

ФОРМИРОВАНИЕ КОМПЛАЙЕНСА В ПРОЦЕССЕ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ПАТОЛОГИЕЙ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА НА САНАТОРНО-КУРОРТНОМ ЭТАПЕ

Клинический санаторий «Хмельник», Хмельник

Проведено обследование больных с патологией опорно-двигательного аппарата, находящихся в процессе реабилитации на санаторно-курортном этапе. Выделены нарушения психической сферы на нозологическом уровне в виде расстройства адаптации, на донозологическом — в виде ситуационно обусловленных реакций психологической дезадаптации. У больных преобладали низкий и средний уровни комплайенса. Разработана и апробирована система психотерапевтических мероприятий, которые способствовали улучшению комплайентности. Психокоррекционная программа показала высокий уровень эффективности у пациентов с патологией опорно-двигательного аппарата.

Ключевые слова: патология опорно-двигательного аппарата, психическая сфера, комплайенс, психотерапия, санаторий.

В настоящее время в Украине, как и во всем мире в целом, весьма актуальна проблема роста инвалидности. Сохраняется высокий удельный вес не только первичной, но и вторичной инвалидности. Среди причин этого явления одно из ведущих мест занимает патология опорно-двигательного аппарата (ОДА) различного генеза. У пациентов, которые утратили трудоспособность в результате патологии системы опоры и движения, отмечается снижение уровня качества жизни в основном за счет социального функционирования как при субъективной, так и объективной оценке [1].

Наиболее значимый урон трудоспособному населению наносят травмы, повлекшие за собой деструкцию и дисфункцию опорно-двигательной системы, они встречаются довольно часто: в 30–57 % случаев от общего количества функциональных травм [1, 2].

При этом в отечественных литературных источниках часто упоминаются неудовлетворительные результаты (до 40 %) терапии пациентов с патологией ОДА на различных ее этапах. Некоторые авторы указывают на низкое качество лечения в среднем у 50–75 % больных. Распространенность данного явления обусловлена особенностью терапии при патологии ОДА, так как в 50 % случаев результаты лечения зависят от трудоемкой, полноценной реабилитации пациента [3–7].

Вместе с тем остаются нерешенными вопросы особенностей формирования расстройств психической сферы, в частности невротического характера, их течения у этой категории больных, а также проблема вторичного влияния данного

фактора как на течение основного заболевания, так и общий уровень социального функционирования. Однако в практической работе с данным контингентом система медико-психологической реабилитации с применением психокоррекционных и психотерапевтических мероприятий не используется, несмотря на значительное увеличение расстройств адаптации больных. До настоящего времени лечебно-реабилитационные программы для таких пациентов были основаны на применении физиотерапевтических, бальнеологических и других мероприятий в санаторно-курортной системе, поэтому остается актуальной разработка комплексных программ их психологического сопровождения [8, 9]. Усовершенствование существующих методов работы и выявление мишеней психокоррекционного вмешательства предполагают исследование и оценку состояния психической сферы у больных с патологией ОДА, что является необходимым условием создания эффективных программ медико-психологического сопровождения данного контингента на разных этапах восстановительного лечения и реабилитации [9].

Анализ данных литературы [5, 6, 8, 10, 11] показывает, что у таких больных на фоне резкого изменения привычного образа жизни, отсутствия достоверно полной субъективной информации о своей патологии существует высокая вероятность формирования неадекватной внутренней картины болезни. С другой стороны, формирование неадекватного страха за свое будущее вследствие заболевания трансформируется в защитные психологические реакции, которые не способствуют

выздоровлению и снижают уровень качества жизни, что обуславливает необходимость внедрения мероприятий психокоррекции для пациентов с патологией ОДА.

Эффективность современных лечебно-реабилитационных мероприятий во многом зависит не только от адекватности терапевтических технологий, но и от многочисленных психологических факторов и условий [5, 13]. К фундаментальным психологическим факторам, определяющим все разнообразие лечебно-реабилитационных мероприятий, относится система мотиваций пациента и межличностные взаимоотношения в звене «пациент — терапевт». Мотивация лечения, активное участие пациентов в лечебно-реабилитационном процессе с учетом их личностных особенностей и характера реагирования на болезнь становятся базисом терапии патологий ОДА [10]. В связи с этим возрастает значение более глубокого изучения медико-психологических аспектов современной лечебной практики, прежде всего терапевтического альянса, который формируется между врачом и пациентом, а также комплайенса больных.

Известные методы повышения комплайенса [1, 12, 13] основаны на обучении пациентов, улучшении схемы дозирования медикаментов, а также на организационных мероприятиях. Разработанные системы психокоррекции ориентированы на коррекцию неблагоприятных типов комплайенса, дезадаптивных психологических реакций на свое заболевание, формирование терапевтического альянса и психологическое потенцирование медикаментозной терапии [4, 8, 11–14].

Исследование комплайенса, поиск факторов, которые его определяют, разработка и внедрение психокоррекционных программ, направленных на изменение отношения пациентов к собственному здоровью, являются существенным резервом для улучшения их приверженности к терапии и в конечном итоге для повышения эффективности лечения расстройства адаптации (РА) и ситуационно обусловленных реакций психологической дезадаптации (СОРПД) при патологии ОДА, улучшения прогноза данного заболевания.

Цель исследования — определить индивидуально-психологические особенности больных с РА и СОРПД при патологии ОДА как основу для разработки саногенетически обоснованной программы личностной психокоррекции, направленной на повышение комплайентности.

В обследование были включены 200 больных с патологией ОДА, находящихся в процессе реабилитации в санаторно-курортных условиях. Все обследованные были разделены на группу вмешательства — 80 больных, которым была проведена психокоррекционная программа, и контрольную

из 120 лиц, получавших традиционную восстановительную терапию. Возрастное и гендерное распределение больных в обеих группах было сопоставимым.

Выделены расстройства психической сферы на нозологическом уровне в виде РА (F43.2 в соответствии с МКБ-10) у 40,0% пациентов, СОРПД — у 60,0%.

В исследовании применялись следующие методы: клинический, психодиагностический (шкала объективной оценки уровня депрессии Гамильтона (HDRS), шкала субъективной оценки уровня депрессии Цунга, шкала реактивной тревоги и личностной тревожности Спилбергера — Ханина) [15]; статистический (обработка результатов проводилась с помощью стандартизированной компьютерной программы SPSS).

В ходе обследования больных с РА и СОРПД при патологии ОДА было доказано влияние на комплайенс социально-демографических факторов, таких как уровень образования, семейное положение, трудоустройство, и клинических особенностей, а именно — стадии патологии, ее продолжительности, сопутствующих заболеваний (сахарного диабета, ожирения, злоупотребления алкоголем и курения, побочных эффектов терапии). Выявлено, что среди пациентов со средним и низким уровнями приверженности к медикаментозному лечению преобладают лица со средним и средне-специальным образованием, те, кто не состоит в браке и не работает, с давностью патологии ОДА 16–25 лет, с индексом массы тела более 30, курильщики, а также больные, отмечающие наличие побочных эффектов лечения.

Установлены индивидуально-психологические факторы формирования низкой приверженности к терапии, к которым относятся такие личностные особенности пациентов с патологией ОДА, как низкий уровень интенсивности отношения к здоровью, инфернальный тип субъективного контроля, «невротический» профиль, низкий порог толерантности к стрессу, перенапряжение защитных механизмов, лабильность эмоций и самооценки, импульсивность, неконформность, стремление к независимости, устойчивость и стабильность установок, стремление к опоре только на собственный опыт, конфликтность, жесткость, эгоцентризм, интроверсия, потребность в актуализации своей индивидуальности, высокий уровень фрустрации с уходом от решения проблем.

Результаты исследования отношения больных к терапевтическому процессу показали, что в 20,0% случаев определяется высокий уровень комплайенса, в 60,0% — средний, в 20,0% — низкий.

С помощью корреляционного анализа были определены особенности взаимосвязи между

уровнем комплайенса больных, типом их терапевтического альянса и степенью доверия к врачу. Так, уровень комплайенса положительно коррелировал с партнерским ($r_s = 0,39, p \leq 0,05$), обязательным ($r_s = 0,38, p \leq 0,05$), эмпатийным ($r_s = 0,41, p \leq 0,05$) типами терапевтического альянса и высокой степенью доверия пациентов к врачу ($r_s = 0,37, p \leq 0,05$).

Пациенты с РА характеризовались преобладанием низкого уровня комплайенса при проведении восстановительной терапии (49,75% больных), что сопровождалось более тяжелым течением заболевания. Средняя и низкая приверженность к восстановительной терапии наблюдалась чаще среди лиц со средним и средне-специальным образованием, не состоящих в браке и не работающих ($p < 0,05$).

Данные психодиагностического исследования свидетельствуют, что у большинства больных был высокий уровень личностной тревожности и реактивной тревоги по шкале Спилбергера — Ханина, средний уровень объективной оценки депрессии — по шкале Гамильтона и низкий уровень субъективной оценки депрессии — по шкале Цунга.

Анализ индивидуально-психологических характеристик пациентов позволил выделить личностные особенности больных, которые играли значительную роль в формировании отношения к лечению РА и СОРПД и являлись предикторами средней и низкой приверженности к медикаментозной терапии. К ним относятся: низкий уровень ответственного отношения к своему здоровью, инфернальный тип субъективного контроля, «невротический» профиль, формирование личностной защиты типа «бегства в болезнь», наличие эмоционального напряжения на фоне эмоциональной нестабильности, подавленности, низкой стрессоустойчивости и самооценки, импульсивность, нонконформизм, стремление к независимости, ригидность установок, трудности переключения, стремление к опоре только на собственный опыт, склонность к противодействию внешнему воздействию, конфликтность, жесткость, эгоцентризм, обособленно-созерцательная личностная позиция, интроверсия, потребность в актуализации своей индивидуальности, отсутствие углубления в серьезные проблемы.

Для пациентов с патологией ОДА, проходивших лечебно-реабилитационный курс в санатории, нами разработана психокоррекционная программа, основными принципами которой были системность, этапность и последовательность психокоррекционных мероприятий, комплексность и интегративный подход при выборе психотерапевтических методов, а также многоуровневость с учетом биологического, психологического и социального направлений психокоррекционного

влияния. Психотерапия включала мотивационное интервью, когнитивно-поведенческую психотерапию, рациональную психотерапию, овладение I ступенью аутотренинга.

Эффективность разработанной программы оценивалась по таким критериям, как уровень комплайенса и уровень формирования ответственного отношения к здоровью. У пациентов группы вмешательства установлено достоверное повышение уровня комплайенса, в отличие от лиц контрольной группы, которые не участвовали в программе, а получали только базисную восстановительную терапию ($p < 0,05$).

Разработанный нами комплекс психокоррекционных мероприятий продемонстрировал свою эффективность для повышения комплайенса, уровня ответственного отношения к здоровью.

В результате исследования были сделаны следующие выводы. Поскольку эффективность лечения РА и СОРПД зависит от степени комплаентности пациента, необходимо определять уровень комплаенса в начале терапевтического процесса. Комплаенс имеет динамический характер и может изменяться в процессе проведения терапии, поэтому важно осуществлять мониторинг его уровня в процессе реабилитации на санаторно-курортном этапе.

Комплаенс определяется такими индивидуально-психологическими факторами пациентов, как особенности личности, локус контроля, уровень тревожности и уровень ответственного отношения к своему здоровью. Эти параметры должны учитываться при формировании терапевтического альянса.

Целесообразно привлекать врачей-психотерапевтов, врачей-психологов и практических психологов для консультирования и психокоррекции больных с РА и СОРПД при патологии ОДА в санаторно-курортных условиях для поддержания высокого уровня комплаентности и выработки оптимального терапевтического альянса.

В комплексную терапию больных с патологией ОДА необходимо внедрять психокоррекционную программу, направленную на формирование ответственного отношения к восстановлению уровня социального функционирования с сочетанием мотивационных, когнитивно-поведенческих и рациональных методов на основе интегративной психотерапевтической модели.

Список литературы

1. Гиндикин В. Я. Соматогенные и соматоформные психические расстройства: справочник / В. Я. Гиндикин. — К.: Здоровье, 1997. — 104 с.
2. Зубарева О. В. Клинические особенности

- психических расстройств при стрессе, вызванном травмой опорно-двигательного аппарата, и роль психотерапии в их лечении: автореф. дис. на соискание научной степени канд. мед. наук; спец. 19.00.10 «Коррекционная психология» / О. В. Зубарева.— М.: 2006.— 27 с.
3. *Клюшин М. Н.* Клинико-динамические закономерности формирования психических расстройств при ортопедических заболеваниях / М. Н. Клюшин // Гений ортопедии.— 2009.— № 3.— С. 119–123.
 4. *Курбанов Р. С.* Качество жизни пациентов с травматической болезнью спинного мозга. Психологические аспекты / Р. С. Курбанов // Актуальные проблемы психологической реабилитации лиц с ограниченными возможностями здоровья: матер. Междунар. науч.-практ. конф.; 5–6 декабря 2011 г., г. Москва.— М.: МГППУ, 2011.— С. 423–426.
 5. *Лысенко Т. А.* Организация психотерапевтической помощи больным с травмами ОДА В МОТП / Т. А. Лысенко, Е. В. Якушева, Л. В. Вивдыч // Актуальные вопросы травматологи: сб. матер. научн.-практ. конф., Благовещенск.— 1999.— Вып. № 1.— С. 21–23.
 6. *Михайлов Б. В.* Психотерапия в курортологии: клин. рук. / Б. В. Михайлов, А. И. Сердюк, Б. С. Федак; под общ. ред. Б. В. Михайлова.— Харьков: Клинический санаторий «Курорт Березовские минеральные воды», 2012.— 322 с.
 7. *Karasek R.* Healthy work: stress, productivity, and the reconstruction of working life / R. Karasek, T. Thorell.— N. Y.: Basic Books, 1990.— 381 p.
 8. *Михайлов Б. В.* Психотерапия в общесоматической медицине: клин. рук. / Б. В. Михайлов, А. И. Сердюк, В. А. Федосеева.— Харьков: Прапор, 2002.— 108 с.
 9. Состояние психического здоров'я населения и тенденции развития психиатрической помощи на постсоветском пространстве / П. В. Морозов, Н. Г. Незнанов, О. В. Лимакин [и др.] // Укр. вісн. психоневрології.— 2014.— Т. 22, вип. 1 (78).— С. 11–17.
 10. *Напреєнко О. К.* Психіатрична наука в Україні у 2013 році та напрямки її вдосконалення (за даними Проблемної комісії «Психіатрія» МОЗ і НАМН України) / О. К. Напреєнко // Укр. вісник психоневрології.— 2014.— Т. 22, вип. 1, № 2 (78).— С. 18–22.
 11. Реабилитация больных с травматической болезнью спинного мезга; под общ. ред. Г. Е. Ивановой, В. В. Крылова, М. Б. Цикунова, Б. А. Поляева.— М.: Картолитография, 2010.— 640 с.
 12. *Шестопалова Л. Ф.* Довіра до лікаря як чинник формування комплаєнсу у хворих на невротичні та психічні розлади / Л. Ф. Шестопалова, В. А. Кожевникова, О. О. Бородавко // Медична психологія.— 2013.— Т. 8, № 4 (32).— С. 3–7.
 13. *Щербакова А. М.* Факторы, определяющие психологическую устойчивость в трудных жизненных ситуациях / А. М. Щербакова, А. В. Шехорина // Актуальные проблемы психологической реабилитации лиц с ограниченными возможностями здоровья: научн. изд.; отв. ред. А. М. Щербакова.— М., 2011.— С. 53–55.
 14. Psychological factors at work and musculoskeletal disorders: a one year prospective study / J. Bugajska, D. Żołnierczyk-Zreda, A. Jędryka-Góral [et al.] // Rheumatol. International.— 2013.— № 33 (12).— P. 2975–2983.
 15. *Райгородский Д. Я.* Практическая диагностика. Методики и тесты / Д. Я. Райгородский.— М.: Бахрах-М, 2011.— 672 с.

ФОРМУВАННЯ КОМПЛАЄНСУ В ПРОЦЕСІ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ ІЗ ПАТОЛОГІЄЮ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ НА САНАТОРНО-КУРОРТНОМУ ЕТАПІ

О. О. ГАЛАЧЕНКО, В. В. ГАЛАЧЕНКО

Проведено обстеження хворих із патологією опорно-рухового апарату, які перебували у процесі реабілітації на санаторно-курортному етапі. Виділено порушення психічної сфери на нозологічному рівні у вигляді розладів адаптації, на донозологічному — у вигляді ситуаційно обумовлених реакцій психологічної дезадаптації. У хворих переважали низький та середній рівні комплаєнсу. Розроблено та апробовано систему психотерапевтичних заходів, які сприяли покращанню комплаєнтності. Психокорекційна програма показала високий рівень ефективності у пацієнтів із патологією опорно-рухового апарату.

Ключові слова: патологія опорно-рухового апарату, психічна сфера, комплаєнс, психотерапія, санаторій.

FORMATION OF COMPLIANCE IN THE PROCESS OF REHABILITATION OF PATIENTS WITH DISORDERS OF THE MUSCULOSKELETAL SYSTEM AT RESORT STAGE

O. O. GALACHENKO, V. V. GALACHENKO

The patients with disorders of the musculoskeletal system were investigated in the process of rehabilitation resort treatment. Mental disorders were distinguished on the nosological level in the form of adjustment disorder and situationally conditioned responses of psychological maladjustment on

the prenosological level. The patients had low and medium levels of compliance. A system of psychotherapeutic activities that contributed to the level of compliance was developed and tested. The system showed a high level of its effectiveness in patients with musculoskeletal disorders.

Key words: disorders of the musculoskeletal system, mental sphere, compliance, psychotherapy, resort.

Поступила 07.12.2016