

В.В. Галаченко

ФОРМИРОВАНИЕ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ПАТОЛОГИЕЙ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА НА САНАТОРНО-КУРОРТНОМ ЭТАПЕ

«Клинический санаторий «Хмельник»»

Galachenko Victoria

FORMATION OF MEDICAL-PSYCHOLOGICAL REHABILITATION OF PATIENTS WITH DISORDERS OF THE MUSCULOSKELETAL SYSTEM AT THE SANATORIUM STAGE

PhD, Deputy Chief Doctor of organizational and methodical work of the Trade-union sanatorium «Khmilnyk»

Резюме *Цель исследования: определение индивидуально-психологических особенностей больных с РА и СОРПД при патологии опорно-двигательного аппарата как основы для разработки саногенетически обоснованной программы личностной психокоррекции, направленной на повышение комплаентности.*

Материалы и методы: Проведено обследование 200 больных с патологией опорно-двигательного аппарата, находящихся в процессе реабилитации на санаторно-курортном этапе.

Результаты: Выделены расстройства психической сферы на нозологическом уровне в виде расстройства адаптации (РА) (F 43.2) у 40,0% больных. У 60,0% больных установлены донозологические нарушения психической сферы в виде ситуационно обусловленных реакций психологической дезадаптации (СОРПД).

У больных с РА преобладал низкий уровень комплаенса – у 49,75% больных, у больных СОРПД – средний уровень у 52,25% больных.

Выводы: Была разработана и апробирована система психотерапевтических мероприятий, которые способствовали повышению уровня комплаентности. Апробация системы показала высокий уровень её эффективности.

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

В настоящее время в Украине, как и в мире в целом, весьма актуальна проблема роста инвалидности. Высокий удельный вес отмечается не только первичной, но и вторичной инвалидности. Среди причин этого явления одно из ведущих мест занимает патология опорно-двигательного аппарата различного генеза (ОДА). Среди пациентов, которые утратили трудоспособность в результате патологии системы опоры и движения отмечается ухудшение уровня качества жизни, в основном за счет снижения уровня социального

функционирования, как при субъективной, так и объективной оценке [1].

Наиболее значимый урон для трудоспособного населения приносят травмы, повлекшие за собой деструкцию и дисфункцию опорно-двигательной системы. Такого рода травмы встречаются довольно часто, в 30 — 57% случаев от общего количества функциональных травм [1; 2].

При этом, в отечественных современных литературных источниках, часто упоминается о неудовлетворительном качестве результатов

— до 40 % в терапии пациентов с патологией опорно-двигательного аппарата на различных ее этапах. Некоторые источники указывают на низкое качество лечения в среднем у 50% — 75%. Распространенность данного явления обусловлена особенностью терапии у больных с патологией опорно-двигательного аппарата, так как в 50% результаты лечения зависят от трудоемкой, полноценной реабилитации пациента [3; 4; 5; 6; 14].

Вместе с тем, являются неопределенными вопросы особенностей формирования расстройств психической сферы, в частности невротического характера, их течения у этой категории больных. Нерешенным является вопрос их вторичного влияния, как на течение основного заболевания, так и на общий уровень социального функционирования. Соответственно, не разработана система медико-психологической реабилитации с применением психокоррекционных и психотерапевтических мероприятий. Вместе с тем, наблюдается значительный рост расстройств адаптации у данного контингента больных. Лечебно-реабилитационные программы относительно таких пациентов до настоящего времени основаны на применении физиотерапевтических, бальнеологических и других мероприятий в санаторно-курортной системе. На сегодняшний день остается актуальной разработка комплексных программ психологического сопровождения больных с нарушениями опорно-двигательного аппарата на этапе санаторно-курортного лечения [7; 8].

В решении этой проблемы, среди разработки и усовершенствования существующих методов работы и выявления мишеней психокоррекционного вмешательства, актуальным является исследование и оценка состояния психической сферы у больных с патологией опорно-двигательного аппарата. Это является необходимым условием усовершенствования программ медико-психологического сопровождения данного контингента больных, на разных этапах восстановительного лечения и реабилитации [8].

Анализ данной литературы показывает, что на фоне резкого изменения привычного образа жизни, отсутствия достоверно полной субъективной информации о болезни существует высокая вероятность формирования неадекватной внутренней картины болезни. С

другой стороны, формирование неадекватного страха перед заболеванием, за свое будущее трансформируется в защитные психологические реакции, которые не способствуют выздоровлению и снижают уровень качества жизни, что обуславливает необходимость внедрения мероприятий психокоррекции для пациентов с патологией опорно-двигательного аппарата [5, 6, 7, 9, 10].

Эффективность современных лечебно-реабилитационных мероприятий во многом зависит не только от адекватности терапевтических технологий, но и от многочисленных психологических факторов и условий [5, 12]. К фундаментальным психологическим факторам, опосредующим 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 его личностных особенностей и характера реагирования на болезнь, является базисом современного лечебно-реабилитационного процесса [9]. В связи с этим возрастает необходимость более глубокого изучения медико-психологических аспектов современной лечебной практики, прежде всего, терапевтического альянса, который формируется между врачом и пациентом, а также комплаенса больных.

Известные методы повышения комплаенса [1, 11, 12] основаны на обучении пациентов, улучшении схемы дозирования медикаментов, а также на организационных мероприятиях. Разработанные системы психокоррекции ориентированы на коррекцию неблагоприятных типов комплаенса, дезадаптивных психологических реакций на свое заболевание, формирование терапевтического альянса и психологическое потенцирование медикаментозной терапии [4, 7, 10, 11, 12].

Исследование комплаенса, поиск факторов, которые его определяют, разработка и внедрение психокоррекционных программ для пациентов, направленных на изменения отношения к собственному здоровью является одним из существенных резервов для улучшения приверженности к терапии, и в конечном итоге для повышения эффективности лечения расстройства адаптации (РА) и ситуационно обусловленных реакций психологической деза-

даптации (СОРПД) при патологии опорно-двигательного аппарата и улучшения прогноза данного заболевания.

Вышеизложенное послужило обоснованием нашего исследования, целью которого было определение индивидуально-психологических особенностей больных с РА и СОРПД при патологии опорно-двигательного аппарата как основы для разработки саногенетически обоснованной программы личностной психокоррекции, направленной на повышение комплаентности.

Контингент и методы исследования.

В обследование были включены 200 больных с патологией опорно-двигательного аппарата, находящихся в процессе реабилитации на санаторно-курортном этапе.

Выделены расстройства психической сферы на нозологическом уровне в виде расстройства адаптации (F 43.2) у 40,0% больных и ситуационно обусловленные реакции психологической дезадаптации (СОРПД) – у 60,0% больных.

Возрастное и гендерное распределение больных в обеих группах было сопоставимым. Полученные результаты клинико-психопатологического исследования позволили определить клиническую структуру и общие закономерности формирования непсихотических нарушений психической сферы у исследуемых больных.

В ходе исследования применялись следующие методы: клинический, психодиагностический (шкала объективной оценки уровня депрессии Гамильтона (HDRS), шкала субъективной оценки уровня депрессии «Шкалы для оценки депрессии» Цунга), шкала реактивной тревоги и личностной тревожности Ч. Д. Спилбергера – Ю. Л. Ханина); статистический: обработка результатов проводилась с помощью стандартизированной компьютерной программы SPSS.

Полученные результаты.

Все нарушения психической сферы у больных с патологией опорно-двигательного аппарата были распределены соответственно ведущей симптоматике в зависимости от ее сочетания и выраженности. У 60,0% больных выраженность психопатологической симптоматики не достигала очерченности нозологического уровня и была идентифицирована нами в виде ситуационно обусловленных реакций

психологической дезадаптации (СОРПД), и у 40,0% больных на нозологическом уровне были диагностированы расстройства адаптации (РА) (F 43.2) по МКБ-10.

В ходе исследования больных с РА и СОРПД при патологии опорно-двигательного аппарата доказано влияние на комплаенс социально-демографических факторов, таких как уровень образования, семейное положение, трудоустройство, и клинических особенностей, таких как стадия патологии, ее продолжительность, сопутствующих заболеваний – сахарного диабета, ожирения, злоупотребления алкоголем и курение и побочных эффектов терапии. Выявлено, что среди пациентов со средним и низким уровнями приверженности к медикаментозному лечению преобладает доля лиц со средним и средне-специальным образованием, тех, кто не состоит в браке и не работает, давностью патологии опорно-двигательного аппарата 16-25 лет, с индексом массы тела > 30, курильщиков, а также тех, кто отмечает наличие побочных эффектов лечения.

Установлены индивидуально-психологические факторы формирования низкой приверженности к терапии, к которым относятся такие личностные особенности пациентов с патологией опорно-двигательного аппарата, 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 стеничность 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 у 20,0% всех пациентов определяется высокий уровень комплаенса, у 60,0% – средний, у 20,0% – низкий.

С помощью корреляционного анализа были определены особенности взаимосвязи между уровнем комплаенса больных, типом их терапевтического альянса (ТА) и степенью доверия к врачу. Так, уровень комплаенса 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 ТА и высокой степенью доверия пациентов к врачу ($r_s = 0,37$, $p \leq 0,05$).

Пациенты с расстройствами адаптации характеризовались преобладанием низкого уровня комплаенса 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 ($p < 0,05$).

По данным психодиагностических исследований установлено следующее. Для большинства больных характерными были высокий уровень личностной тревожности и реактивной тревоги по данным шкалы Спилбергер-Ханина, средний уровень депрессии по данным шкалы Гамильтона и низкий уровень по данным шкалы Цунга.

По данным анализа индивидуально-психологических характеристик пациентов выделены личностные особенности больных, которые играли значительную роль в формировании отношения к лечению РА и СОРПД и являлись предикторами формирования средней и низкой приверженности к медикаментозной терапии. К ним относятся низкий уровень ответственного отношения к 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, неконформизм, 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.

Нами была разработана психокоррекционная программа.

Основными принципами построения психокоррекционной программы были системность, этапность и последовательность психокоррекционных мероприятий на сана-

торно-курортном этапе лечения патологий опорно-двигательного аппарата, 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 (КБТ), рациональную психотерапию, овладение I ступенью АТ.

Все обследованные больные были разделены на группу вмешательства (80 больных), которым была проведена психокоррекционная программа, и контрольную группу (120 больных), которые получали традиционную восстановительную терапию.

Эффективность разработанной программы оценивалась по таким критериям, как уровень комплаенса, уровень формирования ответственности отношения к здоровью. Психокоррекционная программа продемонстрировала свою эффективность для достижения высокого комплаенса. У участников основной группы исследования обнаружено достоверное повышение уровня комплаенса, в отличие от участников 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 комплаенса, уровня ответственности отношения к здоровью.

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 уровня комплаенса в процессе реабилитации на санаторно-курортном этапе.

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

Целесообразно использовать врачей – психотерапевтов, врачей-психологов и практических психологов для консультирования и психокоррекции больных с РА и СОРПД при патологии опорно-двигательного аппарата в санаторно-курортных условиях для коррекции уровня комплаентности и выработки оптимального терапевтического альянса.

Необходимо внедрение в комплексную терапию больных с патологией опорно-двигательного аппарата психокоррекционной программы, направленной на формирование ответственного отношения к восстановлению уровня социального функционирования с сочетанием мотивационных, когнитивно-поведенческих и рациональных методов на основе интегративной психотерапевтической модели.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гиндикин В. Я. Соматогенные и соматоформные психические расстройства: справочник. – 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. канд. мед. наук. М. – 2006. – 27 с.
3. Ключин М. Н. Клинико-динамические закономерности формирования психических расстройств при ортопедических заболеваниях / М. Н. Ключин // 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»: материалы международной научно-практической конференции – Москва. 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 // В сб. научно-практической конф. «Актуальные вопросы травматологии». Благовещенск. – 1999. – вып. №1. – С. 21 – 23.
6. Михайлов Б. В. Психотерапия в курортологии (клиническое руководство) / Б. В. Михайлов, А. И. Сурдюк, Б. С. Федак // Под общ. ред. Б. В. Михайлова. – Х. : Клинический санаторий «Курорт Березовские минеральные воды», 2012. – 322с.
7. Михайлов Б.В. Психотерапия в общесоматической медицине: клин. руководство / Б.В.Михайлов, А.И.Сердюк, В.А.Федосеева. – Харьков: Прапор, 2002. – 108 с.
8. Морозов П.В. Состояние психического здоровья населения и тенденции развития психиатрической помощи на постсоветском пространстве. /Морозов П.В., Незнанов Н.Г., Лимакин О.В. [и др.] // Укр. вісник психоневрології – Том 22 – випуск 1 (78) – 2014. – С. 11–17.
9. Напрєнко О.К. Психіатрична наука в Україні у 2013 році та напрямки її вдосконалення (за даними Проблемної комісії «Психіатрія» МОЗ і НАМН України) / О.К. Напрєнко // Укр. вісник психоневрології –2014. – Том 22 – випуск 1– № (78)2 – С. 18–22.
10. Реабилитация больных с травматической болезнью спинного мозга / Под общ. ред. Г. Е. Ивановой, В. В. Крылова, М. Б. Цикунова, Б. А. Поляева. М., 2010.
11. Шестопалова Л.Ф. Довіра до лікаря як чинник формування комплаєнсу у хворих на невротичні та психічні розлади. // Шестопалова Л.Ф., Кожевникова В.А., Бородавко О.О. // Медицинская психология. – т.8. №4 (32). – С.3-7.
12. 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: научное издание / Отв. ред. А.М. Щербакова. – М., 2011. – С. 53 – 55.
13. Bugajska J. Psychological factors at work and musculoskeletal disorders: a one year prospective study / J. Bugajska, D. Żolnierczyk-Zreda, A. Jędryka-Góral, R. Gasik, K. Hildt-Ciupińska, M. Malińska, S. Bedyńska // Rheumatol International. – 2013. – 33(12) : 2975–2983.
14. Karasek R, Thorell T. Healthy work: stress, productivity, and the reconstruction of working life. New York: Basic Books; 1990.

РЕЗЮМЕ

ФОРМУВАННЯ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ З ПАТОЛОГІЄЮ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ НА САНАТОРНО-КУРОРТНОМУ ЕТАПІ

В.В. Галаченко

к. мед. н., заступник головного лікаря з організаційно-методичної роботи «Клінічний санаторій «Хмельник»»

Мета дослідження: визначення індивідуально-психологічних особливостей хворих з РА і СОРПД при патології опорно-рухового апарату як основи для розробки

саногенетично обґрунтованої програми особистісної психокорекції, спрямованої на підвищення комплаєнтності.

Матеріали і методи: Проведено обстеження 200 хворих з патологією опорно-рухового апарату, які перебувають в процесі реабілітації на санаторно-курортному етапі.

Результати: Виділено розлади психічної сфери на нозологічному рівні у вигляді розладів адаптації (РА) (F 43.2) у 40,0% хворих. У 60,0% хворих встановлені донозологічні порушення психічної сфери у вигляді ситуаційно обумовлених реакцій психологічної дезадаптації (СОРПД).

У хворих з РА переважав низький рівень комплаєнсу – у 49,75% хворих, у хворих на СОРПД – середній рівень у 52,25% хворих.

Висновки: Була розроблена і апробована система психотерапевтичних заходів, які сприяли підвищенню рівня комплаєнтності. Апробація системи показала високий рівень її ефективності.

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

SUMMARY

FORMATION OF MEDICAL-PSYCHOLOGICAL REHABILITATION OF PATIENTS WITH DISORDERS OF THE MUSCULOSKELETAL SYSTEM AT THE SANATORIUM STAGE

Galachenko Victoria

Trade-union sanatorium «Khmilnyk»

Aim of study: to determine the individual psychological features of patients with RA and CORPD in the pathology of the musculoskeletal system as the basis for the devel-

opment of a sanogenetically substantiated program of personal psychocorrection aimed at improving compliance.

Materials and methods: The examination included 200 patients with disorders of the musculoskeletal system, in the process of rehabilitation sanatorium stage.

Results. Obtained psychiatric disorders in the nosological level of adjustment disorder (AD) (F 43.2) in 40.0% patients. In 60.0% patients fitted prenosological psychiatric disorders in the form of situationally conditioned responses psychological disadaptation (SCRPD).

In patients with AD the low level of compliance was prevalent (49.75% of patients), in SCRPD patients the average level of compliance dominated (52.25% of patients).

Conclusions. We developed and tested the system of psychotherapeutic activities that contributed to the level of compliance. The system approbation showed a high level of its effectiveness.

Keywords: disorders of the musculoskeletal system, mental sphere, compliance, psychotherapy, sanatorium.