

Предлагаем вниманию читателей статью М. Чапека, врача семейной медицины из Великобритании, «Думать по-другому при психосоматических состояниях у ревматологических больных (изменение стиля мышления врача)», в которой автор анализирует качество оказываемой амбулаторной консультативной помощи пациентам с ревматическими заболеваниями, рассматривая несколько клинических групп. Эти группы были выделены на основании различий в соотношении соматических и психических механизмов в этиопатогенезе расстройств. Низкий процент выявляемости психических и психосоматических нарушений, а также заметное отставание качества помощи этим группам пациентов автор связывает с применением общего подхода при осмыслении симптоматики.

М. Чапек использует понятие «mindfulness» (майндфулнесс), пришедшее из медитативной практики и отражающее полноту включенности в текущий момент за счет управления вниманием и осознанием протекания собственных психических процессов, включая восприятие, мышление и эмоциональные переживания. Данный подход широко обсуждается как способ управления стрессом и повышения жизнестойкости современного человека, как противовес тотальной цифровизации жизни и ухода в виртуальную реальность.

На своем клиническом опыте и результатах опроса коллег автор показывает, что стратегии осмысления симптоматики при сугубо соматических и психосоматических расстройствах различны и что для понимания психосоматических состояний важно признание человека не просто как носителя тех или иных синдромов и нозологий, а как личности, аналогичной собственной, со своими потребностями, мыслями и эмоциональными переживаниями.

Приглашение к восстановлению внимания к психическому состоянию, психологическим компонентам этиопатогенеза психосоматических расстройств, реакции личности на болезнь при соматических расстройствах вновь поднимает вопрос об опасности дегуманизации медицинского клинического подхода с нивелированием переживаний страдающей личности.

Безусловно, позитивным является то, что автор обращает внимание клиницистов на различие подходов к помощи пациентам разных клинических групп с ревматическими заболеваниями и в клинической медицине в целом, что воспроизводит основополагающие принципы отечественной медицины — «лечить не болезнь, а больного» (Г.А. Захарьин).

**В.В. Балабанова**,  
доцент кафедры психиатрии и наркологии Института клинической медицины им. Н.В. Склифосовского ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России  
(Сеченовский Университет)

Представленная статья, и я в этом абсолютно уверен, вызовет большой интерес у клиницистов. Ее автор, английский врач М. Чапек, в течение многих лет занимается изучением проблем психосоматики, профессионально владеет различными практиками, в том числе гипнозом, и его видение подходов к диагностике и методам лечения больных с коморбидной патологией представляется крайне актуальным. Как известно, на сегодняшний день очень важной проблемой клинической ревматологии, требующей решения, является недостижение ремиссии заболевания (при ревматоидном артрите, аксиальном спондилоартрите, псориатическом артрите и др.) из-за симптомов, которые относятся не к физической, а к психоэмоциональной сфере: повышенная утомляемость, общая слабость, депрессия и др. Поэтому предлагаемый автором комплексный подход к диагностике этих состояний с применением метода майндфулнесс, безусловно, будет способствовать улучшению результатов лечения, в первую очередь за счет повышения приверженности пациентов терапии, и в то же время нацеливать врачей на получение дополнительных знаний по рассматриваемым вопросам.

**Профессор А.М. Лиля**,  
главный редактор журнала «Современная ревматология»

## Думать по-другому при психосоматических состояниях у ревматологических больных (изменение стиля мышления врача)

**Чапек М.<sup>1,2</sup>**, MB ChB MRCGP MSc BA

<sup>1</sup>Department of Psychological Therapies, Greater Manchester Mental Health NHS Foundation Trust;

<sup>2</sup>Manchester Health & Care Commissioning

<sup>1</sup>70 Manchester Rd, Chorlton-cum-Hardy, Manchester M21 9UN, United Kingdom;

<sup>2</sup>Parkway 3, Parkway Business Centre, Princess Road, Manchester, M14 7LU, United Kingdom

В статье рассматривается понятие «клиническая группа». Выделены следующие клинические группы: пациенты, у которых есть проблемы только с физическим здоровьем (соматические расстройства — СР); пациенты без нарушений физического или психического здоровья, которые обращаются по поводу сохранения здоровья (СЗ); пациенты только с проблемами психического здоровья (психические расстройства — ПР); пациенты с нарушением физического и психического здоровья (соматические и психические расстройства — СР + ПР) и пациенты с психосоматическими расстройствами (ПСР).

На примере ревматических заболеваний (РЗ) описано взаимодействие психической и соматической сферы. Статья является итогом 34-летнего опыта автора в области лечения РЗ в условиях семейной медицины и общей практики Великобритании. Основные

положения статьи дополнены данными двух небольших исследований. Первое исследование включало 246 пациентов, среди которых 73,5% получали консультации по поводу СР, 13,3% – СЗ, 11,5% – ПР и 1,8% – ПСР. Второе исследование основано на результатах анкетирования опытных врачей общей практики и психиатров, которые оценивали, насколько хорошо, по их мнению, пациентам разных клинических групп оказывается медицинская помощь в рамках существующей системы здравоохранения. По оценкам врачей, наиболее квалифицированную помощь получают пациенты группы СР, а наименее квалифицированную – пациенты группы ПСР, немногим лучше были показатели для пациентов группы ПР.

Утверждается, что при работе с каждой клинической группой клиницист должен использовать особый подход в мышлении. При лечении пациентов с СР врачи рассматривают симптомы, опираясь на стандарты диагностики этих заболеваний. Состояние пациентов группы СЗ оценивается путем сравнения результатов обследования с известными маркерами хорошего здоровья. Пациенты группы ПР или ПСР требуют иного подхода, чем пациенты с СР. При консультировании пациентов с ПР стоит обратиться к истории их жизни и проанализировать, что привело человека к сложной ситуации и что необходимо сделать, чтобы вернуть его к нормальной жизни. При ведении пациента с ПСР важно обратить его внимание на связь между соматическими нарушениями и их психической причиной, разяснив, как организм реагирует на психическое неблагополучие.

**Ключевые слова:** майндфулнесс (управление вниманием, осознанность); симптомы; принятие клинических решений; забота о здоровье; ревматология; не объяснимые с медицинской точки зрения симптомы; психическое здоровье; соматоформные расстройства; фибромиалгия.

**Контакты:** Michael Capek; capek@nhs.net

**Для ссылки:** Чапек М. Думать по-другому при психосоматических состояниях у ревматологических больных (изменение стиля мышления врача). Современная ревматология. 2021;15(2):7–16. DOI: 10.14412/1996-7012-2021-2-7-16

## **Thinking differently in rheumatological psychosomatic conditions (changing the doctor's style of thinking)**

**Michael E. Y. Capek<sup>1,2</sup>, MB ChB MRCGP MSc BA**

<sup>1</sup>Department of Psychological Therapies, Greater Manchester Mental Health NHS Foundation Trust;

<sup>2</sup>Manchester Health & Care Commissioning

<sup>1</sup>70, Manchester Rd, Chorlton-cum-Hardy, Manchester M21 9UN, United Kingdom;

<sup>2</sup>3, Parkway, Parkway Business Centre, Princess Road, Manchester, M14 7LU, United Kingdom

The concept of a 'health care realm' is introduced. The healthcare realms considered were those patients who have only Physical Health Problems (PH), patients with neither physical nor mental health issues and who are seeking advice to remain healthy (HP), patients only with Mental Health Problems (MH), patients with both Physical Health and Mental Health Problems (PH&MH) and patients with Psychosomatic Health conditions (PS).

Described is how patients' minds and bodies interact and its relevance to rheumatology practice. Presented is the culmination of 34 years of the author's experience of rheumatological disorders based in Family Medicine in a United Kingdom General Practice. Also presented are 2 small studies supplementing the main conclusions.

The first small study counted the main consultation content of 246 patients, as considered by the principals in the practice. Of these 73.5% were for physical health conditions, 13.3% for health promotion, 11.5% for mental health conditions and 1.8% for psychosomatic conditions.

The second small study was a survey of experienced GPs, Physicians and Psychiatrists, asking about their opinions on how well the patients in different health care realms were being managed across the healthcare system. Of the 5 realms, the collective view was that it was the patients in the PH realm who was clearly received the best care. The least good care was being given to patients in the PS realm and only marginally better were patients in the MH Realm.

This paper argues that clinicians need a different thinking approach when meeting patients from different healthcare realms. It is known that when doctors treat PH patients, they consider the patient's symptoms against templates of knowledge for the conditions in the differential diagnosis. Furthermore, HP patients are assessed by comparing the patient's bio-measurements against known markers of good health. When being consulted by patients in the MH or PS realms, it is advocated, not to follow the approach of PH patients. For patients in the MH realm it is best to address the patient's life as a whole and to consider, how did the person arrive to the situation he is in and what needs to be done to restore the patient's life back on track. For patients in the PS realm, ideally the aim is to help the patient make the link between the physical symptom and its psychological aetiology. A step towards this is to describe how the body physically mediates the symptom.

**Keywords:** Mindfulness; Symptoms; Clinical decision making; Health Promotion; Rheumatology; Medically unexplained Symptoms; Mental Health; Somatoform disorders; Fibromyalgia.

**Contact:** Michael Capek; capek@nhs.net

**For reference:** Capek MEY. Thinking differently in rheumatological psychosomatic conditions (changing the doctor's style of thinking). *Sovremennaya Revmatologiya=Modern Rheumatology Journal*. 2021;15(2):7–16. DOI: 10.14412/1996-7012-2021-2-7-16

**Введение**

Понятие «*майндфулнесс*» означает саморегуляцию внимания в сочетании с любопытством, установкой на открытость и принятие [1]. В контексте данной статьи это определение также включает в себя осознанность — способность подвергать рефлексии процесс собственного мышления. Мы не всегда понимаем, какое влияние оказывает осознанность на наше благополучие и принимаемые решения. Между тем потенциал для улучшения такого понимания очень велик. Осознанность может не только положительно воздействовать на здоровье и благополучие, но и повышать способность к качественным умозаключениям и принятию верных решений [2].

Это утверждение справедливо и для врачей. Пилотное исследование, включавшее молодых британских медиков, показало, что осознанность в этой когорте улучшает профессиональные качества и гармонизирует отношения с пациентами [3].

Принимаемые врачами решения подчас могут поставить пациента буквально на грань жизни и смерти или существенно повлиять на его образ жизни и благополучие. Но достаточно ли осознаны такие решения? Всегда ли они позволяют оказать оптимальную помощь пациенту? Автор статьи рассмотрел эти вопросы, основываясь на своем более чем 34-летнем опыте работы в качестве семейного врача в Манчестере (Великобритания). За эти годы перед его глазами прошло полтора поколения пациентов, что дало возможность проследить результаты оказания помощи многим из них. На протяжении этих лет автор наблюдал немало взрослых пациентов с распространенными ревматическими заболеваниями (РЗ), такими как остеоартрит (ОА), ревматоидный артрит (РА), а также с менее часто встречающимися состояниями — системной красной волчанкой или септическим артритом. Со временем возник интерес к психологии, психическому здоровью, взаимодействию сомы и психики и, как следствие, к психосоматической медицине.

Сделанные в статье выводы относятся как к РЗ, так и ко всем другим соматическим состояниям и дополнены данными двух небольших исследований.

Статья нацелена на описание изменения концепции мышления при определенных расстройствах, что позволит лучше их контролировать. Особое внимание уделено психосоматическим состояниям, таким как фибромиалгия, синдром хронической усталости. Есть надежда, что, прочитав эту статью, ревматологи будут более осознанно подходить к взаимодействию с пациентами при различных клинических сценариях. Автор полагает, что это принесет пользу обеим сторонам: врачам — большее удовлетворение от работы, а пациентам — улучшение результатов лечения.

**Метод**

Годы непосредственного общения с пациентами, размышлений и понимания, основанного на подробном анализе жалоб, предъявляемых пациентами, даже при отсутствии их явной связи с конкретным заболеванием, позволили оптимизировать клинические консультации.

Были проведены два небольших исследования. В *первом исследовании* опытные семейные врачи после каждой консультации определяли ее тип: консультация, связанная с вопросами сохранения здоровья (СЗ), соматическим (СР), психическим (ПР) или психосоматическим (ПСР)

расстройством. Затем было проведено суммирование и сравнение показателей, полученных для каждого типа консультаций.

*Второе исследование* представляло собой опрос опытных специалистов (семейных врачей, терапевтов и психиатров), в ходе которого они количественно (по шкале от 0 до 10 баллов, где 10 баллов — наилучший возможный результат) и качественно (хорошо — плохо) оценивали работу Национальной службы здравоохранения Великобритании (NHS) по организации помощи каждой из пяти целевых клинических групп пациентов, перечисленных ниже. Приводим группы в порядке их ранжирования при опросе:

1. Пациенты с СР.

2. Здоровые пациенты, желающие сохранить хорошее самочувствие (СЗ).

3. Пациенты с ПР.

4. Пациенты, имеющие как СР, так и ПР.

5. Пациенты с ПСР.

Для каждой клинической группы выведена средняя количественная оценка, а баланс между положительными и отрицательными оценками использовался для сравнения качественных результатов в группах.

**Результаты**

Все консультации можно подразделить на типы в зависимости от имеющихся у пациента проблем. В рамках каждой консультации значимость соматических и психических проблем может быть высокой и низкой. Можно выделить четыре типа клинических ситуаций и соответствующих им консультаций (табл. 1).

**Таблица 1. Типы клинических сценариев в практике клиницистов**  
**Table 1. Types of clinical scenarios faced by clinicians in practice.**  
**Each has its own consultation type**

Соматические проблемы	Психические проблемы	
	значительные	незначительные
Значительные	СР	ПСР
Незначительные	СЗ	ПР

Пациенты обращаются к врачу при наличии тех или иных нарушений здоровья. Консультации по вопросам СЗ — это обращение пациента, находящегося в состоянии физического и психического благополучия и желающего оставаться здоровым. СЗ может быть первичным или вторичным. Первичное СЗ — это поддержание хорошего здоровья; вторичное СЗ — это обращение пациента, имеющего то или иное заболевание, но чувствующего себя достаточно хорошо и нуждающегося в рекомендациях, как поддержать хорошее самочувствие при данном заболевании.

При ПСР соматический и психический компоненты часто не разделяемы. Одним из примеров является фибромиалгия с ее соматическими и психическими составляющими. Существуют гибридные консультации, которые ориентированы на разные сочетания соматического и психического неблагополучия, независимо от того, способствовало ли одно другому или нет. Примером может служить пациент с депрессией и поясничным спондилолистезом.

Для каждого состояния/типа консультации существует оптимальный подход в мышлении, который можно попытаться описать. Клиническое осмысление одного типа кон-

Л Е К Ц И Я / L E C T U R E

сультации не подходит для других типов. Если врач не осознает, что в данном конкретном случае он использует неверный когнитивный подход, качество медицинской помощи может пострадать.

В табл. 2 представлены результаты первого исследования.

В табл. 3 представлены результаты второго исследования, приведены как средние количественные оценки, так и процент положительных отзывов. Хотя не все врачи дали отзыв, в целом мнения ответивших на вопросы анкеты семейных врачей, терапевтов и психиатров совпадали.

На рис. 1, а, б показано стойкое совпадение количественных и качественных оценок. Ведение пациентов с СР однозначно признано врачами лучшим. Этот же показатель для ПСР получил наименьшее число положительных оценок, и лишь немного лучше были отзывы о ведении пациентов с ПР.

**Дискуссия**

Разделения проблем пациентов на четыре категории ранее не проводилось (см. табл. 1). В первом исследовании оценивались типы консультаций. Категорию консультации определял сам пациент. На долю консультаций по поводу ПР и ПСР пришлось 11,5 и 1,8% соответственно, что значительно меньше, чем в первичном звене здравоохранения. В Дании показатель обращений с любым ПР, за исключением соматоформных расстройств, составляет 35%, с соматоформными расстройствами (ПСР) – 36% и в целом – 50% [4]. По последним данным, соматоформные расстройства были причиной около 30% обращений в первичном звене здравоохранения [5].

Полученный в первом исследовании низкий процент всех типов консультаций, кроме консультаций по поводу СР, показывает, что регистрировалось, как правило, основное проявление, имевшееся у больного. В то же время в опубликованных ранее исследованиях учитывались все выявленные у пациента нарушения. Если считать, что опубликованные данные отражают потребность в медицинской помощи, то это свидетельствует о несоответствии между реальными запросами и сложившейся практикой. Хотя эти данные получены в первичном звене здравоохранения, они будут справедливы и для ревматологической практики.

Во втором исследовании предложен термин «клиническая группа», поскольку ранее не было подходящего определения для этого понятия. Определение «клиническая группа» предполагает более подробную характеристику пациента и ориентировано на него.

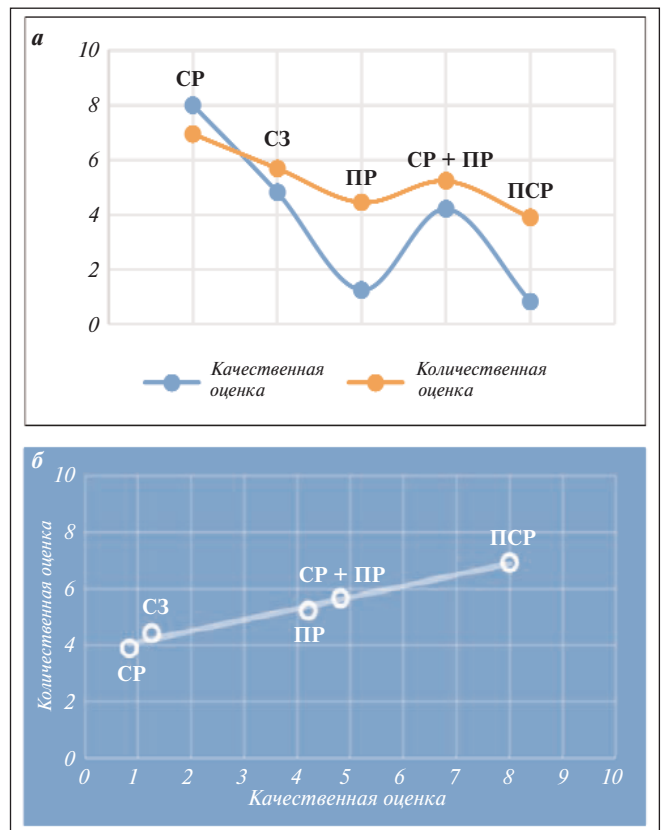
Клиническая группа СР включает пациентов, которые в основном не имеют нарушений психоэмоциональной сферы. Отдельного внимания заслуживает группа пациентов с ПСР, которую следует отличать от группы пациентов с СР + ПР. Амбулаторные отделения соматического профиля оказывают помощь пациентам с СР и недостаточно подготов-

**Таблица 2. Основные типы/цели консультаций в первом исследовании, n (%)**  
Table 2. Primary focus of the consultations in Study 1, n (%)

Показатель	СЗ	СР	ПР	ПСР	Всего
Число пациентов:					
n	23	176	37	10	246
%	9,4	71,5	15,0	4,1	100

**Таблица 3. Результаты второго исследования**  
Table 3. A summary of the outcomes of Study 2

Показатель	СР	СЗ	ПР	СР + ПР	ПСР
Число респондентов	59	55	51	52	50
Средняя оценка	6,94	5,69	4,45	5,23	3,90
Число положительных комментариев	20	13	4	8	2
Число отрицательных комментариев	5	14	28	11	22
Всего комментариев	25	27	32	19	24
Доля позитивных ответов по шкале от 0 до 10, %	8	4,81	1,25	4,21	0,83



**Рис. 1. Результаты второго исследования: а – качественная и количественная оценки для пяти клинических групп; б – сопоставление результатов количественной и качественной оценок. На графике можно видеть линейное соотношение между ними (от худшего к лучшему)**

**Fig. 1. A summary of the outcomes of Study 2: a – qualitative and quantitative scores for the 5 Realms; b – a plot of the qualitative score against the quantitative. It clearly demonstrates the linear agreement between them (from left to right (worst to best))**

Л Е К Ц И Я / L E C T U R E

лены для ведения пациентов с ПСР. Так, в ревматологической практике пациент с фибромиалгией — это пациент из группы ПСР, наблюдающийся в клинике для соматических пациентов. Предположительно 40% пациентов могут быть расценены, особенно при первичном осмотре, как имеющие не объяснимые с медицинской точки зрения симптомы [6]. В амбулаторных отделениях больниц Великобритании 69% случаев боли в спине и 17% случаев боли в суставах остались необъяснимыми [7]. Эти пациенты часто посещают несколько амбулаторных отделений и подвергаются необоснованному обследованию. Им назначается неадекватная медикаментозная терапия, приносящая больше вреда, чем пользы. Их потребность в эмоциональной поддержке часто упускается из виду. Исторически сложилось так, что от пациентов с ПСР отказываются как службы соматического, так и психического здоровья. Пациент не подходит ни под один из видов услуг, ни у одной службы нет опыта, чтобы помочь ему. Пациенты с ПСР истощают ресурсы

здравоохранения, например, в случае фибромиалгии расходы на лечение всех сопутствующих заболеваний удваиваются [8].

Ведение таких пациентов зачастую негативно сказывается на эмоциональной сфере врачей, особенно молодых. В двух исследованиях, в одном из которых участвовали врачи четырех специальностей, включая ревматологов, а в другом — молодые врачи со стажем работы 2 года, получены аналогичные результаты: когда врачам приходилось консультировать пациентов с необъяснимыми симптомами, это вызывало у них чувство тревоги, разочарования, некомпетентности и эмоционального истощения [9, 10].

Очевидно, что и интернисты, и психиатры должны иметь представление о группе пациентов с ПСР и о том, как связано соматическое и психическое здоровье, чтобы оказывать эффективную помощь этим больным. Различные психосоматические взаимодействия с точки зрения клинициста представлены в табл. 4.

**Таблица 4. Клинические сценарии психосоматических взаимодействий**  
**Table 4. Clinical scenarios were mind and body interact**

Взаимодействие	Общие примеры	Ревматологическая манифестация	Клиническая группа	Типичный подход и проблемы
Симптомы, которые могут быть связаны либо с соматическими, либо с психическими нарушениями	Синдром хронической усталости, нарушения сна	Ноющая боль в мышцах	Не определена	Сбор анамнеза, физикальное и лабораторно-инструментальное исследование, осмысление (рефлексия) своих действий, чтобы не пропустить важные признаки соматического неблагополучия, но и не преувеличить их роль. Необходимо точно определить соматическую и/или психическую природу симптомов
Явные соматические и психические нарушения	Сахарный диабет и биполярное расстройство	Не связанные между собой состояния, например РА и обсессивно-компульсивное расстройство	СР, ПР	Лечебные мероприятия при соматическом и психическом заболеваниях различны. Требуется хорошее взаимодействие специалистов для оптимального контроля каждой болезни и обеспечения совместимости методов лечения
Психическое реагирование на соматическое заболевание	Страх перед физической нагрузкой после коронарного тромбоза	Развитие депрессии из-за боли и утраты трудоспособности	СР, ПР	Реабилитация, включающая адекватное лечение соматических проблем и дополнительная психологическая поддержка. Врачи, которые занимаются лечением соматического заболевания, должны проводить профилактику и лечение психических нарушений
Психические симптомы как узнаваемые признаки соматических проблем	Депрессивные расстройства, вызванные гипотиреозом	Нарушение памяти и поведения при системной красной волчанке	СР	Адекватное лечение соматического заболевания. Изменения личности могут затруднять лечение основного заболевания
Невнимательное отношение к своему соматическому состоянию вследствие психических нарушений	Снижение физической нагрузки или курение из-за психических нарушений	Атрофия мышц из-за ощущения постоянной усталости и снижения физической активности	СР, ПР	Адекватная терапия соматического заболевания. Расстройства личности могут усложнять ведение соматического пациента (снижать приверженность терапии)
Поведение, приводящее к возникновению соматических нарушений	Курение, вызывающее заболевания легких	Злоупотребление алкоголем, способствующее развитию подагры	СЗ, СР	Лечение соматической патологии, рекомендации по здоровому образу жизни и поведению. Может рассматриваться как заболевание, спровоцированное самим пациентом
Соматические проявления психических	Гипервентиляция из-за тревоги и	Миалгии, боль в спине, развившиеся на фоне	СР, ПР	Объяснить природу соматических изменений и проводить адекватное лечение лежа-

## Л Е К Ц И Я / L E C T U R E

Взаимодействие	Общие примеры	Ревматологическая манифестация	Клиническая группа	Типичный подход и проблемы
ских нарушений	панических атак	стресса		щего в их основе психического состояния. Важно помочь пациенту увидеть связь между соматическими и психическими симптомами
Тяжесть симптомов, не соответствующая выраженности соматической патологии	ХОБЛ с умеренным снижением ОФВ <sub>1</sub> , но тяжелой одышкой	ОА с минимальными изменениями на рентгенограмме, но выраженным болевым синдромом	СР, ПСР	Адекватное ведение соматического заболевания и отдельное лечение психического компонента расстройства. Попытки направить внимание пациента на психический компонент расстройства могут быть затруднены из-за его склонности считать симптоматику соматической. Может потребоваться работа с команды специалистов
Известное психосоматическое заболевание	Синдром раздраженного кишечника	Фибромиалгия	ПСР	Адекватная терапия соматической патологии, психотерапия (КПТ) либо их сочетание. Наиболее резистентные случаи требуют высококвалифицированной психологической помощи
Соматоформное/конверсионное расстройство	Не объяснимые с медицинской точки зрения симптомы	Необъяснимая боль или скованность в суставах	ПСР	Психотерапевтическая помощь. Требуется помощь специалиста психологической службы
Сохраняющиеся симптомы после перенесенной соматической болезни/травмы	Синдром хронической усталости	Хроническая боль в спине после устранения грыжи диска	СР, ПСР	Повторное исследование соматического состояния и подтверждение причины выявленных симптомов. Требуются тщательное повторное исследование и точные формулировки для объяснения имеющихся симптомов

**Примечание.** ХОБЛ – хроническая обструктивная болезнь легких; ОФВ<sub>1</sub> – объем форсированного выдоха за 1 минуту; КПТ – когнитивно-поведенческая терапия.

При ведении пациентов каждой клинической группы в ревматологии необходим индивидуальный подход (свой тип мышления).

### **Соматическое здоровье**

Размышление о соматическом здоровье – это то, чем ежедневно занимаются врачи. Оно основывается на знаниях, полученных в медицинском вузе. Любая новая клиническая ситуация, например появление нового пациента, начинается с консультации по поводу соматического здоровья.

Первый вопрос врача: какой диагноз? Второй: как лучше лечить этого пациента? В процессе обучения и практической работы врач приобретает знания обо всех проявлениях заболеваний. При изучении истории болезни он будет пытаться сопоставлять жалобы пациента с характеристиками заболеваний, которые он изучал в медицинском вузе и уже встречал в своей клинической практике [11]. На рис. 2 показано, как мы сравниваем жалобы пациента с типичными проявлениями конкретного состояния. Врач оценивает вероятность того, что жалобы пациента относятся к определенному состоянию. Вместе с тем не всегда можно поставить точный диагноз без проведения дальнейших исследований, *однако клиническое мышление гарантирует, что будут рассмотрены даже маловероятные заболевания.*

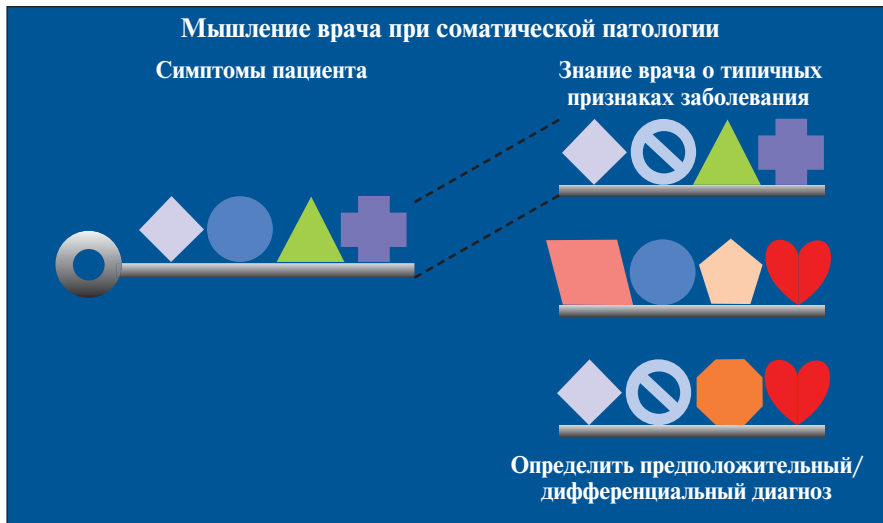
### **Сохранение здоровья**

Если у пациента нет жалоб, это не значит, что он здоров. Мышление в отношении СЗ заключается в том, чтобы убе-

*диться, что все параметры, характеризующие состояние здоровья, находятся в пределах нормальных значений.* Если это так, то дается совет сохранить эти показатели. В случае каких-либо нарушений необходимо обратить на это внимание пациента.

Не следует смешивать понятия «первичное и вторичное СЗ» и «первичная и вторичная профилактика», хотя между ними есть сходство. Профилактика касается прежде всего предупреждения заболеваний или их осложнений, и основную роль при этом играет врач. СЗ фокусируется на поддержании здоровья и благополучия пациента, независимо от наличия и отсутствия у него заболевания, и здесь многое зависит от самого пациента. Ревматологу на амбулаторном приеме приходится иметь дело в основном со вторичным СЗ. Это происходит, когда пациент возвращается для рутинного осмотра и на вопрос: «Как Вы себя чувствуете?» отвечает: «Очень хорошо, спасибо, доктор». Врач более не спрашивает о симптомах, но должен быть уверен, что действительно все хорошо. Нужно убедиться в присутствии маркеров здоровья. Для РА такими маркерами являются отсутствие признаков воспалительных изменений суставов и нормальные результаты анализов крови (СОЭ, СРБ, количество тромбоцитов, содержание гемоглобина и др.).

Если все показатели в пределах нормы, клиницист должен решить, как лучше поддерживать достигнутый результат. В таком случае могут быть рекомендованы занятия лечебной физкультурой, следует также рассмотреть целесообразность снижения дозы базисных противовоспалительных препаратов для уменьшения риска неблагоприятных реак-



**Рис. 2.** Диаграмма, демонстрирующая, как врач сопоставляет имеющиеся у пациента симптомы со своими знаниями. Представим пациента, обратившегося в клинику с асимметричной болью в суставах (◆), поражением множественных суставов (●), ноющей болью без болезненности при пальпации и легкой утренней скованностью (▲) без системных поражений (■). Врач считает наиболее вероятным диагноз ОА. Другие вероятные диагнозы – РА и псориатический артрит. Для последних были бы характерны: поражение мелких суставов (⊖), симметричность поражения (■), отечность, болезненность и припухлость суставов, длительная утренняя скованность (◆), светобоязнь, покраснение глаз (♥), кожный псориаз (●)

**Fig. 2.** Diagrammatic description on how the physician matches the patient symptoms to his knowledge. For illustrative purposes only, let us imagine a patient presenting to clinic with asymmetrical joint pain (◆), multiple joints are affected (●), there is aching non-tender, minimal morning stiffness (▲) and the patient is systemically well (■). The doctor considers the most likely diagnosis to be osteoarthritis. Other conditions considered were rheumatoid arthritis and psoriatic arthritis respectively. Legend: Some joints affected (⊖), Symmetrical condition (■), swollen tender painful, prolonged morning stiffness (◆), eye soreness (♥), skin psoriasis (●)



**Рис. 3.** Графическое изображение линии жизни пациента, в которой по какой-либо причине развились нарушения психического благополучия. Требуется правильная поддержка, чтобы вернуть пациента к нормальной жизни. Следует обратить внимание на важность как событий прошлого, так и ожиданий от будущего

**Fig. 3.** Depicting a person's lifeline in which for whatever reason, there is a downturn in the person's life with reduced mental health well-being. The correct support is required to ensure the patient is guided back onto their lifeline. Note the importance of both the past and the future

**Психическое здоровье**

Ревматолог, как правило, не проводит лечение пациентов, относящихся к клинической группе ПР, но ему нередко приходится иметь дело с пациентами либо из группы СР + ПР, либо из группы ПСР. В зависимости от нозологии и метода диагностики частота депрессии у пациентов с РЗ составляет 16,8–48% [12]. Если учитывать тревогу и депрессию, то распространенность ПР у пациентов с иммуновоспалительными РЗ, по-видимому, превышает 80%, что свидетельствует о связи этих двух видов патологии, а также о необходимости проведения соответствующего скрининга [13]. Поэтому ревматологи должны иметь хотя бы базовое представление об алгоритме ведения пациентов с психическими проблемами. На первом этапе предлагается задать (и затем ответить на них) два основных вопроса: какие события явились причиной этого состояния и что необходимо сделать, чтобы пациент вернулся к нормальной жизни?

Правильный подход к ведению пациентов с проявлениями психического нездоровья заключается в том, чтобы определить совокупность жизненных событий, с которыми пациент не может справиться и которые явились причиной психологического стресса (рис. 3). Восстановление психического здоровья и, следовательно, благополучия – это возвращение человека к нормальной жизни, в идеале – отсутствие негативных событий в будущем. Важно отметить, что наличие психопатологических симптомов не является признаком психического заболевания. Именно эта ложная предпосылка может стать одним из препятствий на пути эффективной психологической помощи. Вмешательство ревматолога направлено на восстановление соматического здоровья, что опосредованно (а нередко и как определяющий фактор) будет способствовать и улучшению психического здоровья [14]. В ряде случаев для улучшения душевного состояния пациента полезна психологическая поддержка. Если же возможна только паллиативная помощь, врач обязательно должен поддержать больного, убедив его в том, что всегда можно чем-то помочь, и это будет правдивое утверждение. Ведь отсутствие надежды может привести пациента к мысли о том, а нужна ли ему вообще такая жизнь. Надежда и позитивное видение своего будущего для каждого человека имеют очень большое значение.

ций. Тесты, которые были маркерами заболевания, теперь будут маркерами здоровья. Если имеющиеся показатели выходят за пределы нормальных значений, то клиницист должен провести дополнительное обследование, диагностировать соматическую проблему и предложить пациенту адекватную тактику лечения.

обязательно должен поддержать больного, убедив его в том, что всегда можно чем-то помочь, и это будет правдивое утверждение. Ведь отсутствие надежды может привести пациента к мысли о том, а нужна ли ему вообще такая жизнь. Надежда и позитивное видение своего будущего для каждого человека имеют очень большое значение.

**Психосоматическое здоровье**

При ПСР, таких как фибромиалгия, психологический аспект часто тесно взаимосвязан с соматическим, и для решения этой проблемы необходим особый подход. В частности, от пациента требуется осознание причины ухудшения состояния. Следует оценить жалобы, касающиеся и СР, и ПСР. При этом нужно учитывать, что *лучшим решением для купирования психосоматического нарушения является разрыв связи между соматическим и психическим компонентом*. Поэтому врач всегда ставит вопрос: как помочь пациенту связать психическую составляющую и соматические симптомы? Эту связь должен обязательно понять сам пациент, и это поможет облегчить симптомы. В одних случаях разорвать такую связь легко, в других — практически невозможно. Трудности могут быть обусловлены сильными эмоциональными переживаниями, «заклоченными» в симптоме. Когда пациент осознает такую связь, эмоции высвобождаются. Подводим итог: пациент с ПСР эмоционально не нацелен на выздоровление. Ко времени поступления в клинику помочь ему будет непросто, так как зачастую ни пациент, ни врач не осознают связь между соматическим и психосоматическим состоянием. Специалист, который будет оказывать психологическую помощь пациенту с ПСР, может столкнуться с самыми разными эмоциональными реакциями.

Установление связи соматических и психических симптомов — не единственный способ помочь пациенту. Используются также поведенческие подходы, которые, возможно, и не обеспечат полного разрешения симптомов, но будут не менее действенны, чем КПТ. Так, при фибромиалгии КПТ по сравнению с контролем позволяет более эффективно уменьшить болевые ощущения, улучшить настроение и повысить функциональную активность уже после окончания курса терапии, а также при долговременном наблюдении [15]. Упражнения как важная составляющая такой терапии могут предотвратить или уменьшить физическое недомогание [16]. Имеется и ряд других методов физического лечения, которые используются в различных комбинациях [17]. В частности, в настоящее время рекомендуется проактивный индивидуальный мультимодальный интегрированный биопсихологический подход [18].

Очень важно правильно сформулировать тактику ведения потенциально психосоматического пациента. При первом визите к врачу основные вопросы будут касаться СР, однако необходимо обратить внимание и на психоэмоциональное состояние пациента.

*В каких ситуациях клиническое состояние позволяет предположить ПСР:*

- Есть основания заподозрить известное ПСР.
- У пациента имеется другое известное ПСР.
- Периодичность симптомов.
- Почему у этого пациента возникло такое ПСР, а у другого нет?
- Почему состояние появилось и когда?
- Симптом не соответствует тяжести основной патологии.
- Симптом не имеет биологического смысла.

При изучении анамнеза пациента можно найти подсказки, которые помогают заподозрить ПСР. Наличие од-

ного ПСР повышает вероятность появления и других подобных нарушений [19]. При диагностике ПСР лучше всего опираться на имеющиеся его признаки, чем действовать методом исключения. Однако исключать другие состояния тоже необходимо. Ниже приведен порядок исключения признаков у пациента с мышечной болью.

*Обычные причины мышечной боли. (Даже когда другие причины исключены, лучше проводить диагностику на основании имеющихся признаков состояния):*

- Бактериемия/вирусемия/сепсис.
- Травма, острая или повторная.
- Лекарства, например, статины.
- Нарушения обмена веществ, например, дефицит витамина D, заболевание щитовидной железы.
- Аутоиммунные нарушения.
- Стресс.
- ПСР (фибромиалгия, синдром хронической усталости и др.).

После первой консультации, если она была проведена квалифицированным специалистом, больному с ПСР не требуется наблюдения в клинике СР, если только врач не проявляет особого интереса к психосоматике. Скорее, здесь нужен разговор с пациентом, чтобы осторожно подвести его к пониманию психосоматической природы его состояния. Нужно использовать любую возможность, чтобы закрепить это понимание. Лучше всего, если этот разговор проведет лечащий врач пациента или одновременно несколько врачей, которые его наблюдают. Разговор должен состояться до того, как будут выполнены все необходимые исследования.

Врач должен исключить у пациента серьезное СР и при этом и не допустить избыточного обследования физически здорового человека. Назначение ненужных исследований для установления причины симптомов или в попытке избежать судебного разбирательства<sup>1</sup> может существенно повредить пациенту [20]. Все исследования должны быть обоснованными. Если врач считает, что жалобы не связаны с СР, пациента необходимо убедить, что результаты исследований будут нормальными и симптомы, скорее всего, не связаны с СР. Такое обсуждение симптомов с пациентом может быть не менее полезным, чем проведенные исследования.

При разговоре с пациентом нужно очень тщательно подбирать слова, потому что он может их неправильно истолковать. Также следует учесть, что ПСР не обязательно связано со стрессом, депрессией или другими психическими синдромами. Например, попытка убедить пациента, что соматические симптомы обусловлены тревогой, когда он вовсе ее не чувствует, абсолютно бесполезна.

Всегда важен хорошо собранный анамнез тем более, у пациента с ПСР. Так, мышечно-скелетная боль может быть комбинированной и включать несколько компонентов. Также болевой синдром с локализацией в разных тканях может вызывать разные ощущения (табл. 5). Типичный пример — пролапс межпозвоночного диска, при котором болевой синдром обусловлен разрывом фиброзного кольца, радикулопатией и мышечным спазмом. Эти симптомы необходимо выделить в процессе обследования и инициации терапии. По мере лечения данного расстройства симптомы могут сохраняться. И врач, и больному важно понимать поддерживающие их ме-

<sup>1</sup>Речь идет о медицинской практике Великобритании.



Л Е К Ц И Я / L E C T U R E

Таблица 5. Разные структуры в области спины и позвоночника могут вызывать разные ощущения  
Table 5. Different structures in the back may give rise to different awareness

Структура	Описание	Типичное состояние
Мышцы	Боль, которая уменьшается при согревании, усиливается после продолжительного отдыха и продолжительной работы, «прострелы»	Мышечный спазм, повреждение мышц
Кости (боль в покое)	Грызущая, тупая, ноющая боль, плохо локализованная	Болезнь Педжета, онкологические заболевания и их последствия
Фасеточные суставы	Локальная болезненность, боль усиливается при наклоне назад	Артрит фасеточных суставов
Межпозвоночные диски, фиброзное кольцо	Боль по средней линии спины, усиливающаяся при надавливании, кашле, наклоне вперед, более выраженная в положении сидя, чем в положении стоя	Пропалс межпозвоночного диска, дегенеративные изменения диска
Связки	Значительное ухудшение после определенных движений	Микроразрывы, хлыстовая травма
Нервы	Боль стреляющая, ощущение жжения, онемения, распространяется в пределах дерматомы	Радикулопатия

ханизмы. Хотя возникновение боли может быть обусловлено вескими соматическими причинами, ее сохранение нередко связано с психическими факторами. Клиницисты должны обратить особое внимание на пациента, у которого интенсивность симптомов непропорциональна степени поражения, т. е. имеются тяжелые симптомы при минимальных рентгенологических или артроскопических изменениях.

Пациент с ПСР приходит к врачу с определенными жалобами, и их следует обсудить. Во время разговора с пациентом врач не должен выходить за рамки своей компетенции. Но выслушать пациента, оценить симптомы и подтвердить их основу (при необходимости проконсультироваться с коллегами), использовать медицинские термины,

а не банальные фразы, наподобие «все идет от головы», — это вполне по силам всем клиницистам.

На рис. 4 представлены цикл «Разум — организм» и происхождение симптомов. Мы привыкли считать, что физические симптомы подразумевают СР. Когда проведенные исследования не подтверждают наличия СР, а симптомы остаются, пациент объясняет их соматическими причинами. Врач, давая физиологическое объяснение, например: «Я чувствую, что ваши напряженные мышцы спазмированы», может приблизить пациента к пониманию психической природы симптомов. Существует семь таких потенциальных объяснений. Они перечислены на рис. 4 и объединяются мнемонической аббревиатурой BIGITCH — Body language (язык тела), Identification (идентификация), Guilt (вина), Imprint (отпечаток), Trauma (травма), Conflict (конфликт), Hysteria (истерия) [21]. Объяснить их может только опытный специалист, но осведомленность о них врачей других специальностей может обеспечить адекватное понимание потенциальных психодинамических процессов у конкретного пациента.

Во втором исследовании, основанном на мнении клиницистов, указывается, что ведение пациентов с ПР и ПСР часто осуществляется неадекватно и тому есть много подтверждений. Предполагается, что если мы адаптируем наше мышление к природе того или иного состояния, особенно с выраженным психическим или психосоматическим компонентом, то сможем получить тройной положительный эффект: клиницисты выиграют, потому что будут лучше понимать, как вести таких пациентов; пациенты — поскольку их здоровье улучшится, а бюджет здравоохранения — потому что понесет меньше затрат благодаря снижению заболеваемости.

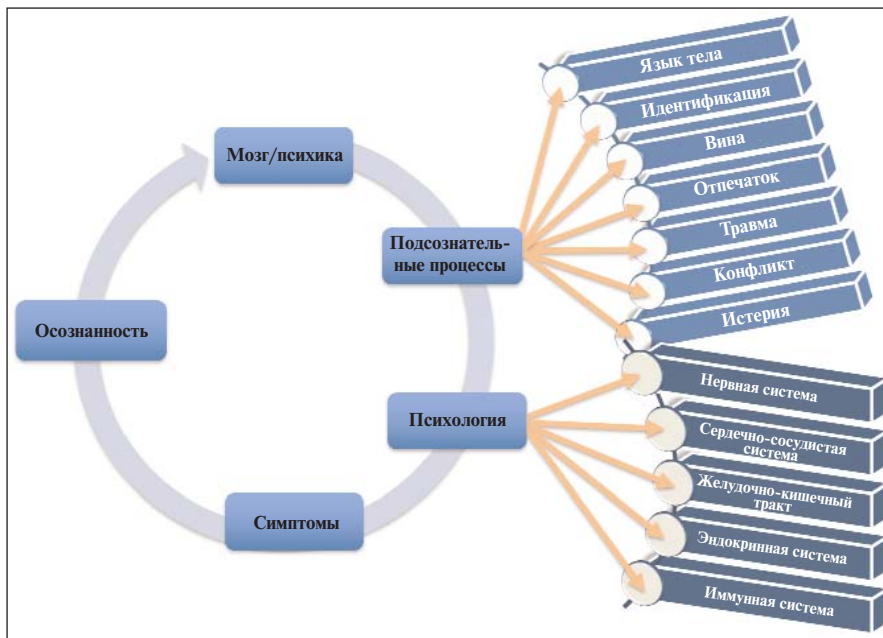


Рис. 4. Цикл «Разум — организм», показывающий психическое и соматическое происхождение симптомов. Этот цикл может начаться в виде органических изменений или в мыслях. Подсознательные процессы, отражающие эмоциональный дистресс, манифестируют клиническими симптомами через физиологические механизмы  
Fig. 4. The Mind — body cycle indicating the psychological and physiological generation of the symptom. This cycle can start in the body or in the mind. Subliminal processes reflecting emotional distress manifest in the body through physiological mechanisms

**Заключение**

В представленной статье изложена идея клинических групп. Их пять, и четыре из них важны для ревматологической практики. К пациентам каждой группы надо подходить по-разному. Это призыв к клиницистам изучать и использовать способы когнитивного взаимодействия с пациентами во время консультативных приемов. Встречаясь с больными каждой из этих групп, мы можем адаптировать наше мышление к нуждам

конкретного пациента, что позволит добиваться лучших результатов. В идеале клиницисты должны быть знакомы с каждой клинической группой, что в итоге будет способствовать улучшению диагностики и лечения таких пациентов.

**Благодарности**

*Редакция выражает благодарность переводчикам статьи – В.В. Балабановой и Ю.А. Олону.*

## Л И Т Е Р А Т У Р А / R E F E R E N C E S

- Bishop SR, Lau M, Shapiro SL, et al. Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 2004;(11):230–41.
- Karelaia N, Reb J. Improving decision making through mindfulness. In *Mindfulness in organizations: Foundations, research, and applications*. Singapore: Research Collection Lee Kong Chian School Of Business; 2015. P. 163–89.
- Bu CN, Cotzias E, Panagioti M. Mindfulness intervention for foundation year doctors: a feasibility study. *Pilot Feasibility Stud*. 2019 Apr 27;5:61. doi: 10.1186/s40814-019-0449-y. eCollection 2019.
- Toft T, Fink P, Oernboel E, et al. Mental disorders in primary care: prevalence and comorbidity among disorders. Results from the Functional Illness in Primary care (FIP) study. *Psychol Med*. 2005 Aug;35(8):1175–84. doi: 10.1017/s0033291705004459.
- Haller H, Cramer H, Lauche R, Dobos G. Somatoform disorders and medically unexplained symptoms in primary care: a systematic review and meta-analysis of prevalence. *Dtsch Arztebl Int*. 2015 Apr 17;112(16):279–87. doi: 10.3238/arztebl.2015.0279.
- Nimnuan C, Hotopf M, Wessely S. Medically unexplained symptoms. An epidemiological study in seven specialities. *J Psychosom Res*. 2001 Jul;51(1):361–7. doi: 10.1016/s0022-3999(01)00223-9.
- Reid S, Wessely S, Crayford T, Hotopf M. Medically unexplained symptoms in frequent attenders of secondary health care: retrospective cohort study. *BMJ*. 2001 Mar 31;322(7289):767. doi: 10.1136/bmj.322.7289.767.
- Creed F, Barsky A, Leiknes KA. Epidemiology: Prevalence, causes and consequences. In Creed F, Henningsen P, Fink P, Editors. *Medically Unexplained Symptoms, Somatisation and Bodily Distress: developing better clinical services*. Cambridge: Cambridge University Press; 2011. P. 1–42.
- Yon K, Nettleton S, Walters K, et al. Junior doctors' experiences of managing patients with medically unexplained symptoms: a qualitative study. *BMJ Open*. 2015 Dec 1;5(12):e009593. doi: 10.1136/bmjopen-2015-009593.
- Warner A, Buszewicz M, Walters K. Training doctors in the management of medically unexplained symptoms: a qualitative study of the views of hospital specialists. Oral presentation 17th WONCA European Conference. Warsaw; 2011.
- Dowie J, Elstein A. *Professional Judgement: a reader in clinical decision making*. Cambridge: Cambridge University Press; 1988.
- Matcham M, Rayner L, Steer S, Hotopf M. The prevalence of depression in rheumatoid arthritis: a systematic review and meta-analysis. *Rheumatology (Oxford)*. 2013 Dec;52(12):2136–48. doi: 10.1093/rheumatology/ket169. Epub 2013 Sep 3.
- Лисицина ТА, Вельтишев ДЮ. Психические расстройства у больных ревматическими заболеваниями: диагностика и лечение. *Научно-практическая ревматология*. 2015;53(5):512–21. [Lisitsina TA, Vel'tishchev DYU. Mental disorders in patients with rheumatic diseases: Diagnosis and treatment. *Nauchno-prakticheskaya revmatologiya*. 2015;53(5):512–21. (In Russ.)].
- Абрамкин АА, Лисицина ТА, Вельтишев ДЮ и др. Влияние синтетических базисных противовоспалительных препаратов, генно-инженерных биологических препаратов и психофармакологической терапии на динамику психических расстройств у больных ревматоидным артритом. *Научно-практическая ревматология*. 2017;55(4):393–402. [Abramkin AA, Lisitsina TA, Vel'tishchev DYU, et al. Effects of synthetic disease-modifying antirheumatic drugs, biological agents, and psychopharmacotherapy on the mental disorders in patients with rheumatoid arthritis. *Nauchno-prakticheskaya revmatologiya*. 2017; 55(4):393–402. (In Russ.)].
- Bernardy K, Klose P, Busch AJ, et al. Cognitive behavioural therapies for fibromyalgia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013 Sep 10;2013(9):CD009796. doi: 10.1002/14651858.CD009796.pub2.
- Okifuji A, Gao J, Bokar C, Hare BD. Management of fibromyalgia syndrome in 2016. *Pain Manag*. 2016 May;6(4):383–400. doi: 10.2217/pmt-2016-0006. Epub 2016 Jun 16.
- Casale R, Cazzola M, Arioli G, et al. Non pharmacological treatments in fibromyalgia. *Reumatismo*. Jul–Sep 2008;60 Suppl 1:59–69. doi: 10.4081/reumatismo.2008.1s.59.
- Arnold LM, Clauw DJ, Dunegan LJ, Turk DC. A Framework for Fibromyalgia Management for Primary Care Providers. *Mayo Clin Proc*. 2012 May;87(5):488–96. doi: 10.1016/j.mayocp.2012.02.010.
- Henningsen P, Fink P, Haustner-Wiehle C, Reif W. Terminology, classification and concepts. In Creed F, Henningsen P, Fink P, Editors. *Medically Unexplained Symptoms, Somatisation and Bodily Distress: developing better clinical services*. Cambridge: Cambridge University Press; 2011. P. 43–68.
- Chew-Graham CA, Heyland S, Kingstone T, et al. Medically unexplained symptoms: continuing challenges for primary care. *Br J Gen Pract*. 2017 Mar;67(656):106–7. doi: 10.3399/bjgp17X689473.
- Capek ME. Medically Unexplained Symptoms. In L., Owens, J. & Williamson, A. Brann. Editors. *The Handbook of Contemporary Clinical Hypnosis*. Chichester: Wiley; 2012. P. 229–45.

Поступила/отрецензирована/принята к печати  
Received/Reviewed/Accepted  
15.12.2020/20.02.2021/25.02.2021

**Заявление о конфликте интересов/Conflict of Interest Statement**

There are no conflicts of interest.

Capek M.E.Y. <https://orcid.org/0000-0002-9413-6659>