

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

ОСОБЛИВОСТІ ТЕРАПЕВТИЧНОГО АЛЬЯНСУ У ХВОРИХ НА ПСИХІЧНІ ТА НЕВРОЛОГІЧНІ РОЗЛАДИ

Було проведено дослідження особливостей терапевтичного альянсу у пацієнтів з основними психічними і неврологічними розладами. Показано, що для хворих з неврологічними розладами характерна більш висока включеність в процес спілкування та взаємодії з лікарем і мотивація до лікування, ніж для пацієнтів з психічними розладами.

Ключові слова: терапевтичний альянс, медичний заклад психоневрологічного профілю, реабілітація, лікувальний процес, пацієнти.

В сучасній медичній науці спостерігається трансформація системи відносин між лікарем та пацієнтом, впроваджується принцип партнерства у їх взаємодію, вказується на необхідність залучення хворих до участі у лікувальному процесі та реалізацію психоосвітніх програм з метою усвідомлення пацієнтом відповідальності за своє здоров'я [1—5, 8—10]. В цьому контексті досить гостро постає необхідність дослідження особливостей формування ефективного терапевтичного альянсу (ТА), що складається між лікарем та хворим в процесі лікування.

Вважається, що термін «терапевтичний альянс» впровадила у 1956 році психотерапевт психоаналітичного напрямку Е. Зетцель [14]. З цього моменту дане поняття поширилось і зайняло значне місце в обговоренні теорії та практики психотерапевтичного процесу психоаналітичного напрямку [3].

На початку 80-х років концепція терапевтичного альянсу виходить за рамки психоаналізу і розглядається в інших напрямках психотерапевтичної та психореабілітаційної роботи, де вона набуває іншого змісту. Так, у сімейній психотерапії Е. Бордин під терапевтичним альянсом розуміє систему взаємодії та взаємодовіри лікаря і пацієнта, що підвищує ефективність процесу терапії [12].

В інших напрямках психотерапії термін «терапевтичний альянс» не використовувався, але більшість лікарів та психотерапевтів визнавали важливою складовою терапевтичного процесу позитивні взаємовідносини з пацієнтами [3]. Засновник клієнт-центрованого підходу у психотерапії К. Роджерс визначає такі основні умови терапевтичних відносин, які сприяють позитивним особистісним змінам пацієнта, а саме емпатія, позитивне ставлення, конгруентність терапевта [7]. Таким чином, в рамках гуманістичної психотерапії особлива увага приділяється процесу комунікації терапевта з пацієнтом.

На сьогодні, незважаючи на труднощі чіткого визначення поняття «терапевтичний альянс», науковцями признається існування цього феномену як особливої системи взаємовідносин, що створюється і розвивається психотерапевтом і клієнтом для забезпечення позитивного результату психотерапевтичної роботи. [3, 7, 13].

Слід зазначити, що особливу актуальність мають дослідження терапевтичного альянсу в психоневрологічній

клініці. Останнім часом все частіше підкреслюється роль особистісного підходу в психіатрії, необхідність формування партнерських взаємовідносин між лікарем та пацієнтом в процесі лікування і реабілітації. У подібній ситуації особливого значення набуває проблема організації ефективної медичної та психологічної допомоги хворим, що, в свою чергу, неможливо без оптимізації терапевтичного альянсу, який складається між лікарем і пацієнтом.

Метою даного дослідження було вивчення особливостей терапевтичного альянсу за оцінками хворих на основні неврологічні та психічні розлади.

Дослідження проводилося на базі ДУ «ІНПН АМНУ». Було обстежено 44 хворих на основні неврологічні та психічні розлади (20 жінок та 24 чоловіки), віком від 20 до 55 років. З них 20 хворих на психічні розлади, які за МКХ-10 мали діагноз «Шизофренія» (F 20) — 15 осіб (75,0 %), «Рекурентний депресивний розлад легкого ступеня» (F 33.1) — 2 особи (20,0 %), «Рекурентний депресивний розлад помірного ступеня» (F 33.2) — 1 особа (5,0 %). Також було обстежено 24 хворих на неврологічні розлади, а саме з діагнозом «Вегето-судинна дистонія» (G 90.8) — 8 осіб (33,3 %), «Гіпертонічна хвороба (ГХ) I ступеня. Дисциркуляторна енцефалопатія (ДЕ) I стадії» (I 67.4) — 10 осіб (41,6%), «Гіпертонічна хвороба (ГХ) I—II ступеня. Дисциркуляторна енцефалопатія II стадії» (I 67.4) — 6 осіб (25,0 %).

Методи дослідження. Психодіагностичний метод був реалізований за допомогою таких методик: «Дослідження компонентів терапевтичного альянсу», що дозволяє оцінити складові терапевтичного альянсу — поведінкову, мотиваційну та емоційну; модифікований варіант методики «Незакінчені речення» для дослідження особливостей взаємин лікаря та пацієнта в лікувальному процесі [11].

Статистичне оброблення даних здійснювали за допомогою методу встановлення вірогідності відмінностей за критерієм U-Манна — Уїтні та критерієм ф-Фішера, кореляційного аналізу (коефіцієнт кореляції r-Спірмена).

На нашу думку терапевтичний альянс — це складна динамічна система взаємовідносин та взаємодій між лікарем і пацієнтом, що формується, розвивається та функціонує в ході лікувального процесу та впливає на ефективність лікувально-реабілітаційних заходів. Виявлено основні компоненти терапевтичного альянсу, а саме — поведінковий, мотиваційний та емоційний. Поведінкова складова ТА відображає рівень поведінкової активності в процесі спілкування та взаємодії хворого і лікаря. Мотиваційна складова характеризує настанови та мотиваційну спрямованість пацієнта і лікаря в рамках терапевтичного альянсу. Емоційна складова ТА відображає емоційні реакції та переживання, які виникають в процесі спілкування та взаємодії лікаря і хворого.

Результати дослідження складових терапевтичного альянсу за оцінками хворих на психічні (ПР) та неврологічні (НР) розлади наведені в таблицях 1, 2 та 3.

Таблиця 1

Результати дослідження складових терапевтичного альянсу за оцінками хворих на психічні та неврологічні розлади (в балах)

| Складова ТА | Хворі, n = 44 | |
|-------------|-----------------------|-----------------------|
| | хворі на НР n = 24 | хворі на ПР n = 20 |
| Поведінкова | 61,76 ± 21,84 | 42,00 ± 18,36* |
| Мотиваційна | 63,00 ± 12,04 | 54,66 ± 20,28 |
| Емоційна | 63,61 ± 13,85 | 56,33 ± 11,86 |

Примітка. * — достовірність відмінностей за критерієм U-Манна — Уїтні $p < 0,05$ між групами хворих

Аналіз результатів дослідження показав, що рівень включеності у взаємодію з лікарем в лікувально-реабілітаційному процесі у хворих на неврологічні розлади в цілому більший у порівнянні з пацієнтами з ПР. В структурі ТА у хворих на ПР поведінкова складова є достовірно менш вираженою на відміну від пацієнтів з НР (42,00 ± 18,35 та 61,76 ± 21,84 відповідно, $p < 0,05$), тобто в стосунках з лікарем хворі на ПР більшою мірою проявляють пасивність, очікуючи активної поведінки і допомоги від лікаря. Настанови на активну поведінку в ході лікувального процесу, мотивація до лікування

також дещо переважають у хворих на НР. Показники емоційної складової ТА свідчать, що в стосунках з лікарями всі пацієнти проявляють як позитивні, так і негативні емоційні реакції.

В даній групі хворих відзначається позитивна кореляція між емоційною та поведінковою складовою ТА ($r_s = 0,66, p < 0,01$), тобто чим більш емоційно позитивними є стосунки з лікарем, тим активніше в процесі лікування поведуть себе пацієнти.

За результатами, що наведені в таблиці 2, в структурі ТА у хворих на НР та ПР відзначаються певні особливості в залежності від гендерного чинника. У чоловіків з НР, на відміну від жінок, дещо менше виражена поведінкова (40,83 ± 15,66 та 59,85 ± 13,90 відповідно) та емоційна (50,83 ± 13,58 та 66,85 ± 26,15) компоненти ТА. Тобто для чоловіків характерна більш пасивна позиція в ході лікувального процесу та емоційна стриманість при спілкуванні та взаємодії з лікарем, ніж для жінок.

У чоловіків з ПР, порівняно з жінками, значно менше виражені емоційна (36,60 ± 9,44 та 58,25 ± 9,89 відповідно, $p < 0,05$) та мотиваційна (50,60 ± 13,10 та 60,25 ± 10,67) складові ТА. Чоловіки менш зосереджені на своїх переживаннях при спілкуванні з лікарем, в них менше виражені настанови на активну поведінку в цілому в ході лікувального процесу, порівняно з жінками.

Таблиця 2

Результати дослідження складових терапевтичного альянсу за оцінками хворих на психічні та неврологічні розлади з урахуванням гендерного чинника (в балах)

| Складова ТА | Хворі, n = 44 | | | |
|-------------|---------------------|------------------|---------------------|------------------|
| | хворі на НР, n = 24 | | хворі на ПР, n = 20 | |
| | жінки, n = 13 | чоловіки, n = 11 | жінки, n = 7 | чоловіки, n = 13 |
| Поведінкова | 59,85 ± 13,90 | 40,83 ± 15,66 | 53,75 ± 12,55 | 51,20 ± 22,64 |
| Мотиваційна | 66,00 ± 14,69 | 66,66 ± 9,28 | 60,25 ± 10,67 | 50,60 ± 13,10 |
| Емоційна | 66,85 ± 26,15 | 50,83 ± 13,58 | 58,25 ± 9,89 | 36,60 ± 9,44* |

Примітка: * — достовірність відмінностей за критерієм U-Манна — Уїтні, $p < 0,05$ між групами жінок і чоловіків, хворих на ПР

Таблиця 3

Результати дослідження складових терапевтичного альянсу за оцінками хворих на психічні та неврологічні розлади різних вікових категорій (в балах)

| Складова ТА | Хворі, n = 44 | | | |
|-------------|------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|
| | хворі на НР, n = 24 | | хворі на ПР, n = 20 | |
| | хворі віком 20—35 років, n = 16 | хворі віком 40—55 років, n = 8 | хворі віком 20—35 років, n = 15 | хворі віком 40—55 років, n = 5 |
| Поведінкова | 60,77 ± 13,89 | 68,00 ± 4,24 | 58,60 ± 12,40 | 41,33 ± 17,50 |
| Мотиваційна | 65,55 ± 9,90 | 59,25 ± 21,68 | 59,80 ± 9,25 | 49,00 ± 13,85 |
| Емоційна | 68,77 ± 21,02 | 43,25 ± 19,43* | 58,40 ± 16,62 | 36,33 ± 12,88! |

Примітка. * — достовірність відмінностей за критерієм U-Манна — Уїтні, $p < 0,05$ між групами хворих на НР різних вікових категорій; ! — достовірність відмінностей за критерієм U-Манна — Уїтні, $p < 0,05$ між групами хворих на ПР різних вікових категорій

За результатами, наведеними в таблиці 3, у хворих на НР та ПР відмічаються особливості структури ТА в залежності від віку. При неврологічних розладах у пацієнтів старшого віку емоційний компонент ТА значно менше виражений, ніж у молодших хворих (43,25 ± 19,43 та 68,77 ± 21,02 відповідно, $p < 0,05$), тобто вони сприймають процес спілкування з лікарем більш емоційно нейтрально, проявляють більшу емоційну стриманість в ході взаємодії з лікарем.

При психічних розладах у хворих молодого віку показники за всіма компонентами ТА дещо вищі, ніж у старших пацієнтів (поведінкова складова — 58,60 ± 12,40 та

41,33 ± 17,50, мотиваційна складова — 59,80 ± 9,25 та 49,00 ± 13,85, емоційна складова — 58,40 ± 16,62 та 36,33 ± 12,88 відповідно). Можна сказати, що у молодших хворих рівень включеності у взаємодію з лікарем в цілому вищий. Проте, достовірні відмінності спостерігаються лише за показниками емоційної складової ТА (58,40 ± 16,62 — у хворих молодого віку, 36,33 ± 12,88 — у пацієнтів зрілого віку, $p < 0,05$).

Результати дослідження суб'єктивного ставлення до лікаря у хворих на неврологічні та психічні розлади за допомогою модифікованого варіанту методики «Незакінчені речення» наведено в таблиці 4.

Таблиця 4

Результати дослідження суб'єктивного ставлення до лікаря у хворих на неврологічні та психічні розлади

| Оцінка лікаря | Хворі, n = 44 | | | | | |
|---------------------|------------------------|------|---------------------|------|---------------------|-------|
| | загальна група, n = 44 | | хворі на НР, n = 24 | | хворі на ПР, n = 20 | |
| | абс. | % | абс. | % | абс. | % |
| Емоційно позитивна | 20 | 45,5 | 16 | 66,6 | 4 | 20,0* |
| Емоційно негативна | 6 | 13,6 | 2 | 8,4 | 4 | 20,0* |
| Емоційно нейтральна | 18 | 40,9 | 6 | 25,0 | 12 | 60,0* |

Примітка: * — достовірність відмінностей за критерієм ф-Фішера $p < 0,05$ між групами хворих на НР та ПР

За даними, що наведені в таблиці 4, хворі на НР та ПР здебільшого емоційно позитивно ставляться до свого лікаря (позитивна оцінка присутня у твердженнях 45,5 % пацієнтів). У 40,9 % пацієнтів відзначалась емоційно нейтральна оцінка.

У пацієнтів з НР, порівняно з хворими на ПР, переважає емоційно позитивне ставлення до свого лікаря (66,6 % та 20,0 % відповідно). Емоційно нейтральна оцінка лікаря хворими значно частіше спостерігається при психічних розладах, ніж при неврологічних (60,0% та 25,0% відповідно ($p < 0,05$)). Даний результат може вказувати на більш стереотипне, формальне сприйняття образу лікаря хворими на ПР.

Таким чином, відзначаються такі особливості терапевтичного альянсу при психічних та неврологічних розладах. Для пацієнтів з НР характерна більш висока включеність у взаємодію з лікарем в цілому, ніж для хворих на ПР. В структурі ТА у пацієнтів з ПР достовірно менше представлено настанови на активну поведінку в ході лікувального процесу та мотивація до лікування. Відмічаються особливості ТА при психічних та неврологічних розладах в залежності від вікових та гендерних характеристик. Пацієнти старшої вікової категорії сприймають процес спілкування з лікарем більш емоційно нейтрально, проявляють більшу емоційну стриманість в ході взаємодії з лікарем, порівняно з молодими хворими. Чоловіки менше зосереджені на переживаннях відносно процесу спілкування з лікарем, більш емоційно стримані та проявляють пасивнішу позицію в ході взаємодії з лікарем, ніж жінки. В цілому у пацієнтів з НР переважає емоційно позитивна оцінка лікаря як особистості та професіонала, а у хворих на ПР — нейтральна.

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

Особенности терапевтического альянса у больных с психическими и неврологическими расстройствами

Было проведено исследование особенностей терапевтического альянса у пациентов с основными психическими и неврологическими расстройствами. Показано, что для больных с неврологическими расстройствами характерна более высокая включенность в процесс общения и взаимодействия с лечащим врачом и мотивация к лечению, чем для пациентов с психическими расстройствами.

Ключевые слова: терапевтический альянс, медицинское учреждение психоневрологического профиля, реабилитация, лечебный процесс, пациенты.

Список літератури

1. Абрамов, В. А. Медико-социальная реабилитация больных с психическими расстройствами: [Руководство для врачей-психиатров и социальных работников] / В. А. Абрамов, И. В. Жигулина, Т. Л. Ряполова. — Донецк: Каштан, 2006. — 268 с.
2. Ефименко, С. А. Концептуальные подходы к изучению понятия «пациент» и роли пациента / С. А. Ефименко [Текст] // Социология медицины. — 2007. — № 2. — С. 10—17.
3. Клиническая психология: [учебник] / под ред. Б. Д. Карварсарского. — [2-е изд.]. — СПб.: Питер, 2006. — 960 с.
4. Литвиненко, В. І. Партнерські відносини — показник професійної майстерності психіатра [Текст] / В. І., Литвиненко // История Сабуровой дачи. Успехи психиатрии, неврологии, нейрохирургии и наркологии: Сб. науч. раб. 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.
5. Подкорытов, В. С. Социально-психологическая реабилитация психически больных пациентов в условиях стационара [Текст] / В. С. Подкорытов, Е. В. Петрович // Український вісник психоневрології. — 2007. — Т. 15, вип. 1 (50), додаток. — С. 225.
6. Прохазка, Дж. Системы психотерапии: [пособие для специалистов в области психотерапии и психологии] / Дж. Прохазка, Дж. Норкос. — [6-е междунар. изд.]. — СПб.: Прайм ЕВРОЗНАК: М.: ОЛМА. ПРЕСС, 2005. — 383 с.
7. Роджерс, К. Консультирование и психотерапия: Новейшие подходы в области практической работы [Текст] / Карл Роджерс; [пер. с англ.: О. Кондрашовой, Р. Кучкаровой]. — М.: ЭКСМО-Пресс, 1999. — 464 с.
8. Силуянова, И. В. Патернализм и информированное согласие: этическое и правовое регулирование отношений «врач-пациент» [Текст] / И. В. Силуянова // Науч. тр. II Всероссийского союза по медицинскому праву. — М., 2005. — С. 70—77.
9. Ташлыков, В. А. Психология лечебного процесса [Текст] / В. А. Ташлыков. — Л.: Медицина, 1984. — 192 с.
10. Шестопалова, Л. Ф. Медико-психологичні проблеми сучасного лікувально-реабілітаційного процесу [Текст] / Л. Ф. Шестопалова // Український вісник психоневрології. — 2007. — Т. 15, вип. 1 (50), додаток. — С. 249.
11. Шестопалова, Л. Ф. Особливості терапевтичного альянсу за оцінками хворих на основні неврологічні та психічні розлади [Текст] / Л. Ф. Шестопалова, В. А. Кожевникова, О. О. Бородавко // Там само. — 2010. — Т. 18, вип. 3 (64). — С. 158.
12. Bordin, E. S. The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance [Text] / E. S. Bordin // Psychotherapy: theory, research and practice. — 1979. — Vol. 16(3). — P. 252—260.
13. Meissner, W. W. The therapeutic alliance [Text] / W. W. Meissner. — New Haven and London Yale University Press, 1996. — 385 p.
14. Zetzel, E. Current concepts of transference [Text] / E. Zetzel // International journal of Psycho-Analysis. — 1956. — № 37. — P. 369—376.

Надійшла до редакції 12.04.2011 р.

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

Peculiarities of a therapeutic alliance at patients with mental and neurologic disorders

Research of peculiarities of a therapeutic alliance at patients with main mental and neurologic disorders is conducted. It is shown that for patients with neurologic disorders higher inclusiveness in process of dialogue and interaction with the doctor and motivation to treatment, than for patients with mental disorders is characteristic.

Key words: therapeutic alliance, medical institution pshycho-neurological profile, rehabilitation, medical process, patients.