

*Уважаемые читатели!*

*Предлагаем вам принять участие в обсуждении статьи наших коллег из Ярославской государственной медицинской академии. Вопросы, которые они поднимают, — психосоциальные факторы, влияющие на исход лечения больного с заболеванием опорно-двигательного аппарата, — представляются нам важными. Действительно, от взаимодействия врача и больного на всех этапах лечения, от их взаимопонимания, от того, насколько высок авторитет врача в глазах больного и насколько врач сумел разобраться в особенностях личности своего пациента, в огромной степени зависит успех терапии. Но должен ли и может ли современный врач в условиях, когда медицина все больше стремится к стандартизации, когда решения принимаются на основе доказательных критериев, быть еще и психологом и психотерапевтом?*

*Напишите, что вы думаете об этом, а мы опубликуем все отклики на эту статью.*

*Редколлегия*

## Больной с заболеванием опорно-двигательного аппарата: некоторые психосоциальные факторы, влияющие на исход лечения

Н.И. Коршунов, Н.В. Яльцева, Е.В. Речкина, Ю.С. Филатова, И.Г. Слезина

*Ярославская государственная медицинская академия*

*Контакты: Н.И. Коршунов kor550@rambler.ru*

Новые медицинские технологии, в частности использование биологических препаратов, поражают воображение. Кажется, еще немного, и ревматоидный артрит (РА) и другие ревматические болезни будут окончательно побеждены. Но не находимся ли мы в плену иллюзий?

Конечно, сегодня приоритет лекарственной терапии в ревматологии неоспорим, но можно ли полностью игнорировать другие факторы, влияющие на достижение или недостижение эффекта: психические, психологические, социальные, личность врача, личность больного, взаимоотношения врача с больным? Не будем забывать, что процесс лечения происходит в обществе, где существуют определенные традиции, разные организационные и социальные формы лечебной помощи, где много других факторов, важных для больного и врача, от которых зависит успех лечения.

В основу статьи положены данные, полученные в нашей клинике. Это не строго научная статья, хотя она и содержит фактический материал. Скорее, это дискуссия, тема которой обозначена в заглавии статьи.

Мы оценивали значение лечебно-реабилитационных мероприятий для достижения терапевтического эффекта у больных РА, который по трем оценкам (оценка больного, оценка врача и критериальная оценка) квалифицировали как «значительное улучшение». С помощью дисперсионного анализа для качественных неравномерных комплексов рассчитывали вклад (влияние) этих мероприятий.

Анализировали влияние трех показателей: 1) медикаментозные меры (регулярность приема и дозы нестероидных противовоспалительных препаратов — НПВП и глюкокортикоидов — ГК, использование базисных препаратов — БП); 2) психотерапевтическое и психофармакологическое воздействие, а также характеристики, оценивающие личность врача и степень его взаимодействия с больным (ранговое место врача среди социально значимых лиц и дистан-

ция в паре врач — больной); 3) реабилитационные мероприятия (общая и специальная лечебная физкультура — ЛФК для кистей, массаж, физиотерапия).

Оказалось, что на частоту значительного улучшения, по оценкам больных, достоверно влияли использование психотерапии, место врача среди социально значимого окружения больного и специальная ЛФК для кистей ( $\eta^2=0,21$ ;  $0,041$ ;  $0,028$  соответственно). Фактически то же самое мы увидели и в оценках врачей: психотерапия, дистанция в паре врач — больной и ЛФК для кистей ( $\eta^2=0,688$ ;  $0,135$ ;  $0,061$ ). И наконец, при критериальных оценках, помимо существенного влияния психотерапии и ЛФК для кистей ( $\eta^2=0,216$ ;  $0,031$ ), отмечено еще и влияние психофармакотерапии ( $\eta^2=0,031$ ), а также общей ЛФК ( $\eta^2=0,060$ ). Не установлено достоверной связи между значительным улучшением и характером медикаментозной терапии, однако это логично, поскольку терапия была стандартной и адекватной тяжести процесса.

Обратимся к роли личности больного. Известно высказывание Вольтера: «Врачи прописывают лекарства, о которых они мало знают, по поводу болезней, о которых они знают еще меньше, пациентам, о которых они не знают ничего». Возможно, эта фраза в век высоких технологий неактуальна. Но вряд ли сегодня клиницист будет отрицать, что ему важно знать не только о самой болезни, но и о пациенте — его переживаниях, особенностях поведения. Высокие технологии как никогда требуют точного выполнения больным всех предписаний врача и тщательного контроля со стороны врача, что невозможно без оптимального взаимодействия в паре врач — больной.

Мы исследовали роль некоторых характерологических черт пациента, которые влияют на достижение или недостижение клинического эффекта при РА, и выявили четыре такие особенности:

## Д И С К У С С И Я

• сочетание истерических и ригидных черт личности, о чем свидетельствуют высокие 3-я и 6-я шкалы ММРІ ( $\eta^2=0,155$ ). Это редкое и кажущееся противоречивым сочетание. Речь идет о демонстративных и в то же время упрямым натурах. Такие пациенты реагируют на фрустрирующую, неудобную, некомфортную ситуацию по тесту Розенцвейга ( $\eta^2=0,118$ ). При препятственно-доминантном типе реагирования, когда больной поставлен в тупик и не может разрешить ситуацию, эффект достигался реже, при разрешающем типе реагирования — чаще;

• высокий уровень психопатизации ( $\eta^2=0,056$ ), определяемый по шкале психопатизации и невротизации, разработанной в Психоневрологическом институте им. В.М. Бехтерева, а также высокая степень ипохондризации ( $\eta^2=0,056$ ), устанавливаемая по ММРІ;

• алекситимия — неспособность выражать свои чувства — один из факторов развития психосоматической патологии, когда не находящие внешнего выражения чувства «канализуются» и «бьют» по уязвимым соматическим структурам. В соответствии с торонтской алекситимической шкалой высокий алекситимический индекс выявлен почти у половины больных РА. У них можно было ожидать худших результатов терапии. Однако оказалось, что отсутствие эффекта гораздо чаще регистрировалось у неалекситимичных пациентов (18,8 и 2,0%;  $p=0,008$ ). Не исключено, что неалекситимичные пациенты как более склонные к выражению своих чувств намного точнее и откровеннее выражают свои болезненные ощущения, которые, учитывая хронический характер болезни, постоянно персистируют, способствуя ипохондризации. Такие больные чаще негативно оценивают клинический эффект, в свою очередь это подталкивает и врачей к занижению оценки результатов лечения. Однако алекситимичные больные чаще молчат;

• больные с типом психологической защиты «реактивные образования». Этот аспект личности пациента несколько неожиданно оказался связан с клиническим эффектом. Неожиданно потому, что стиль и профиль психологических защит генетически детерминирован и представляется мало динамичным. Тем не менее, оказалось, что число больных с таким типом психологической защиты, посредством которого с неприемлемым в социальном отношении импульсом справляются путем преувеличения противоположного стремления (заботливость может быть реактивным образованием на бессердечие, жалость — на бессознательную жестокость, кажущееся высокомерие — на чувство неполноценности) и который исходно доминировал у половины больных РА, в случае отсутствия эффекта растет, при незначительном улучшении остается без изменения, а при значительном улучшении снижается ( $\chi^2 = 5,53$ ;  $p < 0,019$ ). Учитывая закон обратной связи, а также психотерапевтические возможности, можно предположить, что там, где напряженность этой защиты ослабевает, результаты будут лучше.

Больной находится в социуме, и черты его личности проявляются в разных социальных ситуациях, поэтому и на эффективность лечения влияет множество взаимосвязанных психосоциальных факторов. По нашим данным ( $p < 0,05$ ), эффект лечения у пациентов с синдромом Low Back Pain достоверно связан со следующими параметрами: 1) возраст ( $r=-0,37$ ); 2) степень удовлетворенности социальным окружением (друзьями —  $r=0,34$ ; коллегами —  $r=0,29$ ; администрацией —  $r=-0,29$ ); 3) уровень социаль-

ной фрустрированности, определяемой по степени удовлетворенности/неудовлетворенности различными сторонами жизни, т.е. адаптацией к ним ( $r=-0,30$ ); 4) образ жизни, включающий общение с окружающими, активность пациента (общение с родственниками —  $r=0,34$ ; друзьями —  $r=0,30$ ; наличие дополнительного заработка —  $r=0,39$ ; отдых на природе —  $r=0,29$  или ничегонеделание —  $r=-0,36$ ); 5) ценностные ориентации, например общественная работа ( $r=0,36$ ); 6) интенсивность ( $r=0,48$ ) и регулярность ( $r=0,39$ ) половой жизни; 7) тип и профиль отношения к болезни, более или менее адаптивные или дезадаптивные его варианты (от  $r=-0,32$  до  $r=0,37$ ); 8) наличие и выраженность психических, аффективных нарушений — депрессии ( $r=-0,67$ ) и тревоги ( $r=-0,34$ ).

Конечно, можно рассматривать клинический эффект лечения не как причину, а как следствие многих из этих взаимосвязанных характеристик. Например, ничегонеделание — это, вероятно, не причина, а следствие неэффективности терапии, ведущей к ограничению функциональных возможностей. Но мы понимаем, что на определенном этапе причина и следствие могут меняться местами.

Связана ли эффективность лечения больных с личностными особенностями врача? С помощью методики «Идеальный — реальный врач», разработанной Л.П. Урванцевым в Ярославском государственном университете, нами рассчитаны коэффициенты конфликтности в паре врач — больной. Эти коэффициенты рассчитывали в полярных профилях по степени выраженности несовпадений некоторых черт идеального врача и конкретного лечащего врача по мнению больного (самый умный — глупый; терпеливый — нетерпеливый; внимательный — невнимательный; веселый — грустный; отзывчивый — холодно-рассудительный; твердый — мягкий). Для каждого ревматолога устанавливали средние коэффициенты, основанные на оценках от 20 до 50 больных. По соотношению положительных и негативных результатов лечения определяли ранг успешности врача и его ранг в связи с отдельными личностными качествами. В итоге выявлено, что клинический эффект связан с двумя из трех рассчитываемых коэффициентов конфликтности: степенью негативизма к врачу и коэффициентом обобщенной конфликтности, а также с отдельными качествами врача — вниманием и терпением (ранговый коэффициент Спирмена — 0,87; 0,93; 0,89; 0,99 соответственно). На первый взгляд, странно, что ум врача и клинический эффект оказались не связанными друг с другом, но если учесть незначительные различия между оценками по этому параметру (все врачи в среднем в глазах больных оказались примерно равны), то ничего удивительного в этом нет. Точно так же и другие характеристики врача (твердость — мягкость, отзывчивость и др.) были менее существенными в глазах больных для достижения клинического эффекта. Таким образом, результат нашей работы подтверждает важность включения ряда личностных качеств в понятие «профессиональная компетентность врача», определяя неформальный подход к оценке его квалификации с учетом не только специальных знаний, навыков и владения «профессиональными технологиями», но и возможностей его взаимодействия с пациентом.

Итак, помимо характера проводимой терапии, на эффект лечения влияют особенности личности больного и

личности врача. Именно они в итоге обуславливают характер взаимодействия между ними и корректируют результат терапии в ту или иную сторону. Это взаимодействие можно оценить с помощью методики «Личностный дифференциал», которая на основании само- и взаимооценки врача и пациента позволяет рассчитать интегральный показатель, характеризующий взаимопонимание — «дистанцию». Очевидно, что чем эта дистанция меньше, тем лучше взаимопонимание и результативнее взаимодействие. Оказалось, что величина дистанции достоверно связана с возрастом ( $r=-0,25$ ) и стажем ( $r=-0,24$ ) врача: чем они больше, тем меньше дистанция — больше опыта, больше доверия. Кроме того, при использовании цветового теста отношений оказалось, что чем меньше ранговое место врача, по данным этого теста (т.е. чем ближе воспринимается больным врач на неосознаваемом эмоциональном уровне), тем меньше эта дистанция ( $r=-0,34$ ). Чем интенсивнее прием лекарств (чем тяжелее больная) или чем аккуратнее больной принимает лекарства (чем лучше приверженность лечению), тем меньше дистанция ( $r=-0,28$ ). Но самое главное: влияние дистанции на частоту значительных улучшений, по врачебной оценке, является существенным ( $\eta^2=-0,135$ ).

Есть еще один нюанс в деятельности врача, связанный с особенностями его личности, например, с его авторитарностью или комформностью: насколько он доверяет своему опыту и насколько — мнениям коллег. От этого зависит и формирование точки зрения пациента. Известно, что точки зрения ревматологов могут отличаться. В связи с этим приведем наши данные о разнообразии точек зрения ревматологов и больных РА. На основании формализованного опроса о приоритетах различных лечебно-реабилитационных методов при РА, степени их эффективности, возможных осложнениях, удобстве использования и т.д. формировалась так называемая ранговая корреляционная решетка, основанная на методе корреляционных ранговых решеток Келли в модификации Баннистера с жестко заданными конструктами. С учетом индивидуальных решеток можно создавать усредненные решетки для определенных групп. Так, на основании мнения ревматологов можно соз-

дать усредненную решетку как некий эталон. Методика позволяет провести корреляционный анализ между как индивидуальными решетками, так и групповыми, например с эталоном. Мы анализировали коэффициенты корреляции с «врачебным эталоном» мнений отдельных экспертов и больных РА 15 лет назад и сегодня. В качестве экспертов выступали 20 известных ревматологов Москвы и Ярославля. Так, 15 лет назад в число экспертов входили Э.Р. Агабабова, Я.А. Сигидин и другие ведущие сотрудники Института ревматологии. Так же и в 2008 г.: большинство экспертов — это члены правления и президиума Ассоциации ревматологов России. Оказалось, что 15 лет назад разброс мнений среди экспертов был более выражен (коэффициент корреляции с эталоном колебался от 0,30 до 0,97; в среднем — 0,68). Курс на стандартизацию и доказательную медицину сделал мнение экспертов более единодушным ( $p < 0,05$ ), разброс индивидуальных мнений существенно уменьшился (с 0,55 до 0,96; в среднем — 0,85).

Но вот разброс мнений больных был очень широким — вплоть до совершенно противоположных точек зрения (от 0,36 до 0,83). Вот поле деятельности для информационной работы с больными! Однако эта образовательная работа требует от врача не только профессиональной компетентности, но и, как сказал автор известного руководства для врачей общей практики Джон Мерта, «умения общаться, учить, советовать». Огромное количество различных школ для больных, создаваемых формально, «для галочки», еще не признак того, что мы достигаем нового уровня в образовании пациентов. Не каждый врач может выполнить эту чрезвычайно ответственную работу. В заключение напомним известные слова А.П. Чехова: «Профессия врача — подвиг. Она требует самоотверженности, чистоты души и чистоты помыслов». Особенно важно окончание этой фразы: «Не всякий способен на это». Но уж если кто-то стал врачом, и неплохим врачом в своей специальности, это не значит, что он способен заниматься сложной психолого-педагогической работой с больными. И это отчетливо показывает проведенный нами анализ взаимоотношений врача и больного.

## У В А Ж А Е М Ы Е К О Л Л Е Г И !

**Подписаться на журнал «СОВРЕМЕННАЯ РЕВМАТОЛОГИЯ» на второе полугодие 2009 г. можно через каталоги:**

**«Пресса России». Подписной индекс — 42195.**

**«Почта России» (каталог «Персональная подписка», только для организаций с доставкой заказной бандеролью). Подписной индекс — К 0861.**

**Журнал выходит 4 раза в год (раз в квартал).**

Чтобы получать журнал по рассылке, необходимо прислать заполненную **анкету** (см. на обороте) по адресу: **123104, Москва, а/я 68, Издательство «ИМА-ПРЕСС»** или по электронной почте: **info@ima-press.net**.

Поскольку есть случаи, когда почта возвращает журнал в редакцию из-за неточно указанного адреса, просим всех подписчиков разборчиво писать адрес.

Если вы подписались на журнал и не получили его, просим прислать заявку еще раз.

**Электронная версия журнала: <http://rheumatology.beweb.ru/doctor/zhurnaly/sr/>**

## АНКЕТА

Фамилия

Имя

Отчество

Дата рождения

Ученая степень, звание

Специальность

Учреждение, должность

Статьи на какие темы вы хотели бы видеть в журнале?

В каких конференциях, семинарах вам было бы интересно участвовать?

На какой адрес вы хотели бы получать журнал  рабочий,  домашний?

Рабочий адрес (заполняется разборчиво):

Индекс

Город (или другой населенный пункт)

Улица , дом , корп. ,

Название учреждения

Домашний адрес (заполняется разборчиво):

Индекс

Город (или другой населенный пункт)

Улица , дом , корп. , кв.

Рабочий телефон/факс:

Домашний телефон:

E-mail:

Дата заполнения