

ANNALES  
UNIVERSITATIS MARIAE CURIE-SKŁODOWSKA  
LUBLIN—POLONIA

VOL. XXVII, 26

SECTIO D

1972

Ośrodek Naukowo-Badawczy w Uzdrawisku Nałęczów, II Klinika Chorób Wewnętrznych  
Akademii Medycznej w Lublinie

Kierownik: doc. dr med. habil. Jan Kowalewski

Klinika Psychiatryczna Akademii Medycznej w Lublinie

Kierownik: doc. dr med. habil. Adam Majczak

Janusz HANZLIK, Adam MAJCZAK,  
Jerzy ŁOPATYŃSKI, Marcin OLAJOSSY

**Badania nad rehabilitacją chorych po zawale serca w warunkach  
sanatoryjnych ze szczególnym uwzględnieniem potrzeby, wartości i oceny  
rehabilitacji w zakresie psychiki. Cz. II**

Исследования восстановительного санаторного лечения больных, перенесших  
инфаркт. Анализ необходимости, важности и оценки восстановительного лечения  
в области психики. Ч. II

A Clinical Trial on the Rehabilitation After Myocardial Infarction in a Health-Resort with Special Reference to the Need, Value and Evaluation of Psychical Rehabilitation. Part II

**Znaczenie czynników psychicznych w patogenezie  
choroby niedokrwiennej serca oraz wpływ przeby-  
cia zawału na psychikę**

Wielu badaczy stara się zwrócić uwagę na związek, który może ewentualnie zachodzić między cechami osobowości, czynnikami ryzyka a powstawaniem miażdżycy naczyń wieńcowych, której powikłaniem jest najczęściej zawał serca. Należy podkreślić, że mimo wielu prac poświęconych temu zagadnieniu, nie uzyskano jednoznacznych wyników, które by udowodniły, że określone struktury osobowości mogą predysponować do występowania zawału serca.

Askanas i wsp., Wrześniewski (1, 3, 5, 47) starając się określić ten typ osobowości, badali grupy zjawisk psychicznych, takie jak sferę emocji i dynamizmów, sytuacje frustracyjne i stan przystosowania. Posługiwali się w tym celu wywiadem osobistym i środowiskowym oraz testami Le Senna, Szondi, Rorschacha (1). Wyniki badań nanoszone były na psychogram sporządzony przez dwóch psychologów. U większości badanych chorych (71%), stwierdzono takie cechy, jak niedojrzałość emocjonalną, brak stabilizacji, co przejawiało się w przeżywaniu uczuć niedostosowanych do sytuacji, w niemożności opanowania lęku i emocji (3, 4, 5, 23).

Analizując sferę dynamizmów, w skład której wchodzi: potrzeby, popędy, wola, motywy, stwierdzono objawy silnej potrzeby dominowania u 36% chorych ponadto pragnienie prestiżu, kontrolowania i zwracania na siebie uwagi. Potrzebę bezpieczeństwa stwierdzono u 57% chorych, niedojrzałą motywację wyrażającą się w postępowaniu wg własnych motywów subiektywnych, np. lęku i niepokoju, u 67% chorych. Małą odporność psychiczną, wyrażającą się w niskiej tolerancji stanów frustracyjnych, wykazywało 81% badanych. Konflikty wywołują u chorych na chorobę wieńcową agresję, apatię i złość (3).

Liczni autorzy omawiający stan przystosowania na przykładzie faktu choroby zwracają uwagę na częste występowanie złego przystosowania, wyrażonego np. w lęku o zdrowie, konfliktach w pracy i w życiu rodzinnym.

Naszkiwowane wyżej cechy osobowości w znacznej mierze istniały u tych osób przed dokonaniem się u nich zawału serca (3, 5, 6, 47) i zostały ujawnione lub pogłębione przez chorobę. Takie cechy osobowości powodują łatwe odczuwanie wszelkiego rodzaju stresów (5, 23, 35, 38). Są również źródłem powstawania stresów u tych chorych. Częste sytuacje stresowe mogą powodować powstawanie i utrwalanie się niekorzystnych zmian w układzie krążenia, takich jak stany skurczowe naczyń i podwyższenie poziomu cholesterolu. Zmiany te mogą przyspieszyć rozwój miażdżycy, występowanie choroby wieńcowej i zawału serca.

Ocena osobowości, dokonywana u ludzi, którzy przeżyli zawał serca, jest trudna, ponieważ nie można pominąć w badaniu tych cech psychiki, które są zjawiskami wtórnymi i pojawiły się już po przeżytym zawale. Nie ulega natomiast wątpliwości fakt, że zawał serca, jak zresztą każda choroba somatyczna, nie może być zjawiskiem obojętnym emocjonalnie dla człowieka. Jest to zresztą zgodne z fundamentalną zasadą jedności psychofizycznej. W przypadku wystąpienia zawału serca przeżycia psychiczne mają z wielu powodów znaczenie szczególne. Serce jest narządem wiążącym się w świadomości człowieka z pojęciami życia i śmierci, zawał jest chorobą dającą trwałe zmiany i możliwości nawrotów. Wymienione czynniki i szereg innych są przyczyną występowania szczególnie ostrej reakcji psychicznej na zawał serca, która w toku dalszego rozwoju może ulegać swoistym przekształceniom, tworząc przez to różne typy postaw. Zdaniem różnych autorów psychiczna reakcja na zawał serca zależy w dużej mierze od cech osobowości sprzed okresu zawału serca (1, 3, 5, 10, 34, 47). K a n i e w s k a j a (23) twierdzi, że u chorych, u których nie można prześledzić wyraźnych zmian psychiki w okresie poprzedzającym zawał, łatwo przy występowaniu bólów stenokardialnych rozwija się stan euforii, utrata poczucia choroby, osłabienie krytycznego stosunku do swoich możliwości, co może doprowadzić do wystąpienia zawału. R a w k i n (33) zaobserwował zależności pomiędzy typem i umiejscowieniem zawału a reakcją psychiczną chorych. Zawał ściany przedniej miał częściej dawać pojawienie się stanu obniżonego krytycyzmu co do stanu własnego zdrowia, połączonego z pobudzeniem ruchowym, natomiast zawał ściany tylnej sprzyjał powstawaniu odczynów depresyjnych z oczekiwaniem nieuniknionej katastrofy.

Na występowanie psychicznych zaburzeń przy zawale serca mają wpływ takie czynniki (34), jak ostre niedotlenienie mózgu, odruchy patologiczne wywołujące zaburzenia układu śródmózgowie — układ wegetatywny, stan toksyczny wywołany rozpadem martwej tkanki, oraz osobniczo zmienne reakcje osobowości na zachorowanie. Wypadkową działania tych czynników jest reakcja psychiczna, która dla dalszego przebiegu może być dodatnia lub ujemna (1, 5). Dodatnią reakcją psychiczną, wyrażającą się dyscypliną, akceptacją własnego stanu wykazuje tylko 10% badanych. Powszechną ujemną reakcją jest lęk, apatia, depresja, nasilone zwłaszcza w cięż-

kich stanach somatycznych (34). Niekiedy może występować powrót do bardzo niedojrzałych reakcji psychicznych (jak płacz czy agresywność) wyrażające się między innymi konfliktami z personelem lub innymi chorymi. Czasem chorzy wyrażają takie reakcje, jak obsesja i fiksacja, co przejawia się w przymusie wykonywania dotychczasowych czynności, nieprzestrzegania lekarskich poleceń.

A s k a n a s i wsp. (3, 9) podkreślają wielokrotne występowanie trudności w bezpośredniej reakcji chorego na zawał, gdyż dane o chorym są często sfalszowane przez niego lub przez jego rodzinę. Ostre reakcje psychiczne są łatwiejsze do opanowania i ich zejście może przebiegać w dwóch kierunkach. Może dojść do wytworzenia postawy ujemnej, utrudniającej życie po zawał. Może też dojść do wytworzenia postawy dodatniej, nie mającej istotnego wpływu na dalszy przebieg życia.

We własnych badaniach ankietowych wykazano, że 84,3% ankietowanych stwierdziło wpływ przebytego zawału na dotychczasowy przebieg życia. Najczęściej występowała postawa lękowa z obserwacją własnego stanu zdrowia. W dalszej kolejności — stosunek oszczędzający, stan rezygnacji i smutku. Analiza grupy ankietowanych, którzy uważali, że postawa która wytworzyła się u nich po zawał utrudnia im życie, wykazała, że w tej grupie daleko częściej występuje postawa lękowa, oszczędzająca i rezygnacyjna. Zwraca uwagę fakt, że większość tych ludzi miała wykształcenie podstawowe, byli oni z reguły pracownikami fizycznymi. Niewątpliwie ich pozycja społeczna, dotychczasowy charakter pracy, trudności ze zmianą pracy na lżejszą przy zachowaniu dotychczasowych zarobków powodowały utrudnienie ich powrotu do normalnego życia społecznego.

Ankietowani z wykształceniem średnim i wyższym w większości wypadków uważali, że wytworzona postawa po zawał ułatwia im życie. Potrzeba oszczędzającego trybu życia, ograniczenie wysiłku fizycznego, a nawet rezygnacja z dotychczasowych form życia społecznego, nie zakłócały w sposób istotny ich powrotu do społeczeństwa. Z tych spostrzeżeń wynika, że potrzeba rehabilitacji po zawał musi w dużej mierze uwzględniać status społeczny człowieka i rodzaj wykonywanej przez niego pracy. Należy zwrócić szczególną uwagę w procesie rehabilitacyjnym na ludzi, którzy wykonywali przed zachorowaniem ciężką pracę fizyczną, do której powrót po zachorowaniu jest niemożliwy. Stąd też całość kształtu rehabilitacji powinien nie tylko przywracać sprawność fizyczną i psychiczną, ale także uwzględniać możliwość przekwalifikowania zawodowego. Za taką potrzebą wydaje się przemawiać i to, że w grupie ankietowanych, którzy uważali, że postawa po zawał utrudnia im życie — nie podjęło pracy zawodowej aż 26%, podczas gdy w grupie przeciwnej tylko 14,8%.

Tworzenie postawy po przebyciu zawału serca zachodzi przy współudziale różnych czynników, takich jak osobowość chorego, przebieg schorzenia, postawa lekarza leczącego, stosunek najbliższego otoczenia rodzinnego i przyjaciół, oddziaływanie środowiska pracy. Wszelkie nie-

prawidłowości wymienione w każdym z tych ogniw mogą mieć znaczenie przy kształtowaniu się jednej z opisanych postaw. Wydaje się, że cechy osobowości przedchorobowej mają duże znaczenie, jednakże nie przesądzają one możliwości ostatecznego kształtu postawy. Dodatnią rolę cech osobowości w kształtowaniu postawy podkreśliło 66,1% ankietowanych. Można przypuszczać, że osobowość chorego wywiera wpływ na kierunek kształtowania postawy, która jest modyfikowana i ostatecznie kształtowana przez pozostałe czynniki. Pierwszym z nich jest przebieg schorzenia i rola lekarza, który od pierwszego dnia zachorowania opiekuje się chorym. 84,2% ankietowanych uznało udział lekarzy w kształtowaniu postawy za potrzebny. Należy podkreślić, że żaden z ankietowanych nie stwierdził ujemnego wpływu lekarzy na kształtowanie się postawy po zawale. Ankietowani dostrzegają również potrzebę udziału psychologa w kształtowaniu jej postawy, na co zwróciło uwagę 63,9%.

Bardzo istotne znaczenie ma okres kształtowania się postawy po przebytych zawale serca. Tylko 45,1% ankietowanych dokonało próby określenia czasu, w którym pojawiała się postawa życiowa. Świadczy to o tym, że określenie postawy i określenie pojawienia się jej jest dość trudne. Można przypuszczać, że kształtowanie się postawy rozpoczyna się w momencie zachorowania, a zakończenie jej tworzenia ma miejsce po opuszczeniu szpitala, a więc bezpośrednio po zetknięciu się z dotychczasowymi warunkami życia. Konfrontacja chorego z rzeczywistością, zestawienie swoich możliwości psychofizycznych z wymaganiami stawianymi przez życie, opiekuńcze zachowanie środowiska rodzinnego przy istnieniu niechętnego stosunku w miejscu pracy powodują szczególnie uświadomienie sobie przez chorego wagi schorzenia i jego następstw. Jest zupełnie zrozumiałe, że wszelkie informacje, jakie chory wynosi po zawale serca ze szpitala, zwracają jego uwagę na potrzebę oszczędzającego trybu życia. Lęk przed nawrotem choroby oraz niezbyt dobre samopoczucie fizyczne i psychiczne są czynnikami powodującymi z reguły pojawienie się nastawień w kierunku bardziej oszczędzającego trybu życia niż wynikałoby to ze stanu, w jakim chory się znajduje. Jak wynika z powyższych, oddziaływanie psychoterapeutyczno-informujące w czasie pobytu w Klinice może mieć istotne znaczenie dla dalszych losów chorego. Może ono ukierunkować rozwój postawy życiowej po zawale w kierunku pozytywnym lub negatywnym. Sami ankietowani podkreślają, że pomoc lekarza i psychologa w kształtowaniu postawy winna mieć miejsce w szpitalu (70,6%) oraz w warunkach sanatoryjnych (71,4%). Opierając się na danych z piśmiennictwa i na własnych oświadczeniach, można uważać potrzebę rehabilitacji psychofizycznej chorych po zawale serca za udowodnioną.

Dyskusyjne są metody rehabilitacji, czas i miejsce jej prowadzenia. Rehabili-

tacja (2) dąży do akceptacji ograniczeń narzuconych przez chorobę i w ramach tych ograniczeń powrotu na swoje miejsce w społeczeństwie. Składa się ona z rehabilitacji somatycznej, psychicznej, zawodowej i społecznej. Celowość prowadzenia rehabilitacji podkreślają wyniki badań wykazujące, że u osób rehabilitowanych było mniej powikłań w okresie szpitalnym, wcześniej również ci chorzy podejmowali pracę (2,4%). By móc skutecznie przeprowadzać rehabilitację psychiczną, konieczne jest dokładne poznanie osobowości chorego przed zawałem oraz reakcji psychicznych, jakie ten zawał wywołał (1, 3, 4, 5). Często bowiem przy niezłym stanie somatycznym reakcja hipochondryczna może przekształcić się w hipochondryczny rozwój osobowości, przewlekłe asteniczne i asteniczno-hipochondryczne stany, które utrudniają chorym przystosowanie się do warunków powstałych po zawałe (34).

Formy realizacji takiego postępowania to psychoterapia indywidualna i grupowa. Głównym założeniem psychoterapii w pierwszym okresie (1) jest przezwyciężenie stresu pozawałowego, następnie wyłączenie szkodliwych czynników zewnętrznych, wreszcie ułatwienie przystosowania do warunków życia po opuszczeniu sanatorium. Psychoterapia indywidualna zmierza do redukcji lęku, do ukazania choremu możliwości przyjęcia dojrzałej postawy wobec faktu zawału, wobec konfliktów w pracy i w życiu społecznym. Psychoterapia grupowa polega (47) na prowadzeniu przez psychoterapeutę dyskusji w około 10 osobowych grupach i na określaniu tych fragmentów wypowiedzi poszczególnych członków (chorych), które są istotne dla rehabilitacji. Ujemną stroną rehabilitacji po zawałe jest niemożliwość wywoływania silnych wstrząsów i stanów emocjonalnych oraz fakt, że często chorzy ci cierpieli na nerwicę, co utrudnia adaptację. U chorych w starszym wieku oraz o niskim ilorazie inteligencji trudno jest zmienić nawyki.

Na podstawie własnych badań i spostrzeżeń uważamy, że postępowanie socjoterapeutyczne w rehabilitacji stanów pozawałowych należy podzielić na dwa etapy. Pierwszy etap obejmowałby całokształt postępowania socjoterapeutycznego w odniesieniu do chorych znajdujących się w Klinice, po ustąpieniu objawów ostrych. W tym okresie należy prowadzić wstępne uruchamianie chorych, tworzenie środowiska terapeutycznego w ramach sali (odpowiednie rozrywki, gry itp.). Należy podawać wstępne informacje w formie pogadanki uświadamiających i stosować psychoterapię indywidualną w odniesieniu do tych chorych, którzy przejawiają szczególnie niekorzystne reakcje psychiczne (lękowe, hipochondryczne i depresyjne). Indywidualne rozmowy przeprowadzone przez lekarza powinny mieć na celu zorientowanie się w możliwościach podjęcia przez chorego jego dotychczasowej pracy. Dotyczy to zwłaszcza tej grupy chorych, u których zawał serca jest niewielki i przebiega klinicznie bez powikłań. W przypadkach niepewnych prognostycznie należy jednocześnie zapewnić chorego, że rozstrzygnięcie problemu pracy ewentualnej renty nastąpi po zakończeniu pobytu w sanatorium.

Właściwe postępowanie rehabilitacyjne może odbywać się w warunkach leczenia sanatoryjnego. Rehabilitacja ruchowa (którą również prowadziliśmy) posiada olbrzymie znaczenie psychoterapeutyczne, ponieważ ukazuje choremu posiadanie wydolności fizycznej, daleko większej od subiektywnej oceny chorego. Na tym etapie szczególne znaczenie ma prze-

prowadzenie seansów uświadamiających. Racjonalne wyjaśnienie mechanizmów powstawania zawałów oraz ukazanie stanu serca po przebytych zawałach, z podkreśleniem tych wszystkich momentów, które mają najbardziej dodatni wpływ na psychikę (jak np. rola i znaczenie krążenia obocznego w sercu) jest potrzebne, o czym świadczy 96,2% wypowiedzi ankietowanych. Dodatkowo wypowiedzi chorych są odpowiednio podkreślane przez lekarza prowadzącego i spełniają rolę psychoterapeutyczną.

Zdecydowana większość ankietowanych (84,7%) uważa, że działalność uświadamiającą powinien prowadzić lekarz leczący chorego, a 56,6% respondentów uważa, że uświadamiać chorego może lekarz w ogóle. Podczas gdy w czasie samego pobytu chorego w szpitalu należy bardzo oględnie podawać niektóre informacje dotyczące zawału, kładąc główny nacisk na problem określający, co choremu wolno, a czego nie wolno czynić po zawałach, w warunkach sanatoryjnych tego typu seanse mogą mieć charakter bardzo szeroki, z użyciem tabel, wykresów itp. Nie można pominąć faktu, że 5 ankietowanych, co stanowi zaledwie 3,7% wypowiedziało się przeciw uświadamianiu chorych po zawałach serca. Stwarza to potrzebę odbycia indywidualnych rozmów z każdym z chorych przed rozpoczęciem kompleksowego postępowania rehabilitacyjnego w celu uzyskania jednoznacznej wypowiedzi czy chce on uczestniczyć w tego rodzaju seansach wyjaśniających. Jeśli uzyska się odpowiedź negatywną, należy zająć się tym chorym indywidualnie, w celu wyjaśnienia czy u źródeł niechęci nie leży szczególna przeculica, lęk lub nastawienie hipochondryczne.

Znaczna ilość ankietowanych (87,2%) podaje, że jednym z najistotniejszych czynników łączących ich z życiem jest praca zawodowa. Łatwo jest przewidzieć, że dla tej grupy chorych, niemożność podjęcia pracy zawodowej po przebytych zawałach będzie czynnikiem wpływającym destrukcyjnie na ich postawę życiową. Stąd też wydaje się konieczne, aby w czasie pobytu w sanatorium, po przeprowadzonym postępowaniu rehabilitacyjnym podać choremu jednoznaczna ocenę jego możliwości powrotu do pracy. Odnosi się to szczególnie do tej grupy chorych, dla której nie można było podjąć tej decyzji podczas pobytu w szpitalu.

Program mający na celu zahamowanie dalszego rozwoju miażdżycy u chorych po przebytych zawałach serca.

Dane epidemiologiczne i patogenetyczne, którymi medycyna obecnie dysponuje, pozwalają na stworzenie programu zapobiegania rozwojowi miażdżycy, polegającego na eliminacji „czynników ryzyka” (8, 11, 17, 18, 21, 24, 39, 40, 41, 45, 46). Zastosowanie tego programu w grupach ludzi szczególnie narażonych na zachorowanie na chorobę niedokrwienną serca jest naszym zdaniem uzasadnione, a nawet konieczne. Grupą osobników szczególnie narażonych na powikłania miażdżycy są chorzy, u których wystąpił zawał serca uprzednio lub pojawiły się inne powikłania miażdżycy (37). Tę więc grupę chorych na pewno należy objąć „programem zapobiegania miażdżycy”.

Pierwsze doniesienia świadczące o korzystnym wpływie eliminacji czynników ryzyka na występowanie powikłań miażdżycy, to zmniejszenie liczby tych powikłań u osobników z nadciśnieniem tętniczym, u których obniżono podwyższone ciśnienie (7, 12). Program zapobiegania dalszemu rozwojowi miażdżycy winien, naszym zdaniem, opierać się o współczesny stan wiedzy o etiopatogenezie miażdżycy naczyń, uwzględniając następujące elementy:

1) redukcję ilości tłuszczu w organizmie poprzez należyty sposób odżywiania się, co w praktyce sprowadza się głównie do redukcji ciężaru ciała,

2) uregulowanie trybu życia ze szczególnym zwróceniem uwagi na spokój psychiczny,

3) zaprzestanie palenia tytoniu,

4) zwiększenie aktywności fizycznej,

5) kontrola lekarska, a szczególnie leczenie chorób, o których wiemy, że przyspieszają rozwój miażdżycy, tj. takich jak nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, niedoczynność tarczycy, otyłość, hiperlipidemia. Program ten jest uzasadniony teoretycznie i nie wiąże się z żadnym ryzykiem dla chorych (14).

Praktyczne wprowadzenie go w życie, jak wynika z własnego doświadczenia, napotyka jednak na wiele przeszkód. Najbardziej oczywistą przeszkodą ze strony lekarzy, to nie nadążanie za bieżącym piśmiennictwem, przywiązanie do tradycyjnych metod leczniczych, niedoceniaenie lub strach przed stosowaniem nowych metod, które radykalnie zmieniły się w ostatnich latach. W tej sytuacji chorzy nie stosują przeważnie żadnego programu godząc się z nieuchronnością dalszego rozwoju miażdżycy naczyń.

Jak wynika z badań własnych, chorzy czekają na takie informacje i są wdzięczni lekarzowi za wyczerpujące omówienie tematu, nawet gdy porusza się sprawy dla niektórych przykre i niepokojące, jak np. sprawa anatomii patologicznej miażdżycy. Uważamy, że bezpośredni kontakt lekarza z chorymi jest bardziej pożyteczny aniżeli czytanie literatury popularno-naukowej, gdyż umożliwia unikanie niebezpiecznych urazów psychicznych, związanych z niewłaściwą, zwykle egocentryczną i pesymistyczną interpretacją przeczytanych faktów.

Postanowiliśmy tak prowadzić naszą informację, aby zawierała ona wszystkie dane potrzebne choremu do zrozumienia zagadnienia, oparte o wiarygodne i sprawdzone współczesne piśmiennictwo medyczne. Wiadomości te winny być podane w sposób przekonywujący, zachęcający chorego do realizacji „programu”. Przedstawienie chorym danych historycznych, epidemiologicznych i statystycznych wskazujących na znaczenie problemu, pozwalało na koncentrację uwagi chorych i nawiązanie z nimi bezpośredniego kontaktu. Następnie przedstawiano zasady i funkcjonowanie układu krążenia oraz znaczenie wymiany tlenu dla pracy organizmu. Mogą natomiast budzić się zastrzeżenia odnośnie części poświęconego omówieniu patogenezy i anatomii patologicznej miażdżycy, a w szczególności patogenezy i anatomii patologicznej zawału serca. Spotykaliśmy się z uwagami, że te opisy mogą wywołać uczucie strachu.

chu i niepewności co do stanu zdrowia po zawale serca, co może z kolei wpłynąć na realizację „programu”, szczególnie w odniesieniu do stosowania zwiększonej aktywności fizycznej.

Aby uniknąć wyżej wspomnianych niekorzystnych efektów posługiwaliśmy się sformułowaniami prostymi i celowo łagodnymi, a rysowane przez nas odręczne szkice, były pozbawione realistycznej grozy. Zwracaliśmy baczną uwagę, aby napięcie, które mogło powstać w czasie prowadzenia seansu, natychmiast rozładować. Dla przykładu — po wyjaśnieniu, w jaki sposób powstaje zawał serca i po przedstawieniu rysunku ilustrującego tę kwestię, natychmiast podawano uspakajające chorych dane o tworzeniu się blizny pozawałowej, jej wytrzymałości i roli powstającego krążenia bocznego. Zresztą nie unikają szokujących danych i inni autorzy prowadzący rehabilitację pozawałową. Na przykład *Naughton* (30) przystępując do rehabilitacji fizycznej przedstawia swoim chorym naprzód zasady resuscytacji oraz działanie sprzętu używanego w tym celu. Omawia również zagadnienia niemiaryowości serca i nagłej śmierci. Szeroko omówiona część teoretyczna programu rehabilitacyjnego naszym zdaniem konieczna była do przekonania chorych o konieczności i celowości prowadzenia praktycznej realizacji programu (15, 31, 36, 43).

W dalszej części seansu w sposób możliwie jasny i nie nużący zapoznawano chorych z zagadnieniami sposobu żywienia, zasadami trybu życia, omawiano palenie papierosów w aspekcie rozwoju miażdżycy, wreszcie wspomniano o aktywności fizycznej oraz opiece lekarskiej po opuszczeniu szpitala i sanatorium. Konieczne okazało się również omówienie kilku aspektów życia płciowego w tej grupie chorych.

Uwypuklaliśmy znaczenie sposobu żywienia się, celowo unikając określenia „dieta”, która w pojęciu wielu chorych wiąże się ze specjalnym odżywianiem przez pewien określony czas. Stwierdzenie, że sposób żywienia, który propagujemy, winien być nie tylko stosowany przez chorych po zawale serca, ale przez wszystkich ludzi, którzy chcą uniknąć rozwoju miażdżycy naczyń. Niedostateczne wykształcenie wielu chorych i brak czasu, uniemożliwiają nauczenie ich podstaw dietetyki. Zresztą ściśle przestrzeganie jadłospisów ułożonych przez lekarza jest w życiu codziennym niemożliwe. Z tych powodów wyjaśniano jedynie, że powinno się spożywać takie ilości pokarmu, aby występowała redukcja ciężaru ciała u otyłych, a utrzymywanie dotychczasowej wagi u szczupłych.

Chorzy zwykle mieli szereg zastrzeżeń co do rzeczywistej możliwości redukcji ciężaru ciała. Często już poprzednio podejmowali w tym względzie bezskuteczne próby. Zapytywali o specjalne „cudowne diety” oraz leki umożliwiające odchudzenie się. Z naciskiem podkreślano, że odchudzenie można osiągnąć tylko poprzez zmniejszenie dowozu kalorii, co



z kolei osiąga się zmniejszając ilość wszystkich spożywanych pokarmów i poprzez zwiększenie wydatku energetycznego organizmu np. na ruch. Nie osiąga się tego przez stosowanie jednostronnej diety (28). Leki odchudzające mogą być stosowane wyjątkowo i to pod kontrolą lekarza. Celem, do którego naszym zdaniem chory winien dążyć, nie powinno być osiągnięcie z góry zaplanowanej wagi ciała, a uzyskanie takiego stanu odżywienia, aby fałd skóry i tkanki podskórnej na brzuchu nie przekraczał 1 cm u mężczyzny i 1,0—1,5 cm u kobiety. Jeśli chodzi o skład jakościowy pokarmów, to podawano, że szkodliwe jest spożywanie nadmiaru węglowodanów prostych (np. cukier) oraz spożywanie tłuszczu w ilości większej niż 40 g/dobę. Połowę dozwolonej ilości tłuszczu powinny stanowić tłuszcze wysoko nienasycone zawarte w takich olejach, jak sojowy, rzepakowy, słonecznikowy. Podawano chorym spis potraw z podziałem na „potrawy zabronione”, które zawierają dużo tłuszczu i które chorzy mogą spożywać jedynie wyjątkowo oraz „potrawy dozwolone” zawierające mało tłuszczu, które powinny być podstawą codziennego pożywienia. Polecaliśmy spożywanie dużej ilości owoców jako pokarmu nisko kalorycznego, a równocześnie hamującego łaknienie. Pomimo maksymalnego uproszczenia, podane wyżej zasady, zawierały wszystkie istotne elementy współcześnie propagowanej „diety przeciwmiażdżycowej” (12).

Rola napięcia psychicznego jako czynnika ryzyka w rozwoju miażdżycy wydaje się obecnie nie budzić wątpliwości (22, 27, 29). Doraźne szkodliwe znaczenie urazów psychicznych i wywoływanie przez nie bólów wieńcowych, często kończących się dokonaniem zawału serca czy wreszcie powstawanie zaburzeń rytmu serca mogących doprowadzić do nagłej śmierci są dobrze znane z codziennej praktyki lekarskiej (19, 20). Całkowite wyeliminowanie bodźców szkodliwie działających na psychikę chorego jest praktycznie niemożliwe. Ochrona jednak chorego nawet przed częścią urazów psychicznych jest w pełni uzasadniona i co ważniejsze możliwa.

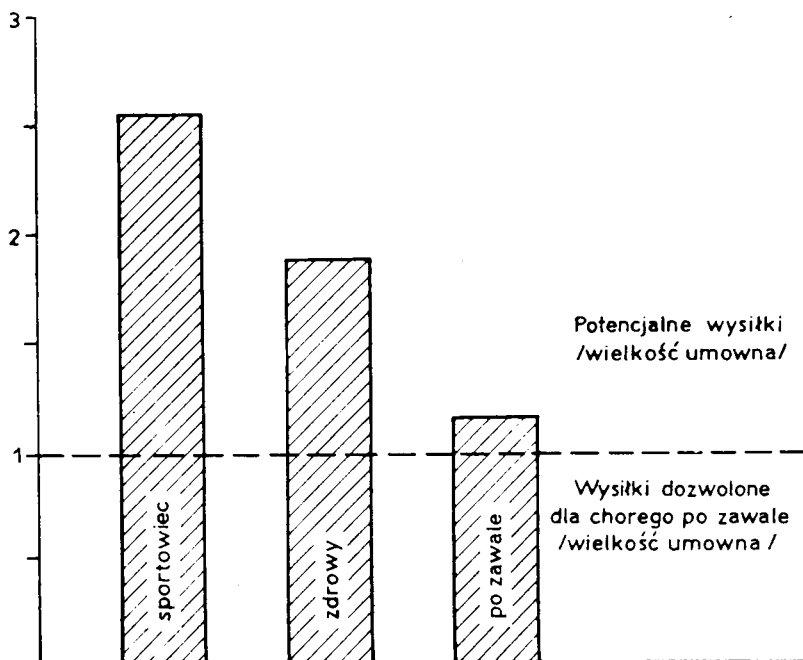
Uregulowanie trybu życia ułatwia zachowanie spokoju psychicznego. Należyte poinformowanie rodziny chorego i jego zakładu pracy o konieczności stworzenia osobnikowi po zawale serca ciepłej, przychylnej atmosfery jest naszym zdaniem szczególnie ważne, gdyż chorzy w tych dwóch środowiskach przebywają najdłużej w czasie doby. Wszystkie te problemy omawiano dokładnie z chorymi, podkreślając jednocześnie, że systematyczne wykorzystywanie sobót i niedziel na wypoczynek możliwe na łonie natury jest bardzo celowe. Urlopy powinny być wykorzystywane dwa razy w roku. Te sytuacje znakomicie poprawiają i ułatwiają utrzymanie równowagi psychicznej, zmniejszając przez to ilość stresów psychicznych (44). Zwracano uwagę, aby przynajmniej w okresie pierwszego roku po przebytych zawale, chorzy ci nie pracowali w wymiarze większym niż jeden etat.

Z kolei krótko omawiano szkodliwość nałogu palenia tytoniu, ko-

nieczność całkowitego zaniechania tego nałogu, nie kryjąc jednak, że realizacja takiego zamierzenia jest bardzo trudna. Niektórzy chorzy porzucając palenie, podświadomie dążyli do znajdowania ekwiwalentów palenia i zaczęli np. zjadać duże ilości cukierków. Stan ten prowadził do zwiększenia wagi ciała. Chorzy mylnie interpretują ten fakt, uważając, że zaprzestanie palenia tytoniu prowadzi do wzrostu wagi ciała. Zniechęcają się i znowu zaczynają palić. Wyjaśnialiśmy wówczas, że tylko radykalne porzucenie palenia i przetrwanie ciężkiego pierwszego okresu pozwalają na pełny sukces.

Konieczność dokładnego omówienia zagadnienia aktywności fizycznej wynika z faktu, że w psychice wielu chorych (a niestety też niektórych lekarzy) zawał serca jest chorobą, która raz na zawsze przekreśla możliwość powrotu chorego do normalnego w pełni sprawnego życia. Wielu chorych uważa, że każdy wysiłek fizyczny jest szkodliwy i stwarza doraźne niebezpieczeństwo wystąpienia „zaburzeń pracy serca”, a nawet nagłej śmierci. Spotykaliśmy chorych szczególnie pochodzących z ośrodków, gdzie jeszcze nie wprowadzono wewnątrzszpitalnej rehabilitacji ruchowej, którzy po przybyciu do Nałęczowa chodzili z największym niepokojem. Poruszali się w najbliższym sąsiedztwie pokoju, w którym mieszkali, inni nie chcieli opuszczać łóżka, pomimo że ich stan somatyczny nie budził obaw. Rozmowy indywidualne czasem bardzo trudne, a następnie omówienie tych problemów w czasie seansów psychoterapii diametralnie zmieniało stosunek chorych do wysiłku fizycznego. Wyjaśnialiśmy, że zwiększona aktywność fizyczna korzystnie wpływa na rozwój krążenia obocznego w mięśniu serca, zmniejsza skłonność do nadkrzepliwości krwi, ułatwia redukcję wagi ciała, doskonale poprawia samopoczucie, podnosi sprawność fizyczną chorych (16, 25, 26, 30). Tłumaczono chorym, że szkodliwe są znaczne wysiłki podejmowane nagle, a także, że niepożądane są wysiłki prowadzące do wystąpienia bólu wieńcowego. Ból wieńcowy można przerwać po chwilowym odpoczynku lub po przyjęciu tabletki nitrogliceryny.

Polecano natomiast wysiłki o średnim nasileniu, takie jak marsze, ćwiczenia gimnastyczne, które mogą trwać długo, ale nie powinny wywoływać powstania bólu wieńcowego. W tych okolicznościach dokładnie wyjaśniano charakter bólu wieńcowego, jego związek z wysiłkiem, zdenewrowaniem, posiłkami. Równocześnie wyjaśniano, że każdy może odczuwać bóle w klatce piersiowej, a nawet w okolicy przedsercowej, które nie są bólami wieńcowymi. Umożliwiało to chorym rozpoznanie u siebie bólów pochodzenia nerwicowego, które niejednokrotnie były przyczyną ograniczenia u nich wysiłku fizycznego. Omawiano dokładnie zagadnienie rezerwy wieńcowej i jej znaczenie dla tolerancji wysiłku, posługując się w tym celu rysunkiem, który schematycznie przedstawiamy



Ryc. 1.

(ryc. 1). Prostokąty mają oznaczać wysiłek, na podjęcie którego pozwala rezerwa wieńcowa danego osobnika. Większy wysiłek powoduje najczęściej powstanie bólu wieńcowego. Stąd chory może bezpiecznie podejmować wysiłki nieco mniejsze niż na to pozwala rezerwa wieńcowa, by nie doprowadzić do powstania bólu wieńcowego. Na przykład gdy ból występuje po wyjściu na pierwsze piętro, to chory winien odpoczywać na kilka stopni przed osiągnięciem piętra. Z czasem, gdy pod wpływem ćwiczeń, tolerancja wysiłku poprawi się, niemożliwe aktualnie wysiłki okażą się osiągalne (25, 30, 32). Jako przykład zachęcający podawano tym chorym intensywnie ćwiczących marszobiegi, a nawet na trasie wynoszącej 15 km w ciągu dnia, względnie uprawiających inne sporty, jak np. pływanie, oczywiście — nie zawodniczo. Jednocześnie chorych przestrzegano, że intensyfikację wysiłku należy przeprowadzać bardzo ostrożnie, najlepiej pod okiem doświadczonego lekarza, zalecając, aby natężenie wysiłku powodującego pojawienie się bólu wieńcowego nie było powtarzane w najbliższej przyszłości.

Jako najkorzystniejsze i najbezpieczniejsze formy ruchu, naszym zdaniem są marsze po terenach równych, zielonych oraz ćwiczenia gimnastyczne, których uczono chorych podczas pobytu w sanatorium. Najlepiej, aby okres zwiększonej aktywności ruchowej przypadła na te same

godziny i powtarzały się przynajmniej dwukrotnie w ciągu dnia. Niektórzy chorzy, szczególnie młodzi, z czasem będą zdolni do marszobiegów oraz uprawiania niezbyt obciążających sportów, takich jak rekreacyjne pływanie, siatkówka i inne. O okresie jednak ich rozpoczęcia i określenia intensywności winien zdecydować doświadczony lekarz.

Dla naszych chorych szczególnie zaskakującymi, a jednocześnie mobilizacyjnymi, były fakty, że w zakresie dozwolonych dla nich wysiłków (poniżej linii przerywanej na ryc. 1) są oni równorzędnymi partnerami ludzi zdrowych czy nawet wytrenowanych sportowców. Natomiast po wykonaniu wysiłku większego niż na to pozwala rezerwa wieńcowa, ból wieńcowy może wystąpić u ludzi zdrowych, a nawet u sportowców, a więc nie tylko u ludzi z przebyłym zawałem serca. Takie przedstawienie zagadnienia zmniejszało strach chorych przed bólem wieńcowym i zdejmowało z niego piętno irracjonalnego zjawiska, co z kolei pozwalało podejmować tym chorym bez lęku ćwiczenia gimnastyczne pod okiem kineziterapeuty. W każdym wypadku indywidualnie opracowywano wskazania do kineziterapii, opierając się na powszechnie przyjętych schematach punktowych, w zależności od wielu czynników obiektywnych świadczących o stanie narządu krążenia. U wielu naszych chorych na początku i pod koniec pobytu wykonywano pomiary na ergometrze rowerowym. Osiągnięta w wyniku postępowania rehabilitacyjnego poprawa wyników dodatkowo przekonywała o ich skuteczności terapii ruchowej.

Ciekawe wydaje się nasze spostrzeżenie, że chorzy z różnych względów nie uczestniczący w terapii ruchowej, a tylko zbierający się systematycznie w grupach, w których poddawani byli seansom psychoterapii, mieli zdecydowanie lepsze samopoczucie. Przemawiałoby to za celowością prowadzenia rehabilitacji po zawale w małych, dobranych grupach.

W ciągu pierwszych miesięcy, a często i pierwszych lat, po zawale serca, chorzy ci wymagają okresowych kontroli lekarskich ze względu na konieczność przypisywania i zmiany dawki leków, okresowej kontroli laboratoryjnej i elektrokardiograficznej, przede wszystkim zaś okresowego badania lekarskiego. Niezmiernie ważne jest naszym zdaniem systematyczne zachęcanie ich do kontynuowania programu rehabilitacyjnego poprzez rozmowy, omawianie osiągniętych postępów, sprawdzanie wagi ciała, omawianie kolejnych zmian napięcia aktywności fizycznej. Dobrą formą byłoby wprowadzenie w Polsce terapii ruchowej w grupach, szeroko stosowanej w innych krajach (29, 34). Ponieważ nasi chorzy nie mieli możliwości uczestniczenia w tego typu zajęciach, zalecaliśmy systematyczne wizyty lekarskie, u lekarza, do którego chory odnosi się z zaufaniem, najlepiej kardiologa lub zaznajomionego z pro-

gramem rehabilitacji pozawałowej internisty. Podkreślano, że odstępy między wizytami będą ulegały wydłużeniu, a wielu chorych po pewnym czasie będzie już tylko utrzymywało luźny kontakt z lekarzem. Z całym naciskiem podkreślano fakt, że lekarz jest w tym procesie tylko doświadczonym doradcą, natomiast realizacja programu rehabilitacyjnego po zawale serca w dużej mierze zależy od samego chorego.

Omawiając zagadnienia seksualne, chorych informowano, że chory po zawale jest zdolny do współżycia płciowego w stopniu odpowiednim dla jego wieku i wyrobionych nawyków. Jest jednak uzasadnione, przynajmniej w pierwszym okresie po opuszczeniu szpitala, a następnie sanatorium, zmniejszenie częstości stosunków (20).

### P o d s u m o w a n i e

Chorym po zawale serca, przebywającym w 24 dniowych turnusach w Nałęczowie, zastosowano kompleksowe postępowanie rehabilitacyjne ze szczególnym uwzględnieniem rehabilitacji w zakresie psychiki. Zastosowano w tym ostatnim względzie metody racjonalizująco-wyjaśniające, wchodzące w zakres socjoterapii.

Postępowanie rehabilitacyjne w tym zakresie skierowane było głównie na psychikę chorych, stanowiąc jednocześnie płaszczyznę daleko szerszego oddziaływania na chorych w kierunku jak najogólniej pojętej profilaktyki rozwoju miażdżycy naczyń.

Próba obiektywnej oceny naszej działalności jest bardzo trudna. Może to wynikać z trudności metodycznych dla oceny tego typu zagadnień. Można sądzić, że o jej wartości będzie się można bardziej wiarygodnie wypowiedzieć po dłuższym okresie prowadzenia tego typu postępowania rehabilitacyjnego. Ogólnie przytłaczająca większość chorych po zawale serca aprobowała stosowane przez nas postępowanie rehabilitacyjne. Były jednak jednostki, których wypowiedzi nasunęły nam konieczność wstępnej selekcji chorych, przed rozpoczęciem kompleksowego postępowania rehabilitacyjnego ze szczególnym uwzględnieniem rehabilitacji psychicznej.

Jakkolwiek zbiorowy charakter prowadzonych przez nas seansów rehabilitacji psychicznej ma wiele dobrych stron, to jednak nie wolno zapominać, że każdy chory jest osobnym indywiduum, co musi znaleźć uzewnętrznienie w praktyce postępowania rehabilitacyjnego. Jak najdalej posunięta indywidualizacja postępowania jest tu szczególnie ważna.

Należy też sobie zdać sprawę, że zagadnienie rehabilitacji stanów pozawałowych, to nie tylko problem lekarski. Mogliśmy się wielokrotnie przekonać, że kilkutygodniowy wysiłek zespołu rehabilitującego był przekreślany jedną nieprzewidzianą wypowiedzią w miejscu pracy lub

okolicznościami, które są poza sferą oddziaływania medycyny. Tylko bowiem całokształt postępowania warunkuje ostateczny efekt sprowadzający się do tego, że człowiek po przebytych zawale serca odzyska swe miejsce w społeczeństwie w sensie indywidualnym i społecznym lub też — że będzie to początek dalszego etapu rozczarowań i niepowodzeń.

#### PIŚMIENNICTWO

1. Askanas Z., Siek St., Ostrowska H.: Pol. Tyg. Lek., 21, 1308—1311, 1966.
2. Askanas Z., Popiel M., Rudnicki St., Ślidyński K.: Pol. Tyg. Lek. 21, 1148—1150, 1966.
3. Askanas Z., Ostrowska H., Siek St.: Pol. Tyg. Lek., 20, 1327—1329, 1965.
4. Askanas Z., Chart U., Pawińska A., Rudnicki St.: Pol. Tyg. Lek., 21, 1196—1198, 1966.
5. Askanas Z., Ostrowska H., Siek St.: Pol. Tyg. Lek., 21, 1268—1271, 1966.
6. Broszkiewicz E.: Przegląd Lek., 19, 398—399, 1963.
7. Bierenbaum M. L., Green D. P., Florin A., Eleischman A. I., Caldwell A. B.: JAMA, 202, 1119—1121, 1967.
8. Blumgart H. L.: Choroby tętnic wieńcowych serca. W książce: Choroby Wewnętrzne red. Cecil i Loeb. PZWL, Warszawa 1957, t. 2, str. 1729—1755.
9. Braunstein J. J.: Med. Clin. N. Amer., 55, 391—401, 1971.
10. Chapman C. B., Fraser R. S.: Circulation, 9, 347—351, 1954.
11. Comfort A.: Human Develop., 13, 127—139, 1970.
12. Christakis G., Archer S. H., Kraus A.: JAMA. 198, 597—604, 1966.
13. Dayton S., Chapman J. M., Lee Pearce M., Popjak G. J.: Ann. Intern. Med., 72 97—109, 1970.
14. Doyle J. T.: Amer. J. Med. Sci., 258, 67—69, 1969.
15. Eckstein R. W.: Circulation Res., 5, 230—243, 1957.
16. Enselberg C. D.: Amer. Heart J., 80, 137—141, 1970.
17. Exercise Tests in Relation to Cardiovascular Function. Report of WHO Meeting Wld Hlth Org. Techn. Rep. Ser. 338, 1968.
18. Fejfar Z.: Arch. Klin. Med., 216, 184—200, 1969.
19. Friedberg C. K.: W książce Cecil and Loeb Textbook of Medicine W. B. Saunders Company, Philadelphia and London, 634—657, 1967.
20. Friedberg C. K.: Diseases of the Heart. Saunders W. B., Philadelphia and London str. 891—894, 1966.
21. Hanzlik J., Majczak A., Lopatyński J.: Balneologia Polska, 16, 93—96, 1971.
22. Jenkins C. D.: New Engl. J. Med., 284, 244—255, 1971.
23. Kaniewskaja L. S.: Niewrozy i somaticzeskije rozstroistwa. Medgiz Leningrad str. 117, 1966.
24. Kannel W. N., Castelli W. P., Gordon T., McNamara P. M.: Ann. Intern. Med., 74, 1—12, 1971.
25. Kaufman J. M., Anslow R. D.: JAMA., 196. 151—155, 1966.
26. Levine S. A., Lawn. B.: JAMA., 148, 1365—1368, 1952.

27. Liljefors I., Rahe R. H.: *Psychosom. Med.*, 32, 523—542, 1972.
28. Misioroni R.: *Bull. Wldh Hlth Org.*, 42, 103—114, 1970.
29. McPherson B. D., Paivio A., Yuhasz M. S., Rechnitzer P. A., Pickard H. A., Lefcoe N. M.: *J. Sports Med. Physical Fitness.*, 7, 95, 1967. Wg 30.
30. Naughton J., Bruhn J., Lategola M. T., Whisten T.: *Amer. J. Med.*, 46, 725—734, 1969.
31. Naughton J., Lategola M. T., Bruhn J., Wolf S.: *South. Med. Bull.*, 55, 29—35, 1967.
32. Orłowski W.: *Nauka o Chorobach Wewnętrznych T. 1. PZWL*, 925, 932, Warszawa 1955.
33. Rawkin J. G.: *Psychiczeskije naruszenija u bolnych serdeczno-sosudistymi zaboliewanijami. Moskwa Medgiz*, str. 5, 1959.
34. Rechnitzer P. A., Yuhasz M. S., Paivio A., Pickard H. A., Lefcoe N.: *Brit. Med. J.*, 1, 734—735, 1967.
35. Russek H.: *Amer. J. Med. Sci.*, 243, 716—726, 1962.
36. Seminar on the Rehabilitation of Patients with Cardiovascular Diseases. EURO/0381 Nordwijk-aan-Zee, Netherland, 1967.
37. Shapiro S., Weinblatt E., Frank C. W., Sager R. V.: *J. Chron. Dis.* 18, 527—529, 1965.
38. Sprague B. H.: *Circulation*, 648—654, 1961.
39. Syme S. L.: *Postgrad. Med.*, 48, 123—127, 1970.
40. Tajada C., Strong J. P., Montenegro M. R.: *Lab. invest.*, 18, 509—526, 1968.
41. Thomas W. C., Harrison T. R.: *Amer. J. Med. Sci.*, 208, 436, 1944. Wg 30.
42. Wardaszko-Łysakowska H.: *Analiza Socjoterapii we współczesnej psychiatrii. PZWL, Warszawa 1966.*
43. Wewrko L.: *Ann. Intern. Med.*, 74, 278—288, 1971.
44. Wigle R. D., Symington D. C., Lewis M., Connel W. F., Parker J. O.: *Nanad. Med. Ass. J.*, 104, 210—212, 1971.
45. Wishine H. A., Hackett T. P., Cassem N. H.: *JAMA.*, 215, 1292—1296, 1970.
46. Wright I. S.: *J. Amer. Geriatrics Soc.*, 18, 193—201, 1970.
47. Wrześniewski K.: *Pol. Tyg. Lek.*, 24, 1663—1665.

Otrzymano 12.IX.1972.

## РЕЗЮМЕ

Применялось комплексное восстановительное лечение больных, перенесших инфаркт и находящихся на протяжении 24 дней в Наленчовском санатории. Особое внимание обращалось на восстановительное лечение в области психики. При этом использовались рационализирующе-выясняющие методы. Решающее большинство больных одобрило такое лечение, однако некоторые высказывания по этому вопросу обратили внимание на необходимость предварительного индивидуального отбора больных перед началом комплексного психофизического

восстановительного лечения. Восстановительное лечение больных, перенесших инфаркт, — это не только проблема врача. На современном этапе развития науки необходимо стремиться к включению в процесс восстановительного лечения комплекса факторов, таких как больница, санаторий, дом, место работы.

#### S U M M A R Y

Patients after myocardial infraction were given a complex treatment of psychical rehabilitation during their 24 day stay in a health-resort. The methods used were that of rationalization and explanation. Most of the patients approved of these methods, but several stressed the need for an initial individual selection of patients before starting the complexed psycho-physical rehabilitation.

The problem of the rehabilitation of patients after myocardial infarction is not only medical. On the basis of our current knowledge of the mentioned question, we find that it has become necessary to include into the process of rehabilitation, the complex factors which effect the patient's stay at the hospital, health-resort, home and place of work.