



# Pacjent z lękiem (i depresją) u kardiologa

Prof. dr hab. Dominika Dudek  
Zakład Zaburzeń Afektywnych  
Katedry Psychiatrii CMUJ

# Sir William Osler

(1849-1919)



- istnieje związek osobowości człowieka z występowaniem ataków serca
- typowy pacjent z chorobą wieńcową jest: *„pełnym zapału i ambitnym człowiekiem a wskaźnikiem jego napędu jest zawsze pełna szybkość naprzód.”*

# Lata 50 - te i 60 - te

- Osobowość typ A , jako czynnik ryzyka choroby niedokrwiennej serca:
  - ✓ Życie pod presją czasu
  - ✓ Nadmierna ambicja
  - ✓ Rywalizacja
  - ✓ Wrogość
  - ✓ Agresywność



# Typ osobowości A [Friedman, Rosenman]

Ambicja, poczucie ciągłego pośpiechu, łatwe wpadanie w złość, niecierpliwość, intensywny tryb życia, pogoń za sukcesem.

Badania etiologiczne				Badania prognostyczne			
(-)	(0)	(+)	(++)	(-)	(0)	(+)	(++)
1	11	5	1	3	10	1	1

(-) wynik przeciwny hipotezie

(0) brak związku

(+) umiarkowany związek

(++) silny związek

# Lata 80 – te , 90 - te

- Większa uwaga poświęcona współistnieniu psychopatologii oraz chorób serca (**depresja , zaburzenia lękowe**)
- Znaleziono liczne powiązania epidemiologiczne i patofizjologiczne pomiędzy zaburzeniami psychicznymi a ch.n.s.

# Depresja w chns

- Zwiększa ryzyko rozwoju chns
- Zwiększa ryzyko incydentów sercowych w chns
- Pogarsza rokowanie po zawale serca



# Pacjenci z chorobami afektywnymi a ryzyko kardiologiczne

- Malzberg (1937) – większa umieralność pacjentów hospitalizowanych z powodu depresji w szpitalach stanu N. Jork w porównaniu z populacją ogólną
- Badanie duńskie (1979) n=6000 CHAD (ch. dwubiegunowa) i CHAJ (choroba afektywna jednobiegunowa), obserwacja 5-letnia. Śmiertelność z przyczyn kardiologicznych o 50% większa niż w populacji ogólnej
- Badanie Baltimore ECA (Pratt, 1996), 13-letnia obserwacja epidemiologiczna, n= 1551. Przy rozpoznaniu MDD (duża depresja) 4 x większe ryzyko zawału
- Potwierdzono w dużych badaniach populacyjnych w USA, Kanadzie, Finlandii

# Depresja a choroba niedokrwienna serca - dane epidemiologiczne

- **28%** chorych po zawale ma objawy depresyjne bezpośrednio przed hospitalizacją
- **65%** chorych ma zaburzenia nastroju w okresie po zawale. Z tego u **16-22%** zaburzenia te mają większe nasilenie i spełniają kryteria dużej depresji
- zespół depresyjny występuje u **18%** osób z potwierdzoną chorobą niedokrwienną serca



# Skutki depresji w CHNS

- U zwierząt po doświadczalnym zamknięciu tętnicy wieńcowej wywoływanie stresu i lęku nasilało arytmie komorowe i zwiększało ryzyko śmierci.
- Większy stres i trudności w funkcjonowaniu psychospołecznym
- dłuższe pozostawanie na zwolnieniu lekarskim z pracy
- więcej objawów bólowych i częstsze poszukiwanie pomocy lekarskiej
- gorszy przebieg rehabilitacji

# Wpływ depresji na rokowanie u chorych po przebytych zawale mięśnia sercowego

222 chorych ze świeżym zawałem mięśnia sercowego  
(24-88, śr. 60 lat, 78% mężczyzn)

*Badanie psychiatryczne pomiędzy 5 a 15 dniem hospitalizacji*

Objawy dużej depresji  
(*Diagnostic Interview Schedule*)



# Wpływ depresji na rokowanie u chorych po przebytych zawale mięśnia sercowego

222 chorych ze świeżym zawałem mięśnia sercowego  
(24-88, śr. 60 lat, 78% mężczyzn)

*Badanie psychiatryczne pomiędzy 5 a 15 dniem hospitalizacji*

Objawy dużej depresji  
(*Diagnostic Interview Schedule*)



Lę



# Pacjenci z objawami lękowymi zgłaszający się do kardiologa

- Osoby z objawami kardiologicznymi, u których wyklucza się choroby serca
- Osoby z chorobą serca oraz lękiem



# Pacjenci bez choroby serca

- Dolegliwości kardiologiczne mają charakter wyłącznie czynnościowy, tj. nie są uwarunkowane podłożem somatycznym
- Występują zwłaszcza u osób młodych
- Dawniej rozpoznawaną tzw. „*nerwicę serca*” lub „*histerię*”, obecnie najczęściej ww. dolegliwości uważa się za manifestację zaburzeń lękowych lub depresyjnych (**depresja maskowana**)

# Ból w klatce piersiowej

- Ból w klatce piersiowej najczęstszy objaw podmiotowy pacjentów zgłaszających się do kardiologa któremu często towarzyszy lęk i niepokój.
- Sytuacja częsta i wymaga:
  - ✓ wsparcia lekarskiego
  - ✓ wsparcia psychospołecznego

Przykład: choroba mikrokrążenia wieńcowego (zespół wieńcowy X)



# Kardiologiczny zespół X

Stany lękowo-depresyjne u 2 / 3 chorych z zespołem X, przesadna troska o własne zdrowie i inne zaburzenia emocjonalne m.in. przeświadczenie o poważnej chorobie serca.



*Obraz kliniczny:  
pacjent „nawracający”*



- 20 – 40% pacjentów zgłaszających się z powodu bólu w klatce piersiowej sugerującego niedokrwienie ma negatywny wynik w badaniu koronarograficznym
- 50% dolegliwości bólowych w klatce piersiowej daje negatywne wyniki badań nieinwazyjnych

(Kane i wsp.1990  
Beitman i wsp. 1991)

# Rokowanie kardiologiczne tych pacjentów jest bardzo dobre, ale:

- Częste korzystanie z usług medycznych, ciągłe szukanie pomocy
- Dyskomfort , upośledzenie funkcjonowania, inwalidyzacja
- Wysokie koszty diagnostyki i leczenia

# PRZYPADEK 1

- Pacjent lat 32, kawaler, bez obciążeń somatycznych, niepalący. Ojciec 3 lata temu zmarł nagle na zawał. Pacjent pracuje w korporacji na stanowisku menagera.
- Zgłosił się na SOR z powodu nagłego, silnego bólu w klp, palpacji, uczucia duszności z niemożnością złapania oddechu.
- EKG – bz, troponiny ujemne, RR 140/90, HR 120/min, blady, spocony, widoczne drżenia rąk
- Otrzymał diazepam 5 mg. Po około 20 min objawy ustąpiły

# PRZYPADEK 1

- Po kilku dniach – ta sama sytuacja. Objawy pojawiły się w drodze do pracy. Pacjent był przerażony, miał poczucie, że umiera jak jego ojciec. Zjechał autem na pobocze, wezwał pogotowie.
- Po inj diazepamem poczuł się lepiej, jednak nalegał na poszerzenie diagnostyki, nie był w stanie chodzić do pracy. Zaczął odwiedzać gabinety specjalistów (kilka konsultacji kardiologicznych, pulmonolog) – badania wykluczyły chorobę somatyczną, jednak pacjent domagał się hospitalizacji i koronarografii.
- Przestał prowadzić samochód, a nawet bał się wyjść z domu, mając poczucie, że coś mu się stanie, będzie miał na ulicy „atak serca”

# SOMATYZACJA LĘKU

- Dominują różnorodne dolegliwości somatyczne, np. w klatce piersiowej uczucie: ciężaru, drażnienia, ściskania, duszności, pieczenia, spływanie oddechu, ból
- Dolegliwości nawracają oraz często zmieniają umiejscowienie, nasilenie i charakter

# Nerwica serca

## Najbardziej typowe objawy “nerwicy serca”:

- łatwe męczenie się (nawet przy małych wysiłkach)
- uczucie zatykania w gardle, trudności oddechowe, niemożność dokonania głębokiego wdechu itp.
- bóle w okolicy serca (najczęściej o charakterze kłującym)
- uczucie zamierania serca lub mocnego, niemiarewego czy przyspieszonego bicia

## Inne objawy, które mogą towarzyszyć:

- bóle i zawroty głowy
- gwałtowne pocenie się
- skłonność do omdleń
- nagłe uczucie gorąca
- dreszcze
- zaburzenia snu (nadmierna senność lub bezsenność)

# Lęk paniczny



- Są to nawracające napady ciężkiego lęku (panika)
- Nie są ograniczone do jakiegokolwiek szczególnej sytuacji czy okoliczności
- Mają charakter nagły, nie można ich przewidzieć
- Po napadzie zwykle utrzymuje się obawa przed kolejnymi napadami – „lęk przed lękiem”

# Dodatkowe objawy w lęku panicznym

- somatyczne
  - kołatanie serca,
  - ból lub dyskomfort w klatce piersiowej,
  - pocenie się,
  - duszność, uczucie dławienia w gardle,
  - nudności, kurczowe bóle brzucha,
  - zawroty głowy, omdlewanie
- psychopatologiczne
  - depersonalizacja,
  - derealizacja,
  - strach przed chorobą psychiczną,
  - strach przed utratą kontroli,
  - poczucie umierania.



# Problemy diagnostyczne zaburzeń lękowych

Liczba lekarzy, których odwiedzili chorzy przed postawieniem właściwego rozpoznania:	2,4 (0-30)
Ile razy chorzy odwiedzili lekarzy nie psychiatrów:	
kardiologzy (n=670)	2,46 (0-20)
neurologzy (n=416)	1,78 (0-20)
gastroenterologzy (n=407)	2,19 (0-20)
pulmonologzy (n=317)	1,94 (0-20)
Odsetek chorych, którzy korzystali z nagłej pomocy w szpitalu czy pogotowiu	70%

# Napady paniki

- Od 22 – 70% pacjentów z lękiem napadowym ma napadowe bóle w klatce piersiowej
- W różnych badaniach od **31 – 64%** pacjentów z bólem angioidalnym i negatywnymi koronarografiami spełnia kryteria diagnostyczne lęku napadowego!
- U osób z bólem w klp bez przyczyny kardiologicznej PD jest **30-50 x** częstszy niż w populacji ogólnej

(Boss, 1983  
Beitman, 1989  
Cortez, 1992  
Cortez, 1994  
Jeejeebhoy, 2000)

# Współchorobowość

- Znaczna współchorobowość PD i chorób serca, zwłaszcza CHNS (11-34%) (*Nutt i Ballenger, 2005*)
- Skale badające subiektywne uczucie niesprawności i dystresu nie różnicowały pacjentów (*Fleet i wsp., 1998*)
- PD może maskować współistniejącą CHNS (!!!)
- U pacjentów z CHNS niedodiagnozowanie istniejącego PD
- PD + poważna sytuacja stresowa może indukować MI (*Biyik i wsp., 2008*)


# Zespół Barlowa i PD

- Wspólne objawy: atypowy ból w klp, tachykardia, palpacje, dyspnoe, omdlenia, zmęczenie, lęk
- Przy współistnieniu PD – częściej zgłaszają się do opieki medycznej, więcej objawów

# Pacjent ze wszczepionym kardiowerterem-defibrylatorem (ICD)

- U chorych po wszczepieniu ICD wielokrotnie częściej niż w populacji ogólnej występują zaburzenia depresyjne i lękowe.
- Jest to spowodowane zarówno chorobą podstawową (niewydolność serca, pogarsza jakość życia) jak i obawą przed terapią wysokoenergetyczną.
- Lęk przed bólem i/lub utratą przytomności powoduje ograniczenie aktywności fizycznej i zawodowej.

# Pacjent ze wszczepionym kardiowerterem-defibrylatorem (ICD)

- 
- 20% zwiększony poziom niepokoju oraz depresja
  - 20% poważne problemy lękowe po wyładowaniach adekwatnych
  - 15 % pogorszenie jakości życia

# Jak, kiedy i co leczyć?



# Kiedy kardiolog może leczyć zaburzenia psychiczne?

- W większości przypadków – zaburzenia łagodne i umiarkowane, które mogą być leczone przez lekarzy nie-psychiatrów
- Prawidłowe rozpoznanie
- Łagodne lub umiarkowane nasilenie objawów
- Dobra reakcja na leki w przeszłości
- Na życzenie pacjenta



# Kiedy kierować pacjenta do psychiatrii?

- Nasilone myśli lub tendencje samobójcze
- Urojenia (winy, kary, itp.) lub halucynacje
- Głęboka depresja
- Brak reakcji na stosowane leki
- Kłopot z doбором leku przeciwdepresyjnego
- Życzenie pacjenta

## Przypadek 2

- Pacjent lat 42, do tej pory zdrowy, wysportowany, bardzo aktywny zawodowo
- W pracy: ból w klp promieniujący do lewej ręki, silny, nieuzasadniony lęk
- Oddział kardiologiczny: STEMI
- PCI prawej tętnicy wieńcowej z założeniem stentu

## Rozmowa z lekarzem przy wypisie z oddziału:

- Należy się oszczędzać
- Oczywiście należy rzucić palenie
- Trzeba będzie zrezygnować z narciarstwa wysokogórskiego i sportów ekstremalnych
- Niezbędne leki osłabiają funkcje seksualne
- Powrót do domu (kilkaset km): transport karetką, nowo kupiony samochód trzeba zostawić na parkingu
- Zawał serca całkowicie zmienia dotychczasowe życie

# ***Primum non terrificare***

Reakcja pacjenta utrzymująca się przez długi czas po zawale:

- Lęk, zamartwianie się
- Nadmierna koncentracja na stanie zdrowia i ewentualnych dolegliwościach, somatyzacja
- Obniżenie nastroju
- Subiektywne poczucie mniejszej wydolności
- Utwierdzanie się w roli chorego

# Benzodwiazepiny (BDZ) w zaburzeniach lękowych

Działanie:

- Przeciwlękowe
- Nasenne
- Uspokajające
- Przeciwdrgawkowe
- Miorelaksacyjne
- Amnestyczne

# BDZ – korzyści stosowania

- Niska toksyczność
- Wysoka skuteczność
- Szybki początek działania
- Niska cena

Ale

**RYZIKO UZALEŻNIENIA – dlatego nie należy ich stosować dłużej niż 1 miesiąc!!**

# Czynniki ryzyka uzależnienia

Ze strony leku:

- Silne działanie uspokajające
- Krótki okres półtrwania
- Duże dawki
- Długi okres leczenia

# Czynniki ryzyka uzależnienia

Ze strony pacjenta

- napadowy lęk,
- objawy depresyjne,
- przewlekła bezsenność (szczególnie wczesne ranne budzenie się ),
- Przewlekłe dolegliwości bólowe,
- przewlekłe schorzenia somatyczne,
- płeć żeńska,
- skłonności do uzależnień (inne uzależnienia w wywiadzie),
- słabe wsparcie społeczne,
- słaba adaptacja społeczna,
- zaburzenia osobowości



# Sertralina

- **SADHART** – sertralina jako bezpieczny i skuteczny lek u depresyjnych pacjentów z ostrym zawałem serca lub niestabilną ch. wieńcową w ciągu ostatnich 30 dni (Glassman i wsp. 2002, n=369)
  - Brak wpływu sertraliny na
    - frakcję wyrzutową,
    - odcinek QT, QRS, PR
    - występowanie skurczów przedwczesnych
    - HR
    - BP

# SSRI

*Najczęściej zauważalnym efektem wpływu SSRI na układ krążenia jest istotne statystycznie w porównaniu z placebo, ale nieistotne klinicznie i niezależne od dawki zmniejszenie częstości akcji serca.*

- Jedynie pojedyncze przypadki niebezpiecznej depresji węzła zatokowego po SSRI
- HR zmniejsza się średnio o
  - 6 uderzeń / min. w przypadku stosowania fluoksetyny
  - o 4 uderzenia / min. w przypadku stosowania paroksetyny
  - **Najmniejszy wpływ na HR – sertralina!!**

# SSRI – interakcje z lekami „krążeniowymi”

- Warfaryna, dikumarol – znaczące wydłużenie okresu półtrwania → wzrost INR (ryzyko krwawień)
  - **Najsilniejszy efekt po FLUV i FLUOX**
  - **Najśłabszy efekt po SERTRALINIE, CITALOPRAMIE**
- NSAIDs – 3x wzrost ryzyka krwawienia z górnego odcinka przewodu pokarmowego po 80 r.ż. (3 przypadki / 1000)
- Możliwość wzrostu ryzyka hiponatremii u osób starszych leczonych diuretykami

*(Bazire 2005, Sadock i Sadock 2004)*

# Najbezpieczniejsze LPD w praktyce lekarza nie-psychiatry

(relatywnie małe ryzyko działań niepożądanych, powikłań i interakcji)

- Escitalopram
- Citalopram (CREATE) (ale QT!)
- Sertralina (SADHART, SADHART-CHF)
- Wenlafaksyna (możliwy  $\uparrow$ RR)
- Mirtazapina (MIND-IT) , mianseryna
- Tianeptyna
- Trazodon
- Wortiooksetyna (Brintellix)

# LPD w zaburzeniach lękowych

- SSRI
- Trazodon (działanie przeciwdepresyjne, dodatkowo poprawa snu). Należy zwrócić uwagę na dawkowanie (!)
- Wenlafaksyna (działanie przeciwdepresyjne, w lęku uogólnionym, zależne od dawki ryzyko ↑ RR)
- Opipramol

**Uwaga na inny lek dość powszechnie  
stosowany u takich pacjentów**

**Hydroksyzynę**

**Może wydłużać QT = ryzyko groźnych arytmii**

# Bezpieczeństwo stosowania - choroby serca

## Najniższe ryzyko

(brak istotnego  
wpływu na EKG i RR,  
tętno)

Sertralina  
Agomelatyna  
Inne SSRI#  
**Trazodon**  
Mirtazapina

## Średnie ryzyko

Wenlafaksyna  
(↓ lub ↑ ciśnienia;  
przypadki  
tachykardii)  
przypadki  
wydłużenia QT)

Duloksetyna  
Moklobemid

## Wysokie ryzyko

**TLPD**  
(wydłużenie QT, bloki,  
tachykardia,  
ortostatyczne spadki  
ciśnienia, działanie  
proarytmogenne)

ZAKŁAD ZABURZEŃ AFEKTYWNYCH  
KATEDRY PSYCHIATRII UJ CM

SZPITAL UNIWERSYTECKI W KRAKOWIE

III KLINIKA PSYCHIATRYCZNA  
INSTYTUTU PSYCHIATRII I NEUROLOGII W WARSZAWIE

FUNDACJA OŚRODEK BADAŃ MEDYCZNYCH

MAJĄ ZASZCZYT ZAPROSIĆ NA

**XXII KONFERENCJĘ SZKOLENIOWO-NAUKOWĄ**

Z CYKLU:

**"FARMAKOTERAPIA, PSYCHOTERAPIA  
I REHABILITACJA ZABURZEŃ AFEKTYWNYCH"**

NA TEMAT:

**"DROGI I BEZDROŻA DEPRESJI"**

KONFERENCJA ODBĘDZIE SIĘ W DNIACH 17 - 18 LUTEGO 2017 R. W ZAKOPANEM.

WIĘCEJ INFORMACJI NA:

[WWW.SU.KRAKOW.PL/KONFERENCJE/PSYCHIATRIA/](http://WWW.SU.KRAKOW.PL/KONFERENCJE/PSYCHIATRIA/)





# Dziękuję za uwagę!

