

**СКРИНИНГ КАК СПОСОБ ОПТИМИЗАЦИИ ПСИХОЛОГО-
ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ
КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА ДО И ПОСЛЕ
КАРДИОХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА**

А.А. Великанов, Ю.Л. Левашкевич, Ю.А. Матина, И.А. Зеленская, М.Г. Софронова, Е.А. Демченко

*ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр им. В.А. Алмазова»
Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия*

Великанов Арсений Апетович — кандидат психологических наук, доцент, старший научный сотрудник НИИ реабилитации; Левашкевич Юлия Леонидовна — медицинский психолог психотерапевтического отделения; Матина Юлия Александровна — медицинский психолог психотерапевтического отделения; Зеленская Ирина Александровна — медицинский психолог психотерапевтического отделения, младший научный сотрудник НИИ реабилитации; Софронова Мария Генриховна — заведующая психотерапевтическим отделением; Демченко Елена Алексеевна — доктор медицинских наук, заведующая НИИ реабилитации.

Контактная информация: ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова» Минздрава России, ул. Акkuratова, д.2, Санкт-Петербург, Россия, 197341. Тел. 8 (812) 702–37–16. E-mail: arseny.velikanov@rambler.ru (Великанов Арсений Апетович)

Резюме

В данной статье представлен анализ результатов психодиагностического скрининга больных ишемической болезнью сердца до и после коронарного шунтирования. Оценена частота встречаемости тревоги и депрессии у пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС) до- и после операции коронарного шунтирования (КШ). Рассмотрены вопросы, касающиеся целесообразности внедрения психологического скрининга — тестирования в повседневную практику кардиологического стационара.

Ключевые слова: психодиагностика, скрининг, тревога, депрессия, ишемическая болезнь сердца, коронарное шунтирование.

**SCREENING AS A WAY TO OPTIMIZE THE PSYCHOLOGICAL
AND PSYCHOTHERAPEUTIC CARE OF CARDIOLOGY HOSPITAL
PATIENTS BEFORE AND AFTER CARDIAC SURGERY**

A.A. Velikanov, Y. L. Levashkevich, Y.A. Matina, I.A. Zelenskaya, M.G. Sofronova, E.A. Demchenko

Federal Almazov Medical Research Centre, Saint-Petersburg, Russia

Corresponding author: Federal Almazov Medical Research Centre, Akkuratova str., 2, Saint-Petersburg, Russia, 197341. Tel. 8 (812) 702–37–16. E-mail: arseny.velikanov@rambler.ru (*Arseny A. Velikanov* — Ph.D., Associate Professor, Senior Researcher of the Research Laboratory of Rehabilitation).

Abstract

This research presents an analysis of the results of psychodiagnostic screening of patients with coronary heart disease before and after coronary bypass surgery. Evaluated the incidence of anxiety and depression in patients with coronary heart disease (CHD) before and after coronary artery bypass surgery (CABG). The issues, concerning the feasibility of implementing a psychological screening — testing into everyday practice of cardiological hospital, were discussed in our research.

Key words: psychognosis, screening, anxiety, depression, coronary heart disease, coronary artery bypass surgery.

Статья поступила в редакцию 12.01.14, принята к печати 20.01.14.

Важнейшее место в системе мероприятий, проводимых психологом в соматической клинике, занимает психодиагностическое обследование [1]. В зависимости от результатов психодиагностики определяются показания к психокоррекции, мишени психокоррекции, осуществляется выбор тех или иных психокоррекционных методик, решается вопрос о потребности в консультации другого специалиста (психотерапевта, психиатра, невролога и т.д.).

Ключевым этапом в процессе психодиагностического обследования является выбор методик. Определение конкретного набора методик зависит от целей обследования. У больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями, по данным ряда исследований, наиболее часто (до 65 % случаев) отмечаются эмоционально-негативные состояния тревоги и депрессии [2–4]. Своевременное выявление и коррекция этих состояний у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) имеют особое значение не только в связи с высокой распространенностью тревоги и депрессии, но и с их известным негативным влиянием на качество жизни и прогноз заболевания [5, 6].

Реальными особенностями работы медицинского психолога в кардиологической клинике являются краткие сроки пребывания больных в стационаре и недостаточная штатная обеспеченность стационаров психологами [7]. Как следствие — психодиагностическое обследование всех больных в полном объеме оказывается невыполнимым. Можно предположить, что применение экспресс-тестирования (скрининга), направленного на выявление наиболее распространенных эмоционально-негативных состояний, способно минимизировать затраты времени на обследование, увеличить число обследованных больных, повысить эффективность отбора пациентов для консультации психолога или психотерапевта и, в итоге, обеспечить своевременное оказание психолого-психотерапевтической помощи.

Цель исследования: проведение и анализ результатов психодиагностического скрининга больных ишемической болезнью сердца до и после коронарного шунтирования, для определения целесообразности его внедрения в повседневную практику кардиологического стационара.

Материал и методы исследования

В течение 2012 года в ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр им. В.А. Алмазова» проводилось психологическое скрининг-тестирование пациентов с ИБС до и после коронарного шунтирования (КШ). Обследовано 1848 больных, из них 462 женщины (25 %) и 1386 мужчин (75 %).

Средний возраст больных составил 59 ± 7 лет.

Обследование проводилось дважды: 1) перед операцией КШ — при поступлении в клинику (на 1–2-й день) и 2) после операции КШ — на 10–12 день.

Использовались клинико — психологический (наблюдение, беседа) и экспериментально — психологический методы. В качестве психодиагностического инструмента была выбрана методика HADS (госпитальная шкала тревоги и депрессии). По данной методике, показатель ниже 7 баллов соответствует норме, 8–10 баллов — субклинический уровень тревоги/депрессии, 11 баллов и более — клинически выраженный уровень тревоги/депрессии.

Схема обследования и сопровождения больных была следующей (см. рис.1):

- 1) психолог проводит скрининг;
- 2) по результатам принимается решение о необходимости консультации психолога или психотерапевта;
- 3) психолог (при необходимости его консультации) проводит дополнительное психодиагностическое обследование и психокоррекцию;
- 4) психотерапевт осуществляет психотерапию и, при необходимости, применяет психофармакотерапию.

Результаты

До операции нормативные показатели по обоим шкалам (тревоги и депрессии) отмечены у 703(38 %) пациентов.

У остальной части выборки (62 %, 1145 чел.) выявлены признаки тревоги и/или депрессии различной степени выраженности:

1. субклинические проявления тревоги и / или депрессии — 46 % (849 чел.), в том числе:

1.1. субклинически выраженная тревога при нормативных показателях по шкале депрессии — у 19 % (351 чел.);

1.2. нормативные показатели тревоги при субклинически выраженной депрессии — у 13 % (240 чел.);

1.3. субклинически выраженная тревога и субклинически выраженная депрессия — у 14 % (258 чел.);

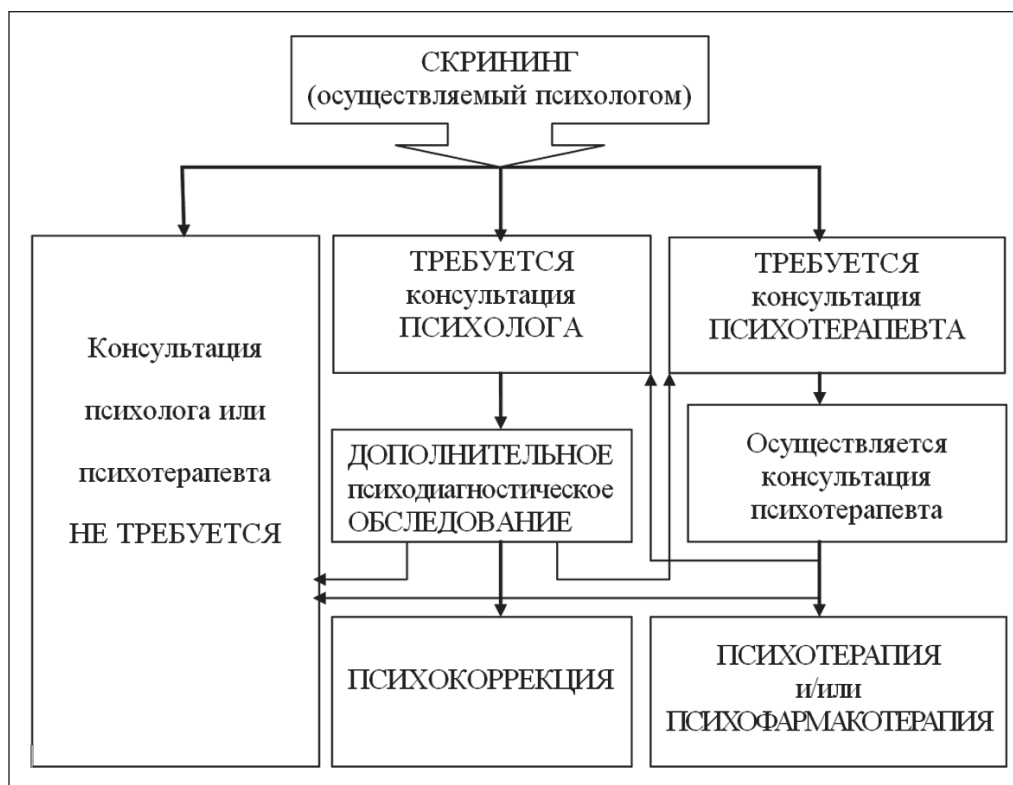
2. клинические проявления тревоги и / или депрессии — 16 % (296 чел.), в том числе:

2.1. клинически выраженная тревога при нормативных показателях по шкале депрессии — у 3,0 % (55 чел.);

2.2. нормативные показатели тревоги при клинически выраженной депрессии — у 3,9 % (73 чел.);

2.3. клинически выраженная тревога, при субклинически выраженной депрессии — у 3,0 % (55 чел.);

Схема обследования и сопровождения больных



2.4. субклинически выраженная тревога, при клинически выраженной депрессии у 3,9 % (73 чел.);

2.5. клинически выражена тревога и клинически выражена депрессия — у 2,2 % (40 чел.).

Из приведенных данных видно, что у обследованных больных

1) в 22 % случаях (406 чел.) имели место признаки и тревоги, и депрессии, в 40 % случаев (739 чел.) — отмечались признаки или тревоги, или депрессии;

2) 46 % больных нуждались в консультации психолога, 16 % — в консультации психотерапевта.

Консультации психолога и/или психотерапевта были назначены всем нуждающимся пациентам, имеющим повышенные значения показателей тревоги и/или депрессии. Из них фактически проконсультировано 85 % больных (973 чел.): 9,9 % больных отказались от консультации (114 чел.), у 5,1 % ее проведение, по разным причинам, оказалось невозможным (58 чел.).

При экспресс-психодиагностике с целью выявления тревоги/депрессии **после кардиохирургического вмешательства** (операции КШ, проведенной в условиях искусственного кровообращения) выявлено, что количество пациентов, имеющих различную степень выраженности тревоги и/или депрессии, составило 9 % (166 чел.).

1. Субклинические проявления тревоги и / или депрессии выявлены в 6 % случаев (110 чел.), в том числе:

1.1. субклинически выраженная тревога при нормативных показателях по шкале депрессии — 2 % (37 чел.);

1.2. нормативные показатели тревоги при субклинически выраженной депрессии — 3 % (55 чел.);

1.3. субклинически выраженная тревога и субклинически выраженная депрессии — 1 % (18 чел.);

клинические проявления тревоги и / или депрессии выявлены в 3 % случаев (56 чел.), в том числе:

2.1. клинически выраженная тревога при нормативных показателях по шкале депрессии — 0,5 % (9 чел.);

2.2. нормативные показатели тревоги при клинически выраженной депрессии — 0,6 % (12 чел.);

2.3. клинически выраженная тревога при субклинически выраженной депрессии — 0,5 % (9 чел.);

2.4 субклинически выраженная тревога при клинически выраженной депрессии — 0,3 % (6 чел.);

2.5 клинически выраженная тревога и клинически выражена депрессия — 1,1 % (20 чел.).

Был проведён хронометраж времени, затрачиваемого на скрининг: в среднем, 22 мин. на одного пациента, включая разъяснение целей обследования (информирование пациента), проведение опросника, обработку результатов, регистрацию результатов в истории болезни. В целом, при обследовании пси-

хологом по 6–8 пациентов в день, затрачивается от 2 ч. 12 мин, до 2 ч. 56 мин. в день (в среднем, 2 ч., 34 мин. в день).

В результате беседы с врачами-кардиологами установлено, что у пациентов с клинически выраженными проявлениями тревоги и/или депрессии признаки указанных состояний были констатированы их лечащими врачами до КШ в 98,3 % случаев (у 291 больного из 296), после КШ — в 96,4 % случаев (у 54 больных из 56). Субклинические проявления эмоционально — негативных состояний были очевидны лечащему врачу-кардиологу в 70,9 % случаев. При этом, из 849 больных, имеющих субклинические проявления тревоги и/или депрессии, 182 (21,4 %) пациента, не информированные о результатах тестирования, сами задавали лечащему врачу вопрос о возможности консультации психолога.

Интерпретация результатов

Согласно данным литературы, внедрение процедуры скрининга для оценки психоэмоциональных нарушений у больных кардиологического профиля является целесообразным. Так, в соответствии с рекомендациями Американской Ассоциации Сердца (American Heart Association, АНА), одобренной Американской Ассоциацией Психиатров (American Psychiatric Association), клиницисты должны регулярно проверять своих пациентов на наличие признаков депрессии [8]. Значимость скрининга отмечена и российскими исследователями. Представлены данные о том, что при обследовании больных с ИБС — оправдано широкое внедрение в общемедицинскую практику методов психометрической диагностики (в частности, госпитальный опросник тревоги и депрессии), применение которых существенно облегчит выявление данных форм психических расстройств.⁹ Важность скрининга тревоги и депрессии обосновывается высокой распространенностью указанных состояний у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями и их негативным влиянием на прогноз. У пациентов с ИБС депрессия и тревога выявляются в 38–57 % случаев и ассоциируется с повышением функционального класса стенокардии, риска сердечно-сосудистых событий и смертности [3, 6, 8]. У больных с острым инфарктом миокарда симптомы расстройств депрессивного спектра диагностируются у 10–65 % пациентов [4, 8].

Среди методик для скрининга тревоги и депрессии в зарубежной литературе рекомендуется применение Hospital Anxiety and Depression Scale — HADS, Montgomery-Asberg Depression Rating Scale — MADRS, Patient Health Questionnaire — PHQ [10, 11]. В отечественных публикаци-

ях, в основном, подчеркивается ценность методики HADS — Госпитальная шкала тревоги и депрессии [9].

В нашем исследовании использовалась методика HADS. Выбор был обусловлен компактностью (небольшое количество вопросов при наличии одновременно 2-х шкал — тревоги и депрессии), несложной процедурой тестирования и обработки результатов.

Результаты проведенного скрининга свидетельствуют о высокой частоте выявления психоэмоциональных нарушений у больных ИБС, находящихся в стационаре перед операцией КШ — 62 %, что существенно выше, чем в среднем в популяции больных ИБС. Это можно объяснить тем, что хирургическое вмешательство является стрессогенным событием для пациента и его ожидание может способствовать формированию эмоционально-негативных переживаний.

При обследовании больных после операции КШ частота выявления эмоционально — негативных состояний оказалась всего 9 %, что даже чуть ниже, чем в среднем в Российской популяции (около 10 %) [12].

С одной стороны, это может быть связано с тем, что с больными, имеющими признаки тревожных и/или депрессивных состояний, до КШ были проведены психокоррекционные мероприятия. С другой стороны, факт, согласно которому частота выявления эмоционально-негативных состояний после КШ оказалась крайне низкой, а ее динамика, по сравнению с дооперационным обследованием, оказалась ярко выраженной (9 % и 62 % соответственно), позволяет предположить, что психокоррекция является не единственным влияющим фактором. Возможно также участие и других факторов, в частности — некоторых психологических. Например, может иметь место представление пациента о «миновавшей угрозе» (операция, как витальная угроза, уже пережита). Кроме того, в условиях стационара у больного может сформироваться ощущение безопасности (осознание того, что его состояние постоянно контролируется медперсоналом). При этом, однако, следует отметить, что в научной литературе приводятся данные, в соответствии с которыми у каждого третьего пациента, не имеющего симптомов депрессии в стационаре, депрессивное расстройство развивается в течение года [13].

Таким образом, опубликованные ранее данные и результаты настоящего исследования можно рассматривать как обоснование целесообразности проведения скрининга до операции КШ для выявления тревоги и депрессии с целью их последующей

коррекции, в то время как в короткие сроки после операции, в стационаре данное мероприятие не обосновано.

К сожалению, практическому внедрению скрининга тревоги и депрессии у больных, госпитализированных для проведения КШ, препятствует ряд нерешенных организационных вопросов. Так, психолог затрачивает более 6,5 часов в день на осуществление всего 4 первичных консультаций, обработку результатов психодиагностического обследования, написание заключения в историю болезни, беседу с лечащим врачом [14]. Проведение скрининга, занимающего согласно полученным данным 2 ч. 34 мин. в день (в среднем), закономерно приводит к снижению количества консультаций. Принимая во внимание недостаточную кадровую обеспеченность стационара медицинскими психологами и, соответственно, недостаток времени на психокоррекционную работу и полноценную психодиагностику, а также, учитывая краткие сроки пребывания пациента в стационаре перед операцией КШ, практическая реализация скрининга представляется невыполнимой.

Следует отметить, что проведение в полном объеме как психокоррекционных, так и психодиагностических мероприятий, является компетенцией квалифицированного клинического психолога. При этом проведение скрининга, как более простой и быстрой процедуры выявления тревоги и депрессии, не требующей специальной профессиональной подготовки, может быть осуществлено лечащими врачами и даже, вероятно, средним медперсоналом. Вопрос в том, являются ли оправданными дополнительные траты времени врача/медсестры на психологическое скрининг-тестирование?

В выполненном нами исследовании установлено, что в подавляющем большинстве случаев (96–98 %), клинически выраженные тревожные и депрессивные состояния, требующие психокоррекции, были очевидны для лечащего врача-кардиолога до проведения скрининг-тестирования. Проведение дополнительного обследования по методике HADS подтверждало и лишь «повторяло» то, что было очевидно для врача, приводя к нерациональным затратам рабочего времени психолога.

Таким образом, если отбор пациентов для психологической консультации будет осуществляться лечащим врачом (без дополнительного скрининг-тестирования), медицинский психолог сможет в полной мере сфокусироваться на полной психодиагностической и психокоррекционной работе с конкретным больным, имеющим соответствующие показания (т.е. на тех направлениях, которые требуют его профессиональной квалификации).

Выводы:

1. В результате скрининга с применением методики HADS выявлена высокая частота встречаемости тревоги и депрессии у пациентов с ИБС перед операцией КШ (62 %) и низкая — в ранние сроки (10–12 дней) после операции КШ (9 %).

2. Клинически выраженные состояния тревоги и депрессии очевидны лечащему врачу — кардиологу в 96–98 % случаев. Учитывая наличие организационных сложностей (недостаточная кадровая обеспеченность, ограниченность времени и т.д.), в условиях повседневной практики представляется целесообразным осуществление отбора пациентов на консультацию психолога по назначению лечащего врача.

Литература

1. *Вассерман Л.И.* Психологическая диагностика и коррекция в соматической клинике: научно-практическое руководство / Л.И. Вассерман, Е.А. Трифонова, О.Ю. Щелкова. — СПб.: Речь, 2011. — 271 с.
2. *Смулевич А.Б.* Депрессии в общей медицине: руководство для врачей. — М.: Мед. информационное агенство, 2001. — 253 с.
3. *Оганов Р.Г., Погосова Г.В., Шальнова С.А.* Результаты исследования «КОМПАС» // Кардиология — 2005. — № 8. — С. 37–43.
4. *Васюк Ю.А., Лебедев А.В.* Депрессия, тревога и инфаркт миокарда: все только начинается // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. — 2007. — № 3. — С. 41–51.
5. *Ибатов А.Д.* Влияние тревожных расстройств на течение ишемической болезни сердца // Рус. мед. журн. — 2007. — № 20. — С. 12–15.
6. *Чазов Е.И., Оганов Р.Г., Погосова Г.В.* Клинико-эпидемиологическая программа изучения депрессии в кардиологической практике: у больных артериальной гипертонией и ишемической болезнью сердца (КООРДИНАТА): результаты многоцентрового исследования // Кардиология. — 2007. — № 3. — С. 28–37.
7. *Демченко Е.А., Великанов А.А.* Участие психолога в комплексной кардиореабилитации: реальная ситуация и расчетная потребность. Ученые записки СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова, Т.ХVII № 2 2010 / Материалы V конгресса «Психосоматическая медицина — 2010». — С. 72–73
8. *Lichtman J.H., Bigger J.T. Jr., Blumenthal J.A. et al.* Depression and coronary heart disease: Recommendations for screening, referral, and treatment: A science advisory from the American Heart Association Prevention Committee to the Council on Cardiovascular Nursing, Council on Clinical Cardiology, Council on Epidemiology and Prevention, and Interdisciplinary Council on Quality of Care Outcomes Research: Endorsed by the American Psychiatric Association // Circulation. — 2008. — № 118. — P. 1768–1775.
9. *Копылов Ф.Ю.* Психосоматические аспекты сердечно — сосудистых заболеваний (гипертонической болезни, ишемической болезни сердца, фибрилляции

предсердий). Автореферат диссертации на соискание учёной степени доктора медицинских наук. — М. — 2009. — С. 48.

10. *Vaccarino V.* Depression in the cardiac patient: A call for action Monday. АНА Communities Learning Library. — 2008.

11. *Molinaro S., Tesio V., Castelli L. et al.* Fast screening of depression in cardiac patients: a study on 350 patients // *EHJ*. — 2013. — Vol. 34, Abs. Supp. — P. 5118.

12. *Сердюк О.В., Дробижев М.Ю., Ширяев О.Ю.* К проблеме оказания помощи больным депрессиями в России // Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья (сетевое электронное издание № 39, I квартал 2010 г).

13. *Frasure-Smith N, Lespérance F.* Depression and anxiety as predictors of 2-year cardiac events in patients with stable coronary artery disease // *Arch Gen Psychiatry* 2008. — Vol. 65. — P. 62–71.

14. *Великанов А.А., Зеленская И.А., Лубинская Е.И., Николаева О.Б., Демченко Е.А.* Организационные аспекты работы медицинского психолога в системе комплексной кардиореабилитации: анализ реальной ситуации и расчетной потребности // Вестник Южно-Уральского государственного университета. — 2012. — № 45 (304). — С. 78–82.