

Секция «Психология»

**Когнитивные и аффективные факторы нарушения комплаентности**

**Чижова Александра Олеговна**

*Студент*

*Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова, Факультет  
психологии, Москва, Россия*

*E-mail: sou1@mail.ru*

На сегодняшний день проблема комплаентности стоит весьма остро как в медицинских отраслях, так и в клинической психологии, психотерапии. Основная сложность, с которой сталкиваются исследователи при изучении вопросов комплаентности, – это многообразие факторов (клинические, психологические, социальные), влияющих на данное явление, и их взаимодействие. Проблема комплаентности рассматривается в нескольких ракурсах: с одной стороны, приверженность к лечению в медицинском аспекте, а с другой – как сотрудничество, согласованность во взаимоотношениях в сфере психотерапии. Эффективность лечения/терапии зависит от взаимоотношений с лечащим врачом или психотерапевтом. Низкий показатель может приводить к отсутствию прогресса в психотерапии, медленное течение, преждевременное завершение.

Зарубежные исследования характеризуются отсутствием целостного подхода и конкретных решений данной проблемы. Luborsky [6] исследуя вопрос сотрудничества и терапевтического альянса, пишет, что степень эффективности работы в альянсе зависит, в целом, от двух параметров: первый – восприятие пациентом терапевта как помогающего и поддерживающего, второй – ощущение совместной борьбы против «недуга» пациента. S. Akhtar [5] выделяет следующие факторы разрыва: бессознательное чувство вины, отступление от конфликтов более высокого уровня, садомазохистические желания разрушить помогающую ситуацию, отступление из-за тревоги сепарации. Представители [1] когнитивного подхода (А. Бек и А. Фримен) среди ряда причин нарушения сотрудничества называют: нарушенная конгруэнтность пациента и психотерапевта, отсутствие социальных навыков у пациента, вторичная выгода, недостаток мотивации у пациента, ригидность или плохой контроль побуждений, фрустрация пациента или психотерапевта, проблемы, связанные с понизившейся самооценкой пациента.

Вопрос сотрудничества обсуждается с точки зрения личностной организации и когнитивно-аффективного стиля различными авторами [2,3,4]. Аффективно-когнитивный стиль определяется как «устойчивый индивидуальный паттерн познавательных predispositions и схем, механизмов аффективной регуляции и конфигураций отношения к себе и значимым другим» [2]. Для пограничной и нарциссической организации характерны специфические особенности аффективно-когнитивного стиля. В психотерапии пациенты с пограничной и нарциссической организацией называются «трудными», в связи частым сопротивлением терапии, излечению, нарушением взаимопонимания и согласия внутри терапевтических отношений, попытке разрыва. Полезависимость, низкий уровень дифференцированности и интегрированности образа Я и образа Другого, трудности символизации и обобщения, недостаток рефлексии, манипулятивные стратегии, примитивный уровень защитных механизмов, неэффективность копинг-стратегий, – эти и другие особенности аффективно-когнитивного стиля влияют на терапевтический процесс.

В рамках проблемы установления контакта, сотрудничества, согласованности в межличностных отношениях рассматриваются отношения в диаде «врач-психосоматический больной». Целью данного исследования является качественное описание модели комплаентности, а также проверка ряда гипотез. Во-первых, низкий уровень продуктивности совокупности процессов интеграции и дифференциации, наблюдаемый у пациентов с пограничной и нарциссической организацией связан с трудностями в сфере сотрудничества, в том числе и комплаентности; во-вторых, высокий уровень жесткости границ, снижение способности вербализации собственных эмоций, преобладание более архаичных, примитивных защитных механизмов связаны с нарушением сотрудничества.

Был использован следующий набор методик: полуструктурированное интервью Кернберга, тест чернильных пятен Роршаха, включающий шкалу сепарации-индивидуации Юриста, шкалу барьеро-проницаемости Фишера, шкалу Лернера на защитную организацию, рисунок человека, нацеленная пиктограмма и ряд опросниковых методик на копинг-стратегии (индикатор стратегий преодоления стресса), социальную поддержку, защитные механизмы (Опросник Плучека-Келлермана), тип отношения к болезни, эмоциональный интеллект (ЭМиН), алекситимию (Торонтская алекситимическая шкала). В качестве объективного показателя комплаентности взята шкала сотрудничества для врачей, а также опросник Мориски-Грин на уровень комплаентности.

Согласно предварительным результатам, выявлены специфические особенности в структуре личности пациентов с низким и высоким уровнем комплаентности. Качественное описание модели комплаентности, включающая когнитивные и эмоциональные факторы, может способствовать пониманию поведения трудных пациентов, нахождению и сохранению рабочего альянса.

## Литература

1. Бек А., Фримен А.. Когнитивная психотерапия расстройств личности. 1-е издание, 2002 г. -544 с.
2. Соколова Е. Т. Особенности личности при пограничных расстройствах // Соколова Е. Т., Николаева В. В. Особенности личности при пограничных расстройствах личности и соматических заболеваниях. Ч. 1. М.: Аргус, 1995.
3. Соколова Е.Т. Когнитивно-аффективная дифференцированность/интегрированность как диспозиционный фактор личностных и поведенческих расстройств. psystudy.com: <http://psystudy.com/files/Sokolova%20ET.pdf>.
4. Соколова Е. Т. Нарциссизм как клинический и социокультурный феномен // Вопросы психологии. 2009. № 1.
5. Akhtar S. Severe personality disorders// J. B. van Luyn, Salman Akhtar, W. John Livesley. 2007. NY. Cambridge University Press. p. 93-109
6. Luborsky L. Therapeutic Alliances as Predictors Psychotherapy-outcomes: Factors Explaining the Predictive Success // Adam O. Horvath, Leslie S. Greenberg. The Working alliance: theory, research, and practice. 1994. NY