

*Л. Ф. Шестопалова, д-р психол. наук, проф., зав. відділом медичної психології,
В. А. Кожевнікова, канд. психол. наук, ст. наук. співробітн., О. О. Бородавко,
мол. наук. співробітн. відділу медичної психології
ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України» (м. Харків)*

ТИПОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ РОЛЬОВИХ ПОЗИЦІЙ ЛІКАРІВ В УМОВАХ СУЧАСНОГО ЛІКУВАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ

У статті розглянуто особливості формування рольових позицій медичних спеціалістів під час взаємодії з хворими. Визначено їх основні типи: гіперпротекція, функціональне співробітництво, партнерство, авторитарність. Показаний зв'язок між характером рольових позицій та емоційно-комунікативними особливостями лікарів.

Ключові слова: терапевтичний альянс, соціальна роль, емоційно-комунікативні особливості, реабілітація, лікувальний процес, лікарі

Останнім часом в медичній психології все більшого значення набуває проблема дослідження психологічних чинників лікувально-реабілітаційного процесу, насамперед, терапевтичного альянсу (ТА), що складається між лікарем і пацієнтом. Комплексне вивчення цього питання має велике значення як для організації ефективного процесу лікування та реабілітації хворих, так і для профілактики емоційного вигорання медичних спеціалістів [1, 5, 6, 8—10].

Слід зазначити, що особливу актуальність мають дослідження терапевтичного альянсу в медичних закладах неврологічного та психіатричного профілю. Останнім часом в неврології та психіатрії все більшого значення набуває особистісний підхід до лікування та реабілітації хворих, відзначається зміна характеру взаємин між лікарем та пацієнтом, активно впроваджується принцип партнерства у їх взаємодію [1, 8, 9]. Допомога хворим розглядається не просто як сукупність медичних заходів, 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 проблема організації ефективної медичної та психологічної допомоги хворим, що неможливо без урахування особливостей терапевтичного альянсу, який формується між лікарем і пацієнтом.

У своїх дослідженнях ми розглядали терапевтичний альянс як складну динамічну систему взаємовідносин та взаємодій між лікарем і пацієнтом, що формується, розвивається та функціонує в ході лікувального процесу та впливає на ефективність лікувально-реабілітаційних заходів [10]. Виходячи з подібного розуміння ТА, необхідним є визначення його основних структурних елементів. Дослідження в рамках соціальної психології показали, що будь-які міжособистісні взаємини формуються всередині певних суспільних відносин, тобто взаємин індивідів як представників окремих соціальних груп, що реалізують певні соціальні ролі [2]. Під соціальною роллю розуміють нормативно схвалений зразок поведінки, що очікується від кожного, хто займає дану позицію [7]. Соціальні ролі тісно пов'язані з певним видом соціальної діяльності особистості та несуть на собі відбиток суспільної оцінки. Конкретна реалізація будь-яких соціальних ролей завжди має особистісне забарвлення — так званий «стиль виконання ролі». Саме це є основою

для встановлення міжособистісних взаємин в системі загальних суспільних відносин [2].

Виходячи з вищезазначеного, соціальну роль «лікар» можна визначити як нормативно схвалений зразок поведінки людини, що реалізує відповідний вид професійної діяльності (професійну діяльність лікаря). Соціальна роль «пацієнт», відповідно, є нормативно схваленим зразком поведінки людини, яка реалізує соціальну діяльність, спрямовану на вирішення проблем зі здоров'ям та звертається у зв'язку з цим до медичних закладів. На нашу думку, слід розмежувати поняття «пацієнт» та «хворий», які є дуже близькими, проте не тотожні між собою. Поняття «хворий» більшою мірою має «індивідуальне» значення, відображає певний рівень стану здоров'я людини. Поняття «пацієнт» відповідає специфічному виду соціальної діяльності хворої людини, відображає її становище в системі мікро-суспільних відносин, зокрема у взаєминах з медичними працівниками. Характер реалізації соціальних ролей «лікар» та «пацієнт» в кожному конкретному випадку значною мірою зумовлений індивідуальними особливостями учасників взаємодії. Це дозволяє говорити про «індивідуальні стилі виконання ролі», так звані рольові позиції. Можна сказати, що основними змістовними компонентами терапевтичного альянсу є рольові позиції лікаря (РПЛ) і пацієнта (РПП), тобто їх індивідуальний стиль реалізації соціальної ролі. Таким чином, детальне вивчення особливостей рольових позицій лікаря та пацієнта в ході їх взаємодії може суттєво поглибити уявлення щодо формування та функціонування терапевтичного альянсу в цілому.

Метою даної роботи було дослідження типологічних особливостей рольових позицій медичних спеціалістів в процесі взаємодії з пацієнтами та визначення психологічних чинників, що сприяють їх формуванню.

У дослідженні взяли участь 30 лікарів: 14 (46,66 %) неврологів та 16 (53,34 %) психіатрів. Серед них 13 (43,34 %) чоловіків та 17 (56,76 %) жінок. Вік обстежуваних становив: 30—50 років — 19 (63,34 %) лікарів, старших за 50 років — 11 (36,76 %) лікарів. Стаж роботи 5—10 років мали 7 (23,33 %) осіб, більше 10 років — 23 (76,67 %) лікарів.

Психодіагностичний метод був реалізований за допомогою таких методик: опитувальник для визначення копінг-стратегій (адаптація методики «WCQ» — Т. Л. Крюкова, Є. В. Куфтяк, 2007), методика «Емоційний інтелект» (Д. В. Люсін, 2009), методика «Діагностика рівня емпатійних здібностей» (В. В. Бойко, 1996), «Спрямованість особистості у спілкуванні» (С. Л. Братченко, 1997), «Методика діагностики відносин лікаря та пацієнта (варіант для лікарів)» (свідоцтво про реєстрацію авторського права на твір № 41504 від 23.12.2011 / Л. Ф. Шестопалова, О. О. Бородавко, 2011), «Методика оцінки довіри/недовіри в системі відносин «лікар — пацієнт» (варіант для лікарів)» (свідоцтво про реєстрацію авторського права на твір № 41506 від 23.12.2011 / Л. Ф. Шестопалова,

В. А. Кожевнікова, О. О. Бородавко, 2011). Статистичне оброблення даних здійснювали за допомогою методу встановлення вірогідності відмінностей за критеріями U-Манна — Уїтні, λ -Колмогорова — Смірнова (для визначення відмінностей в розподілі ознак) та факторного аналізу методом головних компонент. Обчислювання отриманих даних проводилось за допомогою статистичного пакету SPSS 17.0 for Windows.

Грунтуючись на аналізі літературних джерел, ми припустили, що основними психологічними чинниками, що сприяють формуванню рольових позицій медичних спеціалістів є особливості їх емоційно-комунікативних характеристик: емоційного інтелекту та емпатійного потенціалу, комунікативних настанов, копінг-стратегій.

Результати комплексного дослідження емоційно-комунікативних особливостей лікарів показали, що домінуючими копінг-стратегіями у них є «Самоконтроль» ($62,45 \pm 13,99$), «Планування вирішення проблеми» ($66,63 \pm 20,35$), «Пошук соціальної підтримки» ($59,13 \pm 21,34$), «Прийняття відповідальності» ($55,36 \pm 23,10$) та «Позитивна переоцінка» ($53,22 \pm 16,20$). Найменше проявляється стратегія «Втеча — уникання» ($41,63 \pm 16,48$). Тобто, у медичних спеціалістів в цілому переважають конструктивні копінг-стратегії.

В структурі емпатії у лікарів найбільш виражені такі параметри, як «Ідентифікація в емпатії» ($3,27 \pm 1,45$) та «Здатність створювати атмосферу відвертості» ($3,09 \pm 1,19$). Найменший показник було діагностовано за шкалою «Раціональний канал емпатії» ($2,00 \pm 1,02$). Також вони добре розуміють як власні емоції (внутрішньо-особистісний емоційний інтелект ($5,52 \pm 1,70$)), так і переживання оточуючих (міжособистісний емоційний інтелект ($4,91 \pm 2,27$)). Таким чином, при спілкуванні з хворими лікарі схильні проявляти співчуття, емоційну чуйність, створювати атмосферу відвертості.

Домінуючими комунікативними стратегіями у медичних спеціалістів є альтероцентристська ($27,27 \pm 15,63$) та індиферентна ($22,72 \pm 10,66$). Менш за все у них відзначається діалогічна ($3,63 \pm 7,26$) спрямованість у спілкуванні з хворими. Даний результат відображає особливості професійних настанов медичних спеціалістів. Також у лікарів відзначаються високий рівень готовності до співробітництва з пацієнтами ($76,20 \pm 7,57$), емпатійності при спілкуванні з ними ($68,75 \pm 12,09$) та власної відповідальності за результат лікування ($64,30 \pm 11,07$). Менш за все вони спрямовані на встановлення суто формальних взаємин з пацієнтами ($26,00 \pm 14,73$). Довірчі взаємини з хворими лікарі схильні формувати, перш за все, на підставі оцінки комплаєнтності пацієнтів ($31,95 \pm 21,08$), єдності у поглядах з ними ($32,25 \pm 22,96$) та позитивного емоційного ставлення, приязні до них ($28,50 \pm 23,23$). Це значною мірою може бути пов'язано з особливостями репрезентації образу пацієнта у медичних спеціалістів та характеру їхніх професійних настанов.

Для визначення структури взаємин «лікар — хворий» та дослідження форм рольових позицій медичних спеціалістів проводили факторний аналіз методом головних компонент (з поверненням Varimax та нормалізацією за Кайзером). Визначали взаємозв'язок між такими параметрами, як копінг-стратегії лікарів, особливості їх емоційного інтелекту, емпатійних здібностей, комунікативних стратегій при взаємодії з хворими та довірчих відносин з ними. В результаті факторного аналізу було виділено такі 7 факторів, які в сумі пояснюють 77,74 % дисперсії.

Фактор 1 «Гіперпротекція», найбільш вагомий в даній групі (15,38 % поясненої дисперсії) має два протилежні

полюси. До одного з полюсів фактора належать такі параметри, як копінг «Прийняття відповідальності» (0,58), емпатійні здібності («Емоційний канал емпатії» (0,77), «Інтуїтивний канал емпатії» (0,44), «Ідентифікація в емпатії» (0,50), «Здатність створювати атмосферу відвертості» (0,41), загальний рівень емпатії (0,42)); альтероцентристська спрямованість у спілкуванні з пацієнтами (0,60); довіра до пацієнта на підставі оцінки його комплаєнтності (0,45); емпатійність (0,61) та власна відповідальність лікаря (0,54) при взаємодії з хворим. Протилежний полюс фактора складають такі параметри: маніпулятивна спрямованість у спілкуванні з хворими (-0,59), схильність до встановлення формальних взаємин з пацієнтами (-0,56) та відповідальність пацієнта (-0,47). Тобто, даний фактор описує емоційно забарвлені, емпатійні взаємини лікаря з хворим, коли медичний спеціаліст проявляє емоційну чуйність, піклування до пацієнта, а відповідальність за результат лікування покладає виключно на себе. Подібні взаємини можна назвати опікою, гіперпротекцією з боку лікаря. Психологічними чинниками, які сприяють формуванню даної форми рольової позиції медичного спеціаліста, є поєднання високого рівня емпатії лікарів, їх альтероцентричності та відповідальності як в професійній діяльності, так і у життєвих ситуаціях в цілому.

Фактор 2 «Діалогічні відносини, партнерство» (11,95 % поясненої дисперсії) є біполярним. Один з його полюсів складають копінг-стратегії «Самоконтроль» (0,58), «Прийняття відповідальності» (0,56), «Планування вирішення проблеми» (0,52), «Позитивна переоцінка» (0,77); внутрішньоособистісний емоційний інтелект (0,43), «Ідентифікація в емпатії» (0,43), діалогічна спрямованість у спілкуванні з пацієнтами (0,77), «Готовність до співробітництва з пацієнтами» (0,41), «Конгруентність» (0,41), «Відповідальність лікаря» (0,42), «Відповідальність пацієнта» (0,49). До протилежного полюсу входять такі показники, як схильність лікарів формувати довірчі взаємини з хворими на підставі оцінки їх «недоліків» (-0,52) та спрямованість на встановлення формальних взаємин з ними (-0,42). Можна сказати, що цей фактор відображає партнерські взаємини лікаря і хворого в процесі лікування. Формуванню даної позиції медичного спеціаліста сприяє широкий діапазон конструктивних, проблемно орієнтованих копінг-стратегій, здатність до позитивної переоцінки власного досвіду, оптимістичність; гнучкість комунікативного стилю та схильність розділяти власну відповідальність та відповідальність хворих в процесі лікування, розвиненість емоційного інтелекту та емпатійних здібностей. Слід зазначити, що серед компонентів даного фактора спостерігається так звана «конгруентна емпатія» [3], яка характеризується здатністю співчувати переживанням інших у поєднанні з конгруентністю в ході спілкування.

Фактор 3 «Функціональне співробітництво» (11,84 % поясненої дисперсії) є біполярним. Один з полюсів фактора включає копінг-стратегії «Самоконтроль» (0,44) і «Прийняття відповідальності» (0,44); «Раціональний канал емпатії» (0,50), «Індиферентна спрямованість у спілкуванні з пацієнтами» (0,58), схильність встановлювати довірчі взаємини з хворими на підставі оцінки їх комплаєнтності (0,59), готовність до співробітництва з пацієнтом (0,49). Протилежний полюс складає авторитарна спрямованість у спілкуванні з пацієнтами (-0,40). Цей фактор описує своєрідні «функціонально-технократичні», емоційно не забарвлені взаємини лікаря та пацієнта, спрямованість лікарів на вирішення, передусім, конкретних «ділових» питань, що виникають

в процесі лікування. Формуванню даної позиції лікаря сприяє високий рівень відповідальності, здатність до самоконтролю, раціональна, ділова спрямованість у комунікації.

Фактор 4 «Авторитарність» (10,72 % поясненої дисперсії) має два полюси. Один з полюсів фактора складають копінги «Конфронтація» (0,77), «Прийняття відповідальності» (0,46), «Планування вирішення проблеми» (0,41); а також авторитарна спрямованість у спілкуванні з пацієнтами (0,46); схильність встановлювати довірчі взаємини з хворими на підставі оцінки передбачуваності їх поведінки (0,61); власна відповідальність лікаря (0,41). Протилежний полюс включає такий параметр, як оцінка рівня відповідальності пацієнта (-0,42). Цей фактор описує активну, авторитарну позицію лікаря в процесі взаємодії з хворими. Можна сказати, що встановленню даної позиції сприяє висока відповідальність лікарів у поєднанні зі схильністю до домінування і контролю в міжособистісних взаєминах.

Фактор 5 «Емоційний інтелект, конгруентність» (10,55 % поясненої дисперсії) є біполярним. Один з його полюсів включає копінг-стратегії «Дистанціювання» (0,83) та «Втеча — уникання» (0,48). Протилежний полюс фактора складають такі параметри: копінг «Пошук соціальної підтримки» (-0,55); «Міжособистісний емоційний інтелект» (-0,45), «Внутрішньоособистісний емоційний інтелект» (-0,87), «Розуміння емоцій» (-0,45), «Регулювання емоцій» (-0,90) та «Конгруентність при спілкуванні з пацієнтом» (-0,46). Більшість параметрів цього фактора є компонентами емоційного інтелекту. Можна припустити, що розвиток здібностей розуміти власні переживання та емоції оточуючих сприяє зменшенню проявів деструктивних копінг-механізмів у лікарів та формуванню більш продуктивних взаємин з пацієнтами.

Фактор 6 «Емпатійні здібності» (8,86 % поясненої дисперсії) є уніполярним. До його складу входять такі параметри, як «Міжособистісний емоційний інтелект» (0,79), «Розуміння емоцій» (0,82), «Інтуїтивний канал емпатії» (0,77), «Установки, що сприяють або перешкоджають емпатії» (0,52), «Здатність створювати атмосферу відвертості» (0,65), «Ідентифікація в емпатії» (0,61), «Сумарний показник емпатії» (0,74). Дані показники відображають здатність людини розуміти емоції, переживання інших та емпатійні здібності в цілому. Виокремлення цього фактора вказує на значну роль емпатійних здібностей лікарів в процесі спілкування та взаємодії з хворими.

Фактор 7 «Довіра, відкритість» (8,44 % поясненої дисперсії) має два полюси. До одного полюсу належать параметри довіри/недовіри до пацієнта («Передбачуваність поведінки пацієнтів» (0,61), «Уявлення щодо комплаєнтності пацієнтів» (0,45), «Приязнь до пацієнтів» (0,75)), а також «Відкритість при спілкуванні з пацієнтом» (0,62). Протилежний полюс включає параметр «Формальність у взаєминах з пацієнтом» (-0,53). Цей фактор характеризує ставлення відкритості, довіри до хворого з боку лікаря. Виявлення даного фактора свідчить про значущість відкритості медичного спеціаліста та довіри до пацієнта в процесі взаємодії з ним.

Грунтуючись на результатах проведених досліджень та даних факторного аналізу, можна визначити такі форми рольових позицій лікарів при взаємодії з пацієнтами, як «Гіперпротекція», «Партнерство», «Функціональне співробітництво» та «Авторитарність».

«Гіперпротекція» характеризується високим рівнем емпатії та альтероцентричності медичного спеціаліста

при спілкуванні з хворим, домінуючою позицією лікаря, його схильністю до протиставлення власної відповідальності та відповідальності пацієнта. «Партнерство» передбачає прояв «конгруентної емпатії» лікаря при взаємодії з хворими, спрямованість на співробітництво з пацієнтами в ході лікування, діалогічність при спілкуванні з ним, здатність створювати довірчі взаємини та розділяти власну відповідальність за результат лікування і відповідальність пацієнта. «Функціональне співробітництво» характеризується нейтральністю емоційного фону взаємин лікаря і пацієнта, схильністю лікаря до формування «функціонально-технократичних», «ділових» відносин з хворими, високим рівнем власної відповідальності медичного спеціаліста за результати лікування. «Авторитарність» передбачає нейтральне емоційне ставлення до хворих, домінуючу позицію лікаря при спілкуванні з ними, схильність медичного спеціаліста до протиставлення власної відповідальності та відповідальності хворого.

Для дослідження представленості даних форм рольових позицій лікарів було визначено оцінки відповідних факторів для кожного респондента та виявлено групи медичних спеціалістів, які мають найбільш високі показники за тим чи іншим фактором (високими вважались оцінки, що перевищували середній показник плюс 1/2 стандартного відхилення від нього). У разі, коли високі оцінки спостерігались за декількома факторами, діагностувалась змішана форма РПЛ.

Результати дослідження показали, що домінуючими формами рольових позицій медичних спеціалістів є «Гіперпротекція» (30,00 %) та «Функціональне співробітництво» (23,34 %). Тобто, лікарі здебільшого встановлюють емпатійні, альтероцентричні або емоційно нейтральні, «функціонально-технократичні», «ділові» взаємини з пацієнтами. Рідше за все у них відзначається «Партнерство» (16,66 %), «Авторитарність» (16,66 %) при взаємодії з хворими та змішана форма РПЛ (13,34 %). При цьому у неврологів домінують риси таких форм РПЛ, як функціональне співробітництво (12,75 ± 5,09) і гіперпротекція (11,50 ± 5,75). Для психіатрів більшою мірою характерна авторитарність (12,01 ± 6,52) та гіперпротекція (11,09 ± 5,53) при взаємодії з пацієнтами. Порівнюючи результати лікарів в залежності від спеціальності, можна сказати, що у неврологів більше, ніж у психіатрів, виражені риси функціонального співробітництва при спілкуванні з хворими (12,75 ± 5,09 та 7,72 ± 5,88 відповідно, $p < 0,05$). У психіатрів, на відміну від неврологів, частіше спостерігається авторитарна позиція в ході взаємодії з пацієнтами (7,32 ± 4,10 та 12,01 ± 6,52 відповідно, $p < 0,05$). Даний результат відображає специфіку професійних настанов лікарів різних спеціальностей, що значною мірою пов'язані з особливостями захворювання тих пацієнтів з якими вони працюють.

Таким чином, основними змістовними компонентами терапевтичного альянсу є рольові позиції лікаря та пацієнта, що становлять індивідуальний стиль реалізації їх соціальних ролей. Домінуючими формами рольових позицій медичних спеціалістів є «Гіперпротекція» (30,00 %) та «Функціональне співробітництво» (23,34 %). У неврологів, порівняно з психіатрами, більше виражені риси функціонального співробітництва при взаємодії з хворими. Психіатри більше, ніж неврологи, проявляють авторитарну позицію в ході спілкування з пацієнтами. Подібний результат відображає специфіку професійних настанов лікарів різних спеціальностей, що значною

мірою пов'язані з особливостями захворювання тих пацієнтів з якими працюють медичні спеціалісти.

Досліджено емоційно-комунікативні особливості лікарів, значущі для встановлення тієї чи іншої рольової позиції при взаємодії з хворими. Формуванню партнерської позиції медичного спеціаліста сприяють такі характеристики, як широкий діапазон конструктивних копінг-стратегій, розвиненість емоційного інтелекту та емпатійних здібностей, гнучкість комунікативного стилю, діалогічна спрямованість у спілкуванні з пацієнтами. Встановленню функціонального співробітництва з хворим сприяє індіферентна комунікативна стратегія медичних спеціалістів. Формуванню гіперпротекції лікарів у відносинах з пацієнтом сприяє схильність до прояву надмірної емпатії. Маніпулятивна та авторитарна спрямованість у спілкуванні з хворими ускладнює встановлення партнерської позиції лікарів, функціонального співробітництва та гіперпротекції при взаємодії з хворими. Формуванню авторитарного ставлення лікаря до пацієнта сприяє ригідність комунікативного стилю, схильність до домінування у міжособистісних взаєминах. Діалогічна спрямованість у спілкуванні з хворими ускладнює встановлення подібної рольової позиції медичних спеціалістів.

Список літератури

1. 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. Гиппенрейтер, Ю. Б. Феномен конгруэнтной эмпатии / Ю. Б. Гиппенрейтер, Т. Д. Карягина, Е. Н. Козлова // Вопросы психологии. — 1993. — № 4. — С. 61—68.
4. Данилов, Д. С. Современные методы оптимизации сотрудничества врача и больного при лечении шизофрении / Д. С. Данилов // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 2008. — Т. 108, № 4. — С. 99—104.
5. Кабанов, М. М. Проблема реабилитации психически больных и качество их жизни / М. М. Кабанов // Социальная и клиническая психиатрия. — 2001. — № 1. — С. 22—27.
6. Клиническая психология : учебник / под ред. Б. Д. Карварского. — СПб.: Питер, 2002. — 960 с.
7. Кон, И. С. Социология личности / И. С. Кон. — М.: Политиздат, 1967. — 383 с.

8. Литвиненко, В. І. Партнерські відносини — показник професійної майстерності психіатра / В. І., Литвиненко // История Сабуровой дачи. Успехи психиатрии, неврологии, нейрохирургии и наркологии: 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.

9. Шестопалова, Л. Ф. Медико-психологічні проблеми сучасного лікувально-реабілітаційного процесу / Л. Ф. Шестопалова // Український вісник психоневрології. — 2007. — Т. 15, вип. 1 (50), додаток. — С. 249.

10. 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.

Надійшла до редакції 19.01.2012 р.

Л. Ф. Шестопалова, В. А. Кожевникова, О. А. Бородавко
 ГУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології
 НАМН України» (г. Харків)

Типологические особенности ролевых позиций врачей в условиях современного лечебного процесса

В статье рассмотрены особенности формирования ролевых позиций медицинских специалистов при взаимодействии с больными. Определены их основные типы: гиперпротекция, функциональное сотрудничество, партнерство, авторитарность. Показана связь между характером ролевых позиций и эмоционально-коммуникативными особенностями врачей.

Ключевые слова: терапевтический альянс, социальная роль, эмоционально-коммуникативные особенности, реабилитация, лечебный процесс, врачи.

L. Shestopalova, V. Kozhevnikova, O. Borodavko
 State institution "Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology
 of the NAMS of Ukraine" (Kharkiv)

Typological peculiarities of role positions of doctors in the conditions of modern medical process

The article considers peculiarities of role positions of medical specialists interacting with patients. Identified their main types: hyperprotection, functional cooperation, partnership, authoritarianism. Shows the relationship between the nature of role positions and emotionally communicative features of the doctors.

Key words: therapeutic alliance, social role, emotional and communication features, rehabilitation, healing process, doctors.