

NATO KEKK

Az intenzív terápiás ellátás pszichológiai tapasztalatai a SARS CoV2 pandémiás időszakban „Van ilyen, a bögrék eltörnek, az emberek meghalnak”

Dr. Györfy Ágnes alezredes, PhD

Kulcsszavak: SARS CoV2, pszichológiai támogatás, intenzív terápiás ellátás

A SARS CoV2 pandémiás helyzet és az abban történő intenzív terápiás ellátás pszichológiai szempontból is speciális helyzetet teremt minden résztvevő számára. Ebből adódóan az ott biztosított pszichológiai támogatásnak is igazodnia kell ehhez jellegében és tartalmában egyaránt. Jelen tanulmányban e terhelés jellegzetességei és a pszichológiai beavatkozás, támogatás lehetőségei kerülnek összefoglalásra.

A pandémiás helyzet speciális terheket ró az intenzív terápiát végzőkre, mind az ellátás minőségében, mind mennyiségében. Ezen folyamat és végkifejlete a személyes szintű frusztráció és potenciális traumatizáció lehetőségét rejti magában az ellátást végzők számára, a betegek és hozzátartozóik evidensnek tekintett pszichés érintettsége mellett.

Az ellátási helyzet különböző résztvevőit a következő nagyobb csoportokra különíthetjük el: ellátók (orvosok, ápolók, gyógytornászok, klinikai pszichológus), betegek, hozzátartozók.

Az ellátók esetében a terhelés fontos elemei a betegek kiemelkedően nagy halálzási aránya, hirtelen állapotváltozásuk, állapotuk romlása, a megszokottól eltérő szerteágazó tünetek [1]. A helyzet jellegében a tömeges betegellátási/sebesült ellátási helyzethez hasonlítható, annak minden lényegi elemével. A szakemberek, erőforrások, elérhető eszközök

tekintetében aránytalanság állt fenn az ellátandók mennyiségéhez és állapotának súlyosságához képest. Az ilyen jellegű ellátás során az ellátók összességében intenzív tehetetlenséggel szembesülnek, mintha semmire és senkire nem jutna elég idő, energia, eszköz, a betegek minden erőfeszítés ellenére meghalnak.

Ehhez csatlakozik feladatok szintjén az érzelmileg és morálisan egyaránt megterhelő triage művelete, amelynek során megtörténik a betegek osztályozása, kategóriákba sorolása. Ez a művelet egyúttal döntést jelent/jelenthet élet és halál dolgában. A még életben lévő beteget érdemes-e további ellátásba venni vagy állapota nem teszi ezt lehetővé, esetleg az ellátásra várók közül van más beteg, aki esetében a terápia nagyobb valószínűséggel növelné a túlélés esélyét. Egy ilyen döntés esetében joggal merül föl a kérdés nyílt formában: döntheték-e más ember éltéről, s ha igen, jól döntök-e?

Egészen biztosan azt, azokat a személyeket választottam, akik menthetőek, lemondtam-e olyanról, aki mégis menthető lenne? Ez a dilemma napi szinten válhat nyomasztóvá, hiszen ellentétes részben az egészségügyben tett esküvel, ami a nem ártásra történik. Tágabb perspektívából szemlélve természetesen ezzel pontosan azt mentjük, aki ténylegesen menthető és esélyei is növekednek, ugyanakkor a konkrét még életben lévő beteg jelenléte mellett, személyéhez köthetően kimondani, kisebbek az esélyei a túlélésre, valószínűleg nem éli túl a betegséget sokkal nehezebb, mint a személyes tapasztalat, élmény hiányában. Ez az élmény és döntés előtérbe kerül újra és újra, ha nem is ennyire éles formájában, amikor a betegek további ellátásáról kell határozni, mint például kerüljön-e lélegeztető gépre, kapjon-e újabb centrális vénát, amelyek felvetik a morális sérülés lehetőségét [2].

A helyzetben további terhelést jelent, hogy nem tudni meddig tart, mikor lesz vége, meddig kell kitartani? Nincs megállás és kevés a sikerélmény, ami az időfaktor mellett fontos tényező, hiszen a kilátástalanság érzetét adja az ellátók számára [3]. Több okból sem lehet kötődni a beteghez: egyrészt a tömeges ellátásban gyors, fókuszált kezelés, munka zajlik, rendkívül rövid idővel, másrészt a betegek állapota minden erőfeszítés ellenére hirtelen változik. A védőkező mechanizmusként megjelenő távolítás és személytelenítés ebből adódóan fokozottabban jelentkezhet, sok esetben a beteg csak ágyszámhoz köthető, a neve sem megjegyezhető. A védőöltözet tovább mélyíti a személytelenséget. Uniformizál, sem arc, sem hang, sem testalkat, sem a szemek nem lesznek ugyanazok, torzulnak általa. Kiszolgáltatott állapotban megnő az érintés irán-

ti igény, ami biztonságérzetet adhat és csökkenti a szorongást, halálfélelmet a beteg részéről, azonban ebben a helyzetben ez nem vagy nehezen megadható [5]. A fertőzésveszély miatt viselt védőfelszerelés a közvetlen bőrkontaktust kizárja. A szorongó, izolált beteg egy vegytiszta idegen világ „foglya” lesz, ahonnan nem biztos, hogy van számára élve kiút.

A védőfelszerelés az ellátókat egymás számára is személyteleníti, sok esetben már a közös munka során is nehezen felismerhető a másik, esetenként csak a zsiliphelységben derül ki kivel is volt korábban egy térben. Ennek ellensúlyozására a nevek felkerültek az overálokra, egyes esetekben fényképek is. Viselése tompítja a külső környezet ingereit, a saját belső világ felé fordítja viselőjét. A maszk miatt a saját légzési hangok felerősödnek, a vizor eszköz párásodik, ami a látást korlátozza, a fülek fedettek, így a hangok a külvilágból tompábban hallhatóak. A védőöltözet befülled, pár óra elteltével kellemetlen a legjobb előkészületek mellett is. Ez a sajtóban is rendszeresen megjelenő viselet, személytelen, futurisztikus közegek gépekkel annak minden résztvevőjét kiragadja saját természetes környezetéből és egy más milióbe helyezi, más beállítással, más működéssel.

A folyamatos terhelés és negatív élmények miatt az ellátást végzők motivációja is megváltozik hangulatukkal együtt. Fokozott tehetetlenségélmény jelenik meg, testetlen, szinte tárgyaltalan indulattal, ami a környezetben hosszabb távon bármi felé fordulhat. Ugyanakkor az indulatok leginkább befelé irányulnak és az egyéntől rengeteg energiát igényelnek. Csökken a figyelem, lehangoltság jelenik meg. Ennek ellenére vagy mindezek mellett természetesen megjelenik a reménykedés és a küzdelem minden beteg esetében, akár az állapotból adódóan minimális

sikerrel kecsegtető beavatkozásokig, hátha most sikerül, mi van, ha most ez a kivétel. A folyamatos terhelés, koncentráció kevés leeresztési lehetőséggel esetenként a teljes kimerülés állapotát eredményezheti. Ugyanakkor a feladat közben is hirtelen fáradva, akár az ájulásig adhat egyfajta pozitívumot, hogy valamit az egyén hozzátett a helyzet kezeléséhez, tett érte, részt vett benne.

Az ápolók oldaláról ebben a folyamatban a távolítás lélektani mechanizmusa kevésbé működtethető, önkéntelenül is megjelenik a kötődés a beteghez. A munkaórák, a szoros kapcsolat az ápolás folyamatában, a beteggel egy-egy munkanap akár 12 óra közösen töltött idő is ezt erősíti. Sok esetben megjelenik egyfajta mágikus gondolkodás, ami esetében a gyógyulást, túlélést próbálják valamiféle jelhez kötni, ami előre jelezheti, mi lesz a kezelés kimenetele és csökkenti lélektani értelemben a tehetetlenségélményt és a bizonytalanságot, a szubjektív kontroll érzetét adva.

Az egészségügyi szakállomány – a helyzetből adódóan – gyakran vezényléssel, előzetes tapasztalat nélkül kerül az ellátó osztályra. A gyakori exitus ebben az esetben potenciálisan traumatizáló hatású lehet az azt végzők számára. Emellett gyakori az indulatok megjelenése a beteg esetleges személyes felelőssége mentén, a saját egészségére fordított figyelem hiánya miatt.

A kapcsolattartás a családtagokkal nagyon speciális ebben a helyzetben. Egyrészt az izoláció, a látogatás tilalma, a betegtámogatás korlátozottsága, a sok esetben eszméletlen, invazív lélegeztetést kapó beteg és környezete látványa önmagában is megterhelő az ilyen jellegű ellátáshoz nem szokott szem számára, amit csak tovább növel a beteghez való kötődés és a helyzetet átítató érzések [6]. A fertő-

zésveszély a látogató esetében is megköveteli a védőöltözet viselését, ami mind a kommunikációt, mind az érintést korlátozottá teszi. Az érintett betegségében és halálában magára marad, ahogy a hozzátartozó is szorongásában és gyászában. A betegség előjel nélkül ragad ki, illetve veszélyeztet egyént és közösséget. Esetükben az ellátás szempontjából fontos, a heteroanamnézisben nyújtott segítségük is, ami informatív a beteg premorbid személyisége szempontjából (milyen volt a kórkép kialakulása előtt, milyen mentális hatása van a betegségnek állapotára, mi a reális elvárás a gyógyulás során).

A betegek esetében, amíg állapotuk engedi a kommunikáció és kapcsolattartás igénye jelen van, gyakori az aggodalom a mindennapi ügyintézés miatt, mert nem tudható, kinél meddig tart ez az állapot. A leggyakrabban elhangzó kérdések az ellátás során: Meddig kell még itt lennem? Meddig szoktak itt lenni az emberek? Meddig tart ez még? A beláthatatlanság tovább növeli a tehetetlenségélményt. Ez gyakran felvet alapvető, mindennapi dolgokat is, mint például a számlafizetés, ügyintézés. Kérdésként felmerül, mit tehetett volna azért, hogy elkerülje a betegséget, miért nem vette fel esetleg az oltást.

A beteg nem bír rálátással saját állapotára, tehetetlen várakozás mellett éli meg szenvedését. Kommunikációja hozzátartozóival leginkább írásos, ami az idősebbek számára szokatlan, ugyanakkor a légzési nehézségek, az ellátás során alkalmazott eszközök ebbe az irányba megengedőek. Az ellátók oldaláról sok esetben ez fájdalmas élményeket is adhat, amikor például az elengedhetetlenül szükségessé váló invazív lélegeztetésre való áttérés előtt, a beteg gyermekének üzen, majd később a gyógykezelés során nem sikerül az életét megmenteni, s utólag derül ki, hogy ez volt az utolsó üzenete.

Más betegségekkel ellentétben különös jelenség, hogy a beteg motivációja a gyógyulás szempontjából nem sokat nyom a latban a súlyos, intenzív terápiás ellátást igénylők esetében ennél a kórképnél, a fertőzés aktív szakaszában. Mind a beteg, mind az ellátók részéről a tehetetlenség élményét fokozza, a bevonódás az erőfeszítés hiábavalóságába. Ez hosszabb távon hozzájárulhat az érintettek kiegészítéséhez, illetve a beteget a passzivitás irányában tolja el, ami később a rehabilitáció szakaszában is nehezen oldható. Ezt tovább erősíthetik a beteg olyan maradványtünetei, mint például a szag és ízérzékelés elvesztése, változása, ami az alapvető táplálékbevitelt is befolyásolni fogja.

A beteg számára a tünetei szubjektív megélése kapcsán az egyik legnehezebb az oxigénhiány, a fuldoklás megélése [7]. Ez az élmény sok esetben összekapcsolódik a légzéstámogatás során használatos maszkokkal, így az indulat, az elutasítás, a pánikreakcióig gyakran az eszköz felé fordul, néha az eszköz letépéséig. Ezen eszköz viselésének kényelmetlensége több esetben odáig megy, hogy bármi jobb lenne, akár az altatás is, mint a lassan párásodó, arcra ráfeszülő, állandó fegyelmet igénylő maszk.

Az ellátás során gyakori a deluziók megjelenése. A delta variáns esetében különösen érdekes tapasztalat, hogy a deluziók nagyobb arányban vannak jelen, mint más variánsok esetében. Szintén figyelmet érdemel a deluziók az intenzív terápiás ellátás során leggyakrabban megjelenőktől való jelentős eltérése, tematikája. Az ellátásra kerülőknél nagyon gyakori a háborús élmények megjelenése. Küzdelem, harc, halálfélelem, fenyegetettség-élmény. Mindez úgy, hogy eredetileg nincsenek katonai vagy más ilyen jellegű tapasztalataik. A tematikájuk ezen be-

lül rendkívül változatos: a háborús játék, huszárok felvonulása, személyes szintű közelharc. A betegek arról számolnak be, hogy e deluziók gyakran nagyon valószínűek. Esetenként attól tartanak, hogy ezekre fognak reagálni nem a realitásra és esetleg árthatnak valakinek. Ez a tematika jelentős eltérést mutat az intenzív terápiás ellátás során megszokottaktól [8]. A deluziók tematikája normál viszonylatban nem a belül megélt küzdelemre, hanem sokszor a halálfélelemre, a gépek hangjának realitására, a rögzített végtagokra fókuszál, esetenként más hasonló élményekkel, emlékekkel keveredik. Könnyebben közelíthető a realitáshoz, visszajelezhető a beteg számára, hogy mi történik, ami megnyugtató lesz, hiszen van rá magyarázat, a szituáció megérthető. Amennyiben nem jelenik meg, nem említi magától, érdemes rákérdezni ilyen élménye volt-e, esetleg „álmai”. Szintén fontos támpontokat adhat, különösen pszichiátriai érintettség esetén, a megfelelő heteroanamnézis, amiből képet kaphatunk arra vonatkozóan, hogy a betegség-e az oka az egyén mentális állapotának vagy már korábban is került hasonló állapotba.

A kiszolgáltatottság, a betegség élménye, a megjelenő halálfélelem a betegben sokféle pszichés reakciót indíthat el. A fulladás, mint élmény kiválthat pánikreakciót, a hipoxia tovább távolíthat a realitástól, ahogyan korábban is említésre került, a maszk viselésétől függetlenül, azonban elmozdíthatja a beteget az agított vagy a maniform állapot irányába is. A szervezet mindkét esetben mozgósítja erőtartalékait, azért, hogy az ápolat meg tudjon küzdeni a betegséggel. Az utóbbi esetben – az eddigi tapasztalatok alapján – jobb a prognózis a túlélés szempontjából. Az ilyen mértékű energia-mozgósításnál szinte törvényszerű a visszacsapás: a beteg, ha életben marad, energiátlanná

és apatikussá válhat ezt követően relatíve hosszabb időre. Gyakorlatunkban ez egy esetben – feltehetően deluziókkal párosulva – dokumentáltan a személyzet megtámadásához vezetett, biztonsági őr és a hatóság beavatkozását igényelve. Az aggitált állapot megjelenésekor a hozzátartozókkal való kommunikáció kevésbé ajánlott, nem javít a beteg állapotán, a rokon számára pedig fájdalmas a beteget ebben az állapotban látni, esetenként vele szemben is indulattal viseltetve.

A pszichológus feladatai ebben a helyzetben szerteágazóak. Támogatás minden résztvevő számára nyújtható és szükséges. Az ellátók részére ez a segítség speciális körülmények között tehető/adható meg. Az egyik lehetőség, maga az ellátás támogatása, az abban való aktív részvétel, ahol a közös élmény révén a bizalom könnyebben kialakul, ugyanakkor alkalom nyílnak az egész közösséget érintő problematikus helyzetekre, terhelésükre rálátni. Pihenőidejüket az extrém terhelés során nem célszerű megzavarni, a zsilipben a védőfelszerelésbe való ki- és beöltözés kevés teret biztosít. Emellett a gyász ebben az esetben nem elgázosítható, hiszen tennivaló van. Az érzelmek felvállalásával, előtérbe kerülésével a feladat végrehajtásához szükséges kontroll bomlana, lazulna. A pszichológus jelenléte az állomány folyamatos monitorozásának, nyomon követésének lehetőségét is biztosítja.

Ez egyben jelzi, hogy a következő beavatkozási alkalom az egyes hullámok közötti nyugalmi időszakban van, amikor a járvány természetéhez igazodva lehetőség adódik a pszichés támogatásra is. Sok esetben a támogatás nem feltétlenül pszichológiai kérdés, de számos ilyen vonatkozású elemet tartalmaz. Az állomány váltásának, pihentetésének megoldása, a szabadságok kiadása, az apróbb sikerek megosztása, a jó

mikroközösség megteremtése, a vezetőség részéről a figyelem és visszajelzés biztosítása sokat segíthetnek a kiégés, valamint a túlterhelés megelőzésében. A vezényelt állomány támogatása, beilleszkedésének elősegítése, a vezénylés időtartamának beláthatósága szintén fontos szempontok. A helyzetben egyfajta védőfaktort jelenthet a természetes morbid humor megjelenése, ami egyrészt a közösséget erősíti, másrészt segít a helyzetre kívülről ránézni. A jelen tanulmány címében szereplő mondat is egy ilyen morbid humorral telített helyzetben keletkezett.

A gyógykezelés során a betegek számára lelki támogatás adható, csökkentve a szorongást, a halálfélelmet, a pánikreakciót és a delúziós állapotot. Fontos lehet a megkapott figyelem, tömeges ellátás esetén a kommunikációs igény kielégítése, a szeparáció érzésének csökkentése, sok esetben az ellátással kapcsolatos információ biztosítása. Praktikus, a gyakorlatias teendőkkel összefüggő aktivitás családtagok felé irányításának (pl. számlák), illetve a hosszú gyógyulási folyamatban a motiváció megőrzésének elősegítése, továbbá az ellátásban az esetleg szükségessé váló beavatkozások támogatása. Haldoklás esetén a megélt folyamat során - amennyiben eszméletén van a beteg - fontos a folyamat kísérése. Az osztályról való kikerülés esetén az után követés biztosítható a hosszabb regenerációs idő miatt, illetve az intenzív osztályon megélt élmények, a potenciális traumatizáció megelőzése végett. Ez utóbbi a sok a beteg számára fenyegető és nehezen értelmezhető maradványtünet miatt is az ellátásban az elkövetkező időszakban várhatóan tömegesen fog megjelenni. Ehhez csatlakozhatnak a pandémia hosszabb és rövidebb távú társadalmi hatásai. A megszokott intenzív és szubintenzív ellátás során al-

kalmazott pszichológiai beavatkozások, támogató módszerek, mint például a relaxáció, ebben az esetben nem ajánlottak, a lélegeztetett beteg esetében pedig kontraindikáltak.

Az ellátás alatt a családtagok esetében is biztosítható pszichológiai támogatás, amelynek formái lehetnek a beteg állapotáról való folyamatos tájékoztatás, a beteg látogatásának elősegítése a szabályok betartása mellett, a beteggel való kommunikáció támogatása, illetve a beteg esetleges haldoklási folyamatában az elbúcsúzás lehetőségének biztosítása. A hozzátartozó betegsége, maga az intenzív terápiás ellátás látványa, illetve a hozzátartozó esetleges halála mind potenciálisan traumatizáló tényezők lehetnek, ami felveti a hozzátartozók számára is a pszichológiai támogatás szükségességét, elérhetőségének biztosítását.

Összességében tehát SARS CoV2 pandémiás helyzet és az abban megjelenő intenzív terápiás folyamat rendkívül komplex pszichológiai vonatkozásban is. Minden résztvevő sajátos terhelésnek van kitéve, amelyben a lelki támogatás szükségessége megkérdőjelezhetetlen, de a speciális körülményeket figyelembe véve biztosítható.

Irodalom

- [1] Troglia da Silva, C. F., Barbosa, C., F.: The impact of the COVID-19 pandemic in an intensive care unit (ICU): Psychiatric symptoms in health care professionals, *Progress in Neuropsychopharmacology and Biological Psychiatry*, 2021
- [2] Williams, R. D., Brundage, J. A., Williams, E. B.: Moral Injury in Times of COVID-19. *Journal of Health Service Psychology*, 2020, 46: 65–69. <https://doi.org/10.1007/s42843-020-00011-4>
- [3] Azoulay, E., et al.: Symptoms of burnout in intensive care unit specialists facing the COVID-19 outbreak. *Annals of Intensive Care*, 2020, 10 (110) <https://doi.org/10.1186/s13613-020-00722-3>
- [4] Coccolini, F., et al.: COVID-19 the showdown for mass casualty preparedness and management: the Cassandra Syndrome, *World Journal of Emergency Surgery*, 2020, 15-26.
- [5] Rennie, K., <https://www.nursinginpractice.com/community-nursing/care-home-nursing-during-covid-19-dont-lose-your-touch/>
- [6] Klop, H.T., et al.: Family support on intensive care units during the COVID-19 pandemic: a qualitative evaluation study into experiences of relatives. *BMC Health Services Research*, 2021, 1060. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-07095-8>
- [7] Kiserund, Y., Rosland, J. H.: Relieving the sensation of suffocation in patients dying with COVID-19 <https://tidsskriftet.no/en/2020/05/debatt/relieving-sensation-suffocation-patients-dying-covid-19>
- [8] Svenningsen, H. et al.: Strange and scary memories of the intensive care unit: a qualitative, longitudinal study inspired by Ricoeur's interpretation theory, *Journal of Clinical Nursing*, 2016, 25(19-20): 2807-2815.

Lt.Col. Á. Györfy PhD

Psychological aspects of COVID-19 intensive care in the pandemic period

The SARS CoV2 pandemic situation and the intensive care in it creates a situation that is special also considering its psychological aspects for each and every individual who's taking part in it. Concluding from this the psychological support given there should be adapted to this in its nature and form also. In this study I would like to summarize the characteristics of this burden and the possibilities of psychological support and intervention.

Key-words: SARS CoV2 – psychological support – intensive care

Dr. Györfy Ágnes alez., PhD
1134 Budapest, Róbert Károly krt. 44.