

*А. Н. Столяренко*  
**ФАКТОРЫ ФОРМИРОВАНИЯ КОМПЛАЕНСА  
 В ПРОЦЕССЕ ПСИХОТЕРАПИИ ДИССОЦИАТИВНОГО РАССТРОЙСТВА**

*А. М. Столяренко*  
**Чинники формування комплаєнсу в процесі психотерапії дисоціативного розладу**

*A. M. Stoliarenko*  
**Factors affecting compliance in the process of psychotherapy of dissociative disorders**

В работе выделены факторы, предопределяющие формирование наиболее терапевтически продуктивного комплаенса в процессе психотерапии диссоциативного расстройства (предиспозиционные факторы комплаентности). К ним относятся три варианта факторов: факторы со стороны пациента, факторы со стороны врача и факторы «альянса».

Отмечено, что способность к достижению комплаенса, т. е. «комплаентность», зависит не только от личностных особенностей либо установок пациента, но и от особенностей личности врача и его *sui generis* коммуникативной и психотерапевтической компетентности.

На основании анализа предиспозиционных факторов комплаентности выделены ряд противоречий, препятствующих как достижению комплаенса, так и терапии в целом.

Прослежено соотношение степени прокомплаентности фактора и его встречаемости среди пациентов с диссоциативными расстройствами. Выделены наиболее терапевтически конгруэнтные факторы со стороны пациента и со стороны психотерапевта.

**Ключевые слова:** диссоциативное расстройство, комплаенс, психотерапия, реабилитация

В роботі виокремлено чинники, що зумовлюють формування терапевтично найбільш продуктивного комплаєнсу в процесі психотерапії дисоціативного розладу (предиспозиційні фактори комплаентності). До них належать три варіанти чинників: чинники з боку пацієнта, чинники з боку лікаря і чинники «альянсу».

Відзначено, що здатність до досягнення комплаєнсу, тобто «комплаєнтність», залежить не тільки від особистісних особливостей або настанов пацієнта, але і від особливостей особистості лікаря і його *sui generis* комунікативної та психотерапевтичної компетентності.

На підставі аналізу предиспозиційних чинників комплаентності виокремлено низку суперечностей, що перешкоджають як досягненню комплаєнсу, так і терапії в цілому.

Простежено співвідношення ступеня прокомплаєнтності чинника і його зустрічальності серед пацієнтів із дисоціативними розладами. Виокремлено найбільш терапевтично конгруєнтні чинники з боку пацієнта та з боку психотерапевта.

**Ключові слова:** дисоціативний розлад, комплаєнс, психотерапія, реабілітація

The paper identifies the factors predetermining the formation of the most therapeutically productive process compliance in the psychotherapy of dissociative disorders (predisposition factors of compliance). These include three factors: factors from patient, factors from the doctor and the factors of the "alliance".

It is noted that the ability to achieve compliance, i. e. a "compliance" depends not only on personal characteristics or attitudes of the patient, but also on the peculiarities of the personality of the doctor and his *sui generis* psychotherapeutic and communicative competence.

On the basis of analysis of predisposition factors of compliance highlighted a number of contradictions that prevent the achievement of both compliance and therapy in general.

Traced the ratio of the degree of pro-compliance factor and its occurrence among patients with dissociative disorders. The most therapeutically congruence the factors from the patient and the therapist.

**Keywords:** dissociative disorder, compliance, psychotherapy, rehabilitation

Диссоциативные расстройства, если рассматривать широкий круг диссоциативного спектра — от диссоциативных психозов, до истерического расстройства личности, — являются одной из наиболее распространенных форм психопатологических явлений в клинической структуре современной практической психиатрии. По некоторым данным, частота их встречаемости составляет от 10 % в общей популяции до 46 % в популяции пациентов психиатрических стационаров. Одновременно с этим, диссоциативные нарушения являются одними из тяжелокурабельных, прежде всего вследствие характерного нарушения целостности взаимодействия психических функций, обуславливающих идентичность больного, к которой обращается врач [3, 4].

Наряду с этим, постулат современной психотерапии в контексте невротических расстройств напоминает о том, что саногенные вмешательства являются тем более эффективными, чем большую реализацию приобретает терапевтический комплаенс.

Так, основой современного лечебно-реабилитационного взаимодействия считается психологическая направленность пациента на лечение, его активное участие в терапевтическом процессе, который осуществ-

ляется с учётом не только специфических особенностей патонезологии, но и личностных черт пациента, а также характера его реагирования на болезнь [1].

Приверженность пациента к выполнению назначений и рекомендаций врача на протяжении всей истории медицины признавалась крайне важным фактором исцеления, но только в последние десятилетия она стала предметом научных исследований, в ходе которых выкристаллизовался англоязычный термин «комплаенс» (англ. *compliance* — согласие, соответствие), под которым понимается достижение клинически значимого уровня заинтересованности пациента в лечении, максимально точного выполнения врачебных назначений и рекомендаций [2].

Таким образом, факторы формирования комплаенса — маркеры вероятности его достижения — приобретают ключевое значение в выборе алгоритма саногенных вмешательств и прогнозировании результатов терапии.

В связи с вышеуказанным, целью исследования стало — выделить факторы формирования комплаенса в процессе психотерапии диссоциативного расстройства.

На базе КУ «Областная клиническая психиатрическая больница» ЗОС обследованы 50 пациентов с диссоциативными расстройствами (F44), проходящие курс психотерапии, которые вошли в первую группу исследования,

вторую группу исследования составили 11 врачей-психотерапевтов.

Методы исследования: клиничко-психопатологический, психодиагностический, клиничко-психофеноменологический, катamnестический. Проводилась оценка терапевтического контакта в альянсе «пациент — психотерапевт» во время сеансов психотерапии.

Способность к достижению комплаенса, т. е. «комплаентность», зависит не только от личностных особенностей либо установок пациента, но и от особенностей личности врача и его *sui generis* коммуникативной и психотерапевтической компетентности.

К особенностям достижения комплаенса в процессе психотерапии диссоциативного расстройства можно отнести факторы со стороны пациента, со стороны врача, и факторы «альянса» (общие, совместные) — в формировании которых равное участие принимают как пациент, так и терапевт.

Факторы, предопределяющие комплаенс к терапии, в схематическом виде приведены на рисунке 1.

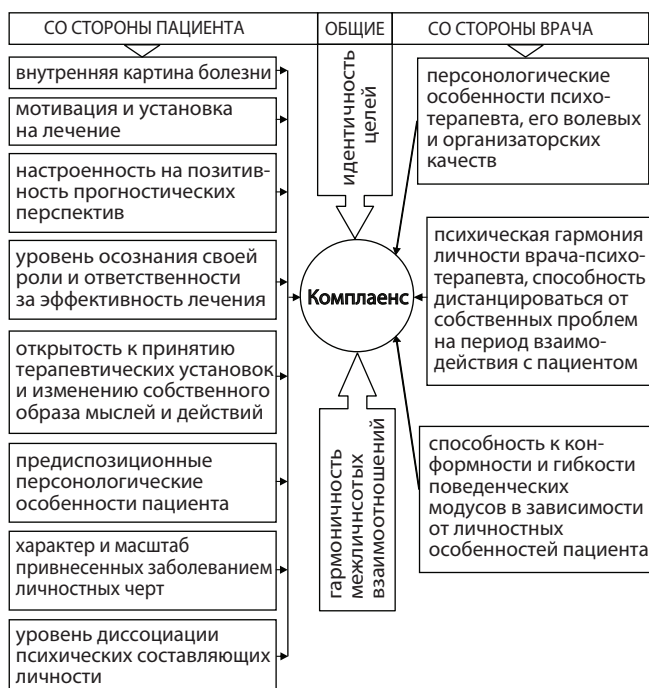


Рис. 1. Факторы, предопределяющие комплаенс к терапии

К предопределяющим комплаенс факторам со стороны пациента относятся:

- уровень критичности отношения к собственному психическому состоянию, особенности внутренней картины болезни, отношение к заболеванию;
- уровень мотивации и установки на лечение;
- уровень осознания своей роли и ответственности за эффективность лечения;
- прогностические ожидания, отношение к перспективе выздоровления;
- уровень предрасположенности к принятию терапевтических установок и изменению своего «Я», образа мыслей и действий, новых особенностей жизненного и социального функционирования, готовность к переменам;
- предиспозиционные персоналогические особенности пациента (акцентуации характера, особенности

темперамента, тип высшей нервной системы и т. д., накладывающие отпечаток как на клиническую картину болезни, так и отношение пациента к терапевтическому процессу, его этологические и аффективные реакции в ответ на терапевтические вмешательства, взаимодействие с врачом, другими пациентами, поведение в отделении, психически обусловленную способность к выполнению медицинских рекомендаций);

— характер и масштаб привнесенных заболеванием особенностей личности;

— уровень диссоциации «Я», интеграции и сопряженности психических составляющих.

Согласно данным нашего исследования, наиболее терапевтически продуктивному комплаенсу соответствовали высокий уровень критичности отношения к собственному психическому состоянию, гармоничная внутренняя картина болезни, критическое отношение к заболеванию (5 чел. — 10,00 %); вера в перспективы выздоровления, настроенность на позитивный прогноз (41 чел. — 82,00 %); открытость к принятию терапевтических установок и изменению своего «Я», образа мыслей и действий, новых особенностей жизненного и социального функционирования, высокая готовность к переменам (5 чел. — 10,00 %); гармоничный тип личности (2 чел. — 4,00 %), сангвиники либо флегматики по темпераменту (16 чел. — 32,00 %), сильный и уравновешенный тип нервной системы (8 чел. — 16,00 %); низкий уровень диссоциации «Я», высокий уровень интеграции и сопряженности психических составляющих (12 чел. — 24,00 %). Остальные пациенты имели инконгруэнтные для достижения продуктивного комплаенса показатели.

Таким образом, наличие полного спектра факторов прокомплаентности выявлялось лишь у 2 чел. — 4,00 % больных с диссоциативным расстройством, у остальных 48 чел. — 96,00 % обнаруживались проявления, обуславливающие нарушения факторов прокомплаентности и, следовательно, нарушение комплаенса в терапии диссоциативного расстройства.

Соотношение степени прокомплаентности фактора и его встречаемости в первой группе исследования представлено на рис. 2.

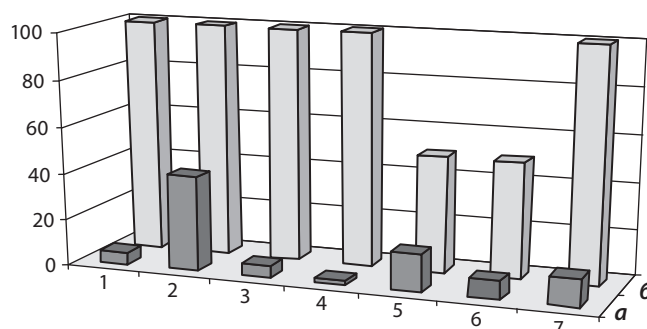


Рис. 2. Соотношение прокомплаентности фактора и его встречаемости среди пациентов с диссоциативными расстройствами

Условные обозначения:

- 1 — гармоничная внутренняя картина болезни; 2 — вера в перспективы выздоровления; 3 — открытость к принятию терапевтических установок; 4 — гармоничный тип личности; 5 — сангвиники либо флегматики по темпераменту; 6 — сильный и уравновешенный тип нервной системы; 7 — низкий уровень диссоциации «Я»; а — частота встречаемости, чел.; б — прокомплаентность фактора, баллы

К преопределяющим особенностям со стороны врача относятся:

- персонологические особенности психотерапевта, его волевых и организаторских качеств;

- психическая гармония личности врача-психотерапевта, способность дистанцироваться от собственных проблем на период взаимодействия с пациентом;

- способность к конформности и гибкости поведенческих модусов в зависимости от личностных особенностей пациента: от мягкости до директивности в построении терапевтического альянса «врач — пациент».

Согласно нашим наблюдениям, наличие акцентуаций личности, эмоциональных проблем у психотерапевта, склонности к формированию дефензивных феноменов переноса со стороны врача становятся крайне деструктивными для комплаенса.

В процессе терапии часто является критическим недопущение развития такого интеркуррентного психотерапевтического феномена как перенос со стороны пациента, что требует от терапевта необходимости регулярного контроля и перепроверки качества альянса «врач — терапевт» и межличностных ролей; способности к своевременной модернизации врачебной роли и гармоничной, с точки зрения комплаентности, перестройке модуса взаимоотношений.

К факторам «альянса», влияющим на комплаенс к терапии, относятся:

- гармоничность межличностных взаимоотношений в терапевтическом альянсе;

- идентичность обоюдных целей и установок.

На основании отмеченных предиспозиционных факторов комплаентности можно выделить ряд противоречий, препятствующих как достижению комплаенса, так и терапии в целом:

- неверное понимание пациентом сути психического здоровья при формально декларируемом стремлении к его достижению, когда пациент пытается достичь того состояния, которое является заведомо диссонансным окружающей действительности; характерно, что чем больше диссоциативных проявлений обнаруживает «Я» пациента, тем выраженнее он стремится к неверно отождествляемому с «оптимальным» дисконплаентному и дисгармоничному состоянию собственной идентичности и тем сильнее расценивает истинное психическое здоровье и гармоничные модели поведения как вариант патологии;

- диссоциация между представлениями пациента о «правильном» терапевтическом процессе и истинно правильным процессом терапии, принять реалии которого пациент оказывается не готов;

- непонимание пациентом ответственности за процесс лечения и достигнутый результат, поскольку большинство занимает пассивную позицию (фактически: «меня лечат», а не «я лечусь»);

- несоответствие реальной ситуации воображаемого «эталонного» образа врача, который, в представлении пациента, *a priori* должен обладать определённым набором заведомо предписанных качеств; подобное несоответствие ожиданиям может препятствовать достижению комплаенса при соблюдении прочих условий;

- персонологическая одновекторность достигнутых комплаентных отношений: комплаенс, как директивная составляющая реальности терапевтического процесса, может не соответствовать жёстко заданной «Я»-структуре больного диссоциативным расстройством, а потому — чем большей стабильности терапевтического альянса

удаётся достичь за счёт ориентации на личностные особенности пациента в начале терапии, тем более дисгармоничным и менее комплаентным становится он по мере выздоровления последнего; в связи с этим, чем больше выражена связь личностных особенностей пациента и диссоциативной симптоматики, тем более частого пересмотра требует модус терапевтического альянса.

Комплаенс в рамках терапии диссоциативного расстройства предполагает достижение такого характера взаимодействия «врач — пациент», при котором терапевт не только получает доступ к внутреннему миру пациента, но и право указывать ему на то, «чем он может быть» при способности и готовности последнего не только принять эти метаморфозы, но и активно стремиться к достижению последних.

В результате исследования выделен ряд факторов, преопределяющих наиболее терапевтически продуктивный комплаенс. К ним относятся три варианта факторов: факторы со стороны пациента, со стороны врача и факторы «альянса».

К наиболее терапевтически конгруэнтным факторам со стороны пациента относятся высокий уровень критичности отношения к собственному психическому состоянию, гармоничная внутренняя картина болезни, критическое отношение к заболеванию; вера в перспективы выздоровления, настроенность на позитивный прогноз; открытость к принятию терапевтических установок и изменению своего «Я», образа мыслей и действий, новых особенностей жизненного и социального функционирования, высокая готовность к переменам; гармоничный тип личности, сангвиник либо флегматик по темпераменту, сильный и уравновешенный тип нервной системы; низкий уровень диссоциации «Я», высокий уровень интеграции и сопряженности психических составляющих.

У большинства пациентов с диссоциативными расстройствами (96,00 %) отмечено нарушение факторов прокомплаентности.

Исследование показало, что такие качества пациентов как гармоничная внутренняя картина болезни, критическое отношение к заболеванию; открытость к принятию терапевтических установок и изменению своего «Я», образа мыслей и действий, новых особенностей жизненного и социального функционирования, высокая готовность к переменам; гармоничный тип личности наиболее нарушены в рамках диссоциативных расстройств и дисконплаентности и требуют разработки коррекционных прокомплаентных мероприятий.

К наиболее конгруэнтным факторам терапевтического комплаенса со стороны врача относятся: гармоничная личность, высокая эмоциональная устойчивость, отсутствие у врача-психотерапевта выраженных акцентуаций характера, эмоциональных проблем, склонности к формированию дефензивных феноменов переноса со стороны врача.

На основании отмеченных предиспозиционных факторов комплаентности выделен ряд противоречий, препятствующих как достижению комплаенса, так и терапии в целом, среди которых: неверное понимание пациентом сути психического здоровья; диссоциация между представлениями пациента о «правильном» терапевтическом процессе и истинно правильным; непонимание пациентом ответственности за процесс лечения; несоответствие образа врача «эталонным» представлениям пациента; персонологическая одновекторность достигнутых комплаентных отношений.

**Список литературы**

1. Шестопалова Л. Ф. Психологія лікувального процесу: сучасні проблеми та перспективи дослідження / Л. Ф. Шестопалова // Медицинская психология. — 2006. — Т. 1. — № 4. — С. 30—32.  
 2. Concordance is not synonymous with compliance or adherence / [J. S. Bell, M. S. Airaksinen, A. Lyles et al.] // Br. J. Clin. Pharmacol. — 2007. — № 64 (5). — P. 710—711.

3. Ross C. A. Co-occurrence of dissociative identity disorder and borderline personality disorder / C. A. Ross, L. Ferrell, E. Schroeder // J. Trauma Dissociation. — 2014. — № 15(1). — P. 79—90.  
 4. Papousek I. Dissociated autonomic regulation during stress and physical complaints / I. Papousek, G. Schuller, E. Premeisberger // J. Psychosom. Res. — 2002. — № 52(4). — P. 257—266.

Надійшла до редакції 07.09.2015 р.

**СТОЛЯРЕНКО Андрей Николаевич**, ассистент кафедры психиатрии, психотерапии, общей и медицинской психологии, наркологии и сексологии Запорожского государственного медицинского университета Министерства здравоохранения Украины, г. Запорожье; e-mail: psy\_zdmu2011@rambler.ru

**STOLIARENKO Andrii**, Assistant of the Department of psychiatry, psychotherapy, general and medical psychology, narcology and sexology of Zaporizhzhia State medical University of the Ministry of Health of Ukraine, Zaporizhzhia; e-mail: psy\_zdmu2011@rambler.ru

УДК 613.81: 577.17

*Страшок О. А.*

**ХАРАКТЕРИСТИКА АДАПТАЦИОННОГО ПОТЕНЦИАЛА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ПРИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ В ПЕРИОД АБСТИНЕНТНЫХ РАССТРОЙСТВ**

*Страшок О. О.*

**Характеристика адаптационного потенциала сердечно-судинної системи у хворих на алкогольну залежність у період абстинентних розладів**

*О. А. Strashok*

**Characteristics of adaptation capacity of the cardiovascular system in patients with alcohol dependence during withdrawal disorders**

Исследование вариабельности сердечного ритма у больных с алкогольным абстинентным синдромом ( $n = 50$ ) выявило значительные нарушения в вегетативном обеспечении функционирования организма: повышение активности симпатического отдела вегетативной нервной системы на фоне снижения парасимпатических влияний. Это привело к уменьшению суммарной мощности спектра и значительному повышению стресс-индекса и индекса вегетативного равновесия, отражающих превалирование адренергических влияний. Более выраженные изменения вариабельности сердечного ритма определялись у больных с отягощенной по патологическому влечению к алкоголю наследственностью и запойной форме употребления алкоголя. С увеличением длительности заболевания отмечалось прогрессирование дезадаптивных проявлений вегетативного обеспечения сердечной деятельности.

Полученные результаты могут быть использованы для мониторинга течения заболевания и определять дифференцированный подход при назначении лечения.

**Ключевые слова:** алкогольный абстинентный синдром, вариабельность сердечного ритма

Дослідження вариабельності серцевого ритму у хворих з алкогольним абстинентним синдромом ( $n = 50$ ) виявило значні порушення у вегетативному забезпеченні функціонування організму: підвищення активності симпатичного відділу вегетативної нервової системи на тлі зниження парасимпатичних впливів. Це призвело до зменшення сумарної потужності спектра та значного підвищення стрес-індексу та індексу вегетативної рівноваги, які відображають переважування адренергічних впливів. Виразеніші зміни вариабельності серцевого ритму визначалися у хворих з обтяженою по патологічному потягу до алкоголю спадковістю та запійній формі вживання алкоголю. Зі збільшенням тривалості захворювання відзначалося прогресування дезадаптивних проявів вегетативного забезпечення серцевої діяльності.

Отримані результати можуть бути використані для моніторингу перебігу захворювання та визначати диференційований підхід при призначенні лікування.

**Ключові слова:** алкогольний абстинентний синдром, вариабельність серцевого ритму

The study of heart rate variability in patients with alcohol withdrawal syndrome ( $n = 50$ ) revealed significant disturbances in vegetative functioning of the body: increased activity of the sympathetic division of the autonomic nervous system on the background of the decrease of the parasympathetic. This resulted in a decrease of the total power spectrum and a significant increase in stress index and an index of autonomic balance, which reflects the predominance of adrenergic influences. More pronounced changes in heart rate variability were determined in patients with compromised under pathological attraction to alcohol heredity and binge the form of alcohol consumption. With increasing duration of the disease was noted the progression of maladaptive manifestations of vegetative provision of cardiac activity.

The results can be used to monitor the course of disease and to determine a differentiated approach when prescribing treatment.

**Keywords:** alcohol withdrawal syndrome, heart rate variability

Злоупотребление алкоголем является общемировой проблемой и характеризуется развитием разнообразных медицинских и социальных последствий: психические, инфекционные и соматоневрологические расстройства, социальная дезадаптация, суициды, формирование криминального вектора поведения и др. [1, 6]. Вопросы коморбидной патологии сердечно-сосудистой системы при алкогольной зависимости привлекают к себе вни-

мание исследователей, так как далеки от своего решения [3, 8—10, 12]. Доказано, что алкоголь является одним из существенных факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний, по различным данным, от 5 до 30 % всех артериальных гипертензий вызвано избыточным употреблением алкоголя [1, 2, 6]. Алкогольная миокардиодистрофия нередко является причиной развития хронической сердечной недостаточности. Известны факты внезапной смерти от остановки сердца у лиц с зависимостью от алкоголя [3, 4].