

Психологические нарушения при сердечно-сосудистой патологии: о чем пациент молчит на приеме у терапевта

Нарушения деятельности сердечно-сосудистой системы занимают ведущее положение в структуре заболеваемости и смертности, и ежегодно отмечается увеличение распространенности кардиоваскулярной патологии. У лиц с хроническим течением сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) отмечается наличие выраженных изменений психологического состояния, что оказывает значительное влияние на качество жизни пациента, течение основного заболевания и успех лечения.

Об особенностях изменения психики пациентов кардиологического профиля корреспондент «Медичної газети «Здоров'я України» беседовал с заведующим отделом пограничных состояний и соматоформных расстройств Украинского научно-исследовательского института социальной и судебной психиатрии и наркологии, профессором кафедры общей медицинской психологии и педагогики Национального медицинского университета им. А.А. Богомольца, доктором медицинских наук Олегом Созонтовичем Чабаном.

— Известно, что у пациентов с сердечно-сосудистой патологией зачастую также имеют место различные психологические нарушения. В чем их особенности?

— В кардиологии существует понятие соматоформных расстройств. Под первыми подразумевают изменения в психике, которые происходят под воздействием хронических ССЗ (ишемической болезни сердца — ИБС, артериальной гипертензии — АГ), а также сердечно-сосудистых катастроф (инфаркта миокарда — ИМ, инсульта). Если говорить о длительном, хроническом течении ССЗ, можно утверждать, что у 100% больных данного профиля отмечаются характерные изменения психики с присоединением таких расстройств, как страх, фобии, тревога, панические атаки, гиподепрессия и депрессия, а также изменения личности по ипохондрическому типу. У пациентов, перенесших сердечно-сосудистую катастрофу, развиваются соматоформные нарушения. Так, у 15–22% пациентов, перенесших ИМ, подтверждают наличие депрессии (Т.Р. Guck et al., 2001). Во многих исследованиях показана непосредственная связь депрессии с коронарной патологией и смертностью (N. Frasure-Smith, 1993).

Существует мнение, что депрессия увеличивает риск сердечных осложнений как минимум в 2 раза в течение года после перенесенного ИМ. По данным разных авторов, уровень смертности у пациентов, перенесших ИМ и страдающих от депрессии, в 3–6 раз выше, чем у больных, перенесших ИМ и не имеющих признаков депрессии. Наличие тревожно-депрессивных расстройств значительно снижает качество реабилитации после перенесенных сердечно-сосудистых катастроф: такие пациенты чаще жалуются на приступы стенокардии, ограничение физической активности, имеют низкий функциональный статус, более низкое качество жизни и реже возвращаются к трудовой деятельности. Таким образом, существует необходимость в своевременном выявлении и лечении соматоформных нарушений у данной категории больных.

Другой аспект проблемы — наличие различных психологических проблем в жизни пациента, которые могут привести к развитию функциональных нарушений сердечно-сосудистой системы, а впоследствии — и к соматическому заболеванию. Подобные нарушения называют психосоматическими. Так, у лиц с высокими проявлениями агрессии риск ИМ увеличивается в 2,75 раза по сравнению с лицами без наличия враждебности. Подтверждена роль алекситимии в развитии ССЗ психосоматического генеза: у пациентов с ИБС она встречается в 31–49% случаев. Значимым для развития психосоматической патологии является семейный микроклимат, при этом негативное влияние оказывает как недостаток личного общения с близкими, так и его избыток (расширенный состав семьи). Исследования показывают, что

не менее чем 50% больных, обращающихся с соматическими жалобами к терапевту или кардиологу, требуется лишь коррекция эмоционального состояния, а у 25% лиц с соматическими заболеваниями в клинической картине значительную роль играют невротические расстройства. Увеличение распространенности депрессивных расстройств происходит не за счет эндогенных, а за счет психогенных, реактивных и смешанных форм, которые называют скрытыми, маскированными или ларвированными. С 1977 по 1990 год количество таких расстройств увеличилось на 25% (N. Sartorius et al., 1996).

В клинической картине скрытых депрессий преобладает соматическая и вегетативная симптоматика, масками депрессии чаще всего выступают различные нарушения сна (трудности засыпания, раннее пробуждение или повышенная сонливость), аппетита (выраженное снижение или повышение), резкие изменения массы тела, утомляемость и раздражительность, пониженная активность и работоспособность, хронический болевой синдром разной локализации (кардиалгия, головная боль, боль в спине), вегетативные расстройства (нередко в виде приступов сердцебиения, одышки, головокружения и проч.), нарушения в сексуальной сфере. При более подробном расспросе пациента, как правило, удается обнаружить и собственно депрессивные симптомы. Нами разработан клинический опросник для диагностики психосоматических расстройств, который могут применять врачи-интернисты с целью выявления пациентов, которым может потребоваться специализированная помощь психотерапевта или психиатра (табл.).

— Может ли у пациента формироваться зависимость от своей болезни и от визитов к врачу, которые становятся своеобразной заменой психотерапии?

— Безусловно, у пациентов с психосоматической патологией, как правило, присутствует вторичная выгода от болезни: зачастую таким образом дезактуализируется психологическая травма; пациент получает необходимое

внимание и заботу врача, родственников, супруга; вновь появляется смысл жизни (пусть и с акцентом на болезнь); возобновляется межличностное общение, дефицит которого в настоящее время служит независимым предиктором развития психологических нарушений. Однако следует понимать, что в большинстве случаев такая вторичная выгода не осознается пациентом: как правило, соматизация переживаний происходит бессознательно, если истинная, психологическая травма является переносимой и пациент «вытесняет» ее из сознания. Поэтому врачу-интернисту в ходе осмотра и сбора анамнеза следует быть крайне внимательным и учитывать факторы, при которых у пациента возникли жалобы; условия его жизни, наличие тяжелых переживаний в недавнем прошлом, качество общения в повседневной жизни.

— В этом случае врач может оказаться в затруднительном положении: с одной стороны, недостаток эмпатии и заинтересованности в пациенте может помешать выявить истинную причину заболевания и повлиять на нее, с другой — чрезмерное личное участие врача может провоцировать у пациента необходимость в излишних посещениях медицинского учреждения...

— Безусловно, для эффективного лечения ССЗ необходимо проводить наиболее полную диагностику с учетом провоцирующих факторов и сопутствующих нарушений, в том числе и психологических, что подразумевает активную позицию и заинтересованность врача в опросе больного. Так, врачу следует поинтересоваться, как себя чувствует пациент в последнее время, с чем связывает ухудшение общего состояния; выяснить характер сна и аппетита, наличие тревоги, утомляемости, ухудшения концентрации внимания др. Следует, однако, разделять зоны ответственности врачей. Терапевт и кардиолог должны диагностировать и лечить соматические проявления заболевания. При назначении лечения следует отдавать предпочтение рекомендациям, которые могут модифицировать образ жизни пациента. Так, при необходимости регулярных



О.С. Чабан

физических нагрузок следует рекомендовать небыстрый бег трусцой или ходьбу; в этом случае пациент может привлекать к занятиям членов семьи, знакомых, вследствие чего также восполняется дефицит общения. В схеме лечения следует избегать полипрагмазии и отдавать предпочтение препаратам с наименьшей кратностью приема, что препятствует фиксации пациента на заболевании.

При выявлении признаков, которые могут указывать на наличие психологических нарушений у пациента, необходимо привлечь к участию в лечебном процессе соответствующего специалиста (врача-психолога, психотерапевта или психиатра) для адекватной коррекции психологического состояния больного.

— Такие специалисты не всегда доступны большинству пациентов. Может ли врач-интернист назначать соответствующее медикаментозное лечение при наличии признаков тревожно-депрессивного расстройства у больного?

— К сожалению, в последние годы значительно увеличилась распространенность таких нарушений в клинической практике, при этом возможность направить всех больных на консультацию к медицинскому психологу или психиатру зачастую отсутствует. В последние годы мы проводим множество обучающих школ, семинаров, лекций для врачей общего профиля с целью повысить уровень образованности относительно психологических и психических нарушений у пациентов соматического профиля. Это уже принесло определенные результаты: увеличилась выявляемость депрессии, тревоги, психосоматических нарушений, появилась возможность корректировать схему лечения таких больных. Задача таких школ также состоит в обучении практических врачей навыкам ведения пациентов с соматоформной и психосоматической патологией. При выявлении признаков депрессии (на уровне синдрома или синдрома комплекса) у пациента с сердечно-сосудистой патологией вполне допустимо, если врач общетерапевтического профиля в составе комплексной терапии назначит антидепрессант, придерживаясь следующих принципов: предпочтение следует отдавать антидепрессантам последнего поколения с доказанным профилем безопасности; необходимо соблюдать рекомендованные терапевтические дозы и продолжительность курса терапии (6 мес). Следует учитывать отсроченность эффекта антидепрессантов (клинически значимым он становится к концу 2-й недели лечения). Необходимо принимать во внимание предпочтения пациента и успешную терапию каким-либо антидепрессантом в анамнезе, взаимодействие препарата с другими лекарственными средствами в составе комплексной терапии, а также влияние лечения на работоспособность, массу тела и половую функцию.

Подготовила
Татьяна Канцидайло-Спринсян

Таблица. Опросник для диагностики психосоматических нарушений (О.С. Чабан, О.О. Хаустова)

Анкета психосоматической ориентации (вариант для взрослых) Отмечает пациент (врач может разъяснить некоторые утверждения)
Инструкция для пациента: отметьте утверждения, которые отвечают Вам и Вашему настроению в течение по крайней мере последних 2 недель. Будьте искренни в своих ответах.
<ul style="list-style-type: none"> • У меня бывает угнетенное настроение, ощущение безнадежности. • Я часто бываю нетерпеливым и раздражительным. • Я с пессимизмом смотрю в будущее. • Я слишком погружен в воспоминания о прошлом. • Я потерял интерес к своей внешности. • У меня плохой и беспокойный сон. • Меня преследуют тревожные мысли, страхи. • Я избегаю обстоятельств, связанных со стрессом. • Я постоянно чувствую физическую и психологическую усталость. • Мне легко испортить аппетит. • Я стараюсь перебороть болезнь, работать, как когда-то и даже больше. • Я не верю в успех лечения. • Из-за своей болезни я потерял интерес к делам близких. • Я не удовлетворен своей сексуальной жизнью. • Я часто бываю в одиночестве. • Болезнь делает мою жизнь грустной и скучной. • Я не доволен своим положением в обществе. • Я не способен планировать будущее. • Я бы хотел, чтобы меня высоко ценили. • Мне свойственна нерешительность. • Я боюсь оставаться в одиночестве. • Окружающие часто не понимают моей болезни и моих страданий. • Я часто нервничаю. • Я стал чаще плакать.
При 6 и более положительных ответах для более успешного лечения соматического заболевания пациенту рекомендуется консультация у медицинского психолога, специалиста в области психосоматической медицины, либо врач общей практики должен рассмотреть необходимость назначения антидепрессантов.