Lemon, J., Kidman, A. (2003). Psychological therapies for recipients of implantable cardioverter defibrillators. *Heart and Lung*, 32, 4, 234–240.
- Godemann, R. D., Ahrens, B., Behrens, S., Berthold, R., Gandor, C., Lampe, F. (2001). Classic conditioning and dysfunctional cognitions in patients with panic disorder and agoraphobia treated with an implantable cardioverter defibrillators. *Psychosomatic Medicine*, 63, 2, 231–238.
- Goodman, M., Hess, B. (1999). Could implantable cardioverter defibrillators provide a human model supporting the learned helplessness theory of depression? *General Hospital Psychiatry*, 21, 382–385.
- Hickey, K., Curtis, A. B., Lancaster, S., Larsen, G., Warwick, D., McAnulty, J., Mitchell, L. B. (2001). Baseline factors predicting early resumption of driving after life-threatening arrhythmias in the anitarrhythmics versus implantable defibrillators (AVID) Trial. *American Heart Journal*, 142, 99–104.
- Hock, R. R. (2003). *40 prac badawczych, które zmieniły oblicze psychologii*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Kamphuis, H. C., de Leeuw, J. R., Derksen, R., Hauer, R. N., Winnubst, J. A. (2003). Implantable cardioverter defibrillator recipients: quality of life in recipients with and without ICD shock delivery. *Europace*, 5, 381–389.
- Kuijpers, P. M., Honig, A., Wellens, H. J. (2002). Effect of treatment of panic disorder in patient with frequent ICD discharges: a pilot study. *General Hospital Psychiatry*, 24, 181–184.
- Seligman, M. E., Maier, S. F. (1967). Failure to escape traumatic shock. *Journal of Experimental Psychology*, 74, 1–9.