

УДК: 159.922:616.8-091.93:615.86

## Роль установки у формуванні терапевтичного альянсу між лікарем та пацієнтом

Шестопалова Л.Ф., Бородавко О.О.

В даній статті розглянуто особливості міжособистісних відносин між лікарем та пацієнтом, що складаються в ході лікувального процесу. Досліджено окремі характеристики взаємин в системі «лікар – хворий» з позиції медичних спеціалістів та пацієнтів. Визначено домінуючі комунікативні установки лікарів і хворих на неврологічні та психічні розлади. Показано зв'язок між характером взаємин «лікар – пацієнт» та комунікативними установками учасників взаємодії.

Ключові слова: терапевтичний альянс, лікувальний процес, соціальна, комунікативна установка.

В данной статье рассмотрены особенности межличностных взаимоотношений между врачом и пациентом, складывающиеся в ходе лечебного процесса. Исследованы отдельные характеристики взаимоотношений в системе «врач - больной» с позиции медицинских специалистов и пациентов. Определены доминирующие коммуникативные установки врачей и больных с неврологическими и психическими расстройствами. Показана связь между характером взаимоотношений «врач - пациент» и коммуникативными установками участников взаимодействия.

Ключевые слова: терапевтический альянс, лечебный процесс, социальная, коммуникативная установка.

This article describes the features of interpersonal relations between doctor and patient, folding during the therapeutic process. Investigated individual characteristics of relationships in the system «doctor - patient» from a position of medical professionals and patients. Identified the dominant communication setup of doctors and patients with neurological and psychiatric disorders. Shows the relationship between the nature of the relationship, «the doctor - patient» and communicative attitudes of participants interaction.

Key words: therapeutic alliance, therapeutic process, attitude, communicative setting.

На сьогодні однією з найбільш актуальних медико-соціальних проблем є вивчення психологічних чинників лікувально-реабілітаційного процесу, зокрема, терапевтичного альянсу (ТА) між лікарем і пацієнтом. Дослідження даного питання має велике значення як для організації ефективного лікування хворих, так і для профілактики емоційного вигорання медичних спеціалістів [1, 5 – 7].

В сучасній медичній психології терапевтичний альянс 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 [5 – 7]. Подібне визначення ТА зумовлює необхідність більш детально розглянути його структуру, виявити основні компоненти, а також визначити найбільш значущі чинники формування. Серед таких чинників можна виділити установку особистості, яка з позиції концепції Д. Н. Узнадзе являє собою первинний цілісний недиференційований стан, що передує свідомій психічній діяльності та знаходиться в основі поведінки людини та визначається як «цілісний динамічний стан суб'єкта, стан готовності до певної активності, що зумовлюється двома факторами: потребою суб'єкта та відповідною об'єктивною ситуацією» [4; с. 64].

Також одним з найважливіших чинників, який зумовлює особливості взаємодії між людьми є так звана соціальна установка (або аттитюд), що визначається як стан психологічної готовності особистості поводити себе певним чином в певній ситуації, базуючись на минулому соціальному досвіді [2]. Соціальна установка має складну структуру та виконує ряд функцій. В структурі соціальної установки виділяють когнітивний (усвідомлення об'єкта соціальної установки), афективний (емоційна оцінка даного об'єкта) та поведінковий (послідовна поведінка стосовно даного об'єкта) компоненти [2]. Поняття «соціальна установка» та «установка» в теорії Д. Н. Узнадзе мають різне значення. Їх співвідношення демонструється в диспозиційній концепції регуляції соціальної поведінки особистості В. А. Ядова [8]. Згідно з даною концепцією виділяються чотири рівні диспозицій особистості: перший рівень складають елементарні фіксовані установки, що формуються на основі вітальних потреб та в умовах «предметних ситуацій»; до другого рівня належать більш складні диспозиції – фіксовані соціальні установки (аттитюди), що формуються на основі потреби людини у спілкуванні; третій рівень відображає загальну спрямованість інтересів особистості стосовно конкретної сфери соціальної активності, тобто базові соціальні установки; четвертий рівень диспозицій складає система ціннісних орієнтацій особистості [8]. Безумовно, диспозиції особистості того чи іншого рівня мають певне значення для встановлення міжособистісних відносин між людьми та їх взаємодії.

Таким чином, метою даного дослідження було визначити роль системи професійних установок лікарів та комунікативних установок пацієнтів у формуванні терапевтичного альянсу.

Дослідження проводилося на базі ДУ «ІНПН НАМНУ». В дослідженні брали участь 30 лікарів – 14 (46,66 %) неврологів та 16 (53,34 %) психіатрів (13 (43,33 %) чоловіків, 17 (56,76 %) жінок). Середній вік лікарів становив  $45,75 \pm 8,85$  років. Також було обстежено 75 хворих на неврологічні та психічні розлади (38 (50,66 %) чоловіків та 37 (49,34 %) жінок). Середній вік пацієнтів склав  $38,16 \pm 14,07$  років. 30 хворих на психічні розлади, які за МКХ-10 мали діагноз «Шизофренія» (F 20.00, F 20.01) – 15 осіб (50,00 %), «Шизотиповий розлад» (F 21.00) – 7 осіб (23,33 %), «Рекурентний депресивний розлад» (F 33.1 та F 33.2) – 8 осіб

(26,67 %). 45 хворих на неврологічні розлади, а саме з діагнозом «Вегето-судинна дистонія» (G 90.8) – 5 осіб (2,23 %), «Гіпертонічна хвороба I-III ступеня. Дисциркуляторна енцефалопатія I-II ступеня» (I 67.4) – 21 особа (55,55 %), «Розсіяний склероз» (G 35) – 19 осіб (42,22 %).

Методи дослідження. Психодіагностичний метод був реалізований за допомогою наступних методик: методика діагностики відносин лікаря та пацієнта (варіант для лікарів) [5], методика діагностики відносин лікаря та пацієнта (варіант для пацієнтів) [6], методика «Спрямованість особистості у спілкуванні» [3]. Статистична обробка даних здійснювалась за допомогою методу встановлення вірогідності відмінностей за критеріями t-Ст'юдента та U-Манна-Уїтні, кореляційного аналізу (коефіцієнт рангової кореляції r-Спірмена). Обчислювання отриманих даних проводилось за допомогою статистичного пакету SPSS 17.0 for Windows.

Для вивчення особливостей міжособистісних відносин лікаря та пацієнта в процесі лікування використовувалась спеціально розроблена методика діагностики відносин лікаря та пацієнта (варіант для лікарів). Результати дослідження наведено в таблиці 1.

Таблиця 1  
Результати дослідження міжособистісних відносин лікаря та пацієнта в процесі лікування (з позиції лікаря) (в балах)

Шкала	Лікарі		
	загальна група, n=30	неврологи, n=14	психіатри, n=16
1	2	3	4
Готовність до співпраці	76,20±7,57	79,33±5,56	72,81±7,50
Емпатійність	68,75±12,09	64,88±12,51	71,90±11,31
Формальність	26,00±14,73	30,00±13,33	24,73±15,63
Відкритість	58,30±9,13	61,11±11,02	52,00±6,95*
Конгруентність	62,65±11,13	65,55±10,29	60,27±11,70
Відповідальність лікаря	64,30±11,07	60,44±11,42	67,45±10,22
Відповідальність пацієнта	48,00±19,62	48,88±15,36	47,27±23,27

Примітка. \* – достовірність відмінностей за критерієм t-Ст'юдента та U-Манна-Уїтні  $p < 0,05$  між показниками у неврологів та психіатрів.

За даними дослідження, у лікарів найбільші показники діагностуються за шкалами «Готовність до співробітництва з пацієнтами» (76,20±7,57), «Емпатійність» (68,75±12,09) та «Відповідальність лікаря» (64,30±11,07); найменші – за шкалою «Формальність взаємин» (26,00±14,73). Тобто лікарі намагаються активно співпрацювати з пацієнтами в процесі лікування, проявляти до них чуйність і співчуття та встановлювати довірчі відносини.

У неврологів, порівняно з психіатрами, відзначаються вищі показники за параметром «Відкритість лікаря при спілкуванні з пацієнтом» (61,11±11,02 та 52,00±6,95 відповідно,  $p < 0,05$ ). Подібний результат відображає специфіку професійних установок лікарів різних спеціальностей, що значною мірою пов'язані з особливостями захворювання тих пацієнтів з якими працюють медичні спеціалісти.

Для вивчення особливостей спрямованості лікарів при спілкуванні з пацієнтами використовувалась методика «Спрямованість особистості у спілкуванні» (С. Л. Братченко, 1997). В даному дослідженні інструкція методики була змінена таким чином, щоб лікарі оцінювали особливості комунікації з більшістю своїх пацієнтів. Результати дослідження наведено в таблиці 2.

Таблиця 2  
Результати дослідження спрямованості лікарів у спілкуванні з пацієнтами (в балах)

Спрямованість у спілкуванні	Лікарі		
	загальна група, n=30	неврологи, n=14	психіатри, n=16
1	2	3	4
Діалогічна	3,63±7,26	7,00±9,48	0,83±2,88**
Авторитарна	12,04±9,83	7,50±4,85	15,83±11,44**
Маніпулятивна	15,90±8,11	15,00±5,77	16,66±9,84
Альтероцентристська	27,27±15,63	27,00±16,53	27,50±15,59
Конформна	18,40±7,61	18,50±9,44	18,33±6,15
Індиферентна	22,72±10,66	25,00±10,80	20,83±10,62

Примітка. Достовірність відмінностей за критерієм t-Ст'юдента та U-Манна-Уїтні: \*\* –  $p \leq 0,01$ , \* –  $p < 0,05$  між показниками у неврологів та психіатрів.

За результатами, що наведено в таблиці 2, у лікарів найбільш виражені такі види спрямованості у спілкуванні з пацієнтами, як альтероцентристська (27,27±15,63), індиферентна

(22,72±10,66) та конформна (18,40±7,61). Найменше у них відзначається діалогічна (3,63±7,26) комунікативна стратегія. Можна сказати, що при спілкуванні з хворими лікарі передусім керуються інтересами пацієнтів, проявляють до них чуйність і співчуття, а також спрямовані на вирішення конкретних «ділових» питань, які виникають в процесі лікування. У неврологів, порівняно з психіатрами, більше виражена діалогічна (7,00±9,48 та 0,83±2,88 відповідно,  $p < 0,01$ ) та менше – авторитарна (7,50±4,85 та 15,83±11,44 відповідно,  $p < 0,01$ ) спрямованість у спілкуванні з пацієнтами. Даний результат відображає особливості комунікативних установок медичних спеціалістів.

Для виявлення зв'язку між параметрами взаємин лікаря і хворого та спрямованістю лікарів у спілкуванні з пацієнтами було проведено кореляційний аналіз. Дані дослідження показали, що підвищення готовності до співробітництва з пацієнтами у лікарів поєднується з індивідуальною спрямованістю у спілкуванні з ними ( $r_s = 0,37$ ,  $p < 0,05$ ). Рівень емпатійності лікарів при взаємодії з хворими позитивно корелює з альтероцентристською комунікативною стратегією. Відзначається позитивна кореляція між ступенем формальності лікаря у відносинах з пацієнтом та маніпулятивною спрямованістю у спілкуванні. Рівень відкритості лікарів при взаємодії з хворими позитивно корелює з діалогічною комунікативною стратегією та негативно – з авторитарною ( $r_s = -0,41$ ,  $p < 0,05$ ). Конгруентність лікарів при спілкуванні з хворими позитивно пов'язана з діалогічною спрямованістю у спілкуванні ними ( $r_s = 0,55$ ,  $p < 0,01$ ). Зниження рівня відповідальності лікаря за результат лікування пов'язується з маніпулятивною спрямованістю у спілкуванні з пацієнтами ( $r_s = -0,45$ ,  $p < 0,05$ ). Відзначається зворотній зв'язок між оцінками лікарів рівня відповідальності хворих та їх альтероцентристською комунікативною установкою ( $r_s = -0,38$ ,  $p < 0,05$ ).

Для дослідження особливостей міжособистісних відносин хворого та лікаря в процесі лікування використовувалась спеціально розроблена методика діагностики відносин лікаря та пацієнта (варіант для пацієнтів). Результати дослідження наведено в таблиці 3.

Таблиця 3  
Результати дослідження міжособистісних відносин лікаря та пацієнта в процесі лікування (з позиції пацієнта) (в балах)

Параметр	Хворі		
	загальна група, n=75	хворі на НР, n=45	хворі на ПР, n=30
1	2	3	4
Емоційний комфорт	8,70±1,23	8,72±1,44	8,66±0,70
Готовність розуміти позицію лікаря	7,14±1,29	7,16±1,33	7,11±1,26
Готовність до співпраці	7,25±1,40	7,94±1,38	6,18±1,45*
Відкритість	6,88±1,33	6,55±1,09	7,55±1,58
Відповідальність лікаря	7,01±2,38	5,66±2,02	7,66±3,01*
Відповідальність пацієнта	6,08±1,31	5,61±1,33	4,33±1,80*
Конгруентність	6,22±1,69	6,98±1,61	5,18±1,90*

Примітка. \* – достовірність відмінностей за критерієм t-Ст'юдента та U-Манна Уїтні  $p < 0,05$  між показниками у хворих на НР та ПР.

За результатами таблиці 3, у пацієнтів найвищі показники діагностуються за шкалами «Емоційний комфорт» (8,70±1,23), «Готовність до співпраці з лікарем» (7,25±1,40), «Готовність розуміти позицію лікаря» (7,14±1,29) та «Відповідальність лікаря». Найменші оцінки відзначаються за шкалою «Відповідальність пацієнта» (6,08±1,31). У пацієнтів з психічними захворюваннями, порівняно з хворими на неврологічні розлади, значно менше виражена готовність до співпраці з лікарем (6,18±1,45 та 7,94±1,38 відповідно,  $p < 0,05$ ), власна відповідальність за результати лікування (4,33±1,80 та 5,61±1,33 відповідно,  $p < 0,05$ ) та конгруентність в ході спілкування з медичним спеціалістом (5,18±1,90 та 6,98±1,61 відповідно,  $p < 0,05$ ). Також вони значно вище оцінюють рівень відповідальності лікаря, ніж пацієнти з неврологічними розладами (7,66±3,01 та 5,66±2,02 відповідно,  $p < 0,05$ ). Можна сказати, що пацієнти з психічними захворюваннями займають більш пасивну позицію в ході лікування та покладають більше очікувань на лікаря, ніж хворі на неврологічні розлади.

Для вивчення особливостей спрямованості хворих при спілкуванні з лікарем використовувалась методика «Спрямованість особистості у спілкуванні» (С. Л. Братченко, 1997). В даному дослідженні інструкція методики була змінена таким чином, щоб хворі оцінювали особливості комунікації з тим лікарем, який працює з ними в даний момент. Результати дослідження наведено в таблиці 4.

Таблиця 4

Результати дослідження спрямованості у спілкуванні пацієнтів з лікарем (в балах)

Спрямованість у спілкуванні	Хворі		
	загальна група, n=41	хворі на НР, n=21	хворі на ПР, n=20
1	2	3	4
Діалогічна	1,52±4,63	1,36±3,23	1,66±5,77
Авторитарна	11,21±11,68	8,63±10,50	13,58±12,64*
Маніпулятивна	19,30±10,67	19,09±11,13	19,51±10,73
Альтероцентристська	17,26±8,27	16,36±9,74	18,08±14,51
Конформна	26,91±15,81	28,63±17,47	25,33±14,72
Індиферентна	23,82±14,40	26,81±11,88	21,08±16,41

Примітка. Достовірність відмінностей за критерієм t-Ст'юдента та U-Манна-Уїтні: \* -  $p < 0,05$  між показниками у хворих на НР та ПР.

За результатами дослідження, у хворих на неврологічні та психічні розлади домінує конформна (26,91±15,81) та індиферентна (23,82±14,40) комунікативна стратегія. Тобто вони здебільшого схильні займати пасивну позицію при спілкуванні з лікарем і спрямовані на вирішення конкретних питань, що виникають в процесі лікування. Найменш вираженою у цих хворих є діалогічна комунікативна стратегія (1,52±4,63). Даний результат відображає особливості комунікативних установок пацієнтів. У хворих на ПР, порівняно з пацієнтами з НР, відзначаються значно вищі показники авторитарної спрямованості у спілкуванні з лікарем (13,58±12,64 та 8,63±10,50 відповідно,  $p < 0,05$ ). Цей результат може вказувати на труднощі у встановленні продуктивного контакту з оточуючими та зниження критики у хворих на психічні розлади та неадекватність їх комунікативних стратегій.

Для визначення зв'язку між параметрами взаємин лікаря і пацієнта та комунікативними характеристиками хворих було проведено кореляційний аналіз. Результати дослідження показали, що рівень емоційного комфорту хворих при спілкуванні з лікарем позитивно корелює з альтероцентристською спрямованістю у спілкуванні ( $r_s = 0,37$ ,  $p < 0,05$ ) та негативно – з маніпулятивною ( $r_s = -0,60$ ,  $p < 0,01$ ). Ступінь готовності розуміти позицію та переживання лікаря в ході взаємодії з ним позитивно пов'язаний з діалогічною комунікативною стратегією ( $r_s = 0,39$ ,  $p < 0,05$ ). Рівень готовності до співпраці з лікарем та ступінь власної відповідальності пацієнтів за характер спілкування з медичним спеціалістом та результати лікування в цілому позитивно корелює з індиферентною ( $r_s = 0,49$  та  $r_s = 0,37$  відповідно,  $p < 0,05$ ) та діалогічною ( $r_s = 0,47$  та  $r_s = 0,41$  відповідно,  $p < 0,05$ ) спрямованістю у спілкуванні. Уявлення пацієнтів щодо високого рівня відповідальності лікаря за результат лікування пов'язані з їх маніпулятивною комунікативною установкою ( $r_s = 0,39$ ,  $p < 0,05$ ). Конгруентність пацієнтів при спілкуванні з лікарем негативно пов'язана з їх конформною позицією ( $r_s = -0,53$ ,  $p < 0,01$ ).

Таким чином, особливості міжособистісних відносин лікаря та пацієнта (з позиції медичних спеціалістів) полягають в тому, що лікарі при взаємодії з хворими перед усім керуються інтересами пацієнтів, проявляють до них чуйність і співчуття. Домінуючими комунікативними стратегіями лікарів є альтероцентристська та індиферентна. Даний результат відображає особливості професійних установок медичних спеціалістів. Визначено, що окремі параметри взаємин «лікар-хворий» пов'язані з певним видом комунікативних стратегій лікарів. Так, альтероцентристська спрямованість у спілкуванні поєднується з підвищенням рівня емпатійності лікарів в ході взаємодії з пацієнтами та зі зниженням оцінки ступеня відповідальності самих хворих. Діалогічна комунікативна стратегія пов'язана зі збільшенням рівня відкритості медичних спеціалістів в ході взаємодії з пацієнтами, тоді як авторитарна – зі зниженням даного параметра.

Особливості взаємин з лікарем у хворих на неврологічні та психічні розлади полягають в тому, що дані пацієнти в цілому задоволені характером спілкування з медичним спеціалістом та високо оцінюють власну готовність до співпраці з ним. При цьому вони схильні покладати відповідальність за результат лікування здебільшого на лікаря. Домінуючими комунікативними стратегіями у цих пацієнтів є конформна та індиферентна. Також для них характерні труднощі у встановленні продуктивних взаємин з медичним спеціалістом, які проявляються у вигляді ригідності чи неадекватності комунікативних установок, дисоціації між потребою у формуванні міжособистісних відносин з лікарем та спроможністю встановлювати подібні взаємини. Визначено, що рівень емоційного комфорту пацієнтів при спілкуванні з лікарем позитивно корелює з їх альтероцентристською спрямованістю у спілкуванні та негативно – з маніпулятивною стратегією. Ступінь готовності розуміти позицію та переживання лікаря пов'язаний з діалогічною спрямованістю у спілкуванні з ним. Рівень готовності до співпраці з лікарем та ступінь власної відповідальності пацієнтів за результати лікування позитивно корелює з індиферентною та діалогічною комунікативною стратегією. Уявлення пацієнтів щодо високого рівня відповідальності лікаря за результат лікування пов'язані з

їх маніпулятивною спрямованістю у спілкуванні. Отримані результати свідчать про те, що особливості комунікативних установок лікаря та пацієнта, а також професійних установок медичних спеціалістів є одним з найважливіших чинників формування терапевтичного альянсу.

#### Література

1. Абрамов, В. А. Об интегративном подходе к разработке концепции шизофрении и психосоциальной реабилитации больных / В. А. Абрамов, Т. Л. Ряполова, А. В. Абрамов, И. В. Жигулина // Журнал психиатрии и медицинской психологии. – 2009. - № 1 (21). – С. 3-12.
2. Андреева, Г. М. Социальная психология: Учебник для высших учебных заведений / Г. М. Андреева. – М.: Аспект Пресс, 2004. – 365 с.
3. Братченко, С. Л. Диагностика личностно-развивающего потенциала: Методическое пособие для школьных психологов / С. Л. Братченко. – Псков, 1997. – 68 с.
4. Узнадзе, Д. Н. Психология установки / Д. Н. Узнадзе. – СПб.: Питер, 2001. – 416 с.
5. Шестопалова, Л. Ф. Дослідження терапевтичного альянсу у лікарів, що працюють у медичному закладі психоневрологічного профілю / Л. Ф. Шестопалова, В. А. Кожевнікова, О. О. Бородавко // Український вісник психоневрології. – 2010. – Т. 18, № 3 (64). – С. 158.
6. Шестопалова, Л. Ф. Особливості терапевтичного альянсу у хворих на психічні та неврологічні розлади / Л. Ф. Шестопалова, В. А. Кожевнікова, О. О. Бородавко // Український вісник психоневрології. – 2011. – Т. 19, № 2 (67). – С. 74-76.
7. Шестопалова, Л. Ф. Особенности формирования терапевтического альянса между врачом и больными с психоневрологическими расстройствами / Л. Ф. Шестопалова, В. В. Артюхова // Архів психіатрії. – 2011. – Т. 17, № 3 (66). – С. 9-12.
8. Ядов, В. А. О диспозиционной регуляции социального поведения личности / В. А. Ядов // Методологические проблемы социальной психологии. М., 1975.