

PSIHOLOŠKE POSLEDICE PRI PACIENTU PO HUJŠEM POTEKU COVID-19 - PRIKAZ PRIMERA.

PSYCHOLOGICAL CONSEQUENCES IN A PATIENT WITH SEVERE COURSE OF COVID-19 - CASE REPORT

asist. dr. Katja Dular, univ. dipl. psih., spec. klin. psih.

Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije – Soča, Ljubljana

Povzetek

Uvod:

Pandemija COVID-19 je pri pacientih s težjim potekom bolezni razkrila podobnosti s predhodnimi epidemijami korona virusov. V prispevku navajamo dolgotrajne psihološke in psihiatrične posledice teh epidemij in posledice dolgotrajnega zdravljenja kritično bolnih v Enotah za intenzivno nego (EIN), kar je značilno tudi za obolele s COVID-19.

Metode:

Prikazujemo primer 65-letnega pacienta, ki je po dolgotrajnem zdravljenju COVID-19 v EIN prišel na celostno rehabilitacijo v URI-Soča januarja 2021. Pacient je poročal o značilnostih delirija, psihotičnega doživljanja po zbujanju iz kome; zato je prišlo do razvoja psiholoških težav, ki so pomembno vplivale na potek rehabilitacije. Znotraj celostne rehabilitacije je bil vključen v intenzivno klinično-psihološko obravnavo. Za oceno njegovega psihološkega stanja smo poleg klinično-psihološkega intervjuja uporabili še Vprašalnik za oceno potravmatskega stresa (DAPS), Beckov vprašalnik depresivnosti (BDI) in Beckovo lestvico anksioznosti (BAI).

Rezultati:

Rezultati klinično-psihološke preizkušnje in obravnave kažejo na klinično pomembna odstopanja na področju doživljanja simptomatike potravmatske stresne motnje (PTSM), ki je bila pri pacientu huje izražena. Ugotovili smo pomembno vlogo stresnih dejavnikov, značilnih za zdravljenje v EIN, ki so vplivali na razvoj razpoloženske simptomatike in motnje spanja. Prepoznavamo povišano tveganje za vztrajanje psiholoških te-

Abstract

Introduction:

Patients with severe course of COVID-19 disease show similarities with previous corona virus pandemics. This paper demonstrates long-term psychological and psychiatric consequences of these epidemics and the consequences of long-term treatment of COVID-19 patients in an intensive care unit (ICU).

Methods:

We report the case of a 65-year-old patient who was admitted to the University Rehabilitation Institute in Ljubljana after long-term ICU treatment, in January 2021. The patient reported a delirium – psychotic experience when waking from the coma, which subsequently led to development of psychological problems that considerably affected the rehabilitation process. The patient was included in psychological treatment and detailed assessment during complex rehabilitation. To assess his psychological condition, we used Detailed Assessment of Posttraumatic Stress (DAPS), Beck Depressive Inventory (BDI) and Beck Anxiety Inventory (BAI).

Results:

The results of psychological assessment show a clinically significant deviation in symptoms experience in post-traumatic stress disorder (PTSD), which was very pronounced in this patient. We found that stress factors typical of ICU treatment have an important role, and that they had impact on the patient's mood symptoms and sleep disorder. Increased risk for prolonged psychological problems and developing chronic disorders was identified and the importance of clinical psychological assessment and psychotherapy is demonstrated in the report.

žav in razvoj kroničnih motenj ter predstavljamo pomembnost klinično-psihološke in psihoterapevtske obravnave.

Zaključek:

Sovplivanje različnih dejavnikov med zdravljenjem COVID-19 in psiholoških odzivov, vezanih na travmatski dogodek ter dejavnikov osebnosti, so pomembno vplivali na hudo izraženost stresne motnje in razvoj razpoloženske simptomatike pri prikazanem primeru pacienta. Zgodnja prepoznavna rizičnih posameznikov za razvoj psihopatologije in intenzivna psihološka obravnava predstavljata pomemben zaščitni dejavnik za preprečevanje dolgotrajnih psiholoških težav.

Ključne besede:

hujši potek COVID-19; dejavniki tveganja; psihološke posledice; potravmatska stresna motnja; prikaz primera

Conclusions:

The interaction of different factors during treatment of COVID-19 and psychological responses due to traumatic incident has major impact on severity of PTSD expression and on development of mood symptoms. Early recognition of individuals at risk of developing psychopathology and intense psychologic treatment are an important protective factor in prevention of long-term psychological problems.

Key words:

severe course of COVID-19; risk factors; psychological consequences; post-traumatic stress disorder; case report

UVOD

Po enem letu soočanja z novim koronavirusom SARS-CoV-2 je vedno bolj jasno, da so poleg primarno prizadetega dihalnega sistema pogosto prizadeti še drugi telesni sistemi in da prihaja do mnogoterih nevrokognitivnih, psiholoških in psihiatričnih posledic (1). Pri projekcijah dolgotrajnih posledic novega koronavirusa se opiramo na ugotovitve preteklih epidemij z virusi korona družine in ugotovitev zdravljenja v Enotah za intenzivno nego (EIN), kjer se zdravi relativno velik delež (20 %) hospitaliziranih pacientov s COVID-19 zaradi razvitega akutnega dihalnega sindroma (32,8 %) in bolezni kritično bolnega (1).

Psihološke posledice zdravljenja v EIN

Pacienti, sprejeti na EIN, pogosto doživijo različne telesne oškodovanosti ali nevrokognitivne, psihološke ali psihiatrične težave (Tabela 1.), ki vplivajo na njihovo kakovost življenja po odpustu (2). Te težave so lahko posledica učinka zdravil, okolja, invazivnih postopkov zdravljenja (mehansko predihavanje) ali motenj spanja. Pri pacientih v EIN se pogosto razvijejo različne živčno-mišične bolezni (nevropatije, miopatija kritično bolnega, polinevropatije), kronične bolečine v sklepih, izguba kostne mase in izguba propriocepcije, ki so povezane s podaljšanim zdravljenjem in dolgimi obdobji ležanja ali nepremičnosti v postelji (3). Sekundarne posledice po kritični bolezni pa se kažejo v posameznikovem psihosocialnem delovanju, finančnem blagostanju, medosebnih odnosih, družinskih odnosih, socialni vključenosti, vračanju v zaposlitev ali na šolanje (4).

Do 80 % pacientov v EIN prizadene delirij (akutna možganska disfunkcija), ki se razvije pri bolnikih s sepsa, starejših pacientih in se dosledno povezuje s smrtjo in z dolgoročnimi kognitivnimi

oškodovanostmi (5). Izkušnje halucinacij in blodnj, skupaj z ogroženostjo življenja zaradi kritične bolezni, stresni in invazivni postopki, povečujejo verjetnost pojava nadaljnjih psiholoških odzivov, kot so tesnoba, napadi panike in motnje razpoloženja pri pacientih v EIN.

Psihološko okrevanje pacientov po intenzivni negi se lahko zaplete zaradi intenzivnih doživljanj, blodnjavih spominov o halucinacijah ali paranoičnih vsebinah (5, 6). Najpomembnejši poznani klinični dejavnik tveganja za pojav potravmatske stresne motnje (PTSM) po EIN je uporaba benzodiazepinov in trajanje sedacije med EIN. Ekstremne stresne reakcije, delirij, simptomi in težave s spominom na EIN so dejavniki tveganja za razvoj PTSM (7). Študije so pokazale (6), da so pacienti med intenzivno nego izpostavljeni številnim dejavnikom stresa: nezmožnost obvladovanja ali napovedovanja dogodkov, nepridobljene informacije in zanemarjene čustvene potrebe, negotova napoved izida zdravljenja, nepoznano okolje, različni medicinski ukrepi, posegi ter nezmožnost učinkovite komunikacije. Brez psihološke podpore za razreševanje teh težav lahko pacient ostaja travmatiziran tudi po prestavitvi na bolnišnični oddelek (4, 7).

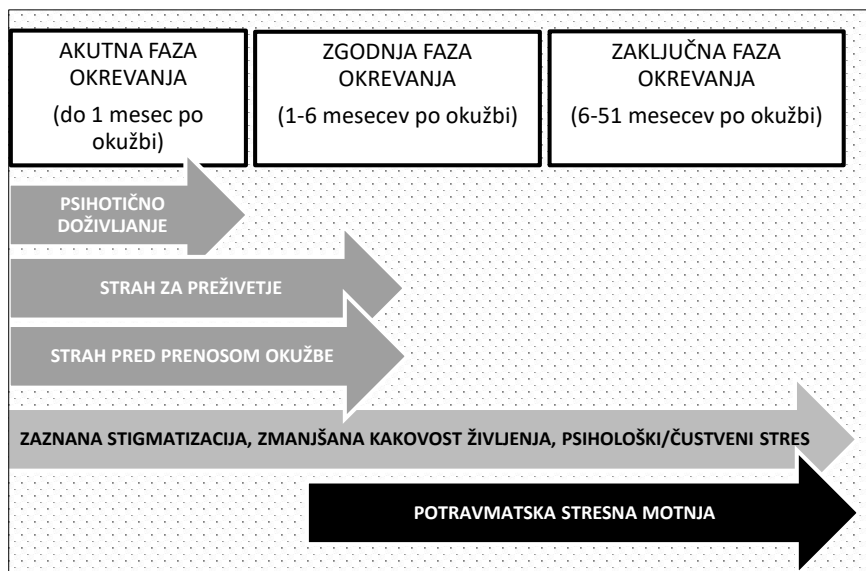
Psihološke posledice po SARS, MERS

Na podlagi sistematičnega pregleda (9) in metaanalize 72 študij in 3.559 pacientov po SARS, MERS in COVID-19 (v 10 državah) v Tabeli 1 prikazujemo akutne in dolgotrajne psihološke in psihiatrične posledice 60 dni do 12 let po okužbi. Danski raziskovalci (10) so na podlagi metaanalize 20 študij ugotovili psihološke posledice (Slika 1) v treh različnih fazah okrevanja (akutna, zgodnje okrevanje, rehabilitacijska faza) pacientov s SARS. Raven zaznane ogroženosti življenja je predvideval tudi razvoj travme in anksiozne simptomatike.

Tabela 1: Pojavnost psiholoških in psihiatričnih težav v akutni fazi in dolgotrajnih posledic (v %) pri kritično bolnih zdravljenih v EIN, pri obolelih s SARS, MERS in pacientih s COVID-19, ugotovljenih v metaanalizah in v posameznih študijah (1, 3-13).

Table 1: Short-term and long-term psychological and psychiatric consequences (in %) of critically ill patients treated in ICU for SARS, MERS or COVID-19, as reported in meta-analyses and individual studies (1, 3-13).

EIN / ICU	SARS, MERS	COVID-19
AKUTNA FAZA / ACUTE PHASE (3, 4, 8)	AKUTNA FAZA / ACUTE PHASE (9)	AKUTNA FAZA / ACUTE PHASE (13)
delirij 80% anksioznost 30% depresivno razpoloženje 10-58%	delirij, zmedenost 28% anksioznost 36% depresivno razpoloženje 33% nespečnost 42%	vznemirjenost/nemir 69%, delirij, zmedenost 65%
DOLGOTRAJNE POSLEDICE (po enem letu) / LONG-TERM CONSEQUENCES (after 1 yr)	DOLGOTRAJNE POSLEDICE (po 6-39 mesecih) / LONG-TERM CONSEQUENCES (after 6-39 months)(9, 10)	DOLGOTRAJNE POSLEDICE (po enem letu) / LONG-TERM CONSEQUENCES (after 1 yr)
depresivna simptomatika 29% (7) PTSM 9-27% (5, 7) kognitivna oškodovanost zaradi delirija 30% (6)	depresivna simptomatika 10%-33% anksioznost 12%-33% nespečnost 12% utrudljivost 19% čustvena labilnost 24% PTSM, travmatski spomini (30%) motnje spanja 100% kognitivna oškodovanost 15%	PTSM 96,2% (1) depresivna simptomatika 29% (1), anksioznost 42%, (11), vsaj ena psihiatrična motnja 55% (11) poslabšanje psihiatričnih simptomov 20% (12) PTSM 28% (11), obsesivno kompulzivna motnja 20% kognitivna oškodovanost (11)



Slika 1: Psihološki dejavniki med fazami okrevanja po SARS- CoV-1 (povzeto po (10)).
Figure 1: Psychological factors across post-SARS- CoV-1 time-frames (adopted from (10)).

Del zdravljenja zajema tudi kortikosteroidna terapija, ki prispeva k razvoju psihotične simptomatike pri 7 % pacientov (halucinacije, preganjalne ideje, manija, nespečnost, razdražljivost, evforija, čustvena labilnost). Posledice teh doživljanj so za bolnika izrazito stresne, vpliva na njegovo odzivanje ter lahko zaplete zdravljenje (agresivni odzivi, nevarno vedenje) (10). Če povzamemo, so dolgotrajne posledice predhodnih epidemij pogostejša psihiatrična obolevnost, slabša psihološka prilagoditev in kroničnost PTSM.

Psihološke težave po COVID-19

V Tabeli 1 navajamo akutne in leto trajajoče psihološke posledice, ki so jih znanstveniki ugotovili v metaanalizi 43 študij (1, 11, 12). Pri oceni resnosti motenj so ugotovili, da so depresije in tesnoba pod klinično mejo za določitev motnje (minimalna do blaga). Ugotovili so tudi pomembno zmanjšano kakovost življenja;

pacienti s hudim potekom poročajo o največjem upadu na področju socialnega funkcioniranja, bolj kot na področju mentalnega zdravja (9). Pri pacientih s COVID-19, zdravljenih v EIN (1, 13) po ukinitvi sedativov in živčno-mišičnih blokatorjev pogosteje kot pri predhodnih epidemijah opažajo visoko pojavnost vznemirjenosti, nemira (69 %), delirija z zmedenostjo (65 %) in psihiatrično simptomatiko ter encefalopatijo (Tabela 1). Večino pacientov z resnim akutnim dihalnim sindromom, ki je glavna značilnost pacientov s COVID-19, kaže nevrokognitivne oškodovanosti (motnje spomina, pozornosti, hitrosti mišljenja) še eno leto po okrevanju.

Ugotovitve kažejo (11), da manj strokovne podpore poveča občutek socialne izolacije, osamljenosti in okrepi pojavnosti psihopatologije po remisiji. Zato je glede na razsežnost razpoložljivih in s stresom pogojenih motenj (PTSM) pričakovati velike posledice na zmanjšano funkcioniranje, ki bodo opazna še leta po bolezni. Glede na skrb vzbujajoč vpliv COVID-19 na duševno zdravje je tako ključna zgodnja psihološka diagnostična ocena, spremljanje pacientov in zmanjševanje duševnih obremenitev (11).

Dejavniki tveganja za razvoj potravnatske stresne motnje pri COVID-19 in terapevtska obravnava

Dejavniki tveganja za razvoj akutne stresne motnje in PTSM pri pacientih s COVID-19 so naslednji (14, 15): ženski spol, nižja izobrazba, motnje spanja, predhodna psihiatrična anamneza, delirij in/ali agitacija v akutni fazi bolezni. Povečano tveganje za razvoj tesnobe in depresije pri pacientih po COVID-19 pa napoveduje (15) predhodno bolezensko stanje ali zgodovino bolezni (vključno s psihiatrično motnjo, zlorabo psihoaktivnih snovi).

Najučinkovitejša obravnava kritično bolnih in pacientov po COVID-19 s spremljajočimi psihološkimi posledicami je interdisciplinarna obravnava po pristopih kognitivno-vedenjske terapije (16, 17). Psihološki ukrepi so usmerjeni v psihoedukacijo psiholoških procesov in doživljanj med akutno fazo zdravljenja ter v spoprijemanje z nastalimi spremembami v funkcioniranju (zmanjšane fizične zmožnosti, obvladovanje razpoložljivih nihanj, tehnike sproščanja, družinski stiki in odnosi). V fazi okrevanja je potrebno zagotoviti presejalno psihološko oceno za izključitev posameznikov z večjim tveganjem za razvoj dolgotrajnih težav. Kognitivna rehabilitacija je učinkovita v primeru ugotovljenih kognitivnih oškodovanosti (16).

V prispevku želimo prikazati primer pacienta po hudem poteku COVID-19, ki je bil zdravljen v EIN decembra 2020.

METODE

Prikazujemo primer 65-letnega pacienta K. J., ki je upokojen ključavničar. Po ločitvi je sedaj v dlje trajajoči partnerski zvezi in ima dobre odnose s širšo družinsko mrežo. Je storilnostno naravnani in pred boleznijo je bil vsakodnevno fizično aktiven.

Sebe opiše kot osebo, ki pretirano premišljuje o stvareh in je večkrat tesnoben. Ima visok frustracijski prag in se trudi obvladovati jezo, a se pogosto impulzivno odzove.

a.) Potek zdravljenja COVID-19 iz medicinske dokumentacije

Pacient je bil po okužbi s SARS-CoV-2 zaradi poslabšanega stanja (povišana telesna temperatura, mrzlica, kašelj) konec novembra 2020 najprej sprejet v splošno bolnišnico in nato zaradi slabega funkcioniranja po štirih dneh premeščen na Infekcijsko kliniko UKC Ljubljana. Pričeli so ga zdraviti z visokimi odmerki kortikosteroidov. Sprva je bolnik intubacijo odklanjal, saj se je bal, da se ne bo več zbudil. Po treh dneh so ga sedirali, intubirali in pričeli z mehanskim predihavanjem, ki je trajalo 10 dni. V času zdravljenja je prebolel še pljučno embolijo in okužbo z bakterijo. Po dveh dneh budnega stanja so ga ponovno intubirali ter uspavali. Skupno je bil uspavan 14 dni. Poročajo o časovni in krajevni neorientiranosti in adisonski krizi. Po nekaj dneh so ga premestili na COVID oddelek Gastroenterološke klinike. Ob zaključku akutnega zdravljenja so ugotovili miopatijo kritično bolnega, mononevropatijo peroralnega živca; zaradi motenj požiranja in pareze grla so mu vstavili perkutano endoskopsko gastrostomo (PEG). Izgubil je 28 kg telesne teže.

b.) Ostale bolezni:

Od 20. leta se zdravi zaradi Addisonove bolezni in je dvakrat dnevno prejemal nadomestno zdravljenje s hidrokortizonom. Zadnjih 15 let se zdravi zaradi sladkorne bolezni tipa 2. V primeru, ko Addisonova bolezen ni bila urejena, je postal hitro utrujen in poročal je o zmedenosti ter intenzivnih nočnih doživljanjih, govorenju v spanju.

c.) Zgodovina psihiatričnih težav:

V preteklosti je videl hudo poškodbo sina pri padcu s strehe. Poročal je o depresivni in tesnobni simptomatiki, občutkih krivde, samomorilnih mislih in namerah, odvisnosti od alkohola. Po enem letu nefunkcioniranja (delo, socialni odnosi) je vzpostavil abstinenco od alkohola. V družini si je tudi njegov oče ob težavah pomagal s pretiranim uživanjem alkohola.

d.) Subjektivno poročanje pacienta o akutni fazi zdravljenja:

Pacient je povedal, da se je po prvem zburanju iz kome spomnil intenzivnih sanj, doživljanj polnih čustev, ki so bile zanj povsem realne. Sanjal je, da je po radiu slišal novice o tem, da ga je partnerka prevarala in zapustila zaradi prijatelja iz Švice. Na računu naj bi imela veliko denarja. Skupaj z novim partnerjem naj bi se preselila v njegovo hišo, ki jo je sezidal on. Poklical je odvetnika, da ni sam ničesar prepisal na partnerko in ga prosil, naj mu pomaga rešiti situacijo. To ga je tako zelo prizadelo, da je žaloval za odnosom, bil je potr, žalosten, obupan, razočaran in jezen zaradi dogodkov, na katere ni mogel vplivati. Nato so se more nadaljevale z amputacijo dela telesa, kar mu je bilo še dodatno pojasnilo, da ga je partnerka zares zapustila.

Spominja se tudi intenzivnih bolečin (noge, usta in suho grlo), občutka, da nima vpliva (nezmožnost komunikacije, spremembe položaja), obupavanja ter želje, da bi se trpljenje končalo. Ko je v rokah začutil žico za kisik, jo je potegnil, saj je mislil, da ga bo pokončal električni tok. Med telefonskim pogovorom je bil do partnerke verbalno agresiven (zmerjal, poniževal) in ni zmožal slišati njenega pojasnila.

Težave je imel ob premestitvi na drug oddelek, ko je pričel nerealno doživljati tudi okolico in zdravstvene delavce (časovna in krajevna dezorientiranost). Poroča o vidnih halucinacijah - ventil za vodo je predstavljal sliko roke s srcem, o blodnjavih mislih s preganjalno vsebino. Mislil je, da se je znašel na novoletnem praznovanju sekte - osebje v skafandrih in maskah z ventili. Bil je prestrašen, odklonilen do obravnav z agresivnimi odzivi. Poroča o 14-dnevni nespečnosti in nenehnih ruminacijah o krivicah, povezanih s prevaro, o negotovosti, nemoči ter strahu.

Pojavil se je nemir, vznemirjenost, agitiranost, zmedenost (znaki delirija/adisonske krize), zato so mu omejili gibanje rok (privezanje na posteljo) in mu dali injekcijo za pomiritev. Nameravali so ga premestiti v Psihiatrično bolnišnico. Partnerka ga je po telefonu uspela prepričati, da je v bolnici, da mu pomagajo in da njegova razmišljanja niso resnična. Ponoči se je umiril, vzpostavil kritično razdaljo do doživljanja in se zjutraj opravičil osebju zaradi svojega vedenja. Uvedli so zdravljenje s pomirjevalom (alprazolam) (pomiritev, zmanjševanje tesnobe in depresivne simptomatike). Podoživljanje, povečana vzbujenost, napetost, razdražljivost in spominski prebliski, vezani na prevaro partnerke, so vztrajali še naslednjih 14 dni. Takrat je postopno vzpostavil kritičnost tudi do teh doživljanj (po pogovoru s partnerko).

Pripomočki

Poleg razširjenega klinično-psihološkega intervjuja smo z namenom natančnejše ocene pacientovega čustvovanja in delovanja uporabili naslednje pripomočke:

a) Vprašalnik za oceno potravmatskega stresa (Detailed Assessment of Post-traumatic Stress, DAPS) (18) je samoocenjevalni vprašalnik, namenjen natančni oceni izpostavljenosti travmatski izkušnji in potravmatskemu stresu. Namenjen je posameznikom, starejšim od 18 let. Vsebuje 104 postavke, ki se združujejo v lestvici veljavnosti (Pozitivna pristranost, Negativna pristranost), v lestvice značilnosti travme (Relativna izpostavljenost travmi, Peritravmatska stiska, Peritravmatska disociacija), lestvice potravmatskega stresa (Podoživljanje, Izogibanje, Povečana vzbujenost, Skupni dosežek potravmatskega stresa, Potravmatske posledice) in lestvice s travmo povezanih značilnosti (Disociacija, povezana s travmo, Zloraba substanc, Samomorilnost). Zanesljivost znaša 0,87.

b.) Beckov vprašalnik depresivnosti (Beck Depression Inventory, BDI-II, 19) avtorja Aarona T. Becka za ocenjevanje ravni izraženosti depresivne simptomatike. Revidirana verzija BDI- II je izšla leta 1996. Vprašalnik sestavlja 21 skupin s po štirimi izjavami; udeleženci iz vsake skupine izjav izberejo eno izjavo, ki najbolje opiše njihovo počutje zadnjih 14 dni. Odgovori so ovrednoteni z vrednostjo od 0 do 3. Vprašalnik

je namenjen posameznikom, starejšim od 13 let. Zajema simptome depresivnega razpoloženja (nemoč, razdražljivost), kognicije (krivda, občutki kaznovanja), fizične simptome (utrujenost, izguba teže, sprememba spanja). Višji skupni seštevek nakazuje na resnejšo depresivno simptomatiko. Zanesljivost znaša 0,93.

c.) Beckova lestvica anksioznosti (Beck anxiety inventory, BAI, 20) je samoocenjevalna lestvica, namenjena oceni anksioznosti ali strahu. Sestavljena je iz 21 simptomov, ki jih posamezniki ocenjujejo na lestvici od 0 (sploh ne) do 3 (pogosto - zelo me moti) glede na to, v kolikšni meri so jih opazili v preteklem tednu. Vključena je kognitivna (tesnobne misli, moteno kognitivno funkcioniranje) in somatska sestavina tesnobe (simptomi fiziološkega odziva ob tesnobi). Namenjena je posameznikom, starejšim od 17 let. Seštevek ocen pove raven izraženosti tesnobe: 0 - 21 nizka izraženost simptomov, 22 - 35 zmerna izraženost simptomov, 36 in več pa huda izraženost simptomov tesnobe. Zanesljivost znaša 0,75.

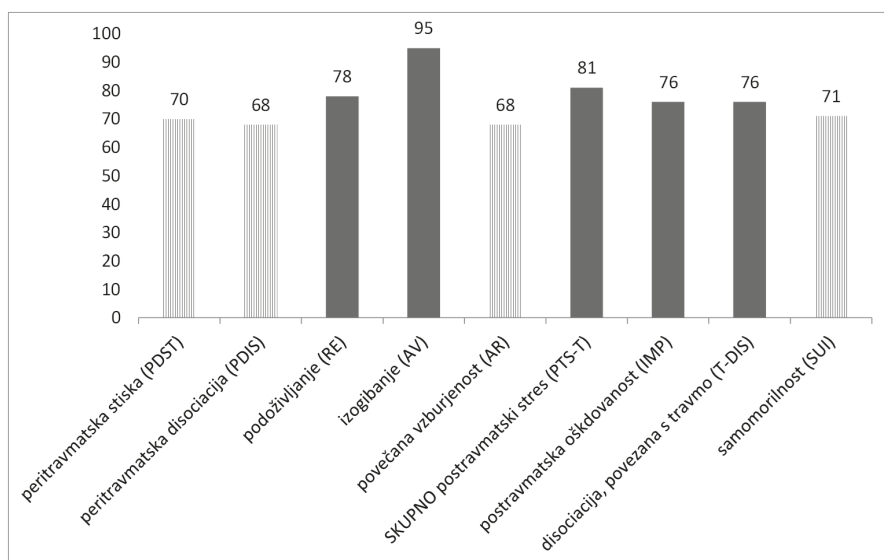
Postopek

Pacient je bil vključen v celostno rehabilitacijo in hkrati tudi v klinično-psihološko obravnavo, ki je potekala dvakrat tedensko. Med akutno fazo zdravljenja COVID-19 ga ni obravnaval psiholog ali psihiater, saj je svoje doživljanje držal zase in ni iskal pomoči. Obravnava je obsegala 12 srečanj, v okviru katerih smo izvedli poglobljeno razvojno anamnezo in psihodiagnostične preizkušnje (tu ne navajamo rezultatov ocene osebnosti in kognitivnih sposobnosti) ter terapijo po principih kognitivno vedenjske terapije za obravnavo PTSM. Vsebovala je psihoedukacijo, podroben zapis travme in psihotičnega doživljanja, normalizacijo občutij in učenje distanciranja od travmatskih spominov, preoblikovanje miselnih napak, izpostavljanje v imaginaciji, predelavo intenzivnih čustvenih stanj, učenje socialnih spretnosti in terapijo para.

REZULTATI

V grafičnem prikazu (Slika 2) vprašalnika DAPS so prikazane vrednosti klinično pomembnih T vrednosti, ki so višje ali enake 60. Rezultati so klinično pomembni na devetih podlestvicah. Rezultati so veljavni za interpretacijo, saj na podlestvicah veljavnosti ni povišanih rezultatov. Na lestvici značilnosti travme sta povišana rezultata na lestvicah Peritravmatska stiska in Peritravmatska disociacija. Povišane so vrednosti vseh podlestvic potravmatskega stresa (Podoživljanje, Izogibanje, Povečana vzbujenost, Skupno dosežek potravmatskega stresa, Potravmaske posledice). Pri lestvici s travmo povezanih značilnosti pa sta zvišani Disociacija povezana s travmo in Samomorilnost.

Na samoocenjevalni lestvici (BDI = 11) poroča o prisotnosti minimalne depresivne simptomatike, z občutki neuspešnosti, izgube zadovoljstva, povišani samokritiki, nemiru, neodločnosti. V veliki meri poroča o depresivni simptomatiki, ki je hkrati značilna tudi za bolečinsko simptomatiko (izguba energije, sprememba spanja in apetita, razdražljivost, težave s koncentracijo, utrujenost, upad želje po spolnosti). Na samoocenjevalni lestvici anksioznosti



Slika 2: Rezultati podlestvic vprašalnika DAPS (T- vrednosti).

Figure 2: DAPS questionnaire subscale T-scores.

(BAI = 23) poroča o zmerno povišani tesnobni simptomatiki. Navaja stalen strah pred smrtjo, pogoste somatske (otrplost, šibke noge, povišan utrip, nestabilnost, slaba prebava) in kognitivne simptome (nesproščenost, nervoza) ter blago prisotne simptome vročine, vrtoglavice, tresenja rok, prestrašenosti, strahu pred najhujšim, preplašenost in zgroženost.

RAZPRAVA

Namen našega prispevka je na podlagi kvalitativne analize prikazati pacienta s hujšim potekom COVID-19. Dejavniki tveganja zdravljenja v EIN so pomembno prispevali k razvoju psiholoških težav v akutni kot tudi v rehabilitacijskih fazi zdravljenja, kar ugotavljajo kar pri tretjini zdravljenih v EIN (2, 5).

Na podlagi pacientovega opisa doživljanja in dogajanja med zdravljenjem v EIN in na podlagi opravljene razširjene klinično-psihološke ocene (v prispevku je ne prikazujemo podrobno) njegove strukture osebnosti (šibkejša osebnostna struktura, impulzivno čustvovanje, realitetni zdrci v kompleksnih čustvenih situacijah) in kognitivnega funkcioniranja (oškodovanost pozornostnih sistemov, miselno utrujanje, fiziološki dejavniki (krvni sladkor, bolečina) pomembno znižujejo kognitivno funkcioniranje) ocenjujemo, da je razvil postravmatsko stresno motnjo, kot posledico sovplivanja več dejavnikov tveganja, ki jih predstavljamo v nadaljevanju (zdravljenje EIN, adisonska kriza, šibkejša osebnostna struktura).

V analizi smo ugotovili številne dejavnike, ki so prispevali k razvoju zmedenosti, delirija in psihotičnega doživljanja, kar so hkrati tudi pomembni dejavniki tveganja za razvoj postravmatske stresne motnje po zdravljenju v EIN (7): 1. zaporedna sedacija v komatozno stanje zaradi potreb mehanskega predihavanja v zelo kratkem času, 14-dnevna koma in uporaba vseh potrebnih zdravil za dosego le-te (sedativi, protibolečinska zdravila, kortikosteroidi itd.); 2. zmanjšana vsebnost kisika v krvi, mehansko predihavanje in ostali življenjsko ogrožajoči zapleti (pljučnica, pljučna embolija,

dodatna okužba z bakterijo); 3. razvoj adisonske krize, ki je nastopila zaradi stresnega stanja med zdravljenjem (huda okužba, neravnovesje glukokortikoidnih in mineralokortikoidnih hormonov), saj zaradi kronične endokrine motnje njegova nadledvična žleza ne proizvaja dovolj ustreznih hormonov. Tako je lahko pri pacientu zaradi neravnovesja prišlo do razvoja izrazitejših psihičnih simptomov (razdražljivost, depresija, manija, zmedenost in psihotični odzivi s halucinacijami in blodnjami ter delirij) (21) in do motnje spanja z dlje časa trajajočo nespečnostjo.

Delirij in psihotično doživljanje z motnjami zaznavanja - vidnimi halucinacijami, blodnjami in preganjalnimi idejami, časovna in krajevna dezoorientiranost, nemir, vznemirjenost in agitiranost, strah zaradi ogroženosti življenja, prisostvovanje smrti sopicentov, tesnoba in derealizacija so pomembno prispevali k hudo izraženi stopnji PTSM. Spomini na celotno dogajanje (odsotnost amnezije), spremljajoče intenzivno čustveno doživljanje, disociacija in depersonalizacija pa so prispevali k vztrajanju simptomov postravmatskega stresa s podoživljanjem vsiljivih misli, spominov ter z občutkom izgube kontrole nad notranjim doživljanjem tudi v rehabilitacijsko fazo. Zato je prišlo do povečanega telesnega vzburjenja in hudega čustvenega distresa z anksioznostjo, s krivdo, sramom in z razdražljivostjo, kar so ugotovili pri pacientih, zdravljenih v EIN (6).

Izkušnja halucinacij in blodenj, skupaj z občutkom ogroženosti in strahom, je pri pacientu vodilo k resnim zapletom v zdravljenju (agresivni odzivi, nemir, samomorilski poskus), ki so se na srečo ugodno razpletli.

Podaljšana travmatiziranost je bila tudi posledica številnih dejavnikov stresa (6), na katere pacient ob svoji fizični oslabeledosti (nezmožnost komunikacije - govor, telefon) dolgo časa ni zmozel vplivati, nepridobljenih informacij o spremembah (skafandri, posegi); dodatno pa je psihotično simptomatiko poglobila še večkratna sprememba bolnišničnega okolja. Prej opisane pacientove psihološke posledice in težave med akutno in rehabilitacijsko fazo okrevanja se skladajo z ugotovljenimi posledicami pacientov,

zdravljenih v EIN, ter po okužbah SARS, MERS, COVID-19 (Tabela 1).

Proces spoprijemanja z izgubami in žalovanje za predbolezensko stopnjo funkcioniranja (upad v fizičnem funkcioniranju in samostojnosti, spremenjena samopodoba in zaznava sebe, vloga pacienta, izguba kontrole nad čustvenim doživljanjem) so prispevali k stopnjevanju tesnobe in žalosti.

Odsotnost zgodnje prepoznavne pacientovega delirantnega in psihotičnega doživljanja ter psihološka obravnava v akutni fazi je ob sovpiljanju ostalih stresnih dejavnikov pacientov s COVID-19 (1, 10) (strah za preživetje, izkušnja smrti sopacientov, izogibanje in disociacija, skrb zaradi okužbe bližnjih, občutki krivde, izguba kontrole nad notranjim doživljanjem in občutek sramu) prispevalo k poglobljanju stresne reakcije in razpoloženskih nihanj. V rehabilitacijski fazi smo preko normalizacije doživljanja, psihoedukacije o razvoju psihotičnega doživljanja in preko prepoznavanja sprožilcev za razvoj PTSM pacientu omogočili, da je pridobil nadzor nad svojimi mislimi, čustvenimi in somatskimi odzivi.

Dejavniki zaščite pred nadaljnjim poglobljanjem psiholoških posledic pri pacientu predstavlja interdisciplinarna obravnava, hitra klinično-psihološka obravnava PTSM, notranji viri in moči (vztrajnost, motiviranost, storilnostna naravnost, zmožnost vzpostavljanja zaupanja v terapevtskem odnosu) ter ugoden razplet rehabilitacije (izboljšanje fizičnega stanja - večja mišična moč, vzdržljivost, hoja, odsotnost bolečin, odstranitev PEG, samostojnost v vsakodnevnih aktivnostih).

S prikazom primera smo želeli opisati najpogostejše simptome in dejavnike tveganja med zdravljenjem pacientov s hujšim potekom COVID-19. Poudarili smo zdravljenje v EIN, ki preko fizioloških in psiholoških vplivov prispeva k povečanemu tveganju za razvoj kasnejših psiholoških težav. To je lahko v pomoč zdravstvenim delavcem, da v različnih fazah bolnikovega zdravljenja delujejo preventivno in zmanjšujejo kopičenje negativnih učinkov.

Ob koncu naj izpostavimo še, da prikaz primera odstre bogato in raznoliko vsebino posameznikovega delovanja v tem specifičnem okolju, a nam ne omogoča posplošitve na širšo populacijo. Glede na ugotovitve iz predhodnih epidemij SARS, MERS (1), da je največ psiholoških težav opaznih leto po okužbi, bo tudi pri pacientih s COVID-19 v našem prostoru pomembna izvedba raziskave z večjim številom pacientov, kar nam bo omogočilo večjo posplošitev o dolgoročnih psiholoških in psihiatričnih posledicah.

ZAKLJUČEK

Zdravljenje pacientov s hujšim potekom COVID-19 v različnih fazah zdravljenja odstira številne dejavnike tveganja za razvoj akutnih kot tudi dlje trajajočih psiholoških posledic, ki imajo pomemben vpliv na posameznikovo kakovost življenja. Pri predstavljenem kliničnem primeru je sočasnost različnih dejavnikov med zdravljenjem COVID-19 (zdravstveni zapleti,

okolje EIN, Addisonova bolezen, delirij, psihotično doživljanje) in pacientovih psiholoških odzivov, vezanih na doživljanje stvarne ogroženosti in resnosti travmatskega dogodka (čustveni distress, krivda zaradi okužbe bližnjih, nezmožnost vplivanja, osamljenost), ter dejavnikov osebnosti (struktura osebnosti, načini čustvovanja, spoprijemanje s stresom) pomembno vplivala na hudo izraženost simptomov PTSM in razpoloženske simptomatike.

Pri pacientu ocenjujemo povišano tveganje za razvoj dlje trajajočih psiholoških in psihiatričnih motenj zaradi prepoznanih dejavnikov tveganja: šibkejša osebnostna struktura, šibki viri za spoprijemanje s stresnimi situacijami, zgodovina odvisnostnega vedenja, pretekla samomorilnost, spremembe v kognitivnem funkcioniranju, psihološke težave v akutni fazi, dinamika v partnerstvu. Pacient bo tudi v prihodnje potreboval psihološko podporo (na travmo usmerjena vedenjsko-kognitivna terapija, desenzitizacija in ponovna predelava z očesnim gibanjem, partnerska terapija) za učinkovitejše prilagajanje na spremembe (16) in zvišanje zadovoljstva z življenjem.

Literatura:

1. Vindegaard N, Benros ME. COVID-19 pandemic and mental health consequences: systematic review of the current evidence. *Brain Behav Immun*. 2020;89:531-42.
2. Herridge MS, Cameron JI, Hopkins R: Long-term outcomes after critical illness. In: Hall JB, Schmidt GA, Kress JP. *Principles of critical care*. 4th ed. New York: McGraw-Hill; 2014:103-13.
3. Jones C, Griffiths RD, Slater T, Benjamin KS, Wilson S. Significant cognitive dysfunction in non-delirious patients identified during and persisting following critical illness. *Intensive Care Med*. 2006;32(6):923-6.
4. Wood L. Rehabilitating patients after critical care. *Nurs Times*. 2015;111(34-35):12-4.
5. Jones C, Griffiths RD, Humphris G, Skirrow PM. Memory, delusions and the development of acute post traumatic stress disorder-related symptoms after intensive care. *Crit Care Med*. 2001;29(3):573-80.
6. Hopkins RO, Suchyta MR, Farrer TJ, Needham D. Improving post-intensive care unit neuropsychiatric outcomes: understanding cognitive effects of physical activity. *Am J Respir Crit Care Med*. 2012;186(12):1220-8.
7. Wade D, Hardy R, Howell D, Mythen M. Identifying clinical and acute psychological risk factors for PTSD after Intensive care: a systematic review. *Minerva anestesiol*. 2013;79(8):944-63.
8. Wilcox ME, Brummel NE, Archer K, Ely EW, Jackson JC, Hopkins RO. Cognitive dysfunction in ICU patients: risk factors, predictors, and rehabilitation interventions. *Crit Care Med*. 2013;41(9):81-8.
9. Rogers JP, Chesney E, Oliver D, Pollak TA, McGuire P, Fular-Poli P, et al. Psychiatric and neuropsychiatric presentations associated with severe coronavirus infections: a systematic review and meta-analysis with comparison to the COVID-19 pandemic. *Lancet Psychiatry*. 2020;7(7):611-27.
10. Gardner PJ, Moallef P. Psychological impact on SARS survivors: critical review of the english language literature. *Can Psychol*. 2015;56(1):123-35. Dostopno na: <http://dx.doi.org/10.1037/a0037973> (citirano 15. 4. 2021).

11. Mazza MG, De Lorenzo R, Conte C, Poletti S, Vai B, Bollettini I, et al. Anxiety and depression in COVID-19 survivors: role of inflammatory and clinical predictors. *Brain Behav Immun.* 2020;89:594–600.
12. Zhou J, Liu L, Xue P, Yang X, Tang X. Mental health response to the COVID19 outbreak in China. *Am J Psychiatry.* 2020;77(7):574-5. Dostopno na: <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2020.20030304> (citirano 15. 4. 2021).
13. Helms J, Kremer S, Merdji H, Clere-Jehl R, Schenck M, Kummerlen C, et al. Neurologic features in severe SARS-CoV-2 infection. *N Engl J Med.* 2020; 382(23):2268-70.
14. Janiri D, Carfi A, Georgios D, Kotzalidis GD, Bernabei R, Landi F, et al. Posttraumatic Stress Disorder in patients after severe COVID-19 infection. *JAMA Psychiatry.* 2021[v tisku]. Doi: 10.1001/jamapsychiatry.2021.0109.
15. Liu N, Zhang F, Wei C, Jia Y, Shang Z, Sun L. et al. Prevalence and predictors of PTSS during COVID-19 outbreak in China hardest-hit areas: gender differences matter. *Psychiatry Res.* 2020;287:112921.
16. Simpson R, Robinson L. Rehabilitation after critical illness in people with COVID-19 Infection. *Am J Phys Med Rehabil.* 2020;99(6):470-4.
17. Baker- Davis RM, O'Sullivan O, Senaratne KPP, Baker P, Cranley M, Dharm- Datta S, et al. The Stanford Hall consensus statement for post- COVID-19 rehabilitation. *B J Sports Med.* 2020;54(16):949-99.
18. Briere J. Detailed assesment of posttraumatic stress: professional manual. Odessa: Psychological Assesment Resources; 2001.
19. Beck AT, Steer RA, Brown G. Manual for the Beck Depression Inventory-II. San Antonio: Psychological Corporation; 1996.
20. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J Consult Clin Psychol.* 1988;56(6):893-7.
21. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry. 11th ed. Philadelphia: Wolter Kluwer; 2015.