

Zdrowie psychiczne pacjenta z perspektywy psychiatrii konsultacyjnej na etapie kwalifikacji do implantacji mechanicznego wspomagania krążenia

The patient's mental health from the perspective of consultation-liaison psychiatry at the stage of qualification for mechanical circulatory support implantation

Izabela Jaworska^{1,2}, Robert Pudło³,
Anna Mierzyńska^{4,5}, Agnieszka Kuczaj¹,
Ewa Piotrowicz⁶, Agnieszka Biełka¹, Piotr Przybyłowski¹

¹ Katedra i Klinika Kardiologii, Transplantologii,
Chirurgii Naczyniowej i Endowaskularnej Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach,
Śląskie Centrum Chorób Serca w Zabrze

² Oddział Medycyny Paliatywnej, Szpital św. Kamila w Tarnowskich Górach

³ Zakład Psychoprophylaktyki Katedry Psychiatrii Śląskiego Uniwersytetu Medycznego
w Katowicach, Tarnowskie Góry

⁴ Klinika Rehabilitacji,
Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny im prof. A. Grucy CMKP w Otwocku

⁵ Klinika Kardiologii, Wojskowy Instytut Medyczny w Warszawie

⁶ Centrum Telekardiologii,
Narodowy Instytut Kardiologii im. Stefana kardynała Wyszyńskiego w Warszawie

Summary

During qualification for mechanical circulatory support, the comprehensive assessment of a patient's mental state is an integral element of the overall medical evaluation. It encompasses a range of psychosocial issues, and as such provides information helpful in the selection of a suitable candidate for the required treatment, and sometimes identifies contraindications to it. It allows ensuring that the patient meets expectations regarding both mental health stability and adherence to medical recommendations. It is also helpful in an early detection and diagnosis of mental problems before the surgery, which can increase the possibility of implementation of appropriate treatment and intervention. Due to the lack of generally accepted guidelines, this assessment can be subjective to some extent, especially if it takes place outside experienced transplant centres. This article presents the core principles of mental status evaluation

and management of candidates for heart transplantation or mechanical circulatory support, and psychosocial factors increasing the risk of poor prognosis in this group. The article aims to share with psychiatrists and psychologists the clinical experience and comprehensive knowledge about psychosocial eligibility criteria for mechanical circulatory support or heart transplantation.

Słowa kluczowe: psychiatria konsultacyjna, LVAD, zdrowie psychiczne

Key words: consultation-liaison psychiatry, left ventricle assist device, mental health

Wprowadzenie

Leczenie niewydolności serca zwykle rozpoczyna się od wdrożenia farmakoterapii i zalecenia zmiany stylu życia na bardziej prozdrowotny. Z czasem jednak u części osób z zaawansowaną niewydolnością serca, kiedy możliwości optymalizacji leczenia farmakologicznego zostają wyczerpane, rozważa się zastosowanie długoterminowego mechanicznego wspomaganie krążenia (*Mechanical Circulatory Support* – MCS) [1]. W Polsce – jako pomostu do transplantacji serca (*Heart Transplantation* – HTx) lub do regeneracji tego narządu, jeśli przyczyny jego niewydolności mogą być odwracalne (np. pozapalne, toksyczne). Są też kraje, w których MCS stosuje się jako terapię docelową. Spojrzenie holistyczne na kandydatów do tych form leczenia jest standardem. Poparte jest to wytycznymi zarówno europejskich, jak i amerykańskich kardiologicznych oraz transplantacyjnych towarzystw naukowych, które rekomendują holistyczne podejście w tej grupie chorych [2–4].

Urządzenie wspomagające lewą komorę serca (*Left Ventricular Assist Device* – LVAD) to pompa wszczepiana do serca pacjenta, która pomaga lewej komorze pompować krew do aorty. Umieszcza się ją w klatce piersiowej i za pomocą kabla (linii zasilającej) wyprowadzonego przez powłoki brzuszne łączy się ją ze sterownikiem, który jest zasilany akumulatorem (baterią) ładowanym z gniazda elektrycznego [1]. Sterownik ten kieruje pompą i przekazuje komunikaty pomocne w obsłudze urządzenia. Stosowanie LVAD zmniejsza objawy niewydolności krążenia i poprawia jakość życia. Ale może także – ze względu na konieczność podporządkowania się wymagającemu schematowi leczenia, ryzyko wystąpienia powikłań i znalezienie się w nowej sytuacji zdrowotnej – być źródłem licznych emocjonalnych obciążeń zarówno dla pacjenta, jak i dla jego rodziny. Z tego powodu oraz w związku z długoterminowością leczenia kandydaci do LVAD powinni przejść całościową ocenę stanu psychicznego, szczególnie zaś, jeżeli identyfikuje się u nich czynniki ryzyka *noncompliance* w okresie wewnątrzszpitalnym, jak i po wypisaniu ze szpitala [4]. Standardowo wstępnie diagnozuje je psycholog, najczęściej zatrudniony w ośrodku transplantacyjnym, który dopiero w razie stwierdzenia zaburzeń zachowania wnioskuje o konsultację psychiatryczną.

Diagnoza opiera się na standaryzowanych narzędziach badawczych, wywiadzie klinicznym oraz obserwacji badanego i w niektórych wypadkach może stać się powodem odroczenia operacji, a czasem wręcz dyskwalifikacji. Ocena ta nie tylko pozwala na zdiagnozowanie występujących zaburzeń psychicznych, wdrożenie adekwatnych do nich form pomocy farmakologicznej i niefarmakologicznej, ale również przez racjonalny dobór kandydatów maksymalizuje korzyści dla pacjenta i zapewnia zaufanie

publiczne do procesu przydzielania narządów [5]. Zwykle odbywa się ona w ośrodku transplantacyjnym, ale zdarza się, zwłaszcza w czasie pandemii SARS-CoV-2, że musi ona zostać wykonana ambulatoryjnie w miejscu zamieszkania lub w macierzystym oddziale kardiologicznym chorego. Celem niniejszego artykułu jest podzielenie się z psychiatrami i psychologami pracującymi w Polsce w ośrodkach innych niż transplantacyjne wieloletnim doświadczeniem klinicznym oraz kompleksową wiedzą odnośnie do tworzonych na świecie uniwersalnych zaleceń w zakresie psychospołecznych kryteriów kwalifikacji do LVAD i/lub HTx. Artykuł jest częścią Projektu RHROT (STRATEGMED2/ 266798/15/NCBR/2015). Zasady dotyczące farmakologicznego i niefarmakologicznego leczenia zaburzeń psychicznych u pacjentów z LVAD zostaną opisane w odrębnym artykule. Potrzeba zachowania transparentności w zakresie zasad kwalifikacji pacjenta do LVAD i/lub HTx wymaga rzetelnego przestrzegania zasad oceny stanu psychicznego chorego, a także możliwości podjęcia przez niego i jego najbliższych współpracy, szczególnie że niedobór narządów ludzkich dostępnych do transplantacji przekłada się na podejmowanie trudnych decyzji alokacyjnych przez zespół kwalifikujący [6].

Sytuacja psychologiczna osób kwalifikowanych do LVAD

Do LVAD kwalifikowani są pacjenci z ciężką niewydolnością serca, u których wyczerpano możliwości optymalizacji leczenia farmakologicznego. Doświadczają oni częstych dekompensacji układu krążenia wymagających hospitalizacji, a wykonywanie zwykłych czynności dnia codziennego przeważnie jest u nich bardzo ograniczone. Ich sytuację dodatkowo komplikuje pogorszenie kondycji finansowej, np. na skutek rosnących kosztów leczenia czy konieczności zaprzestania aktywności zawodowej, co oznacza doświadczanie różnego rodzaju utrat wynikających z choroby somatycznej, które mogą obejmować też ograniczenia w pełnieniu ról społecznych. Chorzy wyrażają zgodę na leczenie z powodu chęci przedłużenia życia i poprawy ogólnej jakości życia. Osiągnięcie tych celów jest zazwyczaj związane z koniecznością skonfrontowania się z utratą poczucia bezpieczeństwa czy lękiem przed śmiercią, które wywołuje perspektywa poddania się operacji kardiochirurgicznej, często przeżywanej jako skomplikowana i głęboko ingerująca w ciało.

Konieczność zastosowania mechanicznego wspomaganie krążenia, podobnie jak wykonania transplantacji serca, wzbudza zarówno pozytywne, jak i negatywne emocje. Przynosi poczucie ulgi, związane z istnieniem perspektywy dalszego leczenia, czyli nadzieję na dalsze życie, ale może też być źródłem: reakcji adaptacyjnych, wahań nastroju, napadów lęku, zaburzeń snu, poczucia winy za niedostateczne dbanie o siebie przed zachorowaniem lub dysforii prowadzącej do konfliktów z otoczeniem i pogorszenia jakości kontaktów interpersonalnych [7–9]. Pacjenci tracą ponadto iluzję, że choroby czy śmierć dotyczą wyłącznie innych, a niedowierzanie miesza się u nich z uczuciem żalu, złości, pokrzywdzenia czy buntu [10]. Sposób reagowania na konieczność poddania się operacji kardiochirurgicznej zależy od wielu czynników, w tym od umiejętności radzenia sobie ze stresem, adaptowania się do nieznanych sytuacji, cech osobowości czy temperamentu, ale może być zależny także od poziomu zaufania do

zespołu leczącego czy od opinii rodziny. W przewlekłym stresie osłabieniu ulegają mechanizmy adaptacyjne, co grozi rozwojem zaburzeń psychicznych.

Ocena stanu psychicznego – aspekty ogólne

Kandydat do MCS powinien przejść pełną ocenę stanu psychicznego w celu identyfikacji czynników, które mogłyby stanowić przeciwwskazanie do tej metody leczenia, oraz ocenę zasobów mających wpływ na jego zdolność adaptacji do nowej sytuacji zdrowotnej i planowanego, długotrwałego leczenia, a także intrapsychoicznej gotowości do leczenia. Przyjmuje się, że ocena ta powinna być wykonywana na podstawie czynników podobnych do tych, które stosuje się u potencjalnych biorców serca, a włączenie oceny psychospołecznej w kryteria kwalifikacji wynika z wiedzy, że niektóre zaburzenia psychiczne przekładają się na zwiększoną zachorowalność i śmiertelność po operacji [6]. Na jej podstawie planuje się leczenie zdiagnozowanych problemów psychiatrycznych i behawioralnych oraz określa psychospołeczne czynniki ryzyka złego rokowania. Badania z lat 90. XX wieku wykazały, że w porównaniu z programami transplantacyjnymi nerek czy wątroby programy kardiologiczne mają najbardziej rygorystyczne kryteria oceny psychospołecznej umieszczania kandydatów na aktywnej liście oczekujących [11, 12]. Co prawda orzekanie na temat przesłanek do dyskwalifikacji pacjenta jest trudne emocjonalnie, jednak głębokie zaburzenia psychiczne, niewystarczające zasoby psychologiczne lub społeczne oraz nonszalancja czy zwykły brak roztropności pacjenta mogą być przyczyną zgonu w okresie pooperacyjnym, więc trzeba wykluczyć kandydatów, którzy nie są zdolni do podjęcia współpracy [13, 14].

Współpraca rozumiana jest w tym kontekście jako stopień, w jakim zachowanie pacjenta – przyjmowanie leków, przestrzeganie diety, wprowadzenie zmian w stylu życia, wdrożenie ćwiczeń czy systematyczność wizyt ambulatoryjnych – jest spójne z uzgodnionymi z lekarzem zaleceniami. Brak optymalnej współpracy natomiast to nieprzestrzeganie listy niezbędnych z medycznego punktu widzenia schematów i interwencji, przy czym ryzyko nieprzestrzegania jednego obszaru schematu medycznego nie musi korelować ze wszystkimi [15–17]. Uprzednie nieprzestrzeganie zaleceń, w zależności od stopnia jego nasilenia, jest uznawane za względne lub bezwzględne przeciwwskazanie do LVAD, ponieważ może się powtórzyć również w okresie pooperacyjnym, zwiększając ryzyko powikłań i zgonu [15]. Wśród czynników, które mogą sprzyjać złej współpracy (poza wywiadem *noncompliance* w przeszłości, występującymi zaburzeniami nastroju czy lękowymi, zaburzeniami stresowymi pourazowymi, zaburzeniami pamięci, uzależnieniem od substancji psychoaktywnych czy zaburzeniami osobowości), wymienia się np. tendencję do unikania dyskomfortu, niedostateczną wiedzę o przebiegu choroby bądź nieracjonalne poglądy na temat zdrowia oraz niski poziom wsparcia społecznego i poczucia samodzielności czy niezadowolony do dotychczasowej opieki [18].

Ocena stanu psychicznego kandydata do MCS powinna być dokonywana przez wysoko wykwalifikowanych specjalistów z zakresu psychologii klinicznej, a w razie potrzeby – psychiatrów, mających doświadczenie w pracy z tą grupą chorych i dyspo-

nujących wiedzą dotyczącą zależności somatopsychicznych i psychosomatycznych. Jest to o tyle istotne, że część zaburzeń psychicznych może być maskowana przez objawy niewydolności serca, co wymaga pogłębionej diagnozy różnicowej. Ponadto specjaliści ci powinni być dobrze zaznajomieni z programem transplantacyjnym czy programem mechanicznego wspomagania krążenia, ich zasadami i wymogami wobec chorego. Powinni też mieć zapewnioną możliwość ciągłego podnoszenia umiejętności zawodowych, w ramach i zgodnie z lokalnymi wymogami konkretnych programów [19]. Przy czym właśnie szkolenie jest tutaj kluczowe, gdyż nie wydano ogólnokrajowych wytycznych określających, w jaki sposób ocena psychospołeczna powinna wpływać na zakwalifikowanie pacjenta przez kardiochirurga/transplantologa do MCS czy HTx. Podobnie jak w innych krajach poszczególne ośrodki transplantacyjne, choć trzymają się ogólnych zasad, to jednak na podstawie zebranych doświadczeń najczęściej tworzą własne kryteria oceny, co prowadzi do różnic między instytucjami w tym zakresie [6].

Zadaniem konsultującego psychiatry i psychologa jest poinformowanie zespołu leczącego o wątpliwościach co do prognostycznego znaczenia stwierdzonego zaburzenia oraz zainicjowanie jego leczenia [14, 19]. W sytuacji ujawnienia złożonych problemów w obszarze stanu psychicznego wskazane jest, aby badanie było rozłożone na więcej niż jedno spotkanie. Warto poczekać np. do uzyskania efektu zalecanej farmakoterapii lub do zakończenia okresu próby, jak to się dzieje w odniesieniu do osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych. W ich wypadku zalecana obserwacja jakości współpracy i udokumentowanej abstynencji, podobnie jak w innych obszarach transplantologii, arbitralnie wynosi 6 miesięcy [15, 20].

Ocena stanu psychicznego – aspekty szczegółowe

Wkrótce po tym, jak 3 grudnia 1967 roku Christiaan Barnard wykonał pierwszą na świecie udaną transplantację serca u dorosłego człowieka, zaczęły pojawiać się doniesienia psychiatrów dotyczące występowania w obszarze zdrowia psychicznego czynników dyskwalifikujących chorego i wykluczających go z możliwości skorzystania z tej metody leczenia [13]. Rozważania te prowadzone są i dzisiaj, bo wraz z rozwojem psychiatrii i psychoterapii coraz większą grupę pacjentów udaje się skutecznie leczyć z zaburzeń psychicznych, przez co nie odbiera im się nadziei na zakwalifikowanie do LVAD/HTx [14]. Poza czynnikami psychologicznymi czy socjalnymi na stan psychiczny kandydatów do LVAD/HTx wpływają: tempo rozwoju niewydolności serca, wiek zachorowania oraz intensywność i częstość odczuwanych dolegliwości. Czynnikiem patoplastycznym jest też osłabienie sprawności funkcji poznawczych związane z pogorszeniem perfuzji narządowej oraz z wahaniem elektrolitowymi czy metabolicznymi. Kryteria oceny stanu psychicznego pacjenta kwalifikowanego do LVAD/HTx są znacznie bardziej restrykcyjne niż w wypadku innych operacji kardiochirurgicznych, co wynika z długoterminowości tego leczenia i konieczności ustalenia szeroko rozumianych czynników, które mogą się przyczynić do wystąpienia braku współpracy, a w konsekwencji przedwczesnego zgonu pacjenta. Ogólnie można powiedzieć, że w trakcie badania chorego ocenia się:

- czynniki stanowiące przeciwwskazanie do LVAD/HTx,
- występowanie zaburzeń psychicznych wymagających wdrożenia leczenia farmakologicznego i/lub nefarmakologicznego,
- mechanizmy obronne ego; zasoby chorego wpływające korzystnie lub niekorzystnie na zdolność adaptowania się do nowej sytuacji i planowanego, długotrwałego leczenia; strategie radzenia sobie w trudnych sytuacjach.

Odnosząc się bardziej szczegółowo do wymienionych obszarów, w myśl różnych źródeł w trakcie konsultacji należy uwzględnić:

1. Wywiad dotyczący oceny stanu psychicznego, w tym:
 - ocenę nastroju, poziomu lęku i innych zaburzeń, w tym bezsenności, z uwzględnieniem stopnia ich intensywności, historii leczenia oraz przestrzegania zaleceń farmakologicznych lub motywacji do skorzystania z leczenia, jeśli obecne nasilenie objawów klinicznych wskazuje na zasadność jego wdrożenia,
 - występowanie w przeszłości lub obecnie myśli samobójczych lub incydentów samookaleczania się – jako wskaźnika woli życia czy osłabienia/braku zasobów do przezwycięzania kryzysów emocjonalnych,
 - ocenę cech osobowości, które mogą niekorzystnie wpływać na jakość współpracy z zespołem leczącym, w tym zwłaszcza cech osobowości antisocjalnej; a także skłonności do zachowań impulsywnych, wysokiego poziomu neurotyczności,
 - wywiad rodzinny w zakresie zaburzeń psychicznych, szczególnie psychiatrycznych, i innych schorzeń przebiegających z zaburzeniami myślenia oraz istotnymi zaburzeniami zachowania.
2. Wywiad dotyczący używania substancji psychoaktywnych, w tym:
 - dotyczący spożywania alkoholu, narkotyków czy tytoniu z oceną częstotliwości i długości okresu ich stosowania, poniesionych z ich powodu strat (zawodowych, zdrowotnych, psychospołecznych) oraz długości możliwej do utrzymania abstynencji,
 - dotyczący wcześniejszego lub obecnego leczenia uzależnienia (z uwzględnieniem motywacji do skorzystania z niego),
 - na temat historii używania/nadużywania wymienionych substancji w najbliższej rodzinie.
3. Ocenę czynników związanych z wiedzą, zrozumieniem i zdolnością pacjentów do podejmowania świadomej decyzji, w tym:
 - deficytów w zakresie funkcji poznawczych i intelektualnych, które mogą osłabić zdolność rozumienia przekazywanych informacji, a tym samym zdolność do podejmowania decyzji dotyczących proponowanego sposobu leczenia choroby podstawowej czy późniejszego przestrzegania zaleceń,
 - ocenę znajomości i zrozumienia aktualnej choroby podstawowej, w tym jej przyczyn i dotychczasowego przebiegu (z uwzględnieniem postawy pacjenta

wobec przestrzegania zaleceń lekarskich) oraz jej wpływu na codzienne funkcjonowanie, a także rozumienia powodów kwalifikacji do LVAD,

- ocenę znajomości i zrozumienia aktualnych możliwości leczenia choroby podstawowej, w tym zagrożeń i korzyści związanych z rozważaną interwencją kardiochirurgiczną oraz wynikających z niej konsekwencji, takich jak np. wdrożenie nowych schematów leczenia farmakologicznego, konieczność zmiany stylu życia,
 - u osób kwalifikowanych do LVAD – również ocenę zdolności do zrozumienia i nauczenia się samodzielnej obsługi urządzenia wspomagającego, np. przez wymianę baterii czy interpretację komunikatów wyświetlanych na urządzeniu.
4. Wywiad dotyczący indywidualnych zasobów pacjenta takich jak:
- sposoby radzenia sobie z chorobą,
 - poziom wsparcia społecznego,
 - współistniejące stresory życiowe,
 - sytuacja rodzinna, zawodowa i społeczna [16, 19, 21, 22].

Istotnym aspektem jest też ocena stopnia prawdomówności pacjenta, wyrażana poprzez wolę do ujawniania negatywnych informacji na swój temat, w tym takich, które mogłyby wpłynąć na proces podejmowania decyzji przez zespół kwalifikujący. Skłonność do zatajania istotnych negatywnych aspektów funkcjonowania bądź podawanie ich wyłącznie po konfrontacji z faktami może być czynnikiem ryzyka wystąpienia *noncompliance*, a tym samym zwiększać ryzyko wystąpienia powikłań pooperacyjnych.

Poza wywiadem klinicznym w procesie diagnozy stanów emocjonalnych można wykorzystać standardowe narzędzia do oceny lęku, depresji i zaburzeń poznawczych. W identyfikowaniu zagrożeń wynikających z czynników psychospołecznych pomocne może być również stosowanie *The Stanford Integrated Psychosocial Assessment for Transplantation* (SIPAT) lub *Psychosocial Assessment of Candidates for Transplant* (PACT) [23, 24], jednak narzędzia te nie są dostępne w polskiej wersji językowej. Dobierając zestaw narzędzi badawczych, należy uwzględnić ogólny stan zdrowia pacjenta – w wypadku chorych z zaawansowaną niewydolnością serca przeprowadzenie szerokiego badania kwestionariuszowego może być obciążające dla chorego lub wręcz niemożliwe.

W praktyce zamiast tworzyć szczegółowe i rozbudowane listy przeciwwskazań do MCS lub HTx, znacznie lepiej jest sformułować kryteria pomocne dla konsultującego psychologa klinicznego czy psychiatry w formułowaniu rekomendacji. Wszystkie występujące u chorego zaburzenia psychiczne powinny być rozpatrywane w kontekście zdolności do wyrażenia świadomej zgody na operację oraz do podjęcia długotrwałej współpracy z zespołem leczącym. W takim rozumieniu przeciwwskazania bezwzględne obejmują:

- czynne psychozy,
- umiarkowane lub głębokie otępienie,

- umiarkowaną lub głęboką niepełnosprawność intelektualną,
- uzależnienie od substancji psychoaktywnych z brakiem możliwości utrzymania przynajmniej 6-miesięcznej abstynencji,
- osobowość antysocjalną o nasileniu wykluczającym efektywną współpracę.

Wszystkie te powody uniemożliwiają podjęcie efektywnej współpracy, a pierwsze trzy wykluczają również wyrażenie świadomej zgody na operację w myśl obowiązujących w Polsce przepisów prawa, w tym Ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Stwierdzenie aktywnej psychozy obliguje do włączenia leczenia psychiatrycznego i ponownej oceny po jej ustąpieniu. W wypadku pacjentów z wywiadem zaburzeń psychotycznych na etapie kwalifikacji do LVAD należy zachować daleko idącą ostrożność i ostateczne decyzje podjąć po uzupełnieniu szczegółowego wywiadu środowiskowego, najlepiej po więcej niż pojedynczym badaniu. Dane zawarte w piśmiennictwie z tego zakresu dotyczą głównie pacjentów poddanych transplantacji serca, a obserwacje dają niejednoznaczny obraz ich losów. Na przykład opisano przypadek, w którym przy odpowiednim wsparciu psychiatrycznym i społecznym nawet w aktywnej schizofrenii pacjent był w stanie efektywnie współpracować i dobrze funkcjonować po transplantacji. Pojawiają się ponadto prace mówiące o tym, że dyskwalifikowanie *a priori* osób z psychozą w wywiadzie jest dyskryminujące i niesprawiedliwe. Ale też wykazano, że próby samobójcze były częstsze w grupie osób, u których objawy psychotyczne wystąpiły w ciągu roku poprzedzającego Htx, i częściej występowały u nich epizody odrzucenia przeszczepu [6, 25, 26]. Tym samym schizofrenia powinna być traktowana jako przeciwwskazanie względne.

Podobnie rzecz się ma z lekką niepełnosprawnością intelektualną. Nieliczne dostępne publikacje na ten temat wskazują, że pacjenci ci mogą po transplantacji osiągać wyniki porównywalne z innymi chorymi pod warunkiem, że otrzymają efektywne wsparcie [19, 27]. Z tego powodu bardzo ważny jest wywiad dotyczący zasobów środowiskowych i codziennego funkcjonowania. Podkreśla się, że osoby te potrafią pisać, czytać i nawiązywać relacje z innymi, a zatem są też zdolne nawiązać dobre relacje z personelem medycznym i zrozumieć, jak obsługiwać LVAD. Opisany jest przypadek dobrej współpracy chorego z zespołem Danona, którego iloraz inteligencji wynosił 64 i który w kontrolnym teście dotyczącym LVAD uzyskał maksymalną ilość punktów, [28] czy mężczyzny z ilorazem inteligencji 68, żyjącego ponad 16 lat po transplantacji serca [29].

W odniesieniu do zaburzeń osobowości wytyczne wskazują, że mogą one zwiększać ryzyko tworzenia nieoptymalnych relacji interpersonalnych, a tym samym negatywnie wpływać na uzyskanie stabilnej siatki wsparcia społecznego. Mogą także sprzyjać wystąpieniu nieprzystosowawczych wzorców adaptacyjnych i nieprzestrzeganiu zaleceń terapeutycznych, co zwiększa ryzyko śmiertelności u tych chorych [19]. Oczywiście pacjenci z antysocjalnymi zaburzeniami osobowości chętnie deklarują każdy rodzaj współpracy, ale zwykle żadnej nie podejmują [14].

Wnioski

W artykule przedstawiono podstawowe informacje na temat psychospołecznych kryteriów oceny stanu psychicznego pacjentów z niewydolnością serca kwalifikowanych do mechanicznego wspomaganie krążenia. Jak wynika z tego opisu, stworzenie precyzyjnej listy przeciwwskazań względnych jest trudne, jeśli nie niemożliwe. Co prawda w piśmiennictwie spotyka się czasem dość rozbudowane spisy „przeciwwskazań psychospołecznych”, do których zalicza się, poza różnymi zaburzeniami psychicznymi, np. złą sytuację finansową lub brak wsparcia społecznego. Autorzy niniejszego opracowania są zdania, że żadna taka lista nie będzie kompletna, a każda może nietrafnie wykluczyć z ratującej życie procedury chorego, który mógłby odnieść z niej ewidentną korzyść. Dlatego znacznie bardziej racjonalne jest przypomnienie, że warunkiem powodzenia LVAD jest zrozumienie zasady działania wszczepianego urządzenia i opanowanie jego obsługi oraz zdolność do podjęcia długotrwałej, konsekwentnej współpracy z zespołem. Takie postawienie sprawy zmusza do przeprowadzenia analizy stanu psychicznego kandydata w kontekście jego sytuacji osobistej i rodzinnej i daje więcej informacji zespołowi transplantacyjnemu, który musi podjąć decyzję o jego kwalifikacji lub dyskwalifikacji.

Piśmiennictwo

1. Levelink M, Eichstaedt HC, Meyer S, Brütt A. *Living with a left ventricular assist device: Psychological burden and coping: Protocol for a cross-sectional and longitudinal qualitative study*. BMJ Open 2020; 10(10): e037017.
2. McDonagh TA, Metra M, Adamo M, Gardner RS, Baumbach A, Böhm M i wsp. *2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: Developed by the Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC) with the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC*. Eur. Heart J. 2021; 42(36): 3599–3726.
3. Thomas RJ, Beatty AL, Beckie TM, Brewer LC, Brown TM, Forman DE i wsp. *Home-based cardiac rehabilitation. A scientific statement from the American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation the American Heart Association, and the American College of Cardiology*. J. Am. Coll. Cardiol. 2019; 74(1): 133–153.
4. Dew MA, DiMartini AF, Dobbels F, Grady KL, Jowsey-Gregoire SG, Kaan A i wsp. *The 2018 ISHLT/APM/AST/ICCAC/STSW recommendations for the psychosocial evaluation of adult cardiothoracic transplant candidates and candidates for long-term mechanical circulatory support*. J. Heart Lung Transplant. 2018; 37(7): 803–823.
5. Faeder S, Moschenross D, Rosenberger E, Dew MA, DiMartini A. *Psychiatric aspects of organ transplantation and donation*. Curr. Opin. Psychiatry 2015; 28(5): 357–364.
6. Cahn-Fuller K, Parent B. *Transplant eligibility for patients with affective and psychotic disorders: A review of practices and a call for justice*. BMC Med. Ethics 2017; 18(1): 72. Doi: 10.1186/s12910-017-0235-4.
7. Gulla B. *Transplantacja serca. Problemy adaptacji psychologicznej*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2010.

8. Gulla B, Siwińska J. *Psychologiczne konsekwencje inwazyjnych technik leczenia choroby niedokrwiennej serca*. W: Wrześniewski K, Włodarczyk D. red. *Choroba niedokrwienność serca. Psychologiczne aspekty leczenia i zapobiegania*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2004. S. 43–65.
9. Pudlo R, Piegza M, Zakliczyński M, Zembala M. *The occurrence of mood and anxiety disorders in heart transplant recipients*. *Transplant. Proc.* 2009; 41(8): 3214–3218.
10. Gulla B. *Psychologiczne aspekty transplantacji serca*. *Psychiatr. Pol.* 2006; 40(2): 323–334.
11. Olbrisch ME, Levenson JL. *Psychosocial evaluation of heart transplant candidates: An international survey of process, criteria and outcomes*. *J. Heart Lung Transplant.* 1991; 10(6): 945–955.
12. Levenson JL, Olbrisch ME. *Psychosocial evaluation of organ transplant candidates. A comparative survey of process, criteria, and outcomes in heart, liver and kidney transplantation*. *Psychosomatics* 1993; 34(4): 314–323.
13. Lunde DT. *Psychiatric complications of heart transplantation*. *Am. J. Psychiatry* 1969; 126(3): 369–373.
14. Pudlo R, Jaworska I, Fuczyło K. *Transplantacja serca*. W: Jarem M. red. *Zaburzenia psychiczne w schorzeniach somatycznych: diagnozowanie i leczenie*. Warszawa: PZWL Wydawnictwo Lekarskie; 2021. S. 98–133.
15. Sandal S, Chen T, Cantarovich M. *Evaluation of transplant candidates with a history of non-adherence: An opinion piece*. *Can. J. Kidney Health Dis.* 2021; 8: 1–7.
16. Bui QM, Allen LA, LeMond L, Brambatti M, Adler E. *Psychosocial evaluation of candidates for heart transplant and ventricular assist devices: Beyond the current consensus*. *Circ. Heart Fail.* 2019; 12(7): e006058.
17. Dew MA, DiMartini AF, De Vito Dabbs A, Myaskovsky L, Steel J, Unruh M i wsp. *Rates and risk factors for nonadherence to the medical regimen after adult solid organ transplantation*. *Transplantation* 2007; 83(7): 858–873.
18. Dew MA, De Geest S, Wray J. *Psychosocial and behavioral issues in transplantation*. Program and abstracts of the 20th annual meeting and scientific session of the International Society for Heart and Lung Transplantation 2000, Osaka.
19. Dew MA, DiMartini AF, Dobbels F, Grady KL, Jowsey-Gregoire SG, Kaan A i wsp. *The 2018 ISHLT/APM/AST/ICCAC/STSW Recommendations for the psychosocial evaluation of adults cardiothoracic transplant candidates and candidates for lung-term mechanical circulatory support*. *Psychosomatics* 2018; 59(5): 415–440.
20. Weinrieb RM, Van Horn DH, McLellan AT, Lucey MR. *Interpreting the significance of drinking by alcohol-dependent liver transplant patients: Fostering candor is the key to recovery*. *Liver Transpl.* 2000; 6(6): 769–776.
21. Cook JL, Colvin M, Francis GS, Hoffman TM, Jessup M, John i wsp. *Recommendations for the use of mechanical circulatory support: Ambulatory and community patient care: A scientific statement from the American Heart Association*. *Circulation* 2017; 135(25): e1145–e1158.
22. Ayub-Ferreira SM. *Executive summary – Guidelines for mechanical circulatory support of the Brazilian Society of Cardiology*. *Arq. Bras. Cardiol.* 2018; 111(1): 4–12.
23. Maldonado JR, Dubios HC, David EE, Sher Y, Lolak S, Dyal J i wsp. *The Stanford Integrated Psychosocial Assessment for Transplant (SIPAT): A new tool for the psychosocial evaluation of pre-transplant candidates*. *Psychosomatics* 2012; 53(2): 123–132.
24. Maltby MC, Flattery MP, Burns B, Salyer J, Weinland S, Shah KB. *Psychosocial assessment of candidates and risk classification of patients considered for durable mechanical circulatory support*. *J. Heart Lung Transplant.* 2014; 33(8): 836–841.

25. Coffman KL, Crone C. *Rational guidelines for transplantation in patients with psychotic disorders*. Curr. Opin. Organ. Transplant. 2002; 7(4): 385–388.
26. Le Melle SM, Entelis C. *Heart transplantation in a young man with schizophrenia*. Am. J. Psychiatry 2005; 162(3): 453–457.
27. Rosenberger E, Fox K, DiMartini A, Dew MA. *Psychosocial factors and quality-of-life after heart transplantation and mechanical circulatory support*. Curr. Opin. Organ Transplant. 2012; 17(5): 558–563.
28. Kuroda K, Seguchi O, Matama H, Kimura Y, Iwasaki K, Toda K i wsp. *Left ventricular assist device implantation in an adult male with Danon disease*. J. Cardiol. Cases 2019; 20(3): 106–109.
29. Samelson-Jones E, Mancini DM, Shapiro PA. *Cardiac transplantation in adult patients with mental retardation: Do outcomes support consensus guidelines?* Psychosomatics 2012; 53(2): 133–138.

Adres: Izabela Jaworska

1. Katedra i Klinika Kardiologii, Transplantologii, Chirurgii Naczyniowej i Endowaskularnej Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, Śląskie Centrum Chorób Serca w Zabrze
ul. M. Curie-Skłodowskiej 9, 41-800 Zabrze

2. Oddział Medycyny Paliatywnej, Szpital św. Kamila w Tarnowskich Górach,
42-606 Tarnowskie Góry, ul. Bytomska 22
e-mail: I.Jaworska@seccs.pl

Otrzymano: 3.08.2022

Zrecenzowano: 6.08.2023

Otrzymano po poprawie: 30.08.2024

Przyjęto do druku: 12.09.2024