

PSIHOSOCIALNA OBRAVNAVA PREŽIVELIH PO NENADNEM SRČNEM ZASTOJU IN NJIHOVIH SVOJCEV

PSYCHOSOCIAL TREATMENT OF SURVIVORS OF SUDDEN CARDIAC ARREST AND THEIR RELATIVES

izr. prof. dr. Barbara Simonič¹, spec. zakonske in družinske terapije, doc. dr. Tanja Pate¹, zakonska in družinska terapevtka, prof. dr. Marko Noč², dr. med., dr. Špela Tadel Kocjančič², dr. med., mag. Anja Jazbec², prof. dr. Dušan Štajer³, prof. dr. Christian Gostečnik¹, Meta Košir, Klementina Dovečar, Anja Kotnik, Polona Kotnik, Špela Kropivnik, Helena Smonkar, Julija Vačovnik, Karmen Vehovar

¹Teološka fakulteta, Univerza v Ljubljani, Katedra za zakonsko in družinsko terapijo ter psihologijo in sociologijo religije

²Klinični oddelek za intenzivno interno medicino UKC Ljubljana

³Medicinska fakulteta, Katedra za interno medicino, Univerza v Ljubljani

Povzetek

Nenadni srčni zastoj je v razvitem svetu najpogostejši posamezni vzrok umiranja, a se delež preživelih po zaslugi sodobnih intenzivnih metod bolnišničnega zdravljenja povečuje. Podatki kažejo, da imajo preživeli hujše okvare živčevja, kognitivne primanjkljaje in slabše čustveno blagostanje, kar je velik izziv pri obravnavi teh oseb in njihovi integraciji v nadaljnje življenje. Pojavijo se številni čustveni problemi, kot sta tesnoba in depresija, prav tako pa tudi nižja stopnja udeležbe v socialnem življenju in nizka stopnja vračanja na delovno mesto. Poveča se potreba po varnosti in podpori, prisotna so občutja negotovosti, ranljivosti in strahu pred ponovitvijo simptomov. Pri tem so fizično in psihično obremenjeni tudi svojci, ki poročajo o čustvenih problemih in višji stopnji potratnega stresa. Poleg tega je nenadni srčni zastoj življenje ogrožajoč dogodek, kar pomeni, da za preživele in njihove svojce predstavlja travmatično izkušnjo. To povzroča močne čustvene odzive, ki so značilni za doživljanje vseh vrst travme (podoživljanje travme, izogibanje, negativne misli in razpoloženje, povečana vznemirjenost), kar lahko povzroča znatno stisko in težave pri funkcioniranju. Osebe, ki so preživele travmo, nosijo s sabo dolgotrajne posledice, ki se zaradi neprimerne regulacije afektivnih stanj odlikavajo v različnih nefunkcionalnih oblikah vedenja in delovanja. Zaradi teh vidikov je prisotna potreba po učinkovitih intervencijah,

Abstract

Sudden cardiac arrest is the single most common cause of death in the contemporary world, but the proportion of survivors is increasing thanks to modern intensive methods of hospital treatment. However, data shows that survivors experience high rates of neurological and cognitive deficits, and poorer emotional well-being, which represents a major challenge in treating these individuals and their integration in everyday life. There are a number of emotional problems that could be present, such as anxiety and depression, as well as a lower rate of participation in social life and a low rate of return to work. The need for security and support increases because of feelings of insecurity, vulnerability and fear of recurrence of symptoms. Relatives/caregivers who report emotional problems and a higher level of post-traumatic stress are also physically and psychologically burdened. As such, a sudden cardiac arrest is a life-threatening event, and represents the traumatic experience for survivors and their close relatives. It causes strong emotional responses that are characteristic of experiencing all types of trauma (reliving the trauma, avoidance, negative thoughts and mood, increased agitation). People who have survived trauma thus carry with them long-term consequences, which are reflected in various non-functional forms of behaviour and action due to inadequate regulation of affective states. Because of these aspects, there are needs for effective interventions that would psychologically help

ki bi na psihološkem področju pomagale bolnikom in svojem po preživetju nenadnega srčnega zastoja. V prispevku so predstavljeni vidiki psihosocialne obravnave kot možnost, ki preživelim in njihovim svojcem lahko omogoči učinkovitejšo predelavo te izkušnje in s tem primernejšo integracijo v nov način življenja.

Ključne besede:

nenadni zastoj srca; travma; potravmatski stres; družina; afekt; psihoterapija

patients and relatives after surviving a sudden cardiac arrest. In this paper, we will present psychosocial treatment as an option that could help survivors and their relatives appropriate emotional-affective processing of this experience and thus better integration into a new way of life.

Key words:

sudden cardiac arrest; trauma; posttraumatic stress; family; affect; psychotherapy

UVOD

Nenadna srčna smrt je v razvitem svetu najpogostejši posamezni vzrok smrti med prebivalstvom (1). Od 40 % do 60 % bolnikov s srčnim zastojem je po vzpostavitvi učinkovite srčne akcije sprejetih v bolnišnico. Pri tem po reanimaciji večina bolnikov ostane nezavestna in potrebuje intenzivno zdravljenje. Delež preživelih bolnikov se po zaslugi sodobnih intenzivnih metod bolnišničnega zdravljenja po srčnem zastojem povečuje, prav tako tudi delež preživelih, ki so sposobni za samostojno življenje. Kljub temu podatki kažejo, da imajo te osebe pogoste okvare osrednjega živčevja, kognitivne primanjkljaje in slabše čustveno blagostanje (2), kar predstavlja v širšem okviru velik izziv pri rehabilitaciji teh oseb.

POSLEDICE NENADNEGA SRČNEGA ZASTOJA

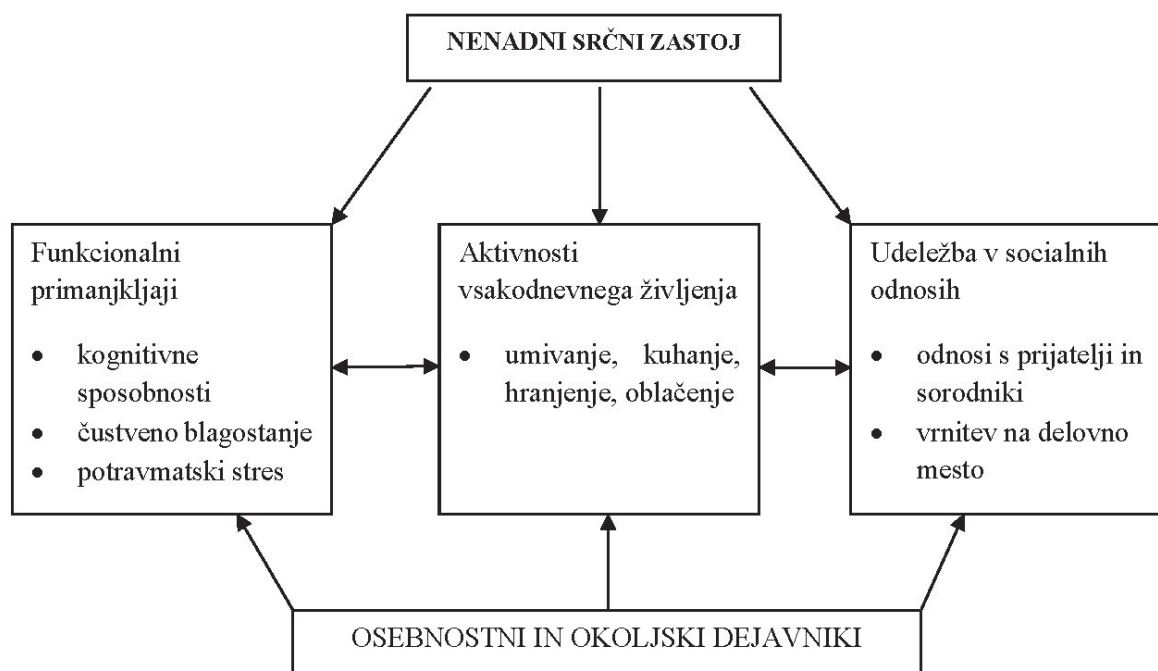
Zastoj srca ima organske posledice, saj med njim pride do prekinitve krvnega obtoka ter s tem do prekinitve dobave kisika in drugih snovi po krvi. Ker so od vseh organov v telesu na pomanjkanje kisika najbolj občutljivi možgani, so ob prekinitvi krvnega obtoka tudi najbolj prizadet organ. Pri okrog 70 % bolnikov po oživljanju lahko pričakujemo hudo okvaro možganov, ki nastane zaradi srčnega zastoja. Čim daljši je čas srčnega zastoja do začetka oživljanja, manjša je verjetnost vzpostavitve spontanega krvnega obtoka in večja je verjetnost okvare možganov. Napoved izida pri bolnikih, ki so preživeli srčni zastoj, je odvisna od stopnje okvare možganov, ki je nastala med srčnim zastojem do ponovne vzpostavitve spontanega krvnega obtoka, in od okvare črpalne funkcije srca. Nekateri bolniki se takoj po vzpostavitvi spontanega krvnega obtoka prebudijo (zavestni bolniki), nekateri ostanejo nezavestni (3, 4). Tako uspeha oživljanja ne moremo obravnavati le z vidika stopnje preživetja, temveč tudi glede na celotno sliko kasnejše kakovosti življenja preživelih. Nenadni srčni zastoj in njegovo preživetje je dogodek, ki večplastno spremeni življenje (5). Spemembe doživljajo tako preživeli kot tudi njihovi najbližji svojci, zato je smiseln razmislek o psihosocialni pomoči tem osebam.

Približno polovica ljudi, ki preživijo nenadni srčni zastoj, kasneje trpi zaradi kognitivnih primanjkljajev, prav tako je lahko zelo zmanjšana njihova kakovost življenja (2, 6). Svetovna zdravstvena organizacija (7) je oblikovala model, ki omogoča celovito razumeti neposredne in nevidne posledice nenadnega srčnega zastoja (Slika 1). Pojavijo se lahko težave na področju splošnega delovanja, npr. primanjkljaji kognitivnih sposobnosti, kot so oškodovane spominske sposobnosti (poslabšanje kratkoročnega spomina); slabše čustveno blagostanje, kot je prisotnost tesnobe in depresije. Posledice se kažejo na področju aktivnosti vsakodnevnega življenja (umivanje, oblačenje, kuhanje, čiščenje) ter v obliki manj funkcionalnega delovanja v ožjem in širšem socialnem okolju (vrnitev na delovno mesto, obiskovanje prijateljev in sorodnikov ...). Ta področja so med seboj povezana in vplivajo eno na drugo; teža medsebojnega vpliva je odvisna tudi od prisotnih dejavnikov okolja (npr. prisotnost svojca, ki podpira preživelega, finančne razmere, prilagoditev na nove razmere) in od osebnih dejavnikov (npr. starost, spol, osebne značilnosti) (5).

KAKOVOST ŽIVLJENJA PO NENADNEM SRČNEM ZASTOJU

Vsi dejavniki in vsa področja v tem modelu predstavljajo okvir, ki bi ga lahko označili kot »splošno kakovost življenja« in označuje počutje posameznika v dani situaciji pod vplivom okoliščin. Svetovna zdravstvena organizacija (8) opredeljuje kakovost življenja kot posameznikovo zaznavanje družbenega položaja v življenju, povezanega s kulturo oziroma s sistemom vrednot v okolju, v katerem živi, in z njegovimi osebnimi cilji, pričakovanji in merili. Tako lahko na kakovost življenja po nenadnem srčnem zastojem vplivajo vsa področja opisanega modela.

Vse to potrjujejo tudi različne raziskave, ki ugotavljajo, da 47 % do 50 % preživelih po nenadnem srčnem zastojem svojo stopnjo funkcionalnosti ocenjuje kot zmerno ali izrazito zmanjšano (9, 10, 11). Vse to vpliva na telesno in psihično delovanje (12). Stopnja funkcijskih zmožnosti po preživetem srčnem zastojem pa se sčasoma tudi izboljša (13). Čeprav šest mesecev po nenadnem



Slika 1: Model neposrednih in prikritih posledic nenadnega srčnega zastoja (5).

Picture 1: Model of direct and hidden consequences of sudden cardiac arrest (5).

srčnem zastoju 23 % preživelih še vedno potrebuje pomoč pri vsakodnevni opravi (14), se jih eno leto po srčnem zastoju kar 96 % vrne na stopnjo običajnega dnevnega funkcioniranja, kakršno je bilo pred srčnim zastojem (15).

Ketilsdottir in sodelavci (16) so s fenomenološko študijo raziskovali, kakšna je izkušnja življenja preživelih po nenadnem srčnem zastoju. Identificirali so pet značilnih področij, katerih skupna značilnost je bila potreba po varnosti in podpori. To so: občutki negotovosti in potreba po podpori, težnja po vzpostavitvi prejšnjega načina življenja, čustveni izzivi in ranljivost, odzivi na telesne simptome (preokupacija ali zanikanje) in soočanje z novim načinom življenja. Glavno skrb so torej predstavljale kognitivne omejitve, tesnoba in pomanjkanje varnosti. Predvsem je bilo po odpustu iz bolnišnice pri udeležencih prisotno obdobje negotovosti, ranljivosti in strahu pred ponovitvijo simptomov (17).

SOOČANJE S POSLEDICAMI NENADNEGA SRČNEGA ZASTOJA PRI SVOJCIH

V soočanje s tem dogodkom in življenjem po njem so vključeni tudi svojci, ki prav tako doživljajo fizične in psihične obremenitve (18). Čeprav eno leto po tem dogodku tako bolniki kot njihovi svojci sicer poročajo o izboljšanju splošnega blagostanja (19), pa po tem času 40 % svojcev še vedno doživlja visoko stopnjo vpliva tega dogodka. Partnerji preživelih po nenadnem srčnem zastoju lahko doživljajo dolgotrajne simptome, kot so motnje razpoloženja, posttraumatski stres in občutke tesnobe (20, 21), in to celo v višji meri kot bolniki sami. Tudi 25 mesecev kasneje se svojci še vedno težko soočajo in spoprijemajo z večjimi spremembami v načinu življenja. Šestdeset odstotkov jih doživlja psihosomatske težave, kot so pomanjkanje zanimanja, motnje spanja, utrujenost,

znižano spolno željo, znižanje odzivnosti, izgubo teže in apetita. Polovica jih poroča o pomanjkanju socialne podpore (13). Lahko rečemo, da je stopnja simptomatike, s katero se soočajo svojci, vsaj tolikšna, kot je pri osebah, ki so preživele nenadni srčni zastoj.

Svojci, ki so ob preživelem po nenadnem srčnem zastoju, imajo veliko podporno vlogo pri okrevanju preživelega. Vendar pa je prevzete te vloge pri svojcih povezano z obremenjenostjo, ki se kaže v upadu fizičnega in psihičnega zdravja, s težavami v družinskih odnosih, z zapleti na poklicnem področju in s težavami na področju finančne stabilnosti (22). Svojci, ki skrbijo za preživelega, so pogosto bližnji družinski člani, npr. zakonec, otrok ali pa zelo tesen prijatelj. Velikokrat morajo narediti bistvene prilagoditve svojega dotedanega življenja. Tudi ko se fizično zdravje preživelega vrne na raven osnovne funkcionalnosti, psihična stiska in omejitve v vključevanju v socialno življenje lahko trajajo leta (5). Pri tem je za preživelega vloga svojcev nepogrešljiva, zato je nujno pri načrtovanju obravnave pacienta vključiti tudi njih, saj je s tem dogodkom neizogibno zaznamovana tudi njihova kakovost življenja.

NENADNI SRČNI ZASTOJ KOT TRAVMATIČNI DOGODEK

Nenadni srčni zastoj je življenje ogrožajoč dogodek, kar pomeni, da ima za preživele in njihove svojce status travmatične izkušnje, saj gre za nenaden dogodek, ki predstavlja resno nevarnost smrti ter ga spremlja intenziven občutek izgube nadzora in občutek nemoči med dogodkom (23). Tudi kasneje v življenju se pri preživelih po tem dogodku še vedno pojavlja povečana stopnja življenjske ogroženosti. To povzroča močne čustvene odzive, kot so strah ali anksioznost (pred smrtjo ali ponovitvijo dogodka), jezo, žalost

in obžalovanje (24), torej v najboljšem primeru povišano stopnjo doživljanja potravmatskega stresa, lahko pa tudi potravmatsko stresno motnjo (PTSM) (25). Longitudinalna raziskava (26) o dnevnem funkcioniranju in kakovosti življenja svojcev oseb, ki so preživele nenadni srčni zastoji, je pokazala, da je dve leti po tem dogodku ocena kakovosti življenja svojcev enaka kot v splošni populaciji. Vendar ob tem skoraj ena tretjina svojcev še vedno doživlja višjo stopnjo stresa, povezanega s tem dogodkom. V zvezi s tem ostaja »v telesu zapisana« višja stopnja tesnobe in tako ta dogodek predstavlja primerljivo travmatično izkustvo kot pri osebah, ki so doživele nasilje, zlorabo, nesrečo, so bile priče takemu dogodku ... (27). Višjo stopnjo stresa, povezanega s travmo, so doživljali svojci, ki so bili priče oživljanju, kar lahko nakazuje na to, da podobe o dogodku (spomini), občutki negotovosti in krivde ter občutek izgube kontrole prispevajo k višji stopnji doživetega stresa pri pričah dogodka. Kaže, da je biti prisoten ob partnerju v trenutku dogodka, kot je nenadni zastoj srca, zelo negotova situacija, ki je še posebej travmatična. Tudi svojci tako ostajajo pod vplivom čustvenega bremena, ki je povezano z dogodkom samim (28).

Diagnostični in statistični priročnik duševnih motenj V (DSM - V) (29) opredeljuje PTSM kot motnjo, ki jo povzroči travmatični dogodek (sem sodijo tudi življenjsko ogrožajoča zdravstvena stanja in dogodki, torej tudi nenadni srčni zastoj). Spremljajo jo simptomi ponovnega podoživljanja travme, izogibanje, negativne misli in razpoloženje, vznemirjenost, kar vse povzroča znatno stisko in težave pri funkcioniranju. Bolniki, ki so doživeli in preživeli takšno izkušnjo bližnje smrti – ali celo tisti, ki so jim samo pripovedovali o tem, kako kritičen je bil njihov položaj – so bolj ogroženi za razvoj PTSM (30 - 32). PTSM naj bi se pojavila pri 12 % do 25 % preživelih po akutno ogrožajočem zdravstvenem stanju (23). Sistematični pregled raziskav (18, 25) s področja PTSM pri bolezenskih stanjih srca je pokazal, da je stopnja PTSM pri preživelih po nenadnem srčnem zastoju na prvem mestu glede na ostale diagnoze in stanja, povezana s srcem. Tudi do 30 % preživelih naj bi razvilo PTSM kot odziv na nenadni srčni zastoj (33). Glede na dejstvo, da so bili posamezniki, ki so doživeli in preživeli nenadni srčni zastoj, dejansko zelo blizu smrti, ta ugotovitev ni presenetljiva, se pa na omenjeni vidik pri teh pacientih osredinja zelo malo raziskav.

Glede na rezultate raziskav avtorji ugotavljajo, da se travmatične izkušnje, za razliko od ostalih (pri katerih duševnost ni zmožna točne reprodukcije vtisov in za katere je značilno, da sčasoma zbledijo), vkodirajo v spominu na način, da se travmatični vtisi podoživljajo brez večjega preoblikovanja še mesece, leta in desetletja po dogodku (34), kar povzroča močnejša neprilagojena podoživljanja ob njihovi stimulaciji (35). Taka doživetja ostanejo »zaklenjena« ali »zamrznjena«, saj se ne vzpostavijo nevrološke povezave, ki bi normalno dovolile, da pride do razrešitve ali predelave (34). Kot trdijo nekateri raziskovalci (36), se v takem primeru zaradi neprimerne spominske predelave, ki se delno kaže s podaljšano in neprimerno prevlado epizodičnega spomina (namesto semantičnega) na travmatični dogodek, povezave med spominom na travmatični dogodek in drugimi spomini ter informacijami ne razvijejo. Ob prebuditvi travmatičnega spomina osebe

ne reagirajo v skladu s sedanostjo, ampak v skladu s preteklo travmatično izkušnjo, ki ni bila preoblikovana v času (vsebuje misli, telesne reakcije in občutja iz časa izkušnje) (37).

Žrtve travme tako s sabo nosijo dolgotrajne posledice. Raziskave najpogosteje omenjajo neprimerno regulacijo čustev, depresijo, anksiozne motnje, zlorabo drog in alkohola, kompulzivno vedenjsko ponavljanje travmatičnih scenarijev, občutke sramu in krivde, destruktivnost do sebe in drugih, vedenjsko impulzivnost, agresivne izpade, avtoagresijo, spremenjeno podobo o sebi in podobno (37). Raziskave tudi nakazujejo na travmo kot etiologijo mnogih motenj v odnosih z drugimi (38).

PSIHOSOCIALNA POMOČ PO NENADNEM SRČNEM ZASTOJU

Zaradi vpliva nenadnega srčnega zastoja na bolnike in njihove svojce na mnogih ključnih področjih psihofizičnega delovanja je prisotna velika potreba po učinkovitih intervencijah, ki bi jim bile v pomoč po tem dogodku. Te kompleksne težave po odpustu iz bolnišnične obravnave namreč velikokrat ostanejo neprepoznane s strani medicinskega in zdravstvenega osebja (13, 15). Pri bolnikih po srčnem zastoju so lahko prisotni depresija, jeza, tesnoba, občutki frustracije in strahu, s katerimi se je treba soočiti na konstruktiven način, npr. z izobraževanjem, podporo, odvrčanjem od neprimerne zanižanja, tehnikami sproščanja, če je treba, tudi z anksiolitiki (17). Ker gre za dogodek, ki je travmatičen, pa je pomoč za preživele in njihove svojce še toliko bolj potrebna. V tuji literaturi so poročila o poskusih oblikovanja takšne vrste intervencij redka, vendar prispevki na tem področju večinoma poudarjajo širše (ne le zdravstvene) vplive dogodka, kot je nenadni srčni zastoj, s tem pa utemeljujejo tudi potrebo po psihosocialni in ne le medicinski obravnavi.

Moulaert s sodelavci (26) poroča o nizozemskem modelu pomoči »Stand still ... and move on«, ki je bil razvit kot oblika zgodnje intervencije z namenom pomoči pri kognitivnih in čustvenih problemih po nenadnem zastoju srca. Intervencija omogoča preživelim in njihovim svojcem pridobiti informacije in podporo, spodbuja pa tudi samostojnost pacientov in usmeritev v ustrezne specialistične obravnave, kadar je potrebno. Po raziskavah avtorjev modela le-ta pripomore k boljšemu čustvenemu počutju (manj tesnobe), izboljša se splošno psihično in telesno blagostanje, pri pacientih je višja tudi stopnja vračanja na delovno mesto.

Gre za individualizirani program, ki ga sestavlja šest posvetov bolnika (in svojca) pri osebi s specialnim znanjem. Intervencija se prične takoj po odpustu iz bolnišnice in lahko traja približno tri mesece. Obsega eno do šest neposrednih svetovalnih srečanj, ki trajajo eno uro (prvo srečanje) ali 30 minut (nadaljnja srečanja). Možni so tudi dodatni telefonski posveti, intervencija pa se izvaja na domu pacienta ali v ambulanti. Izvajalci intervencij so specializirani zdravstveni delavci (običajno medicinske sestre), ki poznajo področje kardiologije, nevrologije ali rehabilitacijske medicine. Pred izvajanjem intervencije so vključeni v 12-urno usposabljanje, ki je osredinjeno na pridobitev potrebnih kompetenc za izvajanje

intervencije (osnovna znanja o patofiziologiji in obravnavi srčnega zastoja in srčnih boleznih, poznavanje in sposobnost prepoznavanja možnih kognitivnih in čustvenih primanjkljajev pri pacientih, večšine posredovanja relevantnih informacij in nudenja podpore, večšine poučevanja uporabe tehnik samokontrole in oblikovanja akcijskih načrtov) (39).

Glavni cilji intervencije so zgodnje odkrivanje kognitivnih in čustvenih zapletov pri pacientih in svojcih, zagotavljanje primerne informiranosti ter čustvene in praktične podpore, promoviranje in učenje tehnik samokontrole (za doseganje učinkovitega samostojnega delovanja) in napotitev v druge specializirane oblike pomoči, če je to potrebno. V celotnem ciklu intervencije je treba nasloviti nekaj obveznih tem, ob tem pa pomembno dati možnost tudi za obravnavo tekočih porajajočih se problemov in skrbi. Obvezne vsebine intervencije so: 1. kognitivne spremembe in izzivi (povezava med zastojem srca in poškodbo možganov, možne kognitivne spremembe, utrujenost in razdraženost, pozabljivost, znižana zmožnost koncentracije, počasnost, težave v tekoči komunikaciji, načini soočanja s težavami v kognitivnem delovanju), 2. čustvene spremembe in izzivi (informacije o normalnih procesih čustvovanja in čustvenega okrevanja pri pacientih in skrbnikih, možne čustvene spremembe, npr. tesnoba, depresija, in značajske spremembe, pojavljanje strahu, soočanje z možnostjo smrti, socialna osama, osamljenost in izguba, obremenjenost skrbnikov, nasveti za soočanje s čustvenimi problemi), 3. principi samokontrole (pojasnjevanje principov samokontrole za doseganje uspešnega samostojnega delovanja in prevzemanja odgovornosti pri trudu za boljšo kakovost življenja, prakticiranje tehnik samokontrole in oblikovanje akcijskih načrtov za postopno doseganje kratkoročnih dosegljivih ciljev). Poleg teh obveznih tem se lahko obravnavajo še dodatne teme: kardiološke teme, soočanje s spremembami na fizičnem področju, načini izvajanja aktivnosti vsakdanjega življenja, spremembe, izzivi in obremenjenost pri skrbnikih, partnerski odnosi in seksualnost, psihofizično zdravje skrbnikov. Vsebine posameznih srečanj dopolnjujejo tudi informacije v posebni informativni knjižici, ki jo dobijo vsi udeleženci na prvem srečanju, prav tako pa obstoječa literatura o kardioloških in nevroloških vidikih po nenadnem zastoju srca, če je to potrebno (39).

Podoben pristop so testirali tudi v Veliki Britaniji znotraj raziskave doktorske disertacije (5). Oblikovali so preprosto psihološko intervencijo, ki je bila usmerjena v oskrbo po oživljanju. Preverjali so, ali lahko intervencija po šestih mesecih zmanjša breme psihičnih težav (izboljša kakovost življenja in kognitivno delovanje) pri preživelih po nenadnem srčnem zastoju in pri njihovih svojcih. Udeležencem so ponudili preproste psihološke intervencije: informacije o izzivih nenadnega zastoja srca in kako se soočiti z njimi, napotitev v obravnavo k specialistu v primerih depresije ali PTSM, možnost neposredne telefonske povezave za pogovor s strokovnjakom o zdravstvenih ali psihičnih izzivih v času okrevanja in možnost spremljanja in ocene fizičnega in psihičnega zdravja v kliniki. Izkazalo se je, da že preproste psihološke intervencije izboljšajo kakovost življenja udeležencev.

Ketilsdottir in sodelavci (16) na osnovi rezultatov študije navajajo nekatere smernice, ki bi jim morale slediti metode obravnave po odpustu iz bolnišnice: spodbujanje varnosti in podpore z zagotavljanjem možnosti za pogovor o doživljanju in občutjih, povezanih z dogodkom in spremembami v življenju po njem, zagotavljanje vodstva v povezavi z omejitvami v dnevni aktivnostih, naslavljanje čustvenih izzivov in iskanje primernih načinov soočanja z njimi, ovrednotenje kognitivne in telesne funkcionalnosti za optimizacijo okrevanja, vključevanje družinskih članov in naslavljanje potrebe po vsestranski podpori in pomoči (16). Torej vidiki podpore naj ne bi bili samo informativne narave, pač pa naj bi zagotavljali tudi možnost za naslavljanje in predelavo globljih čustvenih zapletov in izzivov.

ZAKLJUČEK

Vsi učinkoviti psihosocialni pristopi so lahko v veliko pomoč preživelim po nenadnem zastoju srca in njihovim svojcem pri uspešnejšem razreševanju vzorcev in dinamik, v katere so vpeti zaradi travmatične izkušnje in drugih izzivov po preživetju nenadnega srčnega zastoja. Raziskovanje psihosocialnih posledic nenadnega srčnega zastoja in razumevanje dinamike življenja po tem dogodku potrjujejo, da so preživeli in njihovi svojci velikokrat v težkem položaju, zato je smiselno razvijati učinkovite psihosocialne pristope, ki so v pomoč tem osebam. Kot smo omenili, nekateri specializirani pristopi v tujini že obstajajo, zagotovo pa je na tem področju še veliko možnosti za razvoj drugih, tudi bolj poglobljenih intervencij. Zaradi travmatičnosti izkušnje nenadnega srčnega zastoja obstaja utemeljenost razmišljanja tudi o bolj globinskih pristopih, kot je npr. psihoterapija, ki bi omogočali možnost za poglobljeno naslavljanje in predelavo vseh dinamik in čustvenih stanj, ki jih pusti travma. Specifičnih psihoterapevtskih intervencij in raziskav na tem področju praktično ni zaslediti. Zato menimo, da so (ob obstoječih ugotovitvah raziskav glede posledic tako na duševnem kot na telesnem področju pri preživelih po nenadnem zastoju srca in pri njihovih svojcih ter ob nekaterih redkih poskusih psihosocialne pomoči) potrebne tudi raziskave o primernih psihoterapevtskih intervencijah, ki bi pripomogle k preprečevanju dolgoročnih slabih učinkov travmatične izkušnje, kot je nenadni zastoj srca.

Opomba: Naložbo sofinancirata Republika Slovenija in Evropska unija iz Evropskega socialnega sklada.

Literatura:

1. Hayashi M, Shimizu W, Albert CM. The spectrum of epidemiology underlying sudden cardiac death. *Circ Res.* 2015;16(12):1887-906.
2. Moulart VR, Verbunt JA, van Heugten CM, Wade DT. Cognitive impairments in survivors of out-of-hospital cardiac arrest: a systematic review. *Resuscitation.* 2009;80(3):297-305.
3. Knafelj R, Radsel P, Ploj T, Noč M. Primary percutaneous coronary intervention and mild induced hypothermia in comatose survivors of ventricular fibrillation with ST-elevation acute myocardial infarction. *Resuscitation.* 2007;74(2):227-34.

4. Tadel Kocjančič Š, Jazbec A, Noč M. Impact of Intensified postresuscitation treatment on outcome of comatose survivors of out-of-hospital cardiac arrest. *Resuscitation*. 2014;85(10):1364-9.
5. Islam S. Therapeutic hypothermia in cardiovascular disease [doktorsko delo]. Cambridge: Anglia Ruskin University, Faculty of Medical Science; 2017.
6. Saner H, Borner Rodriguez E, Kummer Bangerter A, Schuppel R, von Planta M. Quality of life in long-term survivors of out-of-hospital cardiac arrest. *Resuscitation*. 2002;53(1):7-13.
7. International classification of functioning, disability and health: ICF. Geneva: World Health Organization; 2001.
8. WHOQOL - Measuring quality of life. Geneva: World Health Organization; 1997.
9. Van't Wout Hofland J, Moolaert V, van Heugten C, Verbunt J. Long-term quality of life of caregivers of cardiac arrest survivors and the impact of witnessing a cardiac event of a close relative. *Resuscitation*. 2018;128:198-203.
10. van Alem AP, de Vos R, Schmand B, Koster RW. Cognitive impairment in survivors of out-of-hospital cardiac arrest. *Am Heart J*. 2004;148(3):416-21.
11. Sauve MJ, Walker JA, Massa SM, Winkle RA, Scheinman MM. Patterns of cognitive recovery in sudden cardiac arrest survivors: the pilot study. *Heart Lung*. 1996;25(3):172-81.
12. Sawyer KN, Camp-Rogers TR, Kotini-Shah P, Del Rios M, Gossip MR, Moitra VK, et al. Sudden cardiac arrest survivorship: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*. 2020;141(12):e654-e685.
13. Fugate JE, Rabinstein AA. Life after cardiac arrest: better with time. *Resuscitation*. 2014;85(2):157-8.
14. Pusswald G, Fertl E, Falzl M, Auff E. Neurological rehabilitation of severely disabled cardiac arrest survivors. Part II. Life situation of patients and families after treatment. *Resuscitation*. 2000;47(3):241-8.
15. Moolaert VRM, van Heugten CM, Gorgels TPM, Wade DT, Verbunt JA. Long-term outcome after survival of a cardiac arrest: a prospective longitudinal cohort study. *Neurorehabil Neural Repair*. 2017;31(6):530-9.
16. Ketilsdottir A, Albertsdottir HR, Akadottir SH, Gunnarsdottir TJ, Jonsdottir H. The experience of sudden cardiac arrest: becoming reawakened to life. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2014;13(5):429-35.
17. Samartzis L, Dimopoulos S, Tziogourou M, Nanas S. Effect of psychosocial interventions on quality of life in patients with chronic heart failure: a meta-analysis of randomized controlled trials. *J Card Fail*. 2013;19(2):125-34.
18. Randall G, Molloy GJ, Steptoe A. The impact of an acute cardiac event on the partners of patients: a systematic review. *Health Psychol Rev*. 2009;3(1):1-84.
19. van Wijnen HG, Rasquin SM, van Heugten CM, Verbunt JA, Moolaert VR. The impact of cardiac arrest on the long-term wellbeing and caregiver burden of family caregivers: a prospective cohort study. *Clin Rehabil*. 2017;31(9):1267-75.
20. Middelkamp W, Moolaert VR, Verbunt JA, van Heugten CM, Bakx WG, Wade DT. Life after survival: long-term daily life functioning and quality of life of patients with hypoxic brain injury as a result of a cardiac arrest. *Clin Rehabil*. 2007;21(5):425-31.
21. Wachelder EM, Moolaert VRMP, van Heugten C, Verbunt JA, Bekkers SCAM, Wade DT. Life after survival: long-term daily functioning and quality of life after an out-of hospital cardiac arrest. *Resuscitation*. 2009;80(5):517-22.
22. Pearlin LI, Mullan JT, Semple SJ, Skaff MM. Caregiving and the stress process: an overview of concepts and their measures. *Gerontologist*. 1990;30(5):583-94.
23. Edmondson D. An enduring somatic threat model of posttraumatic stress disorder due to acute life-threatening medical events. *Soc Personal Psychol Compass*. 2014;8(3):118-34.
24. Fisher J, Collins D. Psychocardiac disorders. In: Allan R, Fisher J, eds. *Heart and mind: the practice of cardiac psychology*. Washington DC: American Psychological Association; 2012:55-90.
25. Vilchinsky N, Ginzburg K, Fait K, Foa EB. Cardiac-disease-induced PTSD (CDI-PTSD): a systematic review. *Clin Psychol Rev*. 2017;55:92-106.
26. Moolaert VR, van Heugten CM, Winkens B, Bakx WGM, de Krom MCFTM, Gorgels TP, et al. Early neurologically-focused follow-up after cardiac arrest improves quality of life at one year: a randomised controlled trial. *Int J Cardiol*. 2015;193:8-16.
27. Sundin EC, Horowitz MJ. Horowitz's Impact of Event Scale evaluation of 20 years of use. *Psychosom Med*. 2003;65(5):870-6.
28. Dougherty CM, Thompson EA. Intimate partner physical and mental health after sudden cardiac arrest and receipt of an implantable cardioverter defibrillator. *Res Nurs Health*. 2009;32(4):432-42.
29. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM - 5. 5th ed. Arlington: American Psychiatric Publishing; 2013.
30. Gamper G, Willeit M, Sterz F, Herkner H, Zoufaly A, Hornik K, et al. Life after death: posttraumatic stress disorder in survivors of cardiac arrest--prevalence, associated factors, and the influence of sedation and analgesia. *Crit Care Med*. 2004;32(2):378-83.
31. Ladwig KH, Schoefinius A, Dammann G, Danner R, Gürtler R, Herrmann R. Long-acting psychotraumatic properties of a cardiac arrest experience. *Am J Psychiatry*. 1999;156(6):912-9.
32. O'Reilly SM, Grubb N, O'Carroll RE. Long-term emotional consequences of in-hospital cardiac arrest and myocardial infarction. *Br J Clin Psychol*. 2004;43(Pt 1):83-95.
33. Presciuttia A, Frers A, Sumner JA, Anbarasand D, Roh DJ, Parka S, et al. Dimensional structure of posttraumatic stress disorder symptoms after cardiac arrest. *J Affect Disord*. 2019;251:213-7.
34. van der Kolk B. Posttraumatic stress disorder and the nature of trauma. *Dialogues Clin Neurosci*. 2000;2(1):7-22.
35. Shapiro F. Eye movement desensitization and reprocessing: basic principles, protocols and procedures. New York: Guilford Press; 2001.
36. Stickgold R. EMDR: a putative neurobiological mechanism of action. *J Clin Psychol*. 2002;58(1):61-75.
37. Schore AN. Right brain psychotherapy. New York: W. W. Norton & Company; 2019.
38. Ballenger JC, Davidson JR, Lecrubier Y, Nutt DJ, Marshall RD, Nemeroff CB, et al. Consensus statement update on posttraumatic stress disorder from the international consensus group on depression and anxiety. *J Clin Psychiatry*. 2004;65 Suppl 1:55-62.
39. Moolaert VR, Verbunt JA, Bakx WG, Gorgels AP, de Krom MC, Heuts PH, et al. 'Stand still ... , and move on', a new early intervention service for cardiac arrest survivors and their caregivers: rationale and description of the intervention. *Clin Rehabil*. 2011;25(10):867-79.