

УДК 612.821.8:614.253:159.9:316.6

Психологічні фактори формування терапевтичного альянсу у лікарів

Артюхова В.В.

В данной статье рассматривается актуальная проблема коммуникативного взаимодействия в диаде «врач-пациент». В исследовании описаны особенности доминирующих форм терапевтического альянса у врачей-неврологов и психиатров. Определены и статистически обоснованы характерные для врачей разной специальности эмпатийно-коммуникативные качества. Выявлено достоверное влияние гендерного фактора на выбор преобладающей формы взаимодействия врача с пациентом. Результаты корреляционного анализа свидетельствуют о наличии взаимосвязи между особенностями эмпатии, компонентами коммуникативной установки и доминирующей формой терапевтического альянса у врачей-психиатров.

Ключевые слова: терапевтический альянс, коммуникативная установка, эмпатия, партнерство, лечебно-реабилитационный процесс.

У даній статті розглядається актуальна проблема комунікативної взаємодії в діаді «лікар-хворий». У дослідженні описані особливості домінуючих форм терапевтичного альянсу у лікарів-неврологів і психіатрів. Визначено та статистично обґрунтовані характерні для лікарів різної спеціалізації емоційно-комунікативні якості. Виявлений достовірний вплив гендерного чинника на вибір переважаючої форми взаємодії лікаря з пацієнтом. Результати кореляційного аналізу свідчать про наявність взаємозв'язку між особливостями емпатії, компонентами комунікативної установки і домінуючою формою терапевтичного альянсу у лікарів-психіатрів.

Ключові слова: терапевтичний альянс, комунікативна установка, емпатія, партнерство, лікувально-реабілітаційний процес.

In the article the communication interaction problem in the dyad «doctor - patient» is considered. In this research the features of dominant forms of therapeutic alliance are described for doctors-neurologists and psychiatrists. The empathy-communicative traits of doctors of various specializations are worked out and statistically proved. Reliable influence of gender is exposed on the choice of prevailing form of therapeutic alliance of doctor with a patient. Results correlation analysis testifies to the presence of intercommunication between the features of empathy, components of the communicative setting and dominant form of therapeutic alliance for doctors-psychiatrists.

Key words: therapeutic alliance, communicative setting, empathy, partnership, medical-rehabilitation process.

Взаємовідносини між лікарем і пацієнтом – одна з найважливіших проблем у медицині. Аналіз наукових джерел і публікацій свідчить, що ефективна взаємодія між медичним спеціалістом і хворим виступає значимим фактором лікувального процесу, від якого залежить успіх лікування та реабілітації [3; 4; 7].

Сучасний період розвитку медицини характеризується наростаючою технізацією лікувально-діагностичного процесу, трансформацією позиції пацієнта у лікуванні, що істотним чином впливає на взаємодію лікаря і хворого. В даний час намітилася тенденція до переходу від патерналістської моделі взаємин до партнерської, при якій лікар та пацієнт виступають партнерами у боротьбі з хворобою, діють на основі спільної згоди, яка ґрунтується на взаємній довірі. Такі партнерські взаємовідносини визначають терміном «терапевтичний альянс» (ТА). Налагоджений терапевтичний альянс між лікарем та хворим посилює вплив інших медичних процедур, від нього залежить дисциплінованість пацієнта у виконанні призначених рекомендацій. Таким чином, дослідження терапевтичного альянсу, визначення психологічних умов його формування сприяє вибору ефективної моделі взаємодії лікаря з хворим і оптимізації лікувального процесу.

Слід зазначити, що дослідження особливостей терапевтичного альянсу проводяться переважно психіатрами, для яких встановлення оптимального ТА з хворими є необхідною умовою ефективного лікувально-реабілітаційного процесу. Лікарю-психіатру необхідно враховувати зміни психологічного стану хворого і відповідно до них організувати лікування. На думку Абрамова В.А., реалізація різних напрямків лікування і реабілітації має ґрунтуватися на принципах, покладених в основу концепції терапевтичного альянсу [1]. При організації лікувально-реабілітаційного процесу медичному працівнику необхідно враховувати основні права пацієнта, проявляти гуманне ставлення до нього та залучати хворого у обговорення розробки плану лікування і реабілітації.

Важливою умовою встановлення оптимального терапевтичного альянсу є інформування пацієнта щодо особливостей протікання хвороби, пояснення йому сенсу співпраці з лікарем та врахування переживань хворого, які пов'язані з проходженням лікувальних процедур, що пред'являє високі вимоги до комунікативної компетентності лікаря [3]. Таким чином, психологічні особливості особистості лікаря впливають на вибір моделі його взаємодії з пацієнтом, що і обумовило мету нашого дослідження.

Мета – визначення домінуючої форми терапевтичного альянсу та її зв'язку з емоційно-комунікативними особливостями лікарів.

Матеріали та методи дослідження. У дослідженні взяли участь 39 лікарів: 22 лікаря-невролога (4 чоловіка і 18 жінок) та 17 лікарів-психіатрів (10 чоловіків і 7 жінок). Вік лікарів становив: до 30 років – 3 лікаря-невролога (13,6%), 30 – 50 років – 16 лікарів-неврологів (72,8%) та 11 лікарів-психіатрів (64,7%), старше 50 років – 3 лікаря-невролога (13,6%) та 6 лікарів-психіатрів (35,3%). Стаж роботи менше 5 років мав 1 лікар-невролог (4,5%), від 5 до 10 років – 4 лікаря-невролога (18,2%) та 5 лікарів-психіатрів (29,4%), більше 10 років – 17 лікарів-неврологів (77,3%) та 12 лікарів-психіатрів (70,6%).

Дослідження терапевтичного альянсу проводилось за допомогою спеціально розробленої анкети, яка дозволяє визначити у лікарів домінуючу форму терапевтичного альянсу. З метою вивчення емоційно-комунікативних особливостей лікарів застосовувались розроблені В.В. Бойко методика діагностики рівня емпатійних здібностей і методика діагностики комунікативної установки [2].

Для оброблення отриманих даних використовувались математико-статистичні методи (коефіцієнт рангової кореляції Спірмена, U-критерій Манна-Уїтні) [6].

Обговорення результатів.

Результати дослідження терапевтичного альянсу наведені у таблиці 1.

Таблиця 1

Результати дослідження наявної форми
терапевтичного альянсу у лікарів (в%)

Форми терапевтичного альянсу	Лікарі					
	неврологи n=22		психіатри n=17		усі лікарі n=39	
	чоловіки n=4	жінки n=18	чоловіки n=10	жінки n=7	чоловіки n=14	жінки n=25
нейтрально-регламентована	25,0	-	20,0	-	21,4	-
емпатійно-регламентована	25,0	77,8	70,0	57,1	57,2	72,0
емпатійно-партнерська	50,0	22,2	10,0	42,9	21,4	28,0
емпатійно-формальна	-	-	-	-	-	-
формально-дистанційна	-	-	-	-	-	-

Аналіз результатів дослідження наявної форми терапевтичного альянсу свідчить, що більшість лікарів віддає перевагу емпатійно-регламентованій формі ТА (57,2% чоловіків та 72,0% жінок). Вони встановлюють емоційно-сприятливі відносини з пацієнтами, проявляють співчуття і розуміння по відношенню до їх турбот. У взаємовідносинах з хворими та при організації лікувального процесу опитані лікарі прагнуть займати домінуючу позицію, яка, на їх думку, сприяє дисциплінованому виконанню хворими медичних призначень. Лікарі проявляють традиційно патерналістське ставлення до пацієнтів, вони вважають недоцільним керуватися побажаннями хворих при розробці схеми лікування і залучати їх до обговорення особливостей призначених медичних процедур.

Емпатійно-партнерська форма ТА є домінуючою переважно для лікарів-неврологів чоловічої статі (50,0%) та лікарів-психіатрів жіночої статі (42,9%). Вони спрямовані встановлювати партнерські взаємовідносини з пацієнтами, які ґрунтуються на відвертості, довірі та взаємній повазі обох учасників взаємодії. Лікарі заохочують хворих брати активну участь у лікувальному процесі, надають їм інформацію о цілях проведення терапії, результатах аналізів та обстежень, вони мотивують пацієнтів брати на себе відповідальність за результат лікування та своє здоров'я. На думку лікарів, які віддають перевагу емпатійно-партнерській формі терапевтичного альянсу, вони з пацієнтом є рівноправними учасниками лікувального процесу: від їх професіоналізму, ступеня інформованості пацієнта, довіри та згоди між ними залежить успіх лікування.

Зазначимо, що ознаки нейтрально-регламентованої форми терапевтичного альянсу при взаємодії з хворими проявляють лише лікарі чоловічої статі (25,0% лікарів-неврологів та 20,0% лікарів-психіатрів). Отже, лікарі-чоловіки віддають перевагу встановленню емоційно-нейтральних взаємовідносин з пацієнтами, вони уважно ставляться до хворих, проявляють тактовність та стриманість у спілкуванні з ними. У лікувальному процесі ці лікарі займають авторитетну позицію, проявляють впевненість у ефективності лікування, чим викликають довіру і повагу пацієнтів. Вони вважають недоцільним залучати хворого до обговорення процесу лікування, через їх недостатню компетентність у даних питаннях. Слід відмітити, що у опитаних лікарів відсутні емпатійно-формальна і формально-дистанційна форми терапевтичного альянсу.

При порівнянні показників форм терапевтичного альянсу у лікарів чоловічої і жіночої статі були виявлені значимі відмінності, отже, гендерний фактор виступає одним із чинників, який впливає на вибір лікарем моделі взаємовідносин з хворим. У лікарів-неврологів жіночої статі домінує емпатійно-регламентована форма терапевтичного альянсу ($p < 0,05$). Вони проявляють співчуття та турботу по відношенню до хворих, приділяють їм достатньо уваги та часу, цікавляться їх соціальним оточенням та особистими проблемами. У питаннях, що стосуються організації лікування, дотриманні хворим медичних рекомендацій неврологи-жінки прагнуть займати домінуючу позицію. Вони контролюють виконання пацієнтом призначених процедур та відводять йому пасивну роль у лікуванні. На думку неврологів жіночої статі, головна задача хворого в процесі лікування – дисципліноване виконання медичних рекомендацій та процедур, а усю відповідальність за лікувальний процес вони покладають на себе.

Нейтрально-регламентованій формі ТА віддають перевагу лікарі-психіатри чоловічої статі ($p < 0,01$). Отже, через емоційну стриманість, раціоналізм, направленість на результат у своїй професійній діяльності, лікарі-чоловіки встановлюють переважно емоційно-нейтральні відносини з хворими, які ґрунтуються на взаємній повазі та авторитеті лікаря. Лікар вважає недоцільним обговорювати з хворим необхідність та особливості медичних призначень і надавати йому можливість проявляти ініціативу у лікувальному процесі. У цій взаємодії медичний працівник відводить хворому роль пасивного реципієнта медичної допомоги і бере на себе відповідальність за результат лікування.

У психіатрів жіночої статі домінує емпатійно-партнерська форма ТА ($p < 0,05$). Вони характеризуються демократичністю, встановлюють партнерські взаємовідносини з хворим, залучають його брати активну участь у розробці плану терапії та враховують думку пацієнта щодо вибору методу лікування. Дотримання цих умов дозволяє лікарям формувати у хворих почуття впевненості в успіху лікування та відповідальності за досягненні результати, що сприяє терапевтичному співробітництву між ними.

Результати проведеного аналізу свідчать, що домінуюча форма терапевтичного альянсу корелює з гендерною приналежністю лікаря. Було визначено, що лікарі-жінки віддають перевагу емпатійним формам терапевтичного альянсу, так, у лікарів-неврологів жіночої статі домінує емпатійно-регламентована форма ТА,

у лікарів-психіатрів – емпатійно-партнерська. Лікарі-психіатри чоловічої статі віддають перевагу нейтрально-регламентованій формі ТА. Кореляційних зв'язків між формою терапевтичного альянсу і віком та стажем роботи за спеціальністю виявлено не було.

Вивчення емпатії лікарів проводилося за допомогою методики діагностики рівня емпатійних здібностей за В.В. Бойко. Середні значення рівня емпатійних здібностей, отримані в результаті обстеження, надано в таблиці 2.

Таблиця 2

Середні значення рівня емпатійних здібностей у лікарів (в балах)

Шкали	Лікарі		
	неврологи n=22	психіатри n=17	всі лікарі n=39
раціональний канал емпатії	2,09±1,10	2,29±1,49	2,18±1,27
емоційний канал емпатії	3,68±1,32	3,0±1,41	3,38±1,39
інтуїтивний канал емпатії	3,59±1,89*	1,88±1,73	2,85±1,99
установки, що сприяють або перешкоджають емпатії	3,50±1,10	3,06±1,03	3,31±1,08
проникаюча здатність в емпатії	3,06±1,33	3,82±1,01	3,38±1,25
ідентифікація в емпатії	3,18±1,40	2,65±1,27	2,95±1,36
сумарний показник емпатії	19,09±4,58	16,71±3,09	18,05±4,13

Примітка. Достовірність відмінностей за критерієм Манна-Уїтні $p < 0,05$
* - між показниками у лікарів-неврологів і лікарів-психіатрів

У структурі емпатії лікарів-неврологів найбільш виражені емоційний (3,68±1,32 балу) і інтуїтивний (3,59±1,89 балу) канали емпатії. Вони прагнуть емоційно залучатися у проблеми пацієнтів, співпереживаючи, лікарі формують психологічний контакт за рахунок ідентифікації з хворими. Дана група лікарів проявляє розуміння по відношенню до психологічного стану пацієнтів та здатна прогнозувати його афективні реакції завдяки інтуїції. У меншій мірі виражений раціональний канал емпатії (2,09±1,10 балу), що характеризує свідому спрямованість уваги, сприйняття і мислення лікаря на стан, проблеми та поведінку хворого. Таким чином, емпатійні прояви лікарів-неврологів ґрунтуються на інтуїтивному пізнанні хворої людини та механізмах ототожнення і ідентифікації.

У лікарів-психіатрів найвищий показник було діагностовано за шкалою «проникаюча здатність в емпатії» (3,82±1,01 балу), яка розцінюється як важлива комунікативна властивість людини, що дозволяє створювати атмосферу відвертості, довіри і задушевності. В структурі емпатії цих лікарів інтуїтивний канал емпатії достовірно менший за аналогічний у неврологів (1,88±1,73 і 3,59±1,89 бала відповідно ($p < 0,05$)), отже, при встановленні емоційного контакту з хворими, вони не надають провідну роль інтуїтивному пізнанню його внутрішнього світу. Таким чином, емпатія психіатрів ґрунтується на професійних знаннях, вони схильні до інтелектуального розуміння пацієнтів та аналізу їх суб'єктивних переживань. Психіатр критично оцінює переживання хворих на психічні розлади, порівнює їх прояв на різних етапах захворювання і виявляє закономірність протікання патологічного процесу.

Відзначимо, що у лікарів-неврологів і лікарів-психіатрів діагностовано знижений рівень емпатії (19,09±4,58 і 16,71±3,09 відповідно), що може свідчити про наявність у них синдрому емоційного вигорання, який проявляється у обмеженні діапазону та інтенсивності емоційного реагування, емоційному виснаженні і спричиняє труднощі при встановленні психологічного контакту з хворими. Результати дослідження емпатії лікарів вказують на необхідність розробки психоосвітніх програм для медичних працівників, направлених на поглиблення та вдосконалення їх емпатійного потенціалу.

Дослідження комунікативних особливостей проводилось за допомогою методики діагностики комунікативної установки. У взаємодії лікаря з пацієнтом важливу роль відіграє комунікативна установка лікаря, яка ґрунтується на досвіді спілкування лікаря з пацієнтами і зі своїми колегами. Результати вивчення комунікативної установки представлені у таблиці 3.

Таблиця 3

Середні показники компонентів комунікативної установки у лікарів (% від max)

Компоненти комунікативної установки	Лікарі		
	неврологи n=22	психіатри n=17	всі лікарі n=39
Критичність	50,68±25,46	60,0±23,91	54,74±24,92
Упередженість	39,28±23,55	50,72±27,38	44,27±25,59
обґрунтований негативізм	42,73±32,25	51,76±21,28	46,67±28,04
необґрунтований негативізм	25,45±23,24	44,71±30,44*	33,85±27,97
негативний досвід спілкування	43,64±23,31	32,65±29,27	38,85±26,29
загальна сума	41,23±19,24	48,41±21,85	44,36±20,46

Примітка. Достовірність відмінностей за критерієм Манна-Уїтні $p < 0,05$
* - між показниками у лікарів-неврологів і лікарів-психіатрів

Аналіз результатів дослідження свідчить, що у лікарів-неврологів і психіатрів домінуючим компонентом комунікативної установки є критичність ($50,68 \pm 25,46$ і $25,45 \pm 23,24$ відповідно). При організації лікування вони ґрунтуються на особистому професійному досвіді та даних клінічних і параклінічних досліджень. У взаємодії з хворими лікарі орієнтуються переважно на діагностику симптомів, синдромів та нозології захворювання, вони прагнуть аналізувати психоемоційний стан пацієнтів та розцінюють їх переживання, в перше чергу, як симптоми захворювання. Таким чином, критичність лікарів є однією з їх професійних особливостей, що свідчить про високий рівень професіоналізму і особистої відповідальності медичних працівників та може бути викликана труднощами діагностики психоневрологічних захворювань, які останнім часом мають нетиповий характер протікання.

Відзначимо, що ступінь виразності компонентів комунікативної установки у лікарів-психіатрів перевищує аналогічні показники у лікарів-неврологів, але достовірно у психіатрів вище лише показник за шкалою «необґрунтований негативізм» ($44,71 \pm 30,44$ і $25,45 \pm 23,24$ відповідно ($p < 0,05$)).

Проведений кореляційний аналіз отриманих даних дозволив визначити достовірні кореляційні зв'язки між формами терапевтичного альянсу і особливостями емоційно-комунікативної сфери лікарів-психіатрів. Було виявлено достовірну кореляцію між нейтрально-регламентованою формою ТА і комунікативною установкою ($r_s = 0,73$) та такими її компонентами, як «упередженість» ($r_s = 0,63$), «негативний досвід спілкування» ($r_s = 0,62$), «критичність» ($r_s = 0,49$) та «обґрунтований негативізм» ($r_s = 0,49$). Таким чином, лікарі, які віддають перевагу цій формі терапевтичного альянсу, схильні негативно оцінювати свій особистий досвід соціальної взаємодії, вони можуть з упередженням ставитися до певної категорії пацієнтів та прагнуть організувати лікувальний процес, ґрунтуючись переважно на даних проведених досліджень. Виявлений негативний кореляційний зв'язок між показником нейтрально-регламентованої форми ТА і «проникаючою здатністю в емпатії» ($r_s = 0,59$) вказує на можливі труднощі, які відчувають лікарі при створенні атмосфери довіри та взаєморозуміння. Вони вважають недоцільним враховувати побажання хворих у лікуванні, прагнуть аналізувати хворобливі переживання пацієнтів та відводять їм пасивну роль у лікувально-реабілітаційному процесі.

Показник емпатійно-регламентованої форми терапевтичного альянсу має позитивний кореляційний зв'язок з «критичністю» ($r_s = 0,52$). Отже, лікарі, які віддають перевагу цій формі ТА, не схильні пояснювати суб'єктивні переживання хворих їх життєвими обставинами та надають їм значення симптомів психічного захворювання.

Кореляційний аналіз дозволив виявити позитивний кореляційний зв'язок між емпатійно-партнерською формою терапевтичного альянсу і загальним показником емпатії ($r_s = 0,52$) та негативний зв'язок із комунікативною установкою ($r_s = -0,79$). Достовірні негативні кореляційні зв'язки з емпатійно-партнерським альянсом мають: «критичність» ($r_s = -0,58$), «упередженість» ($r_s = -0,59$), «обґрунтований негативізм» ($r_s = -0,71$), «негативний досвід спілкування» ($r_s = -0,59$). Таким чином, лікарі, які віддають перевагу встановленню партнерської форми взаємодії з пацієнтами, характеризуються розвиненим емпатійним потенціалом та комунікативною компетентністю. У спілкуванні з хворими вони сприймають кожного пацієнта як індивідуальність, проявляють повагу та довіру по відношенню до них.

У лікарів-неврологів не було визначено достовірних кореляційних зв'язків між домінуючою формою терапевтичного альянсу та показниками емоційно-комунікативної сфери.

Висновки. У результаті проведеного дослідження було виявлено, що більшість лікарів у взаємодії з хворими віддає перевагу емпатійно-регламентованій формі терапевтичного альянсу. Лікарі проявляють повагу до хворих, консультують їх відносно правил прийому медикаментів та можливих побічних діях, але надають пацієнтам тільки ту інформацію щодо перебігу захворювання та прогнозу, яку вважають необхідною.

Було визначено, що форма ТА корелює з гендерною приналежністю лікаря та не залежить від його віку і стажу роботи за спеціальністю. Так, лікарі-психіатри чоловічої статі домінуючою формою ТА визначають нейтрально-регламентовану. Лікарі-психіатри жіночої статі віддають перевагу встановленню партнерських взаємовідносин з хворими, а неврологи-жінки – емпатійно-регламентованій формі ТА.

Результати кореляційного аналізу свідчать, що лікарі-психіатри, у яких домінує нейтрально-регламентована форма ТА, можуть відчувати проблеми при створенні атмосфери відвертості і довіри у взаємодії з хворими. Лікарі, які віддають перевагу емпатійно-регламентованій формі терапевтичного альянсу при організації лікування орієнтуються переважно на результати клінічних і параклінічних досліджень та не схильні керуватися суб'єктивними переживаннями пацієнтів. Психіатри, у яких домінує емпатійно-партнерська форма ТА, характеризуються розвиненою емпатією і комунікативними навиками, проявляють співчуття, розуміють емоційний стан хворих і встановлюють емоційно-сприятливі відносини з ними. Вони мотивують пацієнтів виступати активним учасником у лікуванні, дотримуватись призначених медичних рекомендацій і брати на себе відповідальність за результат лікування, що сприяє ефективному лікувально-реабілітаційному процесу та їх соціальній адаптації.

Результати дослідження емоційно-комунікативної сфери лікарів свідчать про недостатньо розвинений емпатійний потенціал і комунікативну компетентність опитаних медичних працівників, що обмежує діапазон оптимальних моделей їх взаємодії з хворими. Таким чином, постає необхідність розробки тренінгових програм, з метою розвитку емоційно-комунікативних якостей лікарів і формуванню у них навиків конструктивної взаємодії з пацієнтами.

Література

1. Абрамов В.А. Эффекты стигматизации и аутостигматизации больных на различных стадиях шизофрении / В.А. Абрамов, Т.Л. Ряполова, А.В. Абрамов, Г.Г. Путятин // Український вісник психоневрології. – 2008. – Т.16, вип. 2(55). – С. 27–31.
2. Бойко В.В. Энергия эмоций в общении: взгляд на себя и других / В.В. Бойко. – М.: Филинь, 1996. – 472 с.
3. Кабанов М.М. Психосоциальная реабилитация и социальная психиатрия / М.М. Кабанов. – СПб., 1998. – 256 с.
4. Роджерс К. Консультирование и психотерапия: Новейшие подходы в области практической работы / Карл Роджерс; [пер. с англ. О. Кондрашовой, Р. Кучкаровой]. – М.: «ЭКСМО - Пресс», 1999. – 464 с.
5. Середина Н.В., Шкуренок Д.А. Основы медицинской психологии: общая, клиническая, патопсихология / Н.В. Середина, Д.А. Шкуренок. – Ростов н/Д: «Феникс», 2003. – 512 с.
6. Сидоренко Е.В. Методы математической обработки в психологии / Е.В. Сидоренко. – СПб.: Речь, 2006. – 350 с.
7. Ташлыков В.А. Психология лечебного процесса / В.А. Ташлыков. – Л.: Медицина, 1984. – 192 с.