УДК 159.922:616.8-091.93:615.86

Дослідження особливостей міжособистісних відносин з лікарем хворих на шизофренію в процесі лікування

Бородавко О.О.

В даній роботі було розглянуто особливості міжоособистісних відносин з лікарем пацієнтів з шизофренією в ході лікувального процесу. Показано зв`язок спрямованості хворих на формування альянсних відносин з лікарем та їх емоційної оцінки образу «Я», лікаря та пацієнта. Визначено типи репрезентації образу «Я», лікаря та пацієнта у хворих з різним ступенем спрямованості на формування альянсу з лікарем в процесі лікування.

Ключові слова: терапевтичний альянс, емоційне ставлення, реабілітація, лікувальний процес, хворі на шизофренію.

В данной работе были рассмотрены особенности межличностных отношений с врачом пациентов с шизофренией в ходе лечебного процесса. Показана связь направленности больных на формирование альянсных отношений с врачом и их эмоциональной оценки образа «Я», врача и пациента. Определены типы репрезентации образа «Я», врача и пациента у больных с различной степенью направленности на формирование альянса с врачом в процессе лечения.

Ключевые слова: терапевтический альянс, эмоциональное отношение, реабилитация, лечебный процесс, больные шизофренией.

This work was considered especially relationship with the doctor in patients with schizophrenia during the treatment process. Displaying connection orientation of patients to alliance relationship with the doctor and the nature of their emotional evaluation of the image of “I”, doctor and patient. Types of representation of the image of “I”, doctors and patients with varying degrees of focus on forming an alliance with the doctor during treatment.

Keywords: therapeutic alliance, emotional attitude, rehabilitation, treatment process, patients with schizophrenia.

На сьогодні питання організації ефективної медичної допомоги хворим на психічні розлади в цілому і шизофренію зокрема є однією з важливих не лише медичних, але і соціальних проблем [1, 3]. В умовах реформування сучасної психіатрії допомога хворим розглядається не просто як сума медичних прийомів, спрямованих на відновлення здоров`я, а мультидисциплінарна сфера діяльності, яка має за мету інтеграцію або реінтеграцію пацієнта в суспільство [1]. В цьому контексті особливого значення набуває дослідження в області психології лікувального процесу, зокрема вивчення терапевтичного альянсу (ТА) між медичними працівниками та пацієнтом [9, 10].

Впродовж багатьох років проблема ТА розглядалась здебільшого в рамках психотерапії [5, 6]. І на цей час вона залишається одним із ключових аспектів в ході психотерапевтичної допомоги. Так, К. Роджерсом було визначено основні умови терапевтичних відносин, які сприяють позитивним особистісним змінам пацієнта, а саме емпатія, позитивне ставлення та конгруентність терапевта [8]. І. Ялом відзначає, що однією з найважливіших максим психотерапії є теза – «зцілюють саме відносини» [11]. При цьому зазначається, що взаємини терапевта і пацієнта мають два типи терапевтичного впливу. По-перше, вони відіграють «опосередковуючу» роль, як своєрідна «генеральна репетиція» наступних міжособистісних відносин пацієнта. По-друге, мають цінність самі по собі як «реальні» відносини. Саме реальним, людським взаєминам терапевта і пацієнта в ході психотерапії надається особливе значення. В цьому контексті велика увага приділяється аспекту паритетності подібних відносин та їх аутентичності. Відзначається, що поступове формування паритетних взаємин між пацієнтом та терапевтом сприяє розвитку особистісної зрілості клієнта та вказує на позитивну динаміку психотерапії [11].

В медичній психології ТА визначається як система відносин «медичний спеціаліст – пацієнт», яка пов`язана з процесом лікування та реабілітації [4, 5].

В дослідженнях останніх років ТА розглядається як складна динамічна система міжособистісних відносин і взаємодій між лікарем та пацієнтом, що формується, розвивається і функціонує в процесі лікування та впливає на ефективність лікувально-реабілітаційних заходів [2, 9, 10]. Виділяються такі основні форми ТА як партнерська, емпатійна, регламентувальна, формальна та дистантна. Також показано, що партнерська форма є найбільш сприятливою для ефективного лікування як за оцінками хворих, так і лікарів [2].

Оскільки в багатьох дослідженнях було показано, що характер відносин лікаря та пацієнта має суттєве значення для ефективності лікування, слід більш детально проаналізувати процес формування саме продуктивних форм ТА. Узагальнюючи весь спектр сприятливих типів ТА і маючи на увазі, перш за все, їх позитивний вплив на процес лікування, можна виділити таку форму ТА, як альянсні відносини. На нашу, думку подібні взаємини характеризуються єдністю цілей учасників спілкування, готовністю до співробітництва; відповідальністю за власну позицію при взаємодії; високим рівнем включеності в процес спілкування; достатньою «глибиною» міжоособистісного контакту, який ґрунтується на позитивному ставленні один до одного, емпатії, довірі та взаєморозумінні.

Метою даного дослідження було вивчення особливостей взаємин хворих на шизофренію з лікарем в ході лікувального процесу (з позиції хворих).

Дослідження проводилося на базі ДУ «ІНПН АМНУ». Було обстежено 21 хворого на шизофренію (параноїдна форма, F 20.0 за МКХ-10) (6 жінок та 15 чоловіків), віком від 18 до 48 років, середній вік 27,66±7,43. Тривалість захворювання в середньому становила 5,60±4,78 років.

Методи дослідження. Психодіагностичний метод був реалізований за допомогою наступних методик: варіанту репертуарної решітки Келлі для діагностики особливостей репрезентації образу «Я» лікаря та пацієнта у хворих [7] (в якості конструктів були використані кольори з восьмиколірного тесту Люшера; елементами решітки виступали ролі, що відображають різноманітні відносини між людьми, а також ролі «Я», «лікар, який зараз лікує пацієнта» та «пацієнт»); спеціально розробленої методики для діагностики відносин лікаря і

© Бородавко О.О., 2011

пацієнта в ході лікувального процесу (ДВЛП), яка дозволяє визначити спрямованість хворих на встановлення альянсних відносин з лікарем (СНВА) (варіант для пацієнтів). Статистична обробка даних здійснювалась за допомогою методу встановлення вірогідності відмінностей за критерієм U-Манна-Уітні, кореляційного аналізу (коефіцієнт рангової кореляції r-Спірмена), Z-перетворення Фішера для коефіцієнтів кореляції та кластерного аналізу за методом К-середніх.

Основним гіпотетичним припущенням даної роботи було те, що одним з найважливіших чинників, значущих для формування альянсних відносин є позитивне емоційне ставлення учасників спілкування один до одного та до себе. У зв`язку з цим, діагностика наявності альянсу з лікарем у пацієнтів здійснювалась в двох напрямах. По-перше, досліджувались особливості емоційного ставлення хворих до себе та лікаря. По-друге, визначався ступінь спрямованості пацієнтів на формування альянсу.

Для визначення особливостей емоційного ставлення пацієнтів до себе та лікаря на невербальному рівні проводився якісний аналіз даних індивідуальних колірних решіток за варіантом методики Келлі.

За результатами дослідження у 47,6 % хворих відзначалось амбівалентне ставленя одночасно як до себе, так і до лікаря. У 19,0 % пацієнтів проявлялась позитивна репрезентація образу «Я» у поєднанні з суперечливим ставленням до лікаря. Амбівалентне відношення до себе і позитивне – до лікаря спостерігалось у 19,0 % хворих. Для 9,6 % пацієнтів характерним було суперечливе сприйняття власного образу у поєднанні з нейтральним ставленням до лікаря. У 4,8 % пацієнтів спостерігалось нейтральне ставлення до себе та амбівалентне – до лікаря. Одночасної емоційно позитивної оцінки образу «Я» та лікаря у даних хворих не діагностувалось так само, як і негативної. Враховуючи отримані дані, можна сказати, що альянс у цих пацієнтів має неповний характер і проявляється здебільшого як прагнення встановлювати подібні відносин. Даний результат може бути значною мірою зумовлений емоційно-особистісними та когнітивними порушеннями, характерними для хворих на шизофренію.

Базуючись на результатах дослідження за методикою ДВЛП, всіх пацієнтів було розподілено на дві групи в залежності від ступеня їх спрямованості на встановлення альянсних відносин з лікарем (СНВА). Хворих, у яких діагностувались середні показники за оцінюваним параметром, було розподілено між даними групами на підставі даних якісного аналізу їх відповідей.

Першу групу склали 13 (62 %) хворих з високим ступенем СНВА (середній бал – 171,16±11,61). Серед них 3 (23,10 %) жінки та 10 (76,90 %) чоловіків віком від 18 до 28 років (середній вік – 24,38±3,59 років). Тривалість захворювання в середньому становила 4,01±3,68 років. До другої групи увійшло 8 (38 %) пацієнтів з низьким ступенем СНВА (середній бал – 134,87±11,75). Серед них 3 (37,50 %) жінки та 5 (62,50 %) чоловіків віком від 22 до 48 років (середній вік – 30,87±9,31 років). Тривалість захворювання в середньому становила 6,51±5,41 років. Можна сказати, що пацієнти з високим ступенем СНВА були більш молодого віку (24,38±3,59 та 30,87±9,31 відповідно) та мали дещо меншу тривалість захворювання (4,01±3,68 та 6,51±5,41 відповідно), ніж хворі з низьким ступенем СНВА (хоча достовірних відмінностей за даними параметрами між групами не виявлено).

Для дослідженя особливостей репрезентації образу «Я», лікаря та пацієнта у хворих було проведено кореляційний аналіз показників елементів індивідуальних решіток за варіантом методики Келлі. Це дало змогу виявити ступінь ідентифікації даних образів з різними категоріями людей (в залежності від характеру міжособистісних відносин з ними) у кожного конкретного хворого. Для проведення кластерного аналізу індивідуальні коефіцієнти кореляції було перетворено за допомогою методу Z-перетворення Фішера. Таким чином, в обох групах хворих було визначено типи репрезентації образу «Я», лікаря та пацієнта.

У хворих, які прагнуть встановлювати альянс з лікарем (високий ступінь СНВА), було виявлено три типи репрезентації образу «Я», лікаря та пацієнта.

Перша форма репрезентації образу «Я», лікаря та пацієнта відзначалась у 6 (46 %) хворих. Образ «Я» у них протипоставляється «близькій людині» (середній r=-0,71) та найбільш сильно ідентифікується з «людиною, якій хочеться допомогти» (середній r=0,73). Образ лікаря більш за все пов`язується з «людиною, яка викликає повагу» (середній r=0,70) та є «авторитетною» (середній r=0,76). Образ пацієнта у цих хворих має виражене негативне забарвлення. Він протипоставляється «людині, якій довіряєш» (середній r=-0,70), «партнеру» (середній r=-0,80) самостійній людині (середній r=-0,78) та тому, хто «потребує допомоги» (середній r=0,89). При цьому найбільша ідентифікація спостерігається з образом «людини, якій не довіряєш» (середній r=0,84), «від якої залежиш» (середній r=0,87) та «сторонньої людини» (середній r=0,75). Таким чином, для цих хворих характерною є емоційна відстороненість від близького оточення. Відносини з лікарем у них ґрунтуються, перш за все, на відчутті поваги до нього як авторитетної людини. Образ пацієнта сприймається виражено негативно. Даний тип репрезентації образу «Я», лікаря та пацієнта можна назвати «емоційно відстороненим».

Друга форма сприйняття образу «Я», лікаря та пацієнта була виявлена у 5 (39 %) хворих. Образ «Я» у них має позитивне забарвлення. Найбільш сильна ідентифікація відзначається з «людиною, яка викликає повагу» (середній r=0,82), «авторитетною» (середній r=0,84), «партнером» (середній r=0,85). Найменша – із «сторонньою людиною» (середній r=-0,69). Образ лікаря у цих пацієнтів більш за все ідентифікується з «людиною, якій довіряєшь» (середній r=0,70), «на яку можна покластися» (середній r=0,69), «яка повністю розуміє» (середній r=0,78) та того, «кого повністю розумієшь» (середній r=0,69). Лікар протипоставляється «людині, якій не довіряєш» (середній r=-0,60) та «начальнику» (середній r=-0,65). Образ пацієнта поєднується з «людиною, якій не довіряєш» (середній r=0,78), «яка потребує допомоги» (середній r=0,95) та «може практично все» (середній r=0,94). Найменша ідентифікація відзначається з «людиною, на яку можна покластися» (середній r=-0,80) та «від якої залежиш» (середній r=-0,80). Таким чином, для цих пацієнтів характерним є досить позитивне сприйняття власного образу. Відносини з лікарем у них ґрунтуються на почутті довіри та взаєморозуміння. Образ пацієнта має суперечливий характер. З одного боку – це слабка ненадійна людина, з іншого – людина, яка «може практично все». Даний тип сприйняття образу «Я», лікаря та пацієнта можна

назвати «псевдогармонійним».

Третя форма репрезентації образу «Я», лікаря та пацієнта була виявлена лише у 2 (15 %) хворих. У них відзначається сильний кореляційний зв`язок практично між усіма досліджуваними параметрами. Даний результат може вказувати на слабку диференціацію відносин з різними категоріями людей, невизначеність меж свого «Я», та неадекватне сприйняття оточуючих. Образ «Я», лікаря та пацієнта у цих хворих тісно пов`язані між собою та мають суперечливий характер. Цей тип репрезентації образу «Я», лікаря та пацієнта можна назвати «амбівалентним».

В групі хворих, які не встановлюють альянсних видносин (низький ступінь СНВА), було виділено дві форми сприйняття образу «Я», лікаря та пацієнта.

Перший тип репрезентації образу «Я», лікаря та пацієнта відзначався у 5 (63 %) хворих. Для них характерна практична відсутність сильних кореляційних зв`язків між досліджуваними параметрами. Подібний результат може вказувати на дифузну структуру категоризації свого соціального оточення хворими. Образ «Я», лікаря та пацієнта у них має невизначений характер. Даний тип репрезентації образу «Я», лікаря та пацієнта можна назвати «невизначеним».

Друга форма репрезентації образу «Я», лікаря та пацієнта діагностувалась у 3 (37 %) хворих. У них відзначався досить сильний зв`язок між багатьма параметрами. Можна сказати, що даний тип сприйняття образу «Я», лікаря та пацієнта аналогічний «амбівалентному», який було виявлено в першій групі.

Таким чином, у хворих на шизофренію відзначаються наступні особливості міжособистісних відносин з лікарем в процесі лікування. Дані пацієнти здебільшого прагнуть встановлювати альянс з лікарем, проте він має неповний, подекуди суперечливий, амбівалентний характер. Це значною мірою може бути зумовлено емоційно-особистісними та когнітивними порушеннями, що характерні для хворих на шизфренію, а також такими характеристиками пацієнтів, як тривалість та тяжкість захворювання, кількість госпіталізацій, вік, гендерна належність та ін. Спрямованість пацієнтів на формування альянсу певним чином пов`язана з особливостями репрезентації образу «Я», лікаря та пацієнта. У хворих, які прагнуть встановлювати альянс відзначаються більш конструктивні форми сприйняття даних образів, ніж у тих пацієнтів, які не формують альянсу. Слід зазначити, що спрямованість пацієнтів на встановлення альянсних відносин з лікарем зумовлюється низкою клінічних, соціально-демографічних та психологічних чинників, детальний аналіз яких має бути предметом наступних досліджень.

Отримані результати можуть бути використані при організації лікувально-реабілітаційних заходів для даної категорії пацієнтів, а також для створення спеціальних психокорекційних програм, спрямованих на формування конструктивних взаємин з лікарем у хворих на шизофренію.

Література

1. Абрамов, В. А. Об интегративном подходе к разработке концепции шизофрении и психосоциальной реабилитации больных [Текст] / В. А. Абрамов, Т. Л. Ряполова, А. В. Абрамов, И. В. Жигулина // Журнал психиатрии и медицинской психологии. – 2009. - № 1 (21). – С. 3-12.

2. Артюхова, В. В. Особливості формування терапевтичного альянсу в медичному закладі психоневрологічного профілю: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. психол. наук: спец. 19.00.04 «Медична психологія» [Текст] / В. В. Артюхова. – Харків, 2011. – 20 с.

3. Вид, В. Д. Психотерапия шизофрении [Текст] / В. Д. Вид.– СПб: Питер, 2001. – 432 с.

4. Кабанов, М. М. Проблема реабилитации психически больных и качество их жизни [Текст] / М. М. Кабанов // Социальная и клиническая психиатрия. — 2001. — № 1. — С. 22–27.

5. Клиническая психология: учебник [Текст] / Под ред. Б.Д.Карвасарского. – СПб.:Питер, 2002. – 960 с.

6. Куртис, Х. Концепция терапевтического альянса: расширение границ [Текст] / Х. Куртис // Журнал практической психологии и психоанализа. – 2001. - № 1. – С. 18-26.

7. Похилько, В. И. Техника репертуарных решеток в экспериментальной психологии личности [Текст] / В. И. Похилько, Е. О. Федотова // Вопросы психологии. – 1984. – № 3. — С. 151-157.

8. Роджерс, К. Консультирование и психотерапия: Новейшие подходы в области практической работы [Текст] / К. Роджерс; пер. с англ.: О. Кондрашовой, Р. Кучкаровой. - М. : «ЭКСМО-Пресс», 1999. - 464 с.

9. Шестопалова, Л. Ф. Психологія лікувального процесу: сучасні проблеми та перспективи дослідження [Текст] / Л. Ф. Шестопалова // Медицинская психология. – 2006. – Т.1, № 4. – С.30-32.

10. Шестопалова, Л. Ф. Медико-психологічні проблеми сучасного лікувально-реабілітаційного процесу [Текст] / Л. Ф. Шестопалова // Український вісник психоневрології. - 2007. - Том 15, вип. 1 (50), додаток. - С. 249.

11. Ялом, И. Экзистенциальная психотерапия [Текст] / И. Ялом; пер. с англ.: Т. С. Драбкиной – М.: Независимая фирма «Класс», 2005. – 576 с.

Надійшла до редакції 2.07.2011