

УДК 616.89-08:614.253.8

Л.Ф. Шестопалова, В.В.Артюхова

ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО АЛЬЯНСА МЕЖДУ ВРАЧОМ И БОЛЬНЫМИ С ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

ГУ «Інститут неврології, психіатрії і наркології АМН України», г. Харків

Ключевые слова: терапевтический альянс, психоневрологические расстройства, комплайенс, лечебный процесс, синдром эмоционального выгорания, коммуникативная компетентность

В современной медицине, в условиях повышенного внимания к изучению психологических факторов лечебно-реабилитационного процесса, особую актуальность приобретает проблема терапевтического альянса. На протяжении всей истории ее развития взаимоотношения между врачом и пациентом рассматривались как важный компонент терапии. Однако только в 50-х годах стали появляться работы, посвященные научному обоснованию влияния их качества на эффективность лечебного процесса [2;4]. Результаты исследований последних лет свидетельствуют о наличии тесной связи между терапевтическим альянсом и эффективностью лечения различных заболеваний, в том числе психических и неврологических [1;3;6;7]. Все вышесказанное определяет актуальность и необходимость проведения данного исследования.

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

В связи с тем, что в современной медицинской психологии существует терминологическая неопределенность в отношении понятия «терапевтический альянс» (ТА) мы предложили собственное его определение. ТА – это сложноорганизованная динамичная система межличностных взаимоотношений и взаимодействий между врачом и пациентом, которая формируется, развивается и функционирует в процессе лечения и влияет на эффективность лечебно-реабилитационных мероприятий.

Одной из актуальных проблем психологии лечебного процесса является создание типологии терапевтического альянса и его оценка. На основании анализа данных литературы и результатов собственных исследований мы разработали типологию терапевтического альянса: партнерский, эмпатийно-регламентирующий, нейтрально-регламентирующий, эмпатийно-формальный и формально-дистантный. Каждая из данных форм отличается определенными особенностями и характеристиками, которые оцениваются с помощью основных диагностических критерииев: распределение ответственности между врачом и пациентом за результат лечения; уровень контроля врача за выполнением пациентом назначений; степень сотрудничества; уровень комплайенса пациента; особенности коммуникативного взаимодействия; степень эмпатийности; характер обмена информацией и уровень доверия пациента.

Материалы и методы исследования. В исследовании приняло участие 39 врачей, из них – 22 невролога (4 мужчины и 18 женщин) и 17 психиатров (10 мужчин и 7 женщин). Стаж работы до 5 лет имел один врач (2,6%), 5 – 10 лет – 9 человек (23,1%), более 10 лет стажа имели 29 медицинских специалистов (74,3%).

Было обследовано 110 больных с неврологическими и психическими расстройствами. Первую группу обследованных составили 48 больных с разными формами сосудистой патологии головного мозга, средний возраст – $53,9 \pm 11,7$ лет. Длительность заболевания до 3 лет имели 11 больных (22,9%), от 3 до 10 лет – 10 пациентов (20,8%), более 10 лет – 27 человек (56,3%). Во вторую группу вошли 32 больных шизофренией и шизотипическими расстройствами, средний возраст – $27,8 \pm 7,6$ лет. Длительность заболевания до 3 лет имели 10 больных (31,2%), от 3 до 10 лет – 14 человек (43,8%), более 10 лет – 8 обследованных (25,0%). Третью группу составили 30 больных с разными формами депрессии, средний возраст – $51,1 \pm 13,4$ лет. Длительность заболевания до 3 лет имели 4 больных (13,3%), от 3 до 10 лет – 14 обследованных (46,7%), более 10 лет – 12 пациентов (40,0%).

Изучение типологических особенностей терапевтического альянса у врачей и пациентов проводилось с использованием специально разработанных методик. Эмоционально-коммуникативные особенности врачей исследовались с помощью методик «Диагностика уровня эмпатийных способностей» (В.В. Бойко, 1996) «Диагностика коммуникативной установки» (В.В. Бойко, 1996), «Диагностика уровня эмоционального выгорания» (В.В. Бойко, 1996) и методики «Уровень субъективного контроля» (Е.Ф. Бажина и др., 1984) для изучения уровня интернальности-экстернальности медицинских специалистов [5]. Индивидуально-психологические особенности больных исследовались по методикам «Диагностика уровня эмпатийных способностей» (В.В. Бойко, 1996), «Уровень субъективного контроля» (Е.Ф. Бажина и др., 1984). Тип отношения к болезни и лечебному процессу изучались с помощью методик «Тип отношения к болезни» (А.Е. Личко, Л.Й. Вассерман, Б.В. Иовлев, 1987), «Цветовой тест отношений» (Е.Ф. Бажин, А.Н. -Эткинд, 1985), «Исследование уровня комплайенса больных» (Н.Н. Лесная, 2007).

Статистическая обработка данных проводилась с помощью математико-статистических методов (U-критерий Манна-Унити и коэффициента корреляции Спирмена).

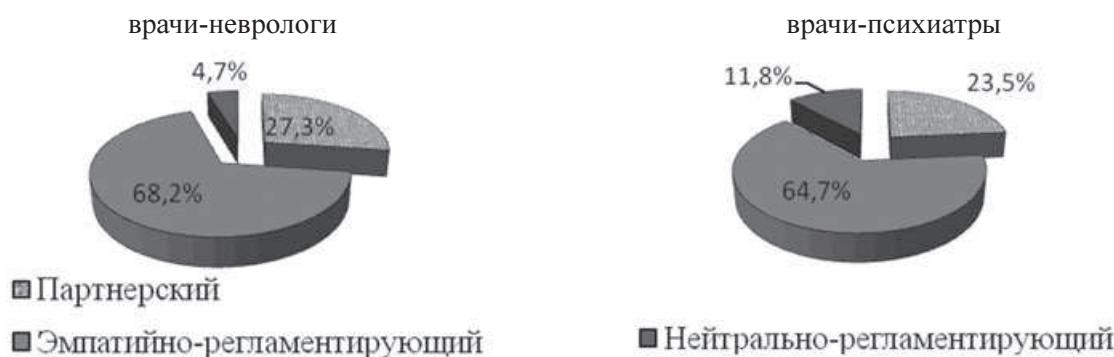


Рис. 1 Представленность форм терапевтического альянса у врачей

Результаты исследования терапевтического альянса у врачей представлены на рисунке 1.

Анализ полученных результатов показал, что у врачей-неврологов преобладает эмпатийно-регламентирующий альянс (68,2%), партнерские отношения с пациентами устанавливают 27,3% врачей, большинство из которых мужчины. У врачей-психиатров выявлено в целом аналогичную картину: они взаимодействуют с пациентами преимущественно в рамках эмпатийно-регламентирующего (64,7%) и партнерского альянсов (23,5%). Однако психиатры женского пола в большей мере склонны к сотрудничеству с пациентами, чем врачи-мужчины (42,9% и 10,0% соответственно).

Полученные данные позволили выявить зависимость между доминирующей у медицинских специалистов формой терапевтического альянса и стажем их работы. У врачей-неврологов с увеличением стажа работы уменьшается представленность эмпатийно-регламентирующего альянса до 64,7% и увеличивается партнерский и нейтрально-регламентирующий альянсы (29,4% и 5,9% соответственно). У врачей-психиатров наблюдается иная тенденция: у них уменьшается процентная доля партнерского и эмпатийно-регламентирующего альянсов (18,2% и 63,6% соответственно) и увеличивается

нейтрально-регламентирующего (18,2%).

Анализ данных психодиагностического исследования врачей свидетельствует о том, что формирование у них партнерского альянса сопряжено с широким диапазоном коммуникативных ресурсов ($r_{x,y}=-0,79$), высоким уровнем эмпатии медицинских специалистов ($r_{x,y}=0,52$) и истощением их эмоциональных ресурсов ($r_{x,y}=0,48$). Врачи, которые отдают предпочтение партнерскому альянсу характеризуются высокой коммуникативной компетентностью и эмпатией, однако установление взаимоотношений сотрудничества с пациентами требует от них больших затрат эмоциональных ресурсов. Доминирование регламентирующих форм альянса сопряжено со стереотипностью коммуникативного стиля ($r_{x,y}=0,73$), сниженной эмпатией ($r_{x,y}=-0,59$) и негативно коррелирует с истощением эмоциональных ресурсов. Таким образом, врачи с преобладанием данных форм альянса демонстрируют преимущественно ограниченный диапазон коммуникативных навыков и стремятся сводить к минимуму проявление своих эмоций во взаимодействии с пациентами.

Результаты исследования терапевтического альянса у больных с неврологическими и психическими расстройствами представлены на рисунке 2.



Рис 2. Представленность форм терапевтического альянса у больных с психоневрологическими расстройствами

Исследование терапевтического альянса у пациентов показало, что у больных с неврологическими расстройствами преобладает эмпатийно-регламентирующий альянс (45,8%). Таким образом, обследованные и врачи-неврологи имеют конвергентные стратегии взаимодействия в ходе лечебного процесса. Однако у пациентов женского пола менее выражено доминирование данного альянса (38,5%), они чаще, чем мужчины устанавливают партнерские отношения с врачами (34,6% и 13,6% соответственно). Представленность форм терапевтического альянса у больных с неврологическими расстройствами изменяется в зависимости от длительности их заболевания, так с увеличением длительности заболевания у них значительно уменьшается процентная доля партнерского альянса и увеличивается эмпатийно-регламентирующего (до 60,0%).

У больных шизофренией доминирует нейтрально-регламентирующий альянс (50,0%), однако мужчины чаще, чем женщины устанавливают партнерские взаимоотношения. В отличие от пациентов с неврологическими расстройствами, у пациентов данной группы с увеличением длительности заболевания, наблюдается увеличение представленности партнерского альянса (35,8%), при достаточно высокой процентной доле нейтрально-регламентирующего (57,1%).

У больных с депрессией также как и больных шизофренией доминируют нейтрально-регламентирующие взаимоотношения (43,3%), которые характерны преимущественно для пациентов женского пола. У мужчин превалирует эмпатийно-регламентирующий альянс (42,8%). Выявлено, что с увеличением длительности заболевания у данных пациентов также как и у больных с неврологическими расстройствами, увеличивается представленность эмпатийно-регламентирующего альянса и уменьшается партнерского.

Таким образом, анализ полученных данных указывает на наличие тенденции к дивергенции в оценке терапевтического альянса, так у врачей доминирует эмпатийно-регламентирующий альянс, а у пациентов – нейтрально-регламентирующий, что может затруднить их продуктивное взаимодействие.

Результаты проведенного психоdiagностического исследования свидетельствуют о том, что у больных диагностирован низкий уровень эмпатии ($16,97 \pm 4,72$ балла) и низкий уровень субъективного контроля в области здоровья ($2,81 \pm 1,87$ стена), таким образом, они в вопросах терапевтического режима полагаются на медицинских специалистов и считают их ответственными за результат лечения.

Данные исследования типа реагирования пациентов на заболевание позволили выявить, что у больных с неврологическими расстройствами, которые устанавливают партнерские взаимоотношения с врачами, превалирует гармоничный тип отношения к болезни, т.е. они адекватно оценивают свое состояние. В отличие от них, у обследованных, которые взаимодействуют преимущественно в рамках регламентирующих

форм альянса доминируют сенситивный и эргопатический типы, что указывает на их обеспокоенность состоянием своего здоровья и желание сохранить возможность активной трудовой деятельности. У больных с психическими расстройствами независимо от преобладающих форм терапевтического альянса преобладает сенситивный тип реагирования на заболевание.

Результаты проведенного психоdiagностического исследования позволили выявить тесную связь между уровнем комплайенса и доминирующей формой терапевтического альянса у больных с психоневрологическими расстройствами. 75,0% больных с неврологическими расстройствами и 57,9% больных с психическими, которые устанавливают партнерские отношения с врачом, имеют высокий уровень комплайенса. У пациентов с преобладанием регламентирующих форм альянса представленность уровней комплайенса изменяется противоположным образом.

Анализ корреляционных связей показал, что функционирование партнерского альянса у больных с неврологическими и психическими расстройствами связано с высоким уровнем комплайенса ($r_{x,y}=0,42$), удовлетворенностью взаимоотношениями с врачом ($-r_{x,y}=0,40$), затрудняет его формирование дисфорический тип отношения к болезни ($r_{x,y}=-0,39$). Формирование регламентирующих форм терапевтического альянса сопряжено с позитивной оценкой лечебного учреждения ($r_{x,y}=0,38$), интроверсией в сочетании с низкой эмпатией ($r_{x,y}=-0,42$), высоким уровнем субъективного контроля ($r_{x,y}=0,37$) и негативно коррелирует с тревожным ($r_{x,y}=-0,40$) и сенситивным ($r_{x,y}=-0,39$) типами отношения к болезни.

Выводы. Таким образом, результаты данного исследования позволили определить основные социально-демографические (пол обследованных и стаж работы медицинских специалистов), клинические (длительность заболевания) и психологические факторы, которые влияют на формирование терапевтического альянса между врачом и больными с неврологическими и психическими расстройствами. Также выявлена взаимосвязь между формами терапевтического альянса и наличием симптомов эмоционального выгорания у медицинских специалистов. Среди значимых психологических факторов формирования терапевтического альянса у врачей необходимо отметить особенности коммуникативного стиля, способность к эмпатии, уровень субъективного контроля. Врачи, которые формируют преимущественно партнерский альянс, проявляют широкий диапазон коммуникативных и эмпатийных ресурсов во взаимодействии с пациентами. В отличие от них, медицинские специалисты с преобладанием регламентирующих форм альянса характеризуются стереотипностью коммуникативного стиля.

К наиболее существенным психологическим факторам формирования терапевтического альянса у пациентов относятся: уровень комплайенса, особенно-

сти репрезентации лечебного процесса, характеристики эмпатийного потенциала, уровень субъективного контроля и тип отношения к заболеванию. Таким образом, пациенты, которые формируют преимущественно партнерский альянс, склонны адекватно оценивать свое состояние, выполняют необходимые назначения врача и устанавливают с ним позитивные взаимоотношения. Больные, у которых доминируют регламентирующие формы альянса, стремятся сохранить возможность активной трудовой деятельности и минимизировать свои эмоциональные контакты в лечебном учреждении.

Література:

1. Абрамов В.А. Медико-социальная реабилитация больных с психическими расстройствами: [Руководство для врачей-психиатров и

социальных работников] / В.А. Абрамов, И.В. Жигуліна, Т.Л. Ряполова. - Донецк: Каштан, 2006. - 268 с.

2. Внебольничная помощь и психиатрическая реабилитация при тяжелых психических заболеваниях / под ред. Jaap van Weeghel; [пер. с англ. А.И. Абессоновой] / - К.: Сфера, 2002. - 560 с.

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

4. Карсон Р. Становление диалога между доктором и пациентом [Текст] / Р. Карсон // Вестник Московского университета, Сер. "Философия". - 1998. - №5. - С.34-41.

5. Словарь-справочник по психодиагностике / авт.-состов. Л.Ф. Бурлачук, С.М. Морозов]. - [3-е изд.]. - СПб.: Питер, 2008.- 688 с.

6. Шестопалова Л.Ф. Медико-психологичні проблеми сучасного лікувально-реабілітаційного процесу / Л.Ф. Шестопалова // Український вісник психоневрології. – 2007. – Том 15, вип. 1 (50), додаток. – С.249.

7. Ackerman S.J. A review of therapist characteristics and techniques negatively impacting the therapeutic alliance / S.J. Ackerman, M.J. Hilsenroth // Psychotherapy: theory, research, practice, training. - 2001. - Vol. 38. - P. 171–185.

ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ ТЕРАПЕВТИЧНОГО АЛЬЯНСУ МІЖ ЛІКАРЕМ І ХВОРИМИ НА НЕВРОЛОГІЧНІ ТА ПСИХІЧНІ РОЗЛАДИ

Л.Ф. Шестопалова, В.В. Артиухова

У статті визначається зміст поняття терапевтичного альянсу. Відповідно до виділених діагностичних критеріїв розроблено типологію терапевтичного альянсу та описані його основні форми. На підставі проведеного дослідження 110 хворих на психоневрологічні розлади та анкетування 39 лікарів визначено соціально-демографічні, клінічні та психологічні чинники, що впливають на формування терапевтичного альянсу.

Ключові слова: терапевтичний альянс, психоневрологічні розлади, комплайанс, лікувальний процес, синдром емоційного вигоряння, комунікативна компетентність

SPECIFICS OF THERAPEUTIC ALLIANCE FORMATION BETWEEN A DOCTOR AND PATIENTS WITH PSYCHICAL AND NEUROLOGICAL DISORDER

L.F. Shestopalova, V.V. Artyuhova

In the article maintenance of concept is determined therapeutic alliance. The typology of the therapeutic alliance are developed and the relevant criteria of its diagnostics. It determines social and demographic, clinical and psychological factors of therapeutic alliance formation based on the research of 110 patients with neuropsychiatric disorders and survey among 39 doctors.

Keywords: therapeutic alliance, neuropsychiatric disorders, compliance, remedial process, syndrome of the emotional burning down, communicative competence

УДК 616.85

**О.Г.Сиропятов¹, Н.А. Дзеружинская², Ю.Н.Астапов³, Т.С. Яновский⁴
ФЕНОМЕНОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ПСИХИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ
ПРИ СИНДРОМЕ ХРОНИЧЕСКОЙ УСТАЛОСТИ И НЕВРАСТЕНИИ**

Украинская военно-медицинская академия, г. Киев¹

Украинский НИИ социальной и судебной психиатрии и наркологии, МЗ Украины, г. Киев²

Главный военно-медицинский клинический центр «ГВКГ», г. Киев³

Научно-практический центр наркологии и психосоматической медицины, г. Симферополь⁴

Ключевые слова: синдром хронической усталости (CFS), неврастения, феноменология, диагностика, психо-нейро-иммунология

Синдром хронической усталости (CFS) впервые был описан А. Ллойдом в 1984 г. Характерным его признаком он назвал хроническое утомление, испытываемое больным, которое не исчезает даже после длительного отдыха и со временем приводит к значительному снижению работоспособности, как умственной, так и физической. Синдром хронической усталости, в Европе также называемый миалгическим энцефаломи-

елитом, не является новым заболеванием. С XIX столетия термин неврастения или нервное истощение применялся к признакам болезни, похожей на CFS. В 30-50-х годах о вспышках болезни с характерной продолжительной усталостью было сообщено в США и многих других странах. В начале 1980-х гг. исследования американских учёных позволили подробнее изучить природу синдрома и внести его в список существую-