

ОСОБЕННОСТИ ПРОКОМПЛАЙЕНТНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ДИССОЦИАТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Запорожский государственный медицинский университет

Установлен уровень объективной врачебной идентификации и самоидентификации комплаентности у пациентов с диссоциативными расстройствами для всех видов терапии. Определено соотношение уровней субъективной и объективной прокомплаентности пациентов к различным видам терапии в зависимости от доминирующего аранжирующего варианта психологической дезадаптации.

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

Эффективность тактики лечения диссоциативных расстройств во многом обусловлена качеством комплаенса пациентов к терапии по сравнению с другими нозологиями [1, 2].

К факторам, способствующим формированию комплаенса, относят прежде всего тип реагирования нервной системы, ценностные установки, систему мировоззрения пациента, его этологические и аффективные реакции в ответ на назначение курса психо- и фармакотерапии, понимание ситуации и отношение к болезни, осознание своей роли и ответственности за эффективность лечения, ожидание перспектив терапии, т. е. факторы, обусловленные модусом его личностного реагирования и совокупностью персонологических характеристик. Обычно установка пациента в ходе лечения на выздоровление или восстановление максимально возможных объемов качества жизни есть ни чем иным, как стремлением к получению или восстановлению идентичности, целостности своего «Я» и интеграции его психических составляющих. В связи с этим личностно-психологические особенности пациента используются как инструмент формирования его осознанного участия в терапевтическом процессе [3–6].

Цель нашего исследования — определить особенности комплаентности и комплаенса у пациентов с диссоциативными расстройствами.

На базе КУ «Областная клиническая психиатрическая больница» Запорожского областного совета были обследованы 108 больных с диссоциативными расстройствами.

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

В аспекте приверженности больных к терапии рассматривались три компонента: комплаенс к психофармакотерапии, психотерапии, психофизиотерапии.

Пациентам предлагалось заполнить опросник «Шкала комплаентности Мориски — Грин» [7] (в модифицированном для каждого вида терапии варианте) на начальных этапах саногенных вмешательств относительно настроенности пациентов и их субъективной оценки своей способности к соблюдению комплаенса ко всем видам терапии, а также на завершающем этапе относительно впечатлений о соблюдении комплаенса на всем протяжении лечения. Параллельно давалась врачебная оценка приверженности пациентов к терапевтическим мероприятиям.

Результаты исследования в первом измерении (на начальных этапах терапии) продемонстрировали завышенный уровень самоидентификации комплаентности у больных диссоциативными расстройствами для всех видов терапии, который не отвечал объективным наблюдениям. Пациенты были склонны к переоценке собственной ориентированности на соблюдение врачебных предписаний. При этом наибольшая выраженность диссоциации между самоидентификацией комплаентности пациентами и ее объективной врачебной оценкой (определяемая нами как комплаенс к терапии) диагностировалась в контексте психо- и фармакотерапии, менее выраженная — в физиотерапии (табл. 1).

При этом на начальных этапах терапии (I измерение) была отмечена наибольшая прокомплаентность пациентов и наиболее высокий уровень комплаенса к физиотерапевтическим методам, наименьший — к психотерапевтическим.

Во II измерении по завершении лечения наблюдалось повышение уровня критической оценки прокомплаентности у пациентов.

Определялось объективно верифицируемое повышение комплаентности больных к терапии по мере выздоровления. Максимум комплаенса к психотерапевтическим и фармакологическим

Соотношение уровней субъективной и объективной прокомплаентности пациентов ($n = 108$) к различным видам терапии

Вид терапии	Оценка прокомплаентности (баллы)							
	I измерение (на начальном этапе)			II измерение (на завершающем этапе)			$t_{эмп} / p$ (для I и II измерений)	
	с. о.	о. о.	$t_{эмп} / p$	с. о.	о. о.	$t_{эмп} / p$	с. о.	о. о.
Психотерапия	3,8±0,05	2,2±0,12	13,1 < 0,01	3,7±0,05	3,1±0,10	4,6 < 0,01	1,5 > 0,05	6,5 < 0,01
Фармакотерапия	3,9±0,02	3,4±0,09	6,2 < 0,01	3,8±0,03	3,9±0,04	0,4 > 0,05	2,5 < 0,05	5,3 < 0,01
Физиотерапия	4,0±0,01	3,7±0,05	6,0 < 0,01	3,8±0,04	3,4±0,05	6,2 < 0,01	6,0 < 0,01	3,6 < 0,01

Примечание. С. о. — субъективная оценка, о. о. — объективная оценка. То же в табл. 2.

методам отмечался к завершению терапии, к физиотерапевтическим — на начальных этапах. При этом устанавливался различный уровень прокомплаентности в зависимости от доминирующего аранжирующего варианта психологической дезадаптации.

На начальном этапе терапии согласно данным объективного наблюдения (табл. 2) комплаенс к фармакотерапии был умеренно нарушен у лиц с экспансивно-эпилептоидным (3,2±0,17 балла), гипотимным (3,3±0,14) и психосоматическим (3,5±0,16) аранжирующими вариантами психологической дезадаптации; нарушен до уровня полной неприверженности к фармакотерапии — у лиц с гипертимным (2,2±0,20), некомформным (2,1±0,14), ипохондрическим (0,0±0,00) вариантами. По мере лечения данная картина имела тенденцию к коррекции в сторону повышения комплаенса для всех вариантов психологической дезадаптации.

Комплаенс к психотерапии был умеренно нарушен у лиц с истероидным (3,2±0,10), психастеническим (3,0±0,00), фобическим (2,9±0,30), тревожным (2,9±0,20), неврастеническим (2,8±0,20) аранжирующими вариантами психологической дезадаптации; выраженно нарушен у пациентов с экспансивно-эпилептоидным (1,0±0,40), гипотимным (1,1±0,10), некомформным (0,6±0,20), психосоматическим (1,7±0,30), ипохондрическим (0,3±0,30), гипертимным (0,6±0,20) вариантами с тенденцией к повышению на последующих этапах терапии.

Комплаенс к физиотерапии был умеренно нарушен у лиц с экспансивно-эпилептоидным (3,0±0,37), гипотимным (3,3±0,14), некомформным (3,1±0,14), гипертимным (2,8±0,20) аранжирующими вариантами психологической дезадаптации. При этом выраженного нарушения комплаенса к физиотерапии у больных с диссоциативными расстройствами в начале терапии не отмечалось, хотя на завершающем этапе

лечения имела место тенденция к его достоверному снижению у пациентов с истероидным вариантом — с 4,6±0,00 до 3,6±0,10, неврастеническим (с 3,9±0,07 до 3,2±0,20), экзальтированным (с 4,0±0,00 до 3,4±0,20), тревожным (с 3,9±0,09 до 3,3±0,10) при $p < 0.01$.

Стало возможным выделить несколько вариантов комплаенса у пациентов с диссоциативными расстройствами. Среди них к дисконплаентному варианту относились следующие подварианты:

1) эффортивный — легкомысленное, несознательное отношение к терапии, зачастую обусловленное анозогнозическим отношением к заболеванию, гипертимной психологической дезадаптацией. Пациенты пропускали прием препаратов и терапевтические сеансы по причине невнимательности, рассеянности, безответственного отношения к лечению. Зачастую терапия рассматривалась пациентами как увлекательное времяпровождение, а не важный лечебный процесс, направленный на достижение определенной цели — излечение;

2) депрекативный — обесценивание терапии, декларирование пациентом малозначимости лечения, его терапевтической неспособности. Выявляется не только в недоверии к лечению, но и в стремлении пациента доказать несостоятельность терапевтических тактик. Больные не соблюдали терапевтические предписания не столько по причине невнимательности, сколько умышленно, основываясь на изначально ложных суждениях и установках. Данный подвариант наиболее часто имел место у пациентов с ипохондрическим расстройством личности, ипохондрическим и гипотивными вариантами психологической дезадаптации;

3) тревожный — проявлялся в опасениях побочных действий терапии, а в крайних случаях — в уверенности пациента в том, что терапия может нанести еще больший вред здоровью. Пациенты были склонны преуменьшать терапевтический эф-

Таблиця 2

**Соотношение уровней субъективной и объективной прокомплаентности пациентов (n = 108)
к различным видам терапии в зависимости от доминирующего аранжирующего варианта
психологической дезадаптации**

Вариант психологической дезадаптации	Оценка прокомплаентности (баллы)											
	I измерение						II измерение					
	фармако- терапия		психо- терапия		физио- терапия		фармако- терапия		психо- терапия		физио- терапия	
	с. о.	о. о.	с. о.	о. о.	с. о.	о. о.	с. о.	о. о.	с. о.	о. о.	с. о.	о. о.
Истероидный	4,0	4,0	4,0	3,2	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0	3,6
Психастенический	4,0	4,0	4,0	3,0	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0
Экспансивно- эпилептоидный	4,0	3,2	2,8	1,0	3,8	3,0	3,3	4,0	3,0	2,3	3,5	3,2
Неврастенический	4,0	3,7	3,8	2,8	4,0	3,9	3,9	4,0	3,9	3,6	3,9	3,2
Фобический	3,8	3,7	3,8	2,9	4,0	3,8	3,9	3,9	3,9	3,8	3,9	3,7
Гипотимный	4,0	3,3	3,5	1,1	4,0	3,3	4,0	4,0	3,1	2,8	4,0	3,4
Некомформный	3,6	2,1	3,4	0,6	4,0	3,1	3,6	3,4	2,7	1,3	3,7	3,4
Экзальтированный	4,0	4,0	4,0	3,6	4,0	4,0	3,8	3,8	3,8	3,8	3,8	3,4
Тревожный	4,0	3,9	4,0	2,9	4,0	3,9	4,0	4,0	4,0	3,8	3,7	3,3
Психосоматический	3,9	3,5	3,8	1,7	4,0	3,8	3,9	3,8	3,9	2,4	3,5	3,8
Ипохондрический	4,0	0,0	3,8	0,3	4,0	4,0	3,5	3,0	3,5	1,5	4,0	3,8
Гипертимный	4,0	2,2	3,6	0,6	4,0	2,8	3,2	3,4	3,0	2,0	3,8	3,0

фект на фоне «выпячивания» и гиперболизации побочных, зачастую субъективных, а не объективно наличествующих проявлений терапии, что приводило к самокоррекции лечения в сторону его сокращения либо отказа;

4) конфронтационный — проявлялся в виде негативизма, оппозиционного отношения к терапии в связи с широким спектром факторов — от анозогнозии до десоциализации: это и перенос на врача и терапию в целом негативных чувств к инициаторам лечения, и неспособность пациента к открытости, доверию, построению конструктивных и гармоничных межличностных взаимоотношений; в структуре непринятия терапии нередко играла весомую роль и убежденность пациентов в возможном стигматизирующем влиянии терапии на посттерапевтические межличностные отношения в социуме;

5) аггравационный — проявлялся в преувеличении пациентами симптомов заболевания, гиперболизированном поиске помощи на фоне нестабильности подходов к соблюдению терапевтических предписаний — от самокоррекции терапии как в сторону ее увеличения, так и уменьшения, либо параллельному самовольному обращению к различным специалистам, альтернативным, в том числе немедицинским, методам терапии;

6) эгоцентричный — выражался в требованиях пациентов более пристального за ними внимания со стороны медицинского персонала, «особого» отношения, на фоне требований возможности на-

рушения режима отделения, поиска «недостатков» терапии, склонности к повышенной конфликтности. Пациенты могут иметь собственный взгляд на терапию, выбор саногенных тактик, в этом случае нередко требования переформирования терапевтического процесса в соответствии с их представлениями о должном.

Прокомплаентный вариант имеет три подварианта:

1) гетерономный (субмиссивный) — выражен в скрупулезном беспрекословном соблюдении пациентами врачебных рекомендаций при отсутствии какой-либо протерапевтической инициативы со своей стороны, они всецело полагаются и доверяют мнению врача. Для таких пациентов врач выступает безусловно авторитетной личностью, его точка зрения принимается за истину без критического осмысления, а собственная расценивается малозначимой, ошибочной. Нередко такие больные склонны не вербализировать побочные проявления терапии, даже в тех случаях, когда они могут оказаться критическими для лечения, опасаясь подвергнуть врачебные назначения критике, противопоставить свою точку зрения врачебной, что, впрочем, легко корректируется соответствующими установками врача;

2) рациональный — обеспечивает высокую приверженность терапии при условии предварительного разъяснения пациентам сути их заболевания и методов лечения. Эти больные нуждаются

в понимании причин выбора и работы конкретных терапевтических тактик, охотно озвучивают собственные взгляды на улучшение лечебного процесса при сохранении ориентации на выбор врача;

3) гармоничный — сочетает в себе соблюдение всех врачебных предписаний с пониманием собственной ответственности в рамках терапии с осознанием сути заболевания и терапевтических тактик, вовлеченностью в терапевтический процесс и установкой на положительные результаты.

В результате исследования выявлено изменение выраженности комплаентности у пациентов, страдающих диссоциативными расстройствами, по двум направлениям:

— повышение комплаентности с низких до средних и высоких значений, объективно отвечающих поведению больных по мере лечения;

— снижение комплаентности пациентов с неадекватно завышенных до средних — объективных значений.

Последнее свидетельствует о нарушении способности к самоидентификации уровня комплаентности у больных, страдающих диссоциативными расстройствами, с тенденцией к его завышению в острый период заболевания; о повышении уровня критического отношения к комплаентности у пациентов по мере выздоровления.

Выделены несколько вариантов комплаенса у пациентов с диссоциативными расстройствами: к дисконформному относятся эффортивный, депрекативный, конфронтационный, аггравационный, эгоцентричный подварианты, к прокомплаентному — гетерономный (субмиссивный), рациональный, гармоничный.

Результаты проведенного исследования будут способствовать повышению эффективности в лечении пациентов с диссоциативными расстройствами.

Список литературы

1. Данилов Д. С. Современные методы оптимизации терапевтического сотрудничества врача и больного при лечении шизофрении / Д. С. Данилов // Журн. неврологии и психиатрии.— 2008.— № 4.— С. 99–104.
2. Temperament and character traits in patients with conversion disorder and their relations with dissociation / G. Sarisoy, Ö. M. Kaçar, A. Öztürk [et al.] // Psychiatr. Danub.— 2015.— № 27 (4).— P. 390–396.
3. Bühler K. E. Etiology, pathogenesis, and therapy according to Pierre Janet concerning conversion disorders and dissociative disorders / K. E. Bühler, G. Heim // Am. J. Psychother.— 2011.— № 65 (4).— P. 281–309.
4. Carota A. Hysteria around the world / A. Carota, P. Calabrese // Front Neurol. Neurosci.— 2014.— № 35.— P. 169–180.
5. Morisky D. E. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence / D. E. Morisky, L. W. Green, D. M. Levine // Med. Care.— 1986.— № 24 (1).— P. 67–74.
6. Reynolds E. H. Hysteria, conversion and functional disorders: a neurological contribution to classification issues / E. H. Reynolds // Br. J. Psychiatry.— 2012.— № 201 (4).— P. 253–254.
7. MacPhee E. Dissociative disorders in medical settings / E. MacPhee // Curr. Psychiatry Rep.— 2013.— № 15 (10).— P. 398.

ОСОБЛИВОСТІ ПРОКОМПЛАЄНТНОСТІ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ДИСОЦІАТИВНИМИ РОЗЛАДАМИ

А. М. СТОЛЯРЕНКО

Установлено рівень об'єктивної лікарської ідентифікації та самоідентифікації комплаєнтності у пацієнтів із дисоціативними розладами для усіх видів терапії. Визначено співвідношення рівнів суб'єктивної та об'єктивної прокомплаєнтності пацієнтів до різних видів терапії залежно від домінуючого аранжуючого варіанта психологічної дезадаптації.

Ключові слова: диссоціативний розлад, комплаєнс, психотерапія, реабілітація.

THE FEATURES OF PROCOMPLIANCE IN PATIENTS WITH DISSOCIATIVE DISORDERS

A. M. STOLIARENKO

The level of objective medical identification and self-identification of compliance in patients with dissociative disorders was determined for all the types of therapy. The ratio of the level of subjective and objective procompliance to different types of therapy was determined depending on the dominant arranging option of psychological maladjustment.

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

Поступила 10.03.2016