

Psychologiczne reakcje członków rodzin chorych leczonych na oddziałach intensywnej terapii

Psychological reactions in family members of patients hospitalised in intensive care units

Natalia Jezierska, Bartosz Borkowski, Wojciech Gaszyński

Katedra Anestezjologii i Intensywnej Terapii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Abstract

The environment of the intensive care unit (ICU) is burdensome to a patient and the patient's family. There is a higher risk of depression, anxiety and stress-related disorders in the ICU patients' family members. In relatives of critically ill patients, the cluster of adverse psychological reactions, such as: anxiety, acute stress disorder, posttraumatic stress disorder, depression and complicated grief, is called post-intensive care syndrome — family (PICS-F). These complications may affect the relatives' ability to perform the role of a caregiver and it can also hinder their daily functioning. Apart from negative psychological consequences experienced after a loved one's stay in the ICU, there are also some positive changes observed in patient's relatives called posttraumatic growth. In this review, the psychological repercussions in the ICU patient's family and the means to prevent their undesirable responses are discussed.

Key words: intensive care unit, patient's family, post-intensive care syndrome, family; posttraumatic stress disorder, family; posttraumatic growth, family

Słowa kluczowe: intensywne terapię, rodzina chorego; zespół zaburzeń po intensywnej terapii, rodzina; zespół stresu pourazowego, rodzina; rozwój potraumatyczny, rodzina

Anestezjologia Intensywna Terapia 2014, tom XLVI, nr 1, 45–48

Oddziały intensywnej terapii* (OIT) są środowiskiem stwarzającym obciążenie psychiczne zarówno dla przytomnego chorego, jak i dla jego najbliższych. Wśród członków rodzin chorych leczonych na OIT obserwuje się zwiększone ryzyko wystąpienia zaburzeń depresyjnych, lękowych oraz zaburzeń związanych ze stresem. Szacuje się, że po śmierci chorego jedna trzecia członków rodzin spełnia kryteria co najmniej jednego z zaburzeń psychicznych: depresji, zabu-

rzeń lękowych czy reakcji powikłanej żałoby [1]. Najbliżsi chorych leczonych na OIT narażeni są także na wystąpienie zespołu ostrego stresu oraz zespołu stresu pourazowego (PTSD, *posttraumatic stress disorder*) [2]. W 2010 roku *Society of Critical Care Medicine* zaproponowało, by taką formę reakcji członków rodzin chorych leczonych na OIT nazwać syndromem zaburzeń po intensywnej terapii u członków rodziny (PICS-F, *post-intensive care syndrome — family*) [3]. W artykule opisano psychologiczne reakcje członków rodzin chorych leczonych na OIT oraz sposoby zapobiegania ewentualnym późniejszym zaburzeniom psychicznym,

*określenie „oddział intensywnej terapii” odnosi się do funkcjonujących w Polsce oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii w obszarze usług z intensywnej terapii

Należy cytować anglojęzyczną wersję artykułu:

Jezierska N, Borkowski B, Gaszyński W: Psychological reactions in family members of patients hospitalised in intensive care units. *Anaesthesiol Intensive Ther* 2014; 46: 42–45.

uwzględniając ich potrzeby oraz możliwość ich zaspokojenia w warunkach oddziału.

PSYCHOLOGICZNE REAKCJE RODZIN CHORYCH LECZONYCH NA ODDZIALE INTENSYWNEJ TERAPII

W ostatnich latach psychiczne funkcjonowanie członków rodzin chorych leczonych na OIT stało się obszarem większego zainteresowania badaczy na całym świecie. Doniesienia naukowe świadczą o zwiększonym ryzyku wystąpienia zaburzeń depresyjnych i/lub lękowych oraz związanych ze stresem w ciągu kilku miesięcy po pobycie osoby bliskiej na tymże oddziale, niezależnie od tego, czy pacjentem był noworodek, dziecko czy osoba dorosła. Te niepomyślnie skutki psychologiczne mogą utrzymywać się nawet do kilku lat po wypisie pacjenta z oddziału, co może wpływać na późniejsze zaangażowanie członków rodzin w opiekę nad nim [3]. Ponadto, rok po wypisie pacjenta z oddziału wśród bliskich opiekujących się nim, odnotowuje się stale zwiększone ryzyko depresji, a także zakłócenia dotychczasowego stylu życia oraz redukcję ich zatrudnienia w miejscach pracy [4].

Doświadczenie traumy, gdy zagrożone jest czyjeś zdrowie, życie lub integralność psychiczna, może pociągać za sobą niekorzystne następstwa, szczególnie w sferze psychicznej. Zagrożenie utraty zdrowia i życia osoby bliskiej podczas pobytu na OIT może się wiązać z ponownym przeżywaniem traumy za pośrednictwem związanych z nią nawracających obrazów, przemyśleń, snów (intruzji), unikania rozmów, zachowań czy myśli związanych z urazem oraz z występowaniem nadmiernego pobudzenia. Powyższe objawy, utrzymujące się krócej niż miesiąc, wskazują na zespół ostrego stresu. Jeśli ponowne przeżywaniem traumy, unikanie myśli, rozmów związanych z urazem oraz nadmierne pobudzenie występują dłużej niż miesiąc po urazie, możemy mieć do czynienia z PTSD [2]. Opieka nad pacjentem po wypisie z OIT stawia przed rodziną liczne wyzwania zapewnienia bliskiemu odpowiedniej pielęgnacji, możliwości dalszego leczenia i rehabilitacji, co w perspektywie długoterminowej niewątpliwie modyfikuje nastrój osób opiekujących się pacjentem i może się wiązać z jego znacznym obniżeniem. Z kolei nagła bądź poprzedzona powolnym odchodzeniem śmierć chorego na OIT może wywołać reakcję powikłanej żałoby, kiedy to powyżej roku od śmierci bliskiej osoby nadal utrzymują się objawy żałoby, takie jak obecność myśli, uczuć i zachowań odzwierciedlających nadmierne lub rozprasające skupienie na okolicznościach lub konsekwencjach śmierci [4].

U członków rodzin dorosłych chorych leczonych na OIT wypisanych z oddziału prawdopodobieństwo wystąpienia PTSD zostało oszacowane na około 33–49%, a pojawienia się depresji na 6–26%, w zależności od czasu przeprowadzania badania. W grupie rodzin, których bliski zmarł na

OIT ryzyko PTSD szacowano na 14–56%, a występowanie zaburzeń depresyjnych na 18–42%, w tym pojawienie się ciężkich zaburzeń depresyjnych oszacowano na 27%. Z kolei w grupie rodziców dzieci przebywających na OIT istnienie zaburzeń depresyjnych co najmniej cztery miesiące po przyjęciu dziecka na oddział dotyczyły około 12–16%. Ryzyko wystąpienia PTSD w tej grupie rodzin oszacowano na około 13–35% [3].

CZYNNIKI RYZYKA ROZWOJU SYNDROMU ZABURZEŃ PO INTENSYWNEJ TERAPII U CZŁONKÓW RODZINY

Wystąpieniu zespołu po intensywnej terapii wśród członków rodzin pacjentów sprzyja utrzymujący się wcześniej niepokój i/lub przygnębienie oraz lęk, depresja czy ciężka choroba psychiczna stwierdzona w wywiadzie rodzinnym [5]. Zaburzenie funkcjonowania psychicznego wskutek pobytu krewnego na OIT jest częstsze wśród kobiet [6, 7] oraz młodszych członków rodzin [8]. Obciążenie psychiczne jest większe w grupie osób pozostających z pacjentem w związku małżeńskim. Dodatkowym czynnikiem ryzyka może być samotne rodzicielstwo [1]. Wiek pacjenta [9] oraz poziom wykształcenia poszczególnych członków rodziny także pozostawał nie bez znaczenia [10]. Jedną z głównych zmiennych narażających rodzinę na wystąpienie niekorzystnych następstw psychicznych jest zwiększony poziom stresu [11]. Wyniki licznych badań wskazują, że śmierć pacjenta podczas pobytu na oddziale, wysokie zagrożenie utraty życia oraz obecność krewnych w momencie śmierci pacjenta [12] znacznie zwiększają stopień stresu odczuwanego przez członków rodzin. Nagła, niespodziewana choroba [13] lub też choroba, z którą pacjent zmagał się w okresie krótszym niż 5 lat, wymagająca w obu przypadkach przyjęcia na OIT, była równie stresogennym zdarzeniem. Ponadto, współwystępowanie dodatkowych stresorów, choćby kolejnej hospitalizacji, może zwiększać ryzyko występowania negatywnych reakcji psychologicznych u bliskich pacjentów [1]. Powyższe zmienne zwiększają prawdopodobieństwo wystąpienia negatywnych konsekwencji psychicznych u członków rodzin chorych leczonych na OIT. Z kolei postrzegane przez rodziny wsparcie społeczne oraz zachowanie personelu oddziału, ze szczególnym uwzględnieniem prawidłowej komunikacji, to czynniki zmniejszające negatywne następstwa psychologiczne wśród członków rodzin [14]. Matki dzieci leczonych na OIT, badane podczas wizyt kontrolnych, wykazywały mniej objawów PTSD, jeśli podczas przyjęcia dziecka na oddział miały możliwość porozmawiania o swoich przeżyciach [15]. Poziom lęku wśród członków rodzin chorych leczonych na OIT przed wypisaniem pacjenta na inny oddział był niższy w grupie osób, które doświadczały większego wsparcia społecznego [16]. Czynnikiem chroniącym okazało się również poczucie posiadania przez rodziny

pacjentów kompletnej informacji o stanie zdrowia chorego [17] oraz postrzeganie lekarza opiekującego się pacjentem jako wspierającego [18]. Wyniki badań wskazują również na pozytywny wpływ nakierowanych na przekazywanie złych wiadomości o stanie zdrowia chorego spotkań personelu z rodziną pacjenta [19] oraz zaopatrzenie rodzin pacjentów w broszury informujące o specyfice procesu żałoby [20].

PROFILAKTYKA OBCIĄŻAJĄCYCH NASTĘPSTW PSYCHICZNYCH WŚRÓD CZŁONKÓW RODZIN PACJENTÓW ODDZIAŁU INTENSYWNEJ TERAPII

Zapobieganie negatywnym następstwom pobytu na OIT u rodzin pacjentów zakłada wyposażenie personelu oddziału w wiedzę o obciążeniach psychicznych rodzin pacjentów, o ich potrzebach oraz możliwości ich zaspokojenia podczas pobytu pacjenta na oddziale. Rodziny powinny mieć dostęp do aktualnych informacji o zdrowiu chorego, przekazywanych przez odpowiednich członków personelu zrozumiałym, pozbawionym fachowej terminologii językiem [21, 22]. Biorąc pod uwagę poziom stresu członków rodzin oraz jego wpływ na możliwości percepcyjne słuchaczy, informacja powinna być przekazywana różnymi środkami, na przykład słownie, pisemnie czy za pośrednictwem pokazu multimedialnego. Wśród członków rodzin, którzy są zainteresowani włączeniem się w opiekę nad pacjentem, dobrą strategią jest zachęcanie do uczestnictwa w wybranych zabiegach pielęgnacyjnych [3]. Niezwykle istotne jest tu wzięcie pod uwagę zaangażowania rodziny pacjenta w opiekę nad chorym i rozważenie włączenia rodziny w podejmowanie decyzji dotyczących pacjenta. Brak sformułowanego przez pacjenta oświadczenia woli jest źródłem silnego stresu dla rodziny [23]. Jednocześnie członkowie rodzin chorych leczonych na OIT różnią się deklarowaną chęcią wpływu na decyzje leczenia swego najbliższego. Stąd w prewencji wzmożonego stresu negatywnego oraz obniżonej satysfakcji z opieki tak znacząca jest ocena, a przede wszystkim respektowanie preferowanego przez rodzinę poziomu zaangażowania w proces leczenia i zdrowienia pacjenta [10]. W perspektywie długoterminowej emocjonalne reakcje rodzin były bardziej pozytywne, jeśli członkowie rodzin postrzegali lekarza prowadzącego jako pocieszającego, a pielęgniarki jako bardziej wspierające [1].

Ogromną rolę w zmniejszeniu negatywnych następstw natury psychicznej wśród członków rodzin pacjentów pełni prawidłowa komunikacja między personelem oddziału a rodziną pacjenta. Curtis i wsp. [24] zaproponowali model komunikacji VALUE, zgodnie z którym powinny być prowadzone rozmowy z rodzinami pacjentów OIT. Rozwinięcie skrótu VALUE oznacza: (V — *value*) docenienie zaangażowanie rodziny w dyskusję, (A — *acknowledge*) uznanie emocje członków rodziny, (L — *listen*) słuchaj, (U — *understand*) dostrzeż w pacjencie człowieka, (E — *elicit questions*) wydobądź py-

tania od członków rodziny. Inną formą profilaktyki obciążeń psychicznych w tej grupie jest zaangażowanie dorosłych krewnych w opiekę nad pacjentem OIT. Zaangażowanie to miałyby się wyrażać w wykonywaniu przez członków rodzin niektórych czynności pielęgnacyjnych, takich jak: piłowanie paznokci, nakładanie balsamu do ciała i ust czy też stosowanie wyuczonych przez personel oddziału ćwiczeń biernych pacjenta. Ten typ interwencji wzmacnia interakcje rodziny z pacjentem oraz personelem oddziału, a także dostarcza krewnym poczucia bycia potrzebnym w niesprzyjającym rozluźnieniu środowisku OIT. Ponadto podejmowanie takich działań może ułatwić wdrożenie się w rolę opiekuna pacjenta po opuszczeniu szpitala [25, 26]. Włączenie psychiatrów i psychologów w pracę oddziału jest działaniem pomocnym rodzinie zarówno w aspekcie zrozumienia stanu psychicznego krytycznie chorego, jak i możliwych form prewencji PICS-F. Z uwagi na to, że krewni pacjentów nie są oficjalnie pacjentami szpitala, podjęcie tego wymiaru pomocy jest jednak często utrudnione [3].

W kwestii wsparcia rodzin pacjentów, które po wypisie ze szpitala przejmują opiekę nad chorym, zaproponowano zarówno samym pacjentom, jak i ich rodzinom wizyty kontrolne, ukierunkowane na odpowiednio ustrukturyzowany sposób komunikacji oraz ocenę ich możliwości psychofizycznych [27]. Biorąc pod uwagę wyzwania, z jakimi muszą się często zmierzyć najbliżsi pacjenta wypisanego z OIT, korzyści płynące z takich spotkań wydają się oczywiste. W Wielkiej Brytanii prawie 30% OIT organizuje wizyty kontrolne po wypisaniu pacjenta z oddziału [28]. Uczestnicy takich spotkań relacjonują, że grupy wsparcia oraz wizyty w przychodni są pomocne. Równocześnie brakuje badań oceniających skuteczność tej metody oraz demonstrujących zalety tych wizyt dla pacjenta oraz członków jego rodziny. Prawdopodobną przeszkodą jest tu brak określonych procedur i standardów wyznaczających ramy tych wizyt oraz, w konsekwencji powyższego, niepewność co do wyboru interwencji mających przynieść rodzinie najlepsze rezultaty [3]. Istnieją jednak doniesienia świadczące o zależności między stosowaniem prewencyjnych rozmów z rodziną pacjenta, tym samym umożliwieniem im wyrażenia emocji, zmniejszenia poczucia winy, odczucia wsparcia, a zmniejszonym ryzykiem występowania symptomów PTSD, depresji czy lęku w trzy miesiące po śmierci pacjenta [20]. Kolejną strategią redukcji negatywnego stresu i lęku wśród krewnych krytycznie chorego jest dostarczenie, w formie ulotek wręczanych najbliższemu pacjentowi przy ich pierwszym kontakcie z personelem oddziału, informacji dotyczących specyfiki samego oddziału, najczęściej wykonywanych procedur oraz możliwych stanów psychofizycznych pacjenta. Zaopatrzenie członków rodzin pacjentów w ulotki informacyjne nie tylko podnosi poziom zrozumienia sytuacji chorego, i w efekcie zmniejsza poziom dystresu oraz zwiększa

satisfakcję z pracy oddziału, ale również ułatwia kontakty z personelem oddziału, pośrednio modyfikując późniejsze reakcje rodziny [29].

ROZWÓJ POTRAUMATYCZNY

Przeżycie wydarzenia noszącego znamiona traumu z reguły pociąga za sobą negatywne emocje. U wielu osób takie doświadczenia mogą jednak doprowadzić również do pozytywnych zmian w funkcjonowaniu jednostki, zwanych rozwojem potraumatycznym (PTG, *posttraumatic growth*). Przemiany te, jak choćby docenienie stosunków interpersonalnych, wyższy stopień empatii czy przewartościowanie swojego dotychczasowego życia, powstają na kanwie podejmowanych przez jednostkę strategii zaradczych. Emocjonalny dystres oraz potraumatyczny rozwój mogą, niezależnie od siebie, być jednocześnie występującymi następstwami traumatycznego doświadczenia [30]. Badanie pozytywnych zmian u rodziców dzieci hospitalizowanych na OIT w 4 miesiące po wypisie z oddziału wykazało, że PTG jest ważnym zjawiskiem w tej grupie. Rozwój potraumatyczny pojawiał się częściej w następstwie doświadczenia stresu o natężeniu ocenianym przez badanych jako umiarkowane [31]. W komentarzu do wspomnianych badań Schieveld [32] wyjaśnia, że w przypadku rozwoju potraumatycznego wśród rodziców pacjentów hospitalizowanych na OIT dla dzieci niewielki stres nie będzie w stanie nadać życiu nowego znaczenia, podczas gdy stres o zbyt dużym nasileniu nie pozostawi już miejsca na pozytywne reakcje. Stąd tak ważny jest zrównoważony poziom odczuwanego stresu oraz odpowiedzialność personelu oddziału za zrozumienie reakcji na stres, którego doświadcza rodzina chorego.

Piśmiennictwo:

1. Siegel MD, Hayes E, Vanderwerker LC, Loseth DB, Prigerson HG: Psychiatric illness in the next-of-kin of patients who die in the intensive care unit. *Crit Care Med* 2008; 36: 1722–1728.
2. Schmidt M, Azoulay E: Having a loved one in the ICU: the forgotten family. *Curr Opin Crit Care* 2012; 18: 540–547.
3. Davidson JE, Jones C, Bienvenu OJ: Family response to critical illness: postintensive care syndrome-family. *Crit Care Med* 2012; 40: 618–624.
4. Shear MK, Simon N, Wall M, et al.: Complicated grief and related bereavement-issues for DSM-5. *Depress Anxiety* 2011; 28: 103–117.
5. Van Pelt DC, Milbrandt EB, Li Q, et al.: Informal caregiver burden among survivors of prolonged mechanical ventilation. *Am J Respir Crit Care Med* 2007; 175: 167–173.
6. Lefkowitz DS, Baxt C, Evans JR: Prevalence and correlates of post-traumatic stress and postpartum depression in parents of infants in the Neonatal Intensive Care Unit (NICU). *J Clin Psychol Med Settings* 2010; 17: 230–237.
7. Nelson LP, Gold JJ: Posttraumatic stress disorder in children and their parents following admission to the pediatric intensive care unit: a review. *Pediatr Crit Care Med* 2012; 13: 338–347.
8. Anderson WG, Arnold RM, Angus DC, Bryce CL: Posttraumatic stress and complicated grief in family members of patients in the intensive care unit. *J Gen Intern Med* 2008; 23: 1871–1876.
9. McAdam JL, Dracup KA, White DB, Fontaine DK, Puntillo KA: Symptom experiences of family members of intensive care unit patients at high risk for dying. *Crit Care Med* 2010; 38: 1078–1085.
10. Greis CJ, Engelberg RA, Kross EK, et al.: Predictors of symptoms of post-traumatic stress and depression in family members after patient death in the ICU. *Chest* 2010; 137: 280–287.

11. McAdam JL, Puntillo K: Symptoms experienced by family members of patients in intensive care units. *Am J Crit Care* 2009; 18: 200–209.
12. Kross EK, Engelberg RA, Gries CJ, Nielsen EL, Zatzick D, Curtis JR: ICU care associated with symptoms of depression and posttraumatic stress disorder among family members of patients who die in the ICU. *Chest* 2011; 139: 795–801.
13. Balluffi A, Kassam-Adams N, Kazak A, Tucker M, Dominguez T, Helfaer M: Traumatic stress in parents of children admitted to the pediatric intensive care unit. *Pediatr Crit Care Med* 2004; 5: 547–553.
14. Davidson JE, Powers K, Hedayat KM, et al.: American College of Critical Care Medicine Task Force 2004–2005, Society of Critical Care Medicine Clinical practice guidelines for support of the family in the patient-centered intensive care unit: American College of Critical Care Medicine Task Force 2004–2005. *Crit Care Med* 2007; 35: 605–622.
15. Colville GA, Gracey D: Mothers' recollections of the paediatric intensive care unit: associations with psychopathology and views on follow up. *Intensive Crit Care Nurs* 2006; 22: 49–55.
16. Mitchell ML, Courtney M: Reducing family members' anxiety and uncertainty in illness around transfer from intensive care: an intervention study. *Intensive Crit Care Nurs* 2004; 20: 223–231.
17. Williams CM: The identification of family members' contribution to patients' care in the intensive care unit: a naturalistic inquiry. *Nurs Crit Care* 2005; 10: 6–14.
18. Gay EB, Pronovost PJ, Bassett RD, Nelson JE: The intensive care unit family meeting: making it happen. *J Crit Care* 2009; 24: 629.e1–629.e12.
19. Curtis JR, White DB: Practical guidance for evidence-based ICU family conferences. *Chest* 2008; 134: 835–843.
20. Lautrette A, Darmon M, Megarbane B, et al.: A communication strategy and brochure for relatives of patients dying in the ICU. *N Engl J Med* 2007; 356: 469–478.
21. Azoulay E, Pochard F, Chevret S, et al.: Meeting the needs of intensive care unit patient families. *Am J Respir Crit Care Med* 2001; 163: 135–139.
22. Curtis JR, Patrick DL, Shannon SE, Treece PD, Engelberg RA, Rubenfeld GD: The family conference as a focus to improve communication about end-of-life care in the intensive care unit: opportunities for improvement. *Crit Care Med* 2001; 29 (2 Suppl): N26–N33.
23. Luce JM: End-of-life decision making in the intensive care unit. *Am J Respir Crit Care Med* 2010; 182: 6–11.
24. Curtis JR, White DB: Practical guidance for evidence-based ICU family conferences. *Chest* 2008; 134: 835–843.
25. Davidson JE, Daly B, Agan D, Brady NR, Higgins PA: Facilitated sensemaking: a feasibility study for the provision of a family support program in the intensive care unit. *Crit Care Nurs Q* 2010; 33: 178–189.
26. Davidson JE: Facilitated sensemaking: a strategy and new middle-range theory to support families of intensive care unit patients. *Crit Care Nurse* 2010; 30: 28–39.
27. Engström Å, Andersson S, Söderberg S: Re-visiting the ICU. *Intensive Crit Care Nurs* 2008; 24: 233–241.
28. Griffiths JA, Barber VS, Cuthbertson BH, Young JD: A national survey of intensive care follow-up clinics. *Anaesthesia* 2006; 61: 950–955.
29. Azoulay E, Pochard F, Chevret S, et al.: Impact of a family information leaflet on effectiveness of information provided to family members of intensive care unit patients: a multicenter, prospective, randomized, controlled trial. *Am J Respir Crit Care Med* 2002; 165: 438–442.
30. Ogińska-Bulik N, Juczyński Z: Rozwój potraumatyczny — charakterystyka i pomiar. *Psychiatria* 2010; 7: 129–142.
31. Colville G, Cream P: Post-traumatic growth in parents after a child's admission to intensive care: maybe Nietzsche was right? *Intensive Care Med* 2009; 35: 919–923.
32. Schieveld JN: On grief and despair versus resilience and personal growth in critical illness. *Intensive Care Med* 2009; 35: 779–780.

Adres do korespondencji:

mgr psych. Natalia Jezierska
Katedra Anestezjologii i Intensywnej Terapii UM
ul. Kopcińskiego 22, 90–153 Łódź
e-mail: natalia.jezierska1@wp.pl

Otrzymano: 9.04.2013 r.

Zaakceptowano: 28.10.2013 r.