

## ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ КОМПЛАЙЕНСА К ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ДИССОЦИАТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Запорожский государственный медицинский университет

**Выделен и рассмотрен ряд противоречий, выступающих факторами нарушения комплайенса к психотерапии у пациентов с диссоциативными расстройствами. Указаны пути успешного разрешения факторов дисконформности у пациентов с диссоциативными расстройствами, обеспечивающие формирование комплайенса и результативность терапевтического процесса в целом.**

*Ключевые слова:* диссоциативное расстройство, комплайенс, психотерапия, реабилитация.

Диссоциативные расстройства представляют собой класс наиболее тяжело курабельной патологии из спектра невротических расстройств [1, 2]. В первую очередь это связано с тем, что система мотивации пациента с диссоциативным расстройством и его межличностное взаимодействие с медицинскими специалистами обуславливают важные особенности процесса психотерапии.

Базисом современного лечебно-реабилитационного взаимодействия признается мотивация больного на лечение, его активное участие в терапевтическом процессе, который учитывает как личностные особенности пациента, так и характер его реагирования на болезнь [3].

Значимость этих базисных представлений в *ars medica* на протяжении всей истории медицины признавалась как крайне высокая, но только в последние десятилетия они стали предметом научных исследований, в ходе которых кристаллизовался англоязычный термин «комплайенс» (*compliance* — согласие, приверженность). Преимущественно этот феномен рассматривается как согласие больного на лечение, сотрудничество с врачом, исполнение всех требований терапии.

Особое значение проблема комплайенса приобретает при лечении психических расстройств в связи с присутствием в их клинической картине различных когнитивных и личностных нарушений. Терапевтическое сотрудничество с пациентами этого профиля достигается значительно сложнее, чем у больных с соматической патологией, хотя значение имеет куда большее, поскольку в отдельных случаях только лишь создание качественного комплайенса становится мощным психологическим (психотерапевтическим) и, собственно, излечивающим фактором [4].

Цель исследования — выявить особенности формирования терапевтического комплайенса у больных диссоциативными расстройствами.

Были обследованы 50 пациентов с диссоциативными расстройствами (F44 по МКБ-10), проходившие курс психотерапии на базе КУ «Областная клиническая психиатрическая больница» Запорожского областного совета.

В исследовании были использованы клинико-психопатологический, психодиагностический, клинико-психофеноменологический, катamnестический методы.

Отмечено, что при лечении психических расстройств врачи-психиатры сталкиваются с рядом противоречий, от успешности разрешения которых зависит не только формирование комплайенса, но и результативность терапевтического процесса в целом.

Первое противоречие базируется на том, что установка пациента в ходе лечения на выздоровление или восстановление максимально возможных объемов качества жизни есть не что иное, как стремление к получению или восстановлению идентичности, целостности своего «Я» и интеграции его психических составляющих. Личностно-психологические особенности пациента здесь используются как инструмент формирования его осознанного участия в терапевтическом процессе. С другой стороны, в реальной практике в случаях соматической и в большинстве случаев психической патологии на этапе формирования комплайенса специалист напрямую обращается к отдельной, «здоровой» части личности, к так называемому здравому смыслу, под которым подразумевается некий комплекс общепринятых представлений о реальности, сформированных данной культурой, зачастую игнорируя нюансы личностных особенностей пациента. При этом предполагается, что желание больного избавиться от болезненного симптома присутствует «по умолчанию», и нужно лишь структурировать его готовность работать в направлении здоровья. Формирование

комплайенса в случае с психическими патологиями вынуждено балансировать между стремлением пациента вернуться к (достичь) целостности своего «Я», интеграции, и «расщеплением» личности на здоровомыслящую и патологически окрашенную части, их противопоставлением и построением новой целостной идентичности на основании прежней здоровомыслящей части. Здравомыслие как способность принимать правильные решения и делать правильные предположения формирует комплаенс и становится психотерапевтическим методом, но при этом сохраняет опасность эскалации внутреннего конфликта. Как верно указывают исследователи, болезнь как деструктивный фактор вносит изменения в основы внутренней самоидентичности личности с социальным целью и объективной действительностью и не только требует определенных и осознанных усилий больного для сохранения целостности и устойчивости самоидентичности, но и привносит специфические патопсихологические различия в структуру личности больного [5].

Второе противоречие непосредственно связано со спецификой диссоциативных расстройств. Самоидентичность больного, с обращения к которой и начинается собственно терапевтический процесс, оказывается поврежденной настолько («la belle indifference» по Шарко), что препятствует адекватному формированию комплаенса и делает невозможным эффективное использование обычных саногенных подходов.

В современной психотерапии сложилось довольно сдержанное отношение к возможностям успешной психотерапии при диссоциативном расстройстве. Одним методам отдается предпочтение, целесообразность иных вызывает сомнения. Хотя дифференциальные показания к применению средств вмешательства определяются врачом лично, тем не менее, вне зависимости от метода, который готов применять психотерапевт, без комплаенса ни один из них не будет эффективным.

Центральной составляющей для формирования комплаенса становится переменная «психотерапевт» и ее связь с переменной «пациент». В случае диссоциативного расстройства врачу придется многократно анализировать качество комплаенса и его уровень в ходе взаимодействия с пациентом. Фактически приходится «перезаключать» заново эту договоренность о приверженности лечению при каждой встрече. Чем больше связь личностных особенностей пациента и диссоциативной симптоматики, тем актуальнее это правило. Такова особенность переживаний диссоциативного симптома как проявления истерического конфликта, который представляет собой попытку игнорировать объективную реальность или требования окружающих.

Смысл диссоциативного расстройства заключается в бегстве от каких-либо реальных аспектов своей жизни или личности. Комплаенс как достаточно директивно предлагаемая составляющая реальности может не соответствовать заданной жесткой «Я» структуре диссоциативного больного. Поэтому в данном контексте нет оснований ожидать его константность после формирования или повышения уровня по ходу лечебного процесса. Терапевту необходимо построить и включиться в такой характер взаимодействия, при котором он не только получает доступ к внутреннему миру пациента, но и право указывать ему на то, «чем он может быть» (К. Роджерс).

В восприятии больного любого профиля врач a priori должен обладать определенным набором качеств, благодаря которым может быть сформирован хороший комплаенс, и, соответственно, проведено лечение, отвечающее стандартам. Современные представления «разделенной ответственности» предполагают преимущественно партнерские взаимоотношения, которые в системе Э. Берна определены как «взрослый — взрослый». Установление такого взаимодействия с диссоциативным больным невозможно, поскольку при успешной его реализации исчезала бы диссоциативная симптоматика, а значит, и установление комплаенса, позволившего достичь терапевтического эффекта, уже произошло на предыдущем этапе и на иных условиях. Речь идет об особом характере патерналистского взаимодействия, которое также очень удобно рассмотреть по Берну, — это взаимодействие «родитель — ребенок» (невозможность «родитель — взрослый» — очевидна).

Парадоксально, но при поразительном многообразии диссоциативной симптоматики, многообразии форм поведения больных как в ходе лечебного процесса, так и на этапе установления комплаенса, максимум терапевтического эффекта зависит от ведущей, подчиняющей все остальные переменной «терапевт». Психотерапевт может вообще отказаться от методов и свободно проводить психотерапию исходя из особенностей своей личности. Например, случаи успешного «излечения» больных данной категории разного рода психотерапевтами-неспециалистами объясняются именно этим. К сожалению, определенная часть специалистов не утруждает себя осознанием причин собственной терапевтической успешности, относя ее к некоей «данности свыше». Без сомнения, такая данность наличествует. И с точки зрения конечного результата в этом «неведении» не было бы ничего плохого, если бы профессия психотерапевта не была столь завязана на социально-этические обязательства, а описанное выше сомнение специалистов не

приводило к злоупотреблениям, порой с трагическими последствиями.

Психотерапия в момент установления комплайенса не предполагает существования жестких прописанных инструкций к действию. Каждая ситуация в каждую минуту психотерапии диссоциативного расстройства неповторима. Несмотря на это, психотерапевт должен постоянно осознавать, что он делает, зачем он это делает, держать под контролем границы своих возможностей и допустимого.

Это вовсе не гарантирует безупречную работу психотерапевта. Но успешной она становится не тогда, когда врач точно знает, как себя вести в той или иной ситуации, а когда качество комплайенса позволяет психотерапевту заручиться терпением клиента для подбора наиболее эффективной комбинации вмешательств. Для больного с диссоциативным расстройством такой комплайенс может быть обеспечен только через умение терапевта в кратчайший промежуток начального этапа взаимодействия продемонстрировать пациенту себя как носителя родительской любви. При внешней простоте продемонстрировать позитивное, заботливое отношение, безраздельное внимание к пациенту, быть естественным и искренним, удерживая при этом необходимую дистанцию с диссоциативным больным, непросто. В то же время многие пациенты этого профиля с первых секунд взаимодействия уже настроены проверить терапевта на «прочность»: либо провоцируют его на заигрывание, либо обволакивают восторженным отношением, либо отвергают, обвиняя в фальши. Отдельно нужно сказать о том типе больных, которые настолько привыкли к формальным, холодным отношениям, что умеют получать внимание, только через провокацию агрессии значимого лица. Но и в этих случаях комплайенс формируется через использование клинического навыка заботливого отношения.

Значимым моментом на этапе формирования комплайенса для больного становится умение психотерапевта построить взаимодействие таким образом, чтобы на время этого взаимодействия, хотя бы на несколько минут, у пациента сложилось мнение, что он является для врача «самым важным человеком на свете», что его готовы поддерживать и принимать.

Для больного с диссоциативной симптоматикой, тревожного, находящегося в растерянности, непонимании сути своего нарушенного функционирования, очень важно уже на этапе установления комплайенса ощущать присутствие специалиста в качестве опытного и надежного провожатого.

Эти особенности формирования комплайенса в процессе терапии диссоциативного расстройства

определяют необходимость значительно больших усилий психотерапевта, специфического контроля за распределенными ролями и характером личного контакта.

За всеми этими моментами должны стоять прежде всего последовательные и позитивные отношения между психотерапевтом и пациентом. Основная позиция терапевта по отношению к пациенту неизменно должна быть позицией заботы, принятия, искренности и эмпатии, выражаемой достаточно экспрессивно, но в соответствии с границами толерантности пациента.

При взаимодействии с больным с диссоциативным расстройством значительно чаще, чем в случаях иных терапевтических альянсов, ожидаются проблемы, связанные с проявлениями доминирования, власти и зависимости. Они будут определять необходимость регулярно контролировать и перепроверять качество соблюдения договора приверженности лечению. В случае же наличия эмоциональных проблем у психотерапевта эти факторы становятся крайне деструктивными для комплайенса.

Необходимо постоянно помнить, что при установлении комплайенса больные с диссоциативной симптоматикой значительно в большей степени ориентированы на установление определенного порядка отношений, чем на предписания приказов и заповедей. Этот порядок регламентирован их личными представлениями о норме взаимоотношений, иногда они являются импровизацией при непосредственном взаимодействии с врачом.

Таким образом, можно заключить, что комплайенс к терапии играет весомую роль в лечении диссоциативного расстройства.

Противоречия в психотерапии диссоциативных расстройств, отмеченные в результате исследования, являются факторами, влияющими на достижение комплайенса к терапии, и опосредованно — на терапевтический процесс в целом.

Разрешение противоречий, возникающих в процессе терапии диссоциативного расстройства, позволит повысить комплайенс пациентов к лечению, ускорить наступление и качество терапевтического эффекта.

#### Список литературы

1. 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.
2. 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.

3. Шестопалова Л. Ф. Психологія лікувального процесу: сучасні проблеми та перспективи дослідження / Л. Ф. Шестопалова // Мед. психологія.— 2006.— Т. 1, № 4.— С. 30–32.
4. Данилов Д. С. Комплаєнс в медицині і методи його оптимізації (клінічні, психологічні і психотерапевтичні аспекти) / Д. С. Данилов // Психіатрія і психофармакотерапія.— 2008.— № 1.— С. 13–20.
5. Chu J. A. Rebuilding Shattered Lives: Treating Complex PTSD and Dissociative Disorders / J. A. Chu.— John Wiley & Sons, 2011.— 384 p.

---

### ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ КОМПЛІАНСУ ДО ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ НА ДИСОЦІАТИВНІ РОЗЛАДИ

А. М. СТОЛЯРЕНКО

**Виділено та розглянуто ряд протиріч, які виступають факторами порушення комплаєнсу до психотерапії у пацієнтів із дисоціативними розладами. Відзначено шляхи успішного вирішення факторів дисконформності у пацієнтів із дисоціативними розладами, які забезпечують формування комплаєнсу і результативність терапевтичного процесу в цілому.**

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

---

### PECULIARITIES OF FORMING THERAPEUTIC COMPLIANCE IN PATIENTS WITH DISSOCIATIVE DISORDERS

A. M. STOLIARENKO

**The paper identifies and examines a number of contradictions, acting as factors of violation of compliance to psychotherapy in patients with dissociative disorders. The ways of successful resolution of non-compliance factors in patients with dissociative disorders, providing formation of compliance and effectiveness of the therapeutic process in general.**

*Key words: dissociative disorder, compliance, psychotherapy, rehabilitation.*

---

*Поступила 15.12.2015*