

ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ АЛЬЯНС В МЕДИЦИНСКОМ УЧРЕЖДЕНИИ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Проф. Л. Ф. ШЕСТОПАЛОВА, канд. психол. наук В. В. АРТЮХОВА

ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины», Харьков

Рассмотрены диагностические критерии оценки терапевтического альянса и предложена его типология. На основании проведенного исследования выявлены социально-демографические, клинические и психологические факторы, которые влияют на формирование терапевтического альянса.

Ключевые слова: терапевтический альянс, уровень комплайенса, лечебный процесс, синдром эмоционального выгорания, коммуникативная компетентность, психокоррекция.

Одной из актуальных проблем современной медицинской психологии является изучение психологических факторов лечебно-реабилитационного процесса, которые связаны с индивидуально-психологическими характеристиками врача, пациента и особенностями их взаимодействия.

Результаты исследований последних лет свидетельствуют о том, что характер взаимоотношений между медицинским специалистом и больным во многом определяет результативность лечения различных заболеваний [1–6]. Общеизвестна широкая распространенность среди населения неврологических и психических расстройств, в том числе и на территории Украины. Снижение качества жизни и уровня социального функционирования больных с неврологическими и психическими расстройствами требует учета и оптимизации психологических компонентов лечебного процесса данной категории пациентов [2, 7–9].

В современной отечественной системе здравоохранения происходят коренные изменения, связанные с реформированием системы отношений «врач – пациент», внедрением принципа партнерства в их взаимодействие. Проблема сотрудничества, предоставления пациентам роли активного участника терапии и реабилитации широко обсуждается в рамках медицинской психологии с целью оптимизации психологических факторов лечебного процесса [1, 3, 10]. В этом контексте большое внимание уделяется изучению особенностей терапевтического альянса, выделению факторов, которые влияют на его формирование.

Впервые понятие «терапевтический альянс» предложила в 1956 г. психотерапевт психоаналитического направления Э. Зетцель, которая понимала под этим термином побочный продукт глубоких и ранних интерпретаций переноса, способствующего снижению тревоги пациента и ослабляющего сопротивление лечению [11]. С этого момента понятие «терапевтический альянс» стало активно использоваться и в других направлениях психотерапии, где им определяли особые взаимоотношения между терапевтом и клиентом, которые основываются на

партнерстве, доверии и обеспечивают позитивный результат лечения [12].

R. Chaplin терапевтическим альянсом обозначает систему взаимоотношений между психиатром и пациентом, которая тесно связана с приверженностью больного лечению [6]. С целью улучшения качества терапевтического альянса он предлагает медицинским специалистам внимательно выслушивать больных, уделять им больше времени и предоставлять всю необходимую информацию относительно их заболевания и методов лечения. R. Chaplin также подчеркивает необходимость повышать качество жизни пациентов и расширять их социальные связи [6].

В отечественной медицинской психологии исследованию различных психологических аспектов лечебного процесса и отношений медицинских специалистов с пациентами придается большое значение, однако до последнего времени термин «терапевтический альянс» не получил широкого распространения. М. М. Кабанов, изучая готовность врачей к взаимодействию с больными с психическими расстройствами и структуру их взаимоотношений, доказал, что партнерское взаимодействие и активное участие пациента в реабилитационных мероприятиях являются важнейшим принципом организации эффективного лечебно-реабилитационного процесса [13].

По мнению Б. Д. Карвасарского, отношения между врачом и больным в каждом конкретном случае складываются индивидуально в зависимости от особенностей личности медицинского специалиста и пациента [3]. Он первый в отечественной психологии предложил классификацию основных моделей их взаимоотношений: руководство, партнерство и контрактная модель.

Исследования В. А. Ташлыкова в рамках психологии лечебного процесса свидетельствуют о том, что успешность лечения в значительной мере определяется характером взаимоотношений между врачом и пациентом. Он выделяет наиболее значимые, по мнению больных с невротическими расстройствами, личностные качества врача, среди которых: ум, внимательность, увлеченность

работой, чуткость, тактичность, терпеливость, чувство долга, спокойствие, серьезность, чувство юмора [4]. В. А. Ташлыков отмечает, что образ идеального врача у пациентов меняется в зависимости от клинической формы невроза, их пола и возраста. Поэтому с целью организации эффективного взаимодействия с пациентами врачу необходимо учитывать демографические и клинические особенности больных, а также их ожидания относительно лечения [4].

В современной психиатрии особую актуальность проблема терапевтического альянса приобрела в связи с трансформацией позиции больного в лечебно-реабилитационном процессе. По мнению В. А. Абрамова, психосоциальная реабилитация должна основываться на принципах, положенных в основу концепции терапевтического альянса [1]. Таким образом, он подчеркивает важность активного участия пациента в разработке плана реабилитации и терапии в целом.

Оптимизация лечебного процесса, повышение его эффективности требует научной разработки проблемы терапевтического альянса, выявления закономерностей и условий его формирования. Наиболее важными условиями формирования эффективного терапевтического альянса, по мнению D. E. Orlinsky и K. I. Howard, являются: существенные энергетические затраты со стороны пациента и врача; их взаимное сотрудничество; установленный психологический контакт, который основывается на доверии; стабильность отношений [14].

Известно, что для формирования благоприятного терапевтического альянса, адекватного информационно-коммуникативного микроклимата между медицинским специалистом и пациентами особое значение имеет коммуникативная компетентность врача [4, 15]. Коммуникативные способности больного также влияют на функционирование терапевтического альянса, однако на сегодняшний день данное направление оптимизации лечебного процесса остается недостаточно изученным.

Несмотря на актуальность и большое медико-социальное значение проблемы терапевтического альянса, в современной медицинской психологии не разработана его типология и диагностические критерии оценки, не выделены социально-демографические, клинические и психологические факторы, которые влияют на его формирование, не изучена система представлений врачей и больных относительно оптимального терапевтического альянса.

Целью исследования является изучение типологических особенностей терапевтического альянса между врачом и больными с психоневрологическими расстройствами, условий его формирования.

В исследовании приняло участие 39 врачей, из них — 22 невролога и 17 психиатров. Было обследовано 110 больных с неврологическими и психическими расстройствами. Первую группу

обследованных составили 48 больных с разными формами сосудистой патологии головного мозга, во вторую группу вошли 32 больных шизофренией и шизотипическими расстройствами, третью группу составили 30 больных с разными формами депрессии.

В процессе исследования применялись методы наблюдения, анкетирования, психодиагностический метод и методы математической статистики. Психодиагностический метод включал использование методик «Диагностика уровня эмпатийных способностей» (В. В. Бойко, 1996) «Диагностика коммуникативной установки» (В. В. Бойко, 1996), «Диагностика уровня эмоционального выгорания» (В. В. Бойко, 1996), «Уровень субъективного контроля» (Е. Ф. Бажина и др., 1984), «Тип отношения к болезни» (А. Е. Личко, Л. И. Вассерман, Б. В. Иовлев, 1987), «Цветовой тест отношений» (Е. Ф. Бажин, А. М. Эткин, 1985), «Исследование уровня комплайенса больных» (Н. Н. Лесная, 2007) и «Стиль реагирования пациентов на ситуации лечебного процесса» (Л. Ф. Шестопалова, В. В. Артюхова, 2009) [цит. по 3].

Статистическая обработка данных проводилась с помощью методов определения достоверности отличий (U-критерий Манна — Уитни, ϕ -критерий Фишера) и метода вычисления ранговых и множественных корреляций (коэффициент корреляции Спирмена).

В своем исследовании под терапевтическим альянсом мы понимаем сложноорганизованную динамичную систему межличностных взаимоотношений и взаимодействий между врачом и пациентом, которая формируется, развивается и функционирует в процессе лечения, и влияет на эффективность лечебно-реабилитационных мероприятий.

Нами разработаны диагностические критерии оценки терапевтического альянса, к которым относятся: распределение ответственности между врачом и больным за результат лечения, уровень контроля врача за выполнением пациентом медицинских назначений, уровень комплайенса, особенности коммуникативного взаимодействия врача и пациента, степень эмпатийности, характер обмена информацией между участниками лечебного процесса и уровень доверия пациента.

В зависимости от особенностей их проявления можно выделить следующие формы терапевтического альянса:

Партнерский альянс является наиболее благоприятной формой терапевтического альянса. Он основывается на высокой эмпатии, открытости, доверии, сотрудничестве и взаимной ответственности за результат лечения.

При эмпатийно-регламентирующем альянсе высокая эмпатийность сопряжена с доминирующей позицией врача и пассивной стратегией взаимодействия больного, который характеризуется низким уровнем ответственности за результат лечения.

Нейтрально-регламентирующий альянс отличается нейтральным эмоциональным фоном

взаимодействия. Врач занимает доминирующую позицию, у пациента превалирует пассивная стратегия взаимодействия и низкий уровень ответственности.

Эмпатийно-формальный альянс основывается на эмпатийности в сочетании с низким уровнем сотрудничества и личной ответственности за результат лечения.

Формально-дистантный альянс является наиболее неблагоприятным. В рамках данного альянса низкая эмпатийность врача и пациента сопряжена с их взаимной отчужденностью и формальным сотрудничеством.

Врачи-неврологи и врачи-психиатры взаимодействуют с пациентами преимущественно в рамках эмпатийно-регламентирующего альянса (68,2% и 64,7% соответственно). Следовательно, они характеризуются сходными стратегиями взаимодействия с больными. У 27,3% неврологов и 23,5% психиатров преобладает партнерский альянс. В меньшей мере у них представлен нейтрально-регламентирующий альянс (4,7% и 11,8% соответственно).

Представленность форм терапевтического альянса у медицинских специалистов имеет определенную специфику в зависимости от гендерных и социально-демографических характеристик. Партнерские взаимоотношения с пациентами устанавливают преимущественно неврологи мужского пола (50,0%) и психиатры женского (42,9%). Также выявлено, что у врачей-неврологов с увеличением стажа работы уменьшается процентная доля эмпатийно-регламентирующего альянса с 75,0% до 64,7%, увеличивается партнерский альянс (с 25,0% до 29,4%) и появляется нейтрально-регламентирующий (5,9%). У врачей-психиатров наблюдается иная тенденция: у них уменьшается представленность партнерского (с 33,3% до 18,2%) и эмпатийно-регламентирующего альянсов (66,7% и 63,6%) и тоже появляется нейтрально-регламентирующий альянс (18,2%).

Большинство медицинских специалистов независимо от пола, стажа работы и специализации наиболее эффективным считают партнерский альянс (50,0% неврологов и 47,1% психиатров). Таким образом, полученные данные свидетельствуют о наличии у части врачей определенной диссоциации между реальной и оптимальной формами терапевтического альянса, что может являться одним из факторов возникновения у них синдрома эмоционального выгорания.

У медицинских специалистов, которые приняли участие в исследовании, отсутствует синдром эмоционального выгорания, но отдельные его симптомы имелись у 90,9% врачей-неврологов и 58,8% врачей-психиатров. Необходимо отметить, что у врачей, которые формируют преимущественно партнерский альянс, в большей мере, чем у их коллег с доминированием регламентирующих стратегий взаимодействия, выражено истощение эмоциональных ресурсов ($16,75 \pm 8,14$ и $5,55 \pm 4,48$ балла соответственно ($p < 0,05$)). Однако оно

проявляется преимущественно вне сферы профессиональной деятельности в виде сокращения межличностного общения с микросоциальным окружением. Выявленную специфику можно объяснить тем, что установление партнерских отношений врача с различными пациентами требует от него больших эмоциональных затрат, что в последствии может приводить к формированию симптомов эмоционального выгорания.

Анализ полученных результатов позволил выявить наиболее типичные коммуникативные особенности врачей, которые взаимодействуют с больными в рамках разных форм терапевтического альянса. Для врачей-неврологов и врачей-психиатров с доминированием партнерского альянса характерными являются гибкий коммуникативный стиль и широкий диапазон коммуникативных ресурсов ($38,8 \pm 10,2$ и $20,3 \pm 19,6$ баллов соответственно). Врачи, у которых преобладают регламентирующие взаимоотношения с пациентами, демонстрируют преимущественно ограниченный диапазон коммуникативных навыков и стремятся сводить к минимуму проявление своих эмоций во взаимодействии с социальным окружением ($42,1 \pm 22,7$ и $56,2 \pm 15,0$ баллов соответственно).

У большинства врачей-неврологов и врачей-психиатров, независимо от доминирующих у них форм терапевтического альянса, диагностирован низкий уровень субъективного контроля ($4,26 \pm 1,73$ стена), наиболее низкий показатель выявлен в области здоровья и болезни ($3,0 \pm 1,29$ стена).

У больных с неврологическими расстройствами доминирует эмпатийно-регламентирующая форма альянса (45,8%), в одинаковой мере представлены партнерский и нейтрально-регламентирующие альянсы (по 25,0%) и минимально — эмпатийно-формальный (4,2%). В отличие от них, у больных с расстройствами шизофренического спектра и разными формами депрессии превалирует нейтрально-регламентирующий альянс (50,0% и 43,3% соответственно), они стремятся минимизировать эмоциональный компонент общения. Партнерские взаимоотношения с врачом устанавливают 37,5% пациентов с шизофренией и 23,3% обследованных с депрессией. Минимально представлен эмпатийно-формальный альянс (3,4% больных с депрессией) и отсутствует формально-дистантный.

Представленность форм терапевтического альянса у пациентов изменяется в зависимости от их гендерных и клинических характеристик. Больные с неврологическими расстройствами женского пола чаще, чем мужчины, устанавливают партнерские взаимоотношения с врачом (34,6% и 13,6% соответственно). У больных шизофренией выявлена противоположная тенденция: у мужчин превалирует партнерский альянс (44,4% обследованных), а у женщин — нейтрально-регламентирующий (64,3%). Пациенты женского пола с депрессией также взаимодействуют с врачом преимущественно в рамках нейтрально-регламентирующей

формы терапевтического альянса (43,5%), а мужчины склонны устанавливать эмпатийно-регламентирующие взаимоотношения (42,8%).

Таким образом, неврологи и больные с неврологическими расстройствами имеют конвергентные стратегии взаимодействия в ходе лечебного процесса, а у психиатров и больных с психическими расстройствами выявлена тенденция к дивергенции в оценке терапевтического альянса. Необходимо подчеркнуть тот факт, что большинство пациентов, как и медицинских специалистов, оптимальной формой терапевтического альянса считают партнерскую (40,0% всех больных).

Результаты проведенного комплексного психодиагностического исследования позволили выявить основные личностные структуры, которые связаны с формированием определенной формы терапевтического альянса у обследованных пациентов. К ним относятся: тип отношения к болезни, особенности репрезентации лечебного процесса, эмпатийные способности и уровень комплайенса.

У больных с неврологическими расстройствами, которые формируют преимущественно партнерский альянс с врачом, превалирует гармоничный вариант реагирования на заболевание (28,5±7,9 балла), у обследованных с доминированием регламентирующих форм альянса наиболее выражены признаки сенситивного (17,5±8,7 балла) и эргопатического типов отношения к болезни (17,4±9,4 балла). Для больных с психическими расстройствами независимо от превалирующей формы терапевтического альянса характерен сенситивный тип реагирования на заболевание (21,9±10,1 и 19,5±8,9 баллов), они избегают социальных контактов и встревожены тем, что в связи с их болезнью окружающие могут к ним негативно относиться.

Больные с неврологическими и психическими расстройствами, которые взаимодействуют с врачом в рамках партнерского терапевтического альянса, демонстрируют высокий уровень комплайенса (75,0% и 57,1% соответственно) и широкий диапазон эмоционального отреагирования (20,1±3,3 и 18,0±3,3 балла соответственно). В отличие от них пациенты, у которых преобладают регламентирующие формы терапевтического альянса, сводят к минимуму эмоциональные контакты с социальным окружением (16,9±4,7 и 15,9±4,8 балла соответственно) и могут эпизодически нарушать режим терапии, что свидетельствует о частичном уровне комплайенса (58,8% больных с неврологическими расстройствами и 61,9% больных с психическими расстройствами).

Большинство больных с психоневрологическими расстройствами имеют низкий уровень

субъективного контроля, а в области здоровья и болезни данный показатель минимальный (2,81±1,87 балла). Пациенты, у которых превалирует партнерский альянс, характеризуются более высоким уровнем субъективного контроля во всех сферах, чем обследованные с другими формами альянса.

Результаты проведенного исследования позволили определить, что медицинские специалисты взаимодействуют с пациентами преимущественно в рамках эмпатийно-регламентирующего альянса. Данный альянс является доминирующим также и у больных с неврологическими расстройствами, у больных с психическими расстройствами превалирует нейтрально-регламентирующий альянс. Однако большинство врачей и пациентов наиболее оптимальным и комфортным считают партнерский альянс.

Были выделены значимые психологические факторы, которые влияют на функционирование терапевтического альянса. Так, формирование партнерского альянса у врачей сопряжено с широким диапазоном их коммуникативных ресурсов, высокой эмпатией и у части специалистов может сопровождаться развитием симптомов эмоционального выгорания. Доминирование регламентирующих форм терапевтического альянса связано со стереотипностью коммуникативного стиля и негативно коррелирует с истощением эмоциональных ресурсов медицинских специалистов.

Установлению партнерского альянса способствует высокий уровень комплайенса пациентов и их удовлетворенность взаимоотношениями с врачами, а затрудняет его формирование дисфорический тип отношения к болезни. Превалирование регламентирующих форм терапевтического альянса связано с позитивной репрезентацией «Я-образа» и лечебного учреждения, интроверсией в сочетании с низкой эмпатией, высоким уровнем субъективного контроля, репрезентацией заболевания как негативного явления. Затрудняет установление данных форм альянса низкий уровень субъективного контроля, тревожный и сенситивный типы отношения к болезни.

На основании полученных данных нами была разработана система психокоррекции, цель которой заключается в оптимизации терапевтического альянса у пациентов. Психокоррекционная работа проводилась в рамках когнитивно-поведенческой терапии, комплайенс-терапии, тренинга социальных и коммуникативных навыков. Также был разработан и реализован психообразовательный тренинг, направленный на повышение информированности пациентов об особенностях установления продуктивного терапевтического альянса.

Литература

1. Основные направления реабилитации больных с психическими расстройствами в отделении медико-социальной реабилитации / В. А. Абрамов,

О. Г. Студзинский, Т. Л. Ряполова и др. // Укр. вісн. психоневрології.— 2007.— Т. 15, вип. 1 (50), додаток.— С. 146–147.

2. Вид В. Д. Психотерапия шизофрении.— 3-е изд.— СПб.: Питер, 2008.— 512 с.
3. Клиническая психология: учебник / Под ред. Б. Д. Карвасарского.— 2-е изд.— СПб.: Питер, 2006.— 960 с.
4. Ташлыков В. А. Психология лечебного процесса.— Л.: Медицина, 1984.— 192 с.
5. Шестопалова Л. Ф. Психологія лікувального процесу: сучасні проблеми та перспективи дослідження // Мед. психологія.— 2006.— Т. 1, № 4.— С. 30–34.
6. Chaplin R. How can clinicians help patients to take their psychotropic medication? // Advances in psychiatric treatment.— 2007.— Vol. 13.— P. 347–349.
7. Марута Н. А. Современные депрессивные расстройства (клинико-психопатологические особенности, диагностика, терапия) // Укр. вісн. психоневрології.— 2001.— Т. 9, вып. 4 (29).— С. 79–82.
8. Михайлов Б. В. Проблема депрессии в общесоматической практике // Междунар. мед. журн.— 2003.— Т. 9, № 3.— С. 22–27.
9. Мищенко Т. С., Шестопалова Л. Ф. Дисциркуляторная энцефалопатия: современные взгляды на патогенез и диагностику // Здоров'я України.— 2006.— № 15/16.— С. 8–9.
10. Литвиненко В. І. Партнерські відносини — показник професійної майстерності психіатра // Історія Сабурової дачі. Успехи психіатрії, неврології, нейрохірургії та наркології: Сб. науч. работ Украинского НИИ клинической и экспериментальной неврологии и психиатрии и Харьковской городской клинической психиатрической больницы № 15 (Сабуровой дачи) / Под общ. ред. И. И. Кутько, П. Т. Петрюка.— Харьков, 1996.— Т. 3.— С. 261–262.
11. Zetzel E. Current concepts of transference // International J. of Psychoanalysis.— 1956.— № 37.— P. 369–376.
12. Гринсон Р. Техника и практика психоанализа / Пер. с англ. С. Баклушинский, И. Баклушинская.— М.: Когито-Центр, 2003.— 478 с.
13. Кабанов М. М. Реабилитация в контексте психиатрии // Мед. исследования.— 2001.— Т. 1, вып. 1.— С. 9–10.
14. Orlinsky D. E., Howard K. I. The good therapy hour: experiential correlates of patients and therapists evaluation of therapy session // Arch. of general psychiatry.— 1967.— Vol. 12.— P. 621–632.
15. Ясько Б. А. Психология личности и труда врача: курс лекций.— Ростов-на-Дону: Феникс, 2005.— 304 с.

ТЕРАПЕВТИЧНИЙ АЛЬЯНС У МЕДИЧНОМУ ЗАКЛАДІ ПСИХОНЕВРОЛОГІЧНОГО ПРОФІЛЮ

Л. Ф. ШЕСТОПАЛОВА, В. В. АРТЮХОВА

Розглянуто діагностичні критерії оцінки терапевтичного альянсу та запропоновано його типологію. На підставі проведеного дослідження виявлено соціально-демографічні, клінічні та психологічні фактори, які впливають на формування терапевтичного альянсу.

Ключові слова: терапевтичний альянс, рівень комплаєнсу, лікувальний процес, синдром емоційного вигорання, комунікативна компетентність, психокорекція.

THE THERAPEUTIC ALLIANCE IN A PSYCHONEUROLOGICAL MEDICAL ESTABLISHMENT

L. F. SHESTOPALOVA, V. V. ARTIUKHOVA

The diagnostic criteria of therapeutic alliance assessment are discussed; its taxonomy is suggested. Based on the performed research social demographic, clinical and psychological factors influencing therapeutic alliance formation were revealed.

Key words: therapeutic alliance, compliance level, treatment process, emotional burn-out syndrome, communicative competence, psychocorrection.

Поступила 03.10.2011