

**ПРИНЦИПИ Й АЛГОРИТМ ПОБУДОВИ СИСТЕМИ КОМПЛІАЄНС-ОРІЄНТОВАНОЇ ІНДИВІДУАЛЬНО-КОНГРУЕНТНОЇ ПСИХОТЕРАПІЇ ДИСОЦІАТИВНИХ РОЗЛАДІВ**

Запорізький державний медичний університет МОЗ України

**Summary.** Stolyarenko A. M. **THE PRINCIPLES AND THE ALGORITHM OF CONSTRUCTION A SYSTEM OF COMPLIANCE-ORIENTED INDIVIDUALLY-CONGRUENT PSYCHOTHERAPY DISORDERS DISSOCIATIVE.** - *Zaporizhzhye state medical University Ministry of health care of Ukraine, e-mail: [psyhotip@gmail.com](mailto:psyhotip@gmail.com).* In the work developed principles and an algorithm for constructing a system of compliance-oriented individually-congruent psychotherapy dissociative disorders. The proposed system of psychotherapy dissociative disorders, was tested in a clinical setting. On the basis of MI «Regional clinical psychiatric hospital» of the ZRC was a randomized, controlled study involving 108 patients with dissociative disorders (F44). Of these, 54 patients received therapy according to standard treatment protocols for dissociative disorders and compliance-oriented psychotherapy, selection algorithm which was based on the characteristics of achieving compliance (study group – SG); 54 patients received therapy according to standard clinical protocols (control group – CG). Application of the developed system compliance-oriented psychotherapy dissociative disorders proved its efficiency: faster (by 35% compared to the CG) relief of psychiatric symptoms in the GI and no relapse within two years.

**Key words:** dissociative disorders, compliance, psychotherapy, inner picture of the disease.

**Реферат.** Столяренко А. Н. **ПРИНЦИПЫ И АЛГОРИТМ ПОСТРОЕНИЯ СИСТЕМЫ КОМПЛІАЄНС-ОРИЕНТИРОВАННОЙ ИНДИВІДУАЛЬНО-КОНГРУЭНТНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ ДИСОЦІАТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ.** В работе разработаны принципы и алгоритм построения системы комплаєнс-ориентированной индивидуально-конгруэнтной психотерапии диссоциативных расстройств. Предложена система психотерапии диссоциативных расстройств и опробована в клинических условиях. На базе КУ «Областная клиническая психиатрическая больница» ЗОР было проведено рандомизированное контролируемое исследование с участием 108 больных диссоциативными расстройствами (F44). Из них 54 больных получали терапию по стандартным протоколам лечения диссоциативных расстройств и комплаєнс-ориентированную психотерапию, алгоритм выбора которой был основан на особенностях достижения комплаєнса (группа исследования – ГИ); 54 больных получали терапию по стандартным клиническим протоколам (группа контроля – ГК). Применение разработанной системы комплаєнс-ориентированной психотерапии диссоциативных расстройств доказало ее эффективность: более быстрое (на 35% по отношению к ГП) купирование психопатологической симптоматики в ГИ и отсутствие рецидива заболевания в течение двух лет.

**Ключевые слова:** диссоциативные расстройства, комплаєнс, психотерапия, внутренняя картина болезни.

**Реферат.** Столяренко А. М. **ПРИНЦИПИ Й АЛГОРИТМ ПОБУДОВИ СИСТЕМИ КОМПЛІАЄНС-ОРІЄНТОВАНОЇ ІНДИВІДУАЛЬНО-КОНГРУЕНТНОЇ ПСИХОТЕРАПІЇ ДИСОЦІАТИВНИХ РОЗЛАДІВ.** В роботі розроблено принципи й алгоритм побудови системи комплаєнс-орієнтованої індивідуально-конгруентної психотерапії диссоціативних розладів. Запроонована система психотерапії диссоціативних

розладів та опробувана в клінічних умовах. На базі КУ «Обласна клінічна психіатрична лікарня» ЗОР було проведено рандомізоване контрольоване дослідження за участю 108 хворих на дисоціативні розлади (F44). З них 54 хворих отримували терапію за стандартними протоколами лікування дисоціативних розладів та комплаєнс-орієнтовану психотерапію, алгоритм вибору якої було засновано на особливостях досягнення комплаєнсу (група дослідження – ГД); 54 хворих отримували лише терапію за стандартними клінічними протоколами (група контролю – ГК). Застосування розробленої системи комплаєнс-орієнтованої психотерапії дисоціативних розладів довело її ефективність: більш швидке (на 35% по відношенню до ГП) купіювання психопатологічної симптоматики в ГД та відсутність рецидиву захворювання протягом двох років.

**Ключові слова:** дисоціативні розлади, комплаєнс, психотерапія, втунтрішня картина хвороби.

**Актуальність дослідження.** Дисоціативні розлади є однією з найбільш розповсюджених форм психопатологічних проявів в клініці «малої» психіатрії. За окремими даними частота їх зустрічаємості сягає від 10% в загальній популяції до 46% в популяції пацієнтів психіатричних стаціонарів. Одночасно з цим вони є одними з важкокурабельних, преш за все внаслідок характерного порушення цілісності взаємодії психічних функцій, що обумовлюють самоідентичність хворого, до якої звертається лікар і опосередковано – саногенні втручання, які є тим більш дієвими, чим більшу реалізацію набуває терапевтичний комплаєнс [1, 2].

Викривлене увлення про хворобу у цієї категорії хворих призводить, зокрема, до заперечення хворими психогенно-невротичної природи їх захворювання, викривленню внутрішньої картини хвороби з агравацією її медичних і соціальних наслідків та формуванню конфронтаційного відношення до терапії, особливо психологічного плану.

У пограничній психіатрії, до сфери компетенції якої належать дисоціативні розлади, велика частина ефективної терапевтичної тактики визначається не стільки адекватною психофармакотерапією, скільки якістю та конгруентністю психологічного (психотерапевтичного) впливу, що обумовлює значне підвищення значущості комплаєнсу порівняно з іншими нозологіями [3, 4].

То ж **метою дослідження** стало розробити принципи й алгоритм побудови системи комплаєнс-орієнтованої індивідуально-конгруентної психотерапії дисоціативних розладів й опробувати розроблену систему психотерапії в клінічних умовах.

#### **Матеріали дослідження**

На базі КУ «Обласна клінічна психіатрична лікарня» ЗОР за умов усвідомленої інформованої згоди та з дотриманням вимог біоетики було проведено рандомізоване контрольоване дослідження 108 хворих на дисоціативні розлади (F44), з них жінок – 93, чоловіків – 15. Середній вік хворих становив  $35,2 \pm 0,65$  рр.

Хворих було розділено на дві групи: 54 хворих, які отримували терапію за стандартними протоколами лікування дисоціативних розладів та комплаєнс-орієнтовану психотерапію, алгоритм вибору якої було засновано на особливостях досягнення комплаєнсу (група дослідження – ГД), та 54 хворих, які отримували лише терапію за стандартними клінічними протоколами (група контролю – ГК).

**Методи дослідження:** клініко-анамнестичний, катанестичний, кліліко-психопатологічний, психодіагностичний, клініко-психофеноменологічний.

В результаті дослідження було розроблено принципи й алгоритм побудови системи комплаєнс-орієнтованої індивідуально-конгруентної психотерапії дисоціативних розладів з урахуванням клініко-психофеноменологічних особливостей хворих.

До основних принципів було віднесено:

- встановлення предиспозиційних особистісних особливостей хворих;
- визначення домінуючого аранжуючого варіанту психологічної дезадаптації;
- виявлення домінуючого варіанту комплаєнсу із наступною адаптацією психотерапевтичного інструментарію;
- динамічність та видозміненість впроваджуваних психотерапевтичних технік протягом всього періоду терапії в залежності від динамічних особливостей зміни комплаєнсу;

– орієнтація первинних психотерапевтичних втручань на корекцію факторів, що зумовлюють виникнення комплаєнсу до терапії.

Алгоритм побудови системи психотерапії включав такі кроки:

– встановлення предиспозиційних особистісних особливостей хворих на ДР та домінуючого аранжуючого ВПД з метою прогнозування та випереджаючої корекції дископлаєнтної поведінки хворих;

– проведення клініко-психофеноменологічного дослідження, передуючого психотерапевтичним втручанням, з метою встановлення найбільш конгруентних особливостей хворих психотерапевтичних методик та технік;

– побудова психокорекційних втручань з урахуванням корегуючих впливів на фактори, що зумовлюють комплаєнс до терапії, та ефекторних психофеноменологічних особливостей хворих;

– послідовність та етапність у реалізації психотерапевтичних втручань;

– варіативність втручань в залежності від психопатологічного стану хворих та його динаміки, етапу терапії та рівня актуального комплаєнсу.

Система психотерапії, що базується на вищезазначених принципах й алгоритмі, складалася з двох основних напрямків (рис. 1):

– перший – формування комплаєнсу до всіх видів терапії дисоціативного розладу у цілому;

– другий – терапія дисоціативного розладу як такого.

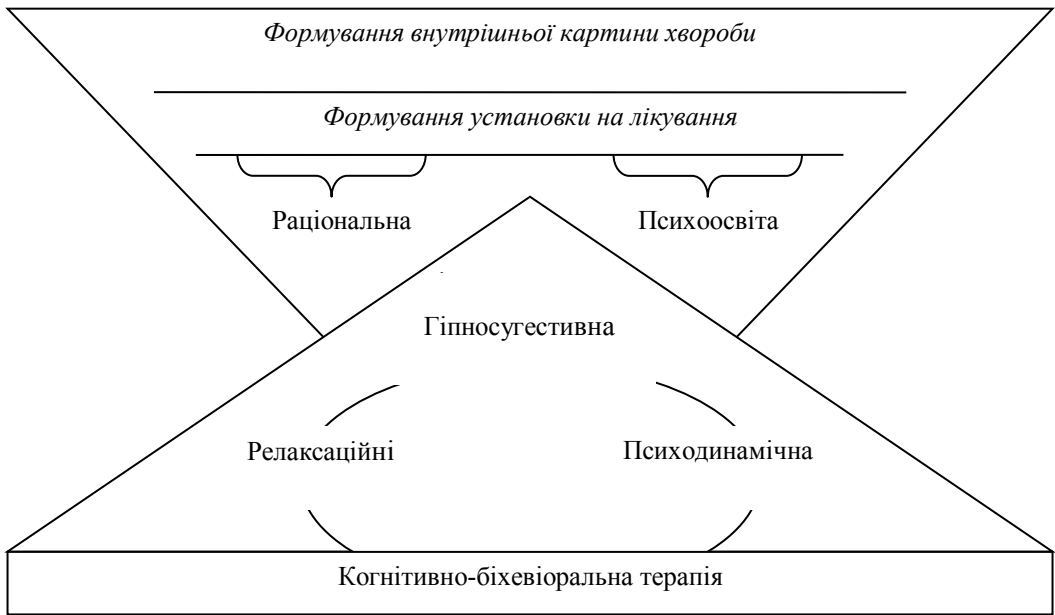


Рис. 1. Схема системи комплаєнс-орієнтованої індивідуально-конгруентної психотерапії дисоціативних розладів.

Перший напрямок реалізовувався перш за все за рахунок раціональної психотерапії та психоосвіти і складався із наступних шляхів:

1. Формування внутрішньої картини хвороби, – що досягалося за допомогою кроків, спрямованих на «інформування» хворого про факт наявності у нього психічного захворювання, «прийняття» та «усвідомлення» цього факту:

а) хворі інформувалися про наявність у них певного, і саме психічного, розладу, – це дозволяло досягти факту «інформованості» хворих про співвіднесення їх стану здоров'я із певною медичною рубрикою.

Але зазвичай, по-перше, факта «інформованості» було недостатньо для «усвідомлення» хворими наявності у себе певного психічного розладу, по-друге, цей факт породжував характерне для українського суспільства неприйняття наявності у себе саме психічного розладу, обумовлене страхом перед стигматизацією осіб із психічними

розладами, що в світогляді суспільства робить соматичні захворювання більш переважними для себе, ніж психічні. Вирішити цю проблему дозволяли наступні кроки.

б) лікар вказував хворому на переваги того, що наявна у нього симптоматика відноситься саме до психічного розладу, а не соматичного, перераховуючи переваги цього, а саме на її менший патологічний вплив на організм хворого, менші побічні явища та ускладнення, відсутність інвалідизації та можливість швидкого та повного вилікування у разі повного та своєчасного лікування тощо. Завданням кроку було сформувати у хворого: відчуття полегшення від того, що він хворіє саме на психічний розлад або сподівання на те, що мова йде саме про психічний розлад, а не соматичний; бажання швидкого вилікування із побоюваннями можливості хронізації процесу як ознакою його соматичності. Ця перебудова міркувань хворого є дуже важливою, бо часто одним з факторів дисконформності у хворих на дисоціативні розлади є «заглиблення у хворобу», при цьому у самосприйнятті хворого ця хвороба неодмінно є соматичною, а її довготривалість – вигідною, бажаною.

в) хворим пояснювалися особливості етіології, клінічної картини та розвитку захворювання, проводилася кореляція наявих у хворого симптомів із класичною клінічною картиною захворювання із вказівкою на симптоматику, на наявну у хворого, але про яку хворий ще не повідомив лікаря. Зазавчай після таких слів лікаря, хворі погоджувалися, що зазначені лікром симптоми дійсно присутні, але до цього не розглядалися хворим як симптоми захворювання, або не пов'язувалися саме з цим захворюванням. Це дозволяло, по-перше, переконати хворих в наявності у них саме зазначеного розладу, по-друге, дозволяло хворим ідентифікувати / розпізнати наявну у них симптоматику як хворобливу – прояв захворювання. Наявна симптоматика вже не розглядалася хворими як варіант норми, що буває при анозогнозичній картині хвороби, а починала критично оцінюватися хворими.

Крім того, хворим надавалася можливість самостійно віднести наявну у себе симптоматику до певної нозології. Роль лікаря полягала в тому, аби підвести хворого до правильного висновку, а потім підтвердити його. Завдяки такій стратегії хворий не лише «приймав» факт наявності у себе психічного захворювання, а й «усвідомлював» його без «опозиції» до діагнозу.

2. Формування установки на лікування реалізовувалося за рахунок психоосвіти, когнітивної та раціональної психотерапії. Хворим пояснювалася мета лікування, основа терапевтичних заходів та цінцева ціль кожного з них, наслідки в разі не дотримання терапевтичних рекомендацій.

У разі наявності у хворого стійких факторів дисконформності, які не піддавалися корекції означеними психотерапевтичними маніпуляціями, впроваджувалася як індивідуальна, так і групова психотерапія з опором на навіювання у стані неспанья на тлі раціональної та елементів когнітивно-біхевіоральної терапії.

Другий напрямок був спрямований на купірування дисоціативної (конверсійної) симптоматики и впроваджувався за рахунок індивідуальної та групової терапії із включення гіпно-сугестивної, психодинамічної, когнітивно-біхевіоральної терапії та релаксуючих методик.

Завданнями напрямку були:

а) зменшити виразність дисоціативної симптоматики:

– переведення емоційних переживань хворого з соматичної проекції на емоційний рівень;

– зменшення емоційного перенапруження хворих;

– розв'язання внутрішнього конфлікту.

Для реалізації цього завдання опір робився на релаксаційні методики, гіпно-сугестивну та психодинамічну терапію.

б) нормалізація самосприйняття хворим свого «Я» та оточуючого середовища, виправлення видів особистості хворого, формування нових, більш адаптаційного світогляду та моделей поведінки хворого, стратегій психологічного захисту.

Цей напрямок базувався на використанні раціональної та когнітивно-біхевіоральної терапії, психометодології.

Застосування розробленої системи психотерапії довело її терапевтичну ефективність. Відзначено більш швидке купірування психопатологічної симптоматики в ГД (на 35% по відношенню до ГП), відсутність рецидиву захворювання протягом двох років в ГД, що

перевищувало дані ГП, де рецидив захворювання у третини хворих виявлявся протягом першого року після закінчення курсу терапії.

### **Висновки**

В результаті дослідження розроблено принципи й алгоритм побудови системи комплаєнс-орієнтованої індивідуально-конгруентної системи психотерапії дисоціативних розладів з урахуванням клініко-психофеноменологічних особливостей хворих.

Алгоритм побудови системи психотерапії включав: встановлення особистісної та дезадаптаційної передиспозиції у хворих на дисоціативні розлади для прогнозування та випереджаючої корекції дискомплаєнтності; передуючого визначення психофеноменологічного статусу; врахування корегуючих впливів на фактори комплаєнтності та ефекторних психофеноменологічних особливостей хворих; послідовність та етапність психотерапевтичних втручань; варіативність втручань в залежності від психопатологічного стану хворих та його динаміки, етапу терапії та рівня актуального комплаєнсу.

Розроблена система складалася з двох основних напрямків: формування комплаєнсу до всіх видів терапії дисоціативного розладу у цілому та терапію дисоціативного розладу як такого.

Опробування розробленої комплаєнс-орієнтованої індивідуально-конгруентної системи спихотерапії дисоціативних розладів довело її терапевтичну ефективність перш за все за рахунок скорочення часу лікування хворих із досягненням терапевтичного ефекту за короткий проміжок часу та запобігання рецидиву захворювання.

### **Література:**

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.Schulter, E.Premberger // *J. Psychosom. Res.* – 2002. – №52(4). – P. 257 – 266.
3. Данилов Д.С. Комплаєнс в медицине и методы его оптимизации (клинические, психологические и психотерапевтические аспекты) / Д.С.Данилов // *Психиатрия и психофармакотерапия*. – 2008. – №1. – С.13-20
4. Шестопалова Л. Ф. Психология лечебного процесса: современные проблемы та перспективидослідження/ Л. Ф. Шестопалова // *Медицинская психология*. – 2006. – Т.1, № 4. – С.30 – 32.

### **References:**

1. Ross C.A., Ferrell L., Schroeder E. «Co-occurrence of dissociative identity disorder and borderline personality disorder», *J. Trauma Dissociation*, 2014, No.15(1), pp.79 – 90.
2. Papousek I., Schultzer G., Premberger E. «Dissociated autonomic regulation during stress and physical complaints», *J. Psychosom. Res.*, 2002, No. 52(4), pp.257 – 266.
3. Danilov D. S. «Compliance in medicine and methods of optimization (clinical, psychological and psychotherapeutic aspects)», *Psychiatry and psihofarmakoterapia*, 2008, No. 1. – pp. 13 – 20. (Rus.).
4. Shestopalova L. F. «The psychology of treatment process: current issues and prospects of research», *Medical psychology*, 2006, Vol. 1, No. 4, pp. 30 – 32. (Rus.).

Робота поступила в редакцію 05 августа 2016 г.

Рекомендовао к печати на заседании редакционной коллегии после рецензирования