

УДК: 615.851:616-036.82:362.13:616.127-005.8

ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ СРЕДЫ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО САНАТОРИЯ

© 2015 Н.В. Костина¹, Д.В. Романов², Н.Н. Исхаков¹

¹ ОАО «Санаторий им. В.П. Чкалова»

² Самарский государственный медицинский университет

Поступила в редакцию 17.03.2015

Исследована эффективность психотерапии аффективных расстройств у пациентов с инфарктом миокарда на этапе санаторной реабилитации. Показано, что эффективность сочетания психотерапии и СИОЗС при лечении данной группы больных выше, чем монотерапия антидепрессантами. Проведен анализ психотерапевтических факторов реабилитационной среды санатория. Предложен алгоритм психотерапевтических мероприятий.

Ключевые слова: аффективные расстройства, инфаркт миокарда, психофармакотерапия, психотерапия.

Ведущее место в структуре общей заболеваемости и инвалидизации населения занимает ишемическая болезнь сердца, а инфаркт миокарда (ИМ) выступает основной причиной смертности [11; 19]. В клинической картине инфаркта миокарда часто встречаются психические нарушения, которые представлены преимущественно аффективными расстройствами [12; 16; 17; 21]. В литературе обсуждается вопрос низкой приверженности к лечению, наблюдаемой у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями [4; 21]; особенно в случае присоединения депрессивных расстройств [22; 23]. В исследованиях доказано, что риск летальности для некомплаентных пациентов в течение одного года после инфаркта повышается в 2-3 раза [21]. Это может быть связано с несоблюдением режима приема препаратов и необходимых рекомендаций по восстановительному лечению. С другой стороны, низкая приверженность к лечению может являться признаком депрессии, которая в свою очередь ассоциирована с неблагоприятными сердечно-сосудистыми прогнозами [4; 22]. Сочетание инфаркта миокарда с психическими расстройствами не только значительно утяжеляет прогноз основного заболевания, но и снижает эффективность лечебно-реабилитационных мероприятий. В связи с этим большое значение приобретает своевременная диагностика аффективных нарушений и организация соответствующей терапии. Особое значение при этом имеет этап ранней реабилитации,

проводимой в условиях специализированного кардиологического санатория. Санаторный этап лечения пациентов с ИМ предоставляет возможности коррекции аффективных расстройств как психофармакологическими, так и небологическими методами. Исследования показывают достаточную эффективность психотерапии при решении данной задачи, что дает основания для дальнейшего изучения возможностей применения психотерапевтического лечения при аффективных нарушениях, сопутствующих ИМ [7].

В рамках текущего исследования был произведен анализ распространенности и клинико-статистических характеристик аффективных нарушений у больных с инфарктом миокарда (ИМ), который показал значительную распространенность аффективных нарушений (31,9% всех случаев). В структуре аффективных нарушений 38,1% представляли клинически очерченные аффективные расстройства [6; 8].

Цель настоящего исследования – произвести оценку эффективности психотерапии тревожно-депрессивных расстройств у больных инфарктом миокарда и дать качественный анализ психотерапевтических факторов для оптимизации психотерапевтического лечения в рамках реабилитации больных ИМ на санаторном этапе.

Материалы и методы. В исследование были включены 120 пациентов с клинически очерченными тревожно-депрессивными расстройствами. Из них мужчин 97 человек, женщин – 23 человека. Средний возраст пациентов составил 51,1±12,7 лет. Сформировано три группы больных – получающих лечение стандартными дозами СИОЗС (40 пациентов), психотерапевтическое лечение (40 пациентов), и группа больных, получавших комбинированную терапию (40 человек). Разработанная программа психотерапии включала два блока: когнитивно-поведенческий и релаксационный, продолжалась 24 дня и была интегрирована в

*Костина Наталья Викторовна, врач-психотерапевт.
E-mail: nvkostina@yandex.ru*

*Романов Дмитрий Валентинович, кандидат медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии.
E-mail: romanovdit@mail.ru*

*Исхаков Нияз Наильевич, кандидат медицинских наук, главный врач ОАО «Санаторий им. В.П. Чкалова».
E-mail: schkalova@mail.ru*

общую программу кардиологической реабилитации. Оценку эффективности терапии проводили с помощью шкал депрессии и тревоги Гамильтона (HDRS, HARS) и опроснику депрессии А.Бека (Beck Depression Inventory, BDI (таблица 1). Статистическая обработка результатов исследования проводилась в операционной системе WindowsXP с использованием программы MSExcel, пакета прикладных программ Statistica 6.0. Средние значения показателей представлены со стандартными ошибками ($M \pm m$). Достоверность различий средних значений показателей оценивалась с использованием t-критерия Стьюдента.

Проведенное сравнение эффективности показало, что комбинированная терапия была более эффективной по сравнению с монотерапией антидепрессантами или психотерапией. С учетом практически равных начальных показателей в каждой из трех групп пациентов (например, по шкале HDRS 18.4 ± 3.1 , 18.3 ± 3.1 и 18.1 ± 2.4 соответственно), попарно сравнивались только конечные результаты по каждой из шкал. Сравнение показало, что конечные результаты в группе комбинированной терапии по всем трем шкалам были достоверно ниже ($p < 0,001$) аналогичных показателей в группе пациентов, получавших монотерапию антидепрессантами. Эффективность психотерапии и психофармакотерапии антидепрессантами оказалась приблизительно равной.

Качественный анализ психотерапевтических факторов и построение программы психотерапии. Восстановительное лечение в специализированном кардиологическом санатории формируется на основе комплексного подхода в реабилитации. В организации реабилитации данной группы пациентов также используются принципы организации психотерапии в санаторных условиях, разработанные отечественными исследователями [2]. Описан принцип «стерильности слова и поведения», с выделением большой (специальной) и малой (общей) психотерапии [2; 9]. И.З. Вельвовский рекомендовал выделение различных групп больных санатория в соответ-

ствии с потребностью в формах психотерапии [3]. Указывается на необходимость четкого соблюдения принципов этапности и преемственности психотерапевтических мероприятий в санатории с передачей на следующий этап реабилитационной цепи [3; 13; 20].

Психологические особенности пациентов, страдающих коронарной болезнью, описывают в рамках типа «А»; им свойственна лабильная самооценка, страх зависимости, ригидные рабочие установки и их агрессивная реализация [5]. Указывается, что для кардиологических пациентов характерен «фасад успешности и сверхнормальности» [27], за которым скрываются примитивные формы тревоги и страха [25; 26], преимущественно в виде неосознанного страха поглощения [24]. Частый отказ пациентов от помощи объясняется отсутствием хорошего материнского интроекта [25]. Анализ пациентов, включенных в исследование, показал, что больные избегают эмоционального сближения, а также отказываются от психотерапевтической помощи, выстроенной с авторитарных позиций. Отношения пациентов с опекающими лицами соответствуют представлениям о довербальной коммуникации, основанной на проективной идентификации [10], что характерно для взаимодействия матери и ребенка. Способность психотерапевта улавливать тревогу пациента и контейнировать ее способствует эмоциональной стабилизации и восстановлению «базового доверия к миру». Такая психотерапевтическая позиция на когнитивном уровне включает понимание, на эмоциональном – сочувствие, на телесном – обеспечение для пациента комфорта и безопасности подобно той, которую должна создавать ребенку раннего возраста его заботливая мать [1].

Возможно допустить, что сложившаяся за долгие годы в системе кардиологической реабилитации эмоциональная среда соответствует малоосознанным ожиданиям пациентов. Санаторное пространство и его охранительный режим

Таблица 1. Сравнительная эффективность различных методов терапии аффективных нарушений у больных ИМ на этапе санаторной реабилитации

Шкалы	Группа «АД»* (n=40)		Группа «ПТ» (n=40)		Группа «АД+ПТ» (n=40)	
	начало	24 день	начало	24 день	начало	24 день
HDRS	18.4 ± 3.1	5.8 ± 1.2	18.3 ± 3.1	3.0 ± 1.3	18.1 ± 2.4	2.4 ± 1.3
HARS	22.4 ± 2.2	1.4 ± 0.7	$20.1 \pm 2,3$	1.9 ± 1.5	21.5 ± 2.1	0.7 ± 0.7
BDI	19.2 ± 2.2	4.5 ± 1.7	20.3 ± 2.2	4.5 ± 0.8	21.0 ± 2.3	3.5 ± 1.0

*Группы: «АД» – пациенты, получавшие лечение антидепрессантами, «ПТ» – пациенты, получавшие психотерапевтическое лечение, «АД+ПТ» – пациенты, получавшие комбинированную терапию в виде

можно рассматривать как своего рода «контейнер» аффектов тревоги и страха. В таком случае базовая стратегия психотерапевта, лежащая в основе реализуемой психотерапевтической программы, – это готовность к принятию пациента и контейнированию его тревоги. Психотерапевтически оправданно не быть отстраненным, равнодушным или же чрезмерно беспокойным, неуверенным и тревожным; необходимо поддерживать внимание к пациенту и его чувствам, представлять ему обратную связь в виде вербальных сообщений о переживаемом и содействовать поддержанию охранительного режима, выступающего в качестве психотерапевтического фактора («реабилитационный сеттинг»). Логически выстроенный, упорядоченный и предсказуемый формат реабилитационного режима выступает самостоятельным психотерапевтическим фоновым фактором. Оптимальная ролевая позиция врачей кардиологического санатория должна соответствовать не столько патернализму, сколько стратегии «холдинга» в понимании Д. Винникота. Для пациента, перенесшего инфаркт миокарда, необходим спокойный, принимающий и понимающий врач, который своей доступностью и эмоциональной адекватностью нормализует эмоциональное состояние пациента. В связи с важностью создания для пациентов атмосферы психологической поддержки целесообразно проведение регулярных образовательных психотерапевтических семинаров с врачами и средним медицинским персоналом санатория.

В санаторных условиях врачу-кардиологу принадлежит ведущая роль в планировании реабилитационной программы в целом. Планирование психотерапевтической (психологической) реабилитации осуществляется совместно с врачом-психотерапевтом и проводится одновременно с физической реабилитацией пациентов.

I этап психотерапевтической помощи – неспециализированная психотерапия. Начинается с момента помещения пациента в санаторную среду, организованную с учетом психотерапевтических факторов.

На первом этапе врач-кардиолог разъясняет пациенту систему санаторной реабилитации, определяют особенности данного этапа лечения и планируются необходимые лечебные процедуры. Пациенты подписывают согласие на лечение, включая психотерапевтическую помощь.

Учитывая наличие характерных «фасадных» проявлений в поведении пациентов с ИМ – агрессивного поведения, или эмоциональной закрытости с гиперсоциализацией, сопротивления попыткам открыть эмоциональные основания нарушений, выявление ассоциированных психопатологических расстройств затруднено. В связи с этим все пациенты проходят скрининговое исследование на предмет наличия аффектив-

ных нарушений с использованием опросника разработанного в ФГУ Московском НИИ психиатрии Росздрава под руководством профессора В.Н.Краснова. Результаты исследования позволяют определить очередность направления пациентов на консультацию к психотерапевту. При этом все кардиологические пациенты санатория консультируются психотерапевтом. Консультация врача-психотерапевта проводится в течение первых дней пребывания в санатории. С учетом того, что направленные на реабилитацию пациенты изначально не планировали для себя прохождения психотерапии, необходимо дополнительно мотивировать больных на психотерапевтические процедуры. Такая работа проводится лечащим врачом и средним медицинским персоналом. Информирование пациентов о планируемых медицинских мероприятиях, включающих работу с психотерапевтом, уменьшает негативистический настрой пациентов в отношении психотерапии.

Подготовка медицинского персонала санатория включает участие в психотерапевтически ориентированных образовательных программах. Психотерапевт санатория проводит обучение медицинского персонала основам психиатрических и психологических знаний. При этом основные психиатрические понятия представляются клиницистам понятным, общемедицинским языком. Образовательные программы также нацелены на установление партнерских отношений между медицинским персоналом санатория.

II этап психотерапевтической помощи – специализированная психотерапия. Специализированная психотерапия начинается с момента первой встречи врача-психотерапевта с пациентом в психотерапевтическом кабинете. Правильное структурирование первой встречи имеет большое клиническое значение, поскольку позволяет решить как диагностические задачи, так и оказать лечебное воздействие. Интервью нацелено на прояснение влияния психосоциальных факторов на патогенез и течение кардиологического заболевания, оценку актуального эмоционального состояния пациента, личностных характеристик, оказывающих влияние на течение и прогноз основного заболевания. Исследуется переживание тягостных жизненных событий (утраты, разрывы); длительных жизненных ситуаций (учеба, работа, брак); конфликты со значимыми фигурами (проблемы зависимости, позиция отверженного); наличие установок пациента, которые могут рассматриваться как значимые в патогенезе заболевания (типичные формы психических защит, сверхценные установки на достижение успеха, отношение к здоровью – болезни). Во время интервью важно выявить модели поведения, представляющие угрозу в связи с имеющимся заболеванием. При проведении интервью необходимо учитывать уязвимость

пациента при первой встрече с психотерапевтом, сохранять уважительное отношение к пациенту и к его ситуации.

Результатом первой психотерапевтической встречи выступает формирование общей с пациентом патогенетической модели заболевания. Диагностические предположения, в которых учитывается полученная ранее информация о пациенте, должны носить общий характер, чтобы у пациента была возможность сделать собственные выводы. Совместная диагностическая гипотеза, которую пациент самостоятельно наполняет своими личными проблемами, определяет поле для возможного осуществления терапии. Адекватно проведенное первичное интервью способствует формированию рабочего альянса, что является необходимой основой успешной психотерапии. В завершение первой встречи необходимо информировать пациента о дальнейшем ходе терапии. Следует содействовать пациенту в обсуждении вопросов, вызывающих у него выраженную тревогу, – что касается неблагоприятных прогнозов, длительности физических ограничений, возможных диагностических обследований, операций, длительности терапии. Такая тактика повышает готовность пациентов исполнять предписания врача.

По результатам первичного интервью формируются группы пациентов, нуждающихся в психотерапевтической помощи. Критериями назначения психотерапевтической помощи служат любые нарушения аффективного состояния от расстройств адаптации с тревожно-депрессивными проявлениями до клинически оформленных аффективных состояний. В случае выраженных аффективных нарушений назначается комплексная терапия с добавлением к психотерапии медикаментозных средств (транквилизаторы, малые нейрелептики, антидепрессанты).

Психотерапевтическая программа для пациентов с ИМ включает два блока: когнитивно-поведенческий и релаксационный. Психотерапия проводится в индивидуальной и групповой формах. Психотерапевтический курс включает ежедневные групповые психотерапевтические занятия, которые проводятся в форме лекций в первой его части и обучения методикам психической саморегуляции (модифицированные методики телесно-ориентированных методов релаксации, прогрессивной мышечной релаксации по Джекобсону, дыхательных методик релаксации) во второй части. Продолжительность одной встречи составляет 50 минут, курс включает 15–20 встреч. Тематика лекций следующая: 1) формирование психики, особенности взаимодействия с внешним миром и телом; 2) механизмы соматизации; 3) личностные особенности пациентов с ИБС; 4) роль эмоций в здоровье и в болезни; 5) способы психической регуляции (виды психотерапевтической помощи, место медикаментозных методов

в регулировании эмоционального и физического состояния). Продолжительность лекционных занятий составляет 30 минут, материал излагается доступным для пациента языком, с предоставлением возможности задавать проясняющие вопросы. Вторая часть занятия включает обучение упражнениям психической саморегуляции, которые могут использоваться изолированно или в структуре релаксационного тренинга. Продолжительность этой части занятия составляет 20–30 минут. Обучение методике проводится с освоением одного упражнения в день, с последующим объединением их в комплекс. Осознание ощущений телесных, слуховых, зрительных образов является своеобразной тренировкой умения жить в настоящем времени. Сознание пациентов, перенесших ИМ, преимущественно наполнено болезненными прошлыми воспоминаниями, либо тревогами будущего. Задачами упражнений, ведущим элементом которых является чувственное осознание, служит возвращение человеку проживания настоящего момента из состояния «там и тогда» в состояние «здесь и теперь». Все упражнения строятся и выполняются в определенной последовательности, согласно существующим правилам тренировки сенсорного осознания [15].

Поддерживающая позиция психотерапевта, предоставление разъясняющей информации о лечении, дозирование релаксационных упражнений позволяют создать для пациентов «безопасное психотерапевтическое пространство», поддерживающее рабочую мотивацию пациентов и устраняющее сопротивление. Важной задачей индивидуальной психотерапии, также проводимой с пациентами на санаторном этапе реабилитации, является формирование осознанного отношения к заболеванию (осознание взаимосвязи социального, личностного и биологического в структуре ИБС). Это оказывает положительное влияние на мотивацию пациентов, способствует осознанному и активному участию в лечебном процессе, разделению ответственности за результаты терапии.

Заключение. Психотерапия выступает важным компонентом санаторной реабилитации больных инфарктом миокарда. Проведенное исследование показало, что наибольшую эффективность при лечении тревожно-депрессивных нарушений у больных инфарктом миокарда имеет сочетание психотерапии и СИОЗС. Выделены психотерапевтические факторы реабилитационной среды кардиологического санатория, дано обоснование представленному алгоритму психотерапевтического ведения пациентов. Предложена программа психотерапии, рассчитанная на 24 дня пребывания пациентов. Полученные данные подтверждают представления о том, что психотерапия является неотъемлемым компонентом лечения и реабилитации пациентов кардиологического профиля.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Гроен-Праккен Х. Влияние сеттинга на ход психоанализа и психотерапии // Консультативная психология и психотерапия. М., 1996. № 2. С. 14–17.
2. Вельвовский И.З. Психотерапия в санаторно-курортных условиях. М., 1995. 36 с.
3. Вельвовский И.З., Липгарт Н.К., Сухоруков В.И. Психотерапия в клинической практике. Киев, 1984. 160 с.
4. Диагностика и лечение депрессий при сердечно-сосудистой патологии / Ю.А. Васюк, Т.В. Довженко, Е.Н. Ющук и др. М.: ГОУ ВУНМЦ, 2004. 50 с.
5. Кискер К.П., Г. Фрайбергер, Г.К. Розе, Вульф Э. Психиатрия, психосоматика, психотерапия. М.: Алетея, 1999. С. 132.
6. Костина Н.В. Распространенность аффективных нарушений у больных инфарктом миокарда на этапе раннего восстановительного лечения // Аспирантский вестник Поволжья. 2014. № 1/2. С. 40.
7. Костина Н.В. Характеристика психотерапевтических факторов при лечении аффективных нарушений у больных инфарктом миокарда // Аспирантские чтения–2013. Материалы докладов Всерос. конф. с междунар. участием «Молодые ученые–медицине». Самара, 2013. С. 180.
8. Костина Н.В., Романов Д.В., Исхаков Н.Н. Исследование распространенности аффективных нарушений у больных инфарктом миокарда и принципы их терапии в условиях специализированного кардиологического санатория // Актуальные вопросы пограничной психической патологии (биопсихосоциальный подход). Материалы Всерос. науч.-практ. конф. с междунар. участием. Курск: КГМУ, 2013. С. 230.
9. Малая психотерапия на курорте / А.Т. Филатов, А.А. Мартыненко, В.К. Мартыненко [и др.]. Киев, 1983. С. 54–57.
10. Ненси Мак-Вильямс. Психоаналитическая диагностика: Понимание структуры личности в клиническом процессе. пер. с англ. М., 2006. 480 с.
11. Оганов Р.Г., Масленникова Г.Я. Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний – реальный путь улучшения демографической ситуации в России // Кардиология. 2007. № 1. С. 4–7.
12. Оганов Р.Г., Ольбинская Л.И., Смулевич А.Б. Депрессия и расстройства депрессивного спектра в общей медицинской практике. Результаты программы КОМПАС // Кардиология. 2004. № 1. С. 48–54.
13. Реабилитация кардиологических больных [под ред. К.В. Лядова, В.Н. Преображенского]. М.: ГОЭТАР-Медиа, 2005. 288 с.
14. Романов Д.В., Романов А.Д. Современные методы психотерапии. Методические рек. для врачей различных специальностей. Самара: ИП Глинова, 2014. 28 с.
15. Сандомирский М.Е. Психосоматика и телесная психотерапия: практическое руководство. М., 2005. С. 258–259, 378–379.
16. Смулевич А.Б. Психическая патология и ишемическая болезнь сердца (к проблеме нозогений) // Психические расстройства и сердечно-сосудистая патология [под ред. А.Б. Смулевича, А.Л. Сыркина]. М., 1994. С. 12–19.
17. Сыркин А.Л. Ишемическая болезнь сердца и соматизированные депрессии: особенности клиники, дифференциальной диагностики и терапевтических подходов // Consilium Medicum. 2003. Экстра вып. С. 7–9.
18. Холмогорова А.Б. Интегративная психотерапия расстройств аффективного спектра. М., 2011. С. 13–19.
19. Чазов Е.И. Инфаркт миокарда – прошлое, настоящее и некоторые проблемы будущего // Сердце. 2002. № 1. С. 6–8.
20. Шхвацабая И.К., Аронов Д.М., Зайцев В.П. Реабилитация больных ишемической болезнью сердца. М., 1978. 289 с.
21. Depressive symptoms and outcome of coronary artery bypass grafting / M.C. Taylor [et al.] // Am. J. Crit. Care. 2001. Vol. 10. P. 4–10.
22. Five-year risk of cardiac mortality in relation to initial severity and one-year changes in depression symptoms after myocardial infarction / F. Lesperance, N. Frasure-Smith, M. Talajic [et al.] // Circulation. 2002. Vol. 105. P. 1049–1053.
23. Frasure-Smith N., Lesperance F., Talajic M. Depression and 18-month prognosis after myocardial infarction // Circulation. 1995. Vol. 91. P. 999–1005.
24. Kutter P. Des Basiskonflikt der Psychosomatose und seine therapeutischen Implikationen // Jahrbuch der Psychoanalyse. 1981. Bd. 13. S. 93–113.
25. McDougall J. Theaters body. Gallimard, 1989. 78 p.
26. McDougall J. Developmental aspects of affect pathology // Psychiatry. N.Y.: Plenum Press. Vol. 4. P. 7369–7375.
27. Osler W. Angina Pectons // Lancet. 1910. Vol. 2. P. 839.

PSYCHOTHERAPEUTIC FACTORS OF REHABILITATION ENVIRONMENT OF CARDIOLOGICAL SANATORIUM

© 2015 N.V. Kostina¹, D.V. Romanov², N.N. Iskhakov¹

¹ V.P. Chkalov Sanatorium

² Samara State Medical University

Effectiveness of psychotherapy of mood disorders in patients with myocardial infarction at the phase of sanatorium rehabilitation was investigated. It is shown that the effectiveness of combination of psychotherapy and SSRI in the treatment of this group of patients is higher than the effectiveness of antidepressant monotherapy. The analysis of psychotherapeutic factors of sanatorium's rehabilitation environment is presented. An algorithm of psychotherapeutic interventions is proposed.

Keywords: affective disorders, myocardial infarction, psychopharmacotherapy, psychotherapy.

Natalia Kostina, Psychotherapist.

E-mail: nvkostina@yandex.ru

Dmitry Romanov, Candidate of Science (Medicine), Associate Professor, Head at the Psychiatry, Narcology, Psychotherapy and Clinical Psychology Department.

E-mail: romanovdit@mail.ru

Niyaz Iskhakov, Candidate of Science (Medicine), Chief Medical Officer, V.P. Chkalov Sanatorium. E-mail: schkalova@mail.ru