

Международный
научно-практический
журнал

ПСИХИАТРИЯ ПСИХОТЕРАПИЯ И КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

2019, том 10, № 4

Psychiatry Psychotherapy and Clinical Psychology

International Scientific Journal

2019 Volume 10 Number 4

Эвтерпа. Выполнена в Риме
между 130 и 150 гг. н. э.
Мрамор. Автор неизвестен.
Реставрирована неоклассическим
скульптором Валериано Сальватьерра
в конце 18-го века. Музей Прадо.



ISSN 2220-1122 (print)
ISSN 2414-2212 (online)



ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ
ИЗДАНИЯ

Шестопалова Л.Ф.¹, Бородавко О.А.¹, Кожевникова В.А.¹, Бучок Ю.С.²

¹ Институт неврологии, психиатрии и наркологии Национальной академии медицинских наук Украины, Харьков, Украина

² Ужгородский национальный университет, Ужгород, Украина

Shestopalova L.¹, Borodavko O.¹, Kozhevnikova V.¹, Buchok Yu.²

¹ Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine, Kharkiv, Ukraine

² Uzhgorod National University, Uzhgorod, Ukraine

Доверие как фактор формирования терапевтического альянса между врачом и пациентом

Trust as a Factor of Formation of the Therapeutic Alliance between Doctor and Patient

Резюме

Целью исследования было определение роли доверия врача и пациента в процессе формирования терапевтического альянса. Проанализирована взаимосвязь между особенностями доверия и формами ролевых позиций врачей и пациентов, которые характеризуют их терапевтический альянс. Показано, что формирование партнерской позиции у медицинских специалистов и пациентов связано с интегративным типом доверия. Установление менее конструктивных ролевых позиций сопряжено с реалистическим, рационалистическим, эмоциональным типами доверия у медицинских специалистов и идеалистическим, эмоциональным, рационалистическим, индифферентным и амбивалентным типами – у пациентов.

Ключевые слова: доверие, терапевтический альянс, система взаимоотношений, неврологические расстройства, психические расстройства, лечебно-реабилитационный процесс.

Abstract

The aim of the study was to determine the role of trust between doctor and patient in the process of formation of a therapeutic alliance. There was analyzed the relationship between the features of trust and the forms of role positions of physicians and patients that characterize their therapeutic alliance. It was showed that formation of a partner position in medical specialists and patients is associated with the integrative type of trust. Establishment of less constructive role positions is associated with realistic, rationalistic, emotional types of trust in medical specialists and idealistic, emotional, rationalistic, indifferent and ambivalent types – in patients.

Keywords: trust, therapeutic alliance, system of relationships, neurological disorders, mental disorders, treatment and rehabilitation process.

■ ВВЕДЕНИЕ

Процесс лечения любого заболевания всегда сопровождается рядом психологических явлений, связанных со спецификой общения врача и пациента. Особенности формирования взаимоотношений в системе «врач – пациент» в значительной степени определяют эффективность терапевтического процесса [1–6]. В этом контексте особое значение приобретают исследования в области психологии лечебного процесса, направленные на изучение сложной системы взаимоотношений, которая складывается между врачом и пациентом. Как известно, ключевую роль в формировании конструктивных межличностных отношений играет доверие между участниками общения [4].

Особую значимость феномен доверия приобретает в условиях ситуации взаимодействия, имеющей высокую личностную значимость и характеризующейся неопределенностью, результат которой во многом зависит от каждого участника. Безусловно, именно таковой является ситуация лечения, прежде всего тяжелых хронических заболеваний. При этом отношение доверия (или недоверия) друг к другу неизбежно возникает у всех участников общения (как у пациента, так и у врача) и во многом определяет характер их последующего взаимодействия [7–10]. Кроме того, учитывая то, что одной из важнейших характеристик межличностного доверия является взаимность, формирование доверительного отношения пациента к медицинскому специалисту представляется весьма затруднительным без определенного ответного отношения со стороны врача. В данном контексте закономерно возникает вопрос о специфических особенностях «доверия врача» и «доверия пациента», а также о характере соотношения их доверия и недоверия как независимых феноменов [11, 12]. Поэтому, на наш взгляд, для комплексного, всестороннего освещения проблемы терапевтического альянса врача и пациента необходимо изучение особенностей доверия как с позиции пациента, так и с позиции медицинского специалиста.

■ ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Определение роли доверия врача и пациента в процессе формирования терапевтического альянса.

■ МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

На принципах анонимности и добровольности в исследовании приняли участие 30 врачей (14 неврологов и 16 психиатров): 13 мужчин и 17 женщин в возрасте от 32 до 69 лет. Обследовано 103 пациента. 54 пациента с неврологическими расстройствами (НР) (пациенты с различными формами сосудистых заболеваний головного мозга и с рассеянным склерозом): 20 мужчин и 34 женщины в возрасте 21–62 лет. Обследовано 49 пациентов с психическими заболеваниями (ПР) (с шизофренией и шизотипическим расстройством; рекуррентным депрессивным расстройством, депрессиями легкой и умеренной степени тяжести): 28 мужчин и 21 женщина в возрасте от 21 года до 65 лет. Психодиагностический метод был реализован с помощью таких методик: «Методика оценки доверия/недоверия в системе взаимоотношений «врач – пациент» (вариант для пациентов)» (Л.Ф. Шестопалова, В.А. Кожевникова,

О.А. Бородавко, 2011) [12]; «Методика оценки доверия/недоверия в системе взаимоотношений «врач – пациент» (вариант для врачей)» (Л.Ф. Шестопалова, В.А. Кожевникова, О.А. Бородавко, 2011) [12]; «Методика диагностики взаимоотношений врача и пациента (вариант для пациентов)» (Л.Ф. Шестопалова, О.А. Бородавко, 2011) [12]; «Методика диагностики взаимоотношений врача и пациента (вариант для врачей)» (Л.Ф. Шестопалова, О.А. Бородавко, 2011) [12]. Статистическая обработка данных проводилась с помощью метода установления достоверности различий выборок по U-критерию Манна – Уитни, ф-Фишера, ДЗР Тьюки.

■ РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Основываясь на результатах собственных исследований и анализе литературных данных, мы рассматривали феномен доверия в системе взаимоотношений «врач – пациент» в двух аспектах. Во-первых, как институциональное доверие, т. е. отношение личности к социальным ролям «врач» и «пациент»; общую установку на доверие к представителям этих социальных ролей и институту здравоохранения в целом (у пациентов). Во-вторых, как специфическую форму межличностного доверия, складывающуюся в ходе лечебно-реабилитационного процесса у пациентов и медицинских специалистов и имеющую определенные уровневые и содержательные характеристики.

На основании полученных данных была определена структура доверия в системе «врач – пациент». Основными компонентами доверия к пациенту у медицинских специалистов являются: представления о личностных качествах и типичном поведении пациента в ходе лечебного процесса; оценка его комплаентности; конвергентность мировоззренческой направленности; положительное эмоциональное отношение к нему.

Компонентами доверия пациента к врачу выступают: осведомленность о профессиональных и личностных качествах медицинского специалиста; представление о его профессиональной компетентности, конвергентность мировоззренческой направленности, положительное эмоциональное отношение к нему и ролевые ожидания.

На этой основе были разработаны диагностические критерии уровня и типов доверия. Критериями диагностики уровня доверия выступают степень выраженности основных его структурных компонентов, уровень открытости врача и пациента в ходе общения, а также субъективная оценка пациентов необходимости оказания им медицинской помощи. Критериями диагностики типов доверия являются его уровень, особенности структуры, характер репрезентации партнера по взаимодействию, распределение ответственности между ними за результат лечения.

Результаты исследования показали, что у 60% врачей отмечался умеренный уровень доверия к пациенту, у 40% – низкий; высокий уровень не диагностировался. У 62,65% пациентов с НР и ПР имел место высокий уровень доверия к врачу, у 22,89% – умеренный, у 14,46% – низкий. При этом у пациентов всех нозологических групп преобладал высокий уровень доверия.

На основании вышеописанных критериев были выделены 4 основных типа доверия врача к пациенту, а именно: реалистичный (30,00%),

рационалистический (26,67%), эмоциональный (23,33%) и интегративный (20,00%). В целом у медицинских специалистов, независимо от специальности, преобладали реалистичный (28,57% – у неврологов и 31,25% – у психиатров) и рационалистический (21,43% и 31,25%) типы доверия. Выявлены также 6 основных типов доверия к врачу у пациентов с НР и ПР: идеалистический (36,15%), эмоциональный (21,69%), рационалистический (13,25%), интегративный (13,25%), индифферентный (12,05%) и амбивалентный (3,61%). У пациентов с НР чаще, чем у пациентов с ПР, отмечался интегративный (19,52% и 7,15%, $p < 0,05$) и эмоциональный (31,70% и 11,90%, $p < 0,05$) типы. У пациентов с шизофренией, по сравнению с лицами с депрессией, значительно реже диагностировался индифферентный тип (13,63% и 35,00%, $p < 0,05$). Амбивалентный тип наблюдался лишь у пациентов с шизофренией (13,63%), что отражает особенности их когнитивных, эмоциональных и личностных нарушений.

Следующим этапом исследования было изучение структуры терапевтического альянса. Данная структура включает его содержательные и динамические компоненты. Основными содержательными компонентами терапевтического альянса являются ролевые позиции врача и пациента, представляющие собой индивидуальный стиль реализации их социальных ролей. Его динамическими компонентами выступают уровни функционирования: ролевой и внеролевой [3, 12]. Терапевтический альянс как интегральный конструкт, с одной стороны, включает в себя ролевые позиции в качестве структурно-функциональных компонентов, которые являются основной формой его реализации в ситуации непосредственного взаимодействия. С другой стороны, интериоризированный процесс взаимодействия входит в структуру самой ролевой позиции в качестве обобщенного опыта, который способствует поддержанию либо определенной трансформации имеющихся представлений, установок, отношений, ожиданий и пр. Таким образом, терапевтический альянс реализуется через ролевые позиции, а ролевые позиции формируются и развиваются в процессе функционирования терапевтического альянса [12].

В ходе исследования были определены основные формы ролевых позиций врачей (гиперпротекция (30,00%), функциональное сотрудничество (23,34%), авторитарность (16,66%), партнерство (16,66%) и смешанная форма (13,34%)) и пациентов (межличностная зависимость (21,69%), функциональное сотрудничество (16,87%), пассивность (10,84%), партнерство (9,64%), псевдопартнерство (8,43%), дистанцирование (7,23%), неадекватность (6,02%) и смешанная форма (19,28%)).

Была проанализирована сложная взаимосвязь между уровневными, типологическими характеристиками доверия и формами ролевых позиций врача и пациента (рис. 1–4).

У медицинских специалистов с умеренным уровнем доверия к пациентам, в отличие от врачей с низкой степенью доверия, больше выражены черты гиперпротекции и партнерской позиции ($p < 0,05$) и меньше – функционального сотрудничества и авторитарности ($p < 0,05$). У медицинских специалистов с эмоциональным типом доминируют черты гиперпротекции ($p < 0,05$). При рационалистическом и реалистическом типах врачи чаще всего проявляют авторитарную позицию и

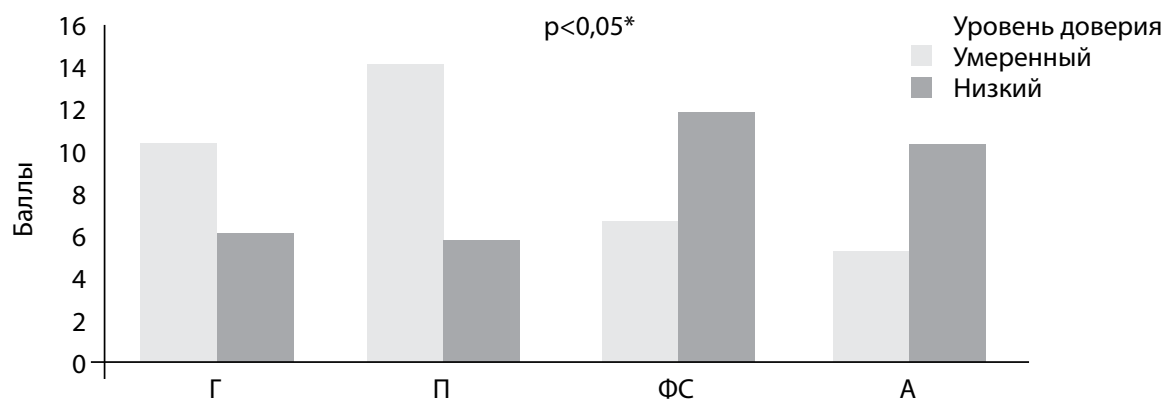


Рис. 1. Особенности ролевых позиций врачей с различным уровнем доверия к пациенту

Примечания:

формы ролевых позиций врачей: Г – гиперпротекция, П – партнерство, ФС – функциональное сотрудничество, А – авторитарность;

* достоверность различий между показателями по U-критерию Манна – Уитни.

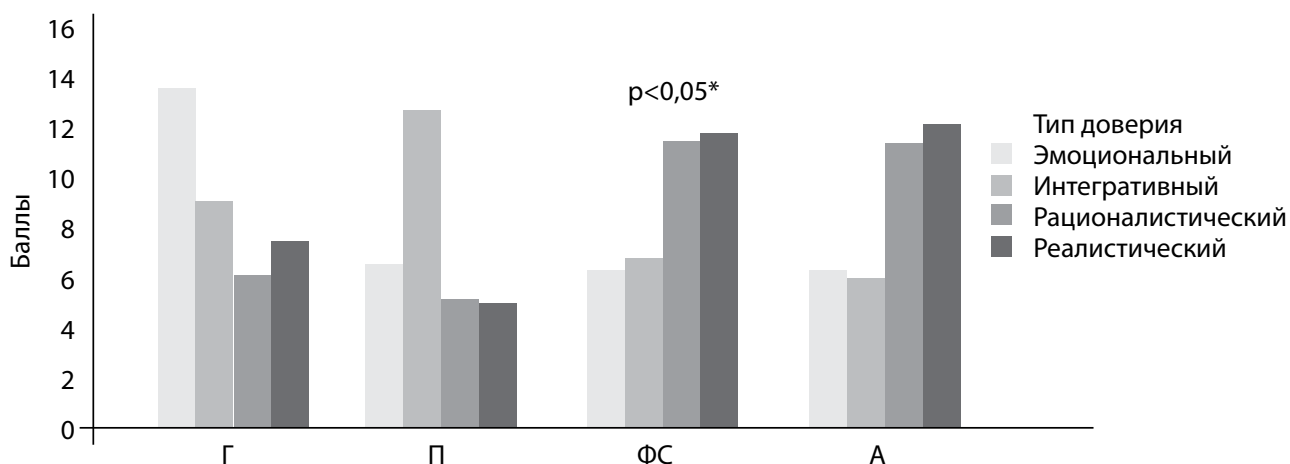


Рис. 2. Особенности ролевых позиций врачей с различными типами доверия к пациенту

Примечание: условные обозначение те же, что и на рис. 1.

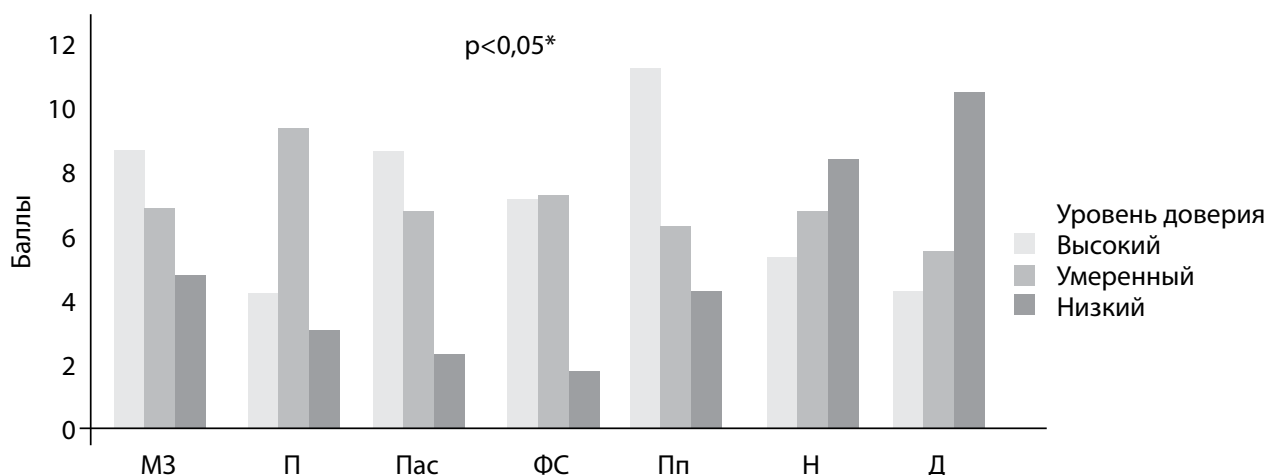


Рис. 3. Особенности ролевых позиций пациентов с различным уровнем доверия к врачу

Примечания:

формы ролевых позиций пациентов: МЗ – межличностная зависимость, П – партнерство, Пас – пассивность, ФС – функциональное сотрудничество, Пп – псевдопартнерство, Н – неадекватность, Д – дистанцирование;

* достоверность различий между показателями по критерию ДЗР Тьюки.

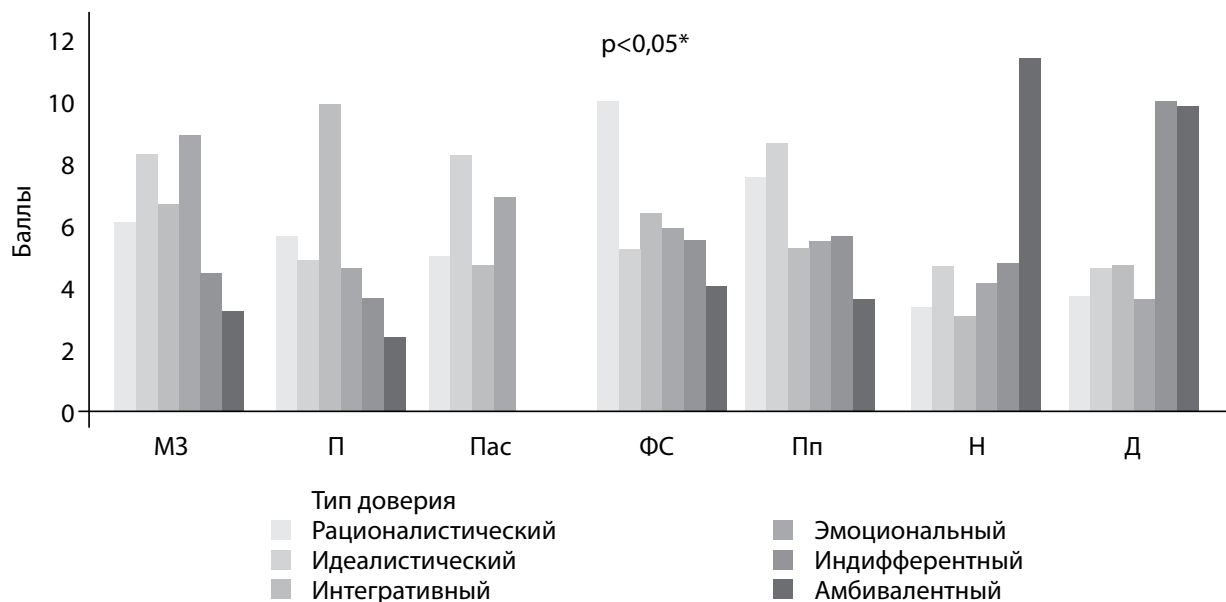


Рис. 4. Особенности ролевых позиций пациентов с различными типами доверия к врачу

Примечание: условные обозначение те же, что и на рис. 3.

функциональное сотрудничество в отношениях с пациентами ($p < 0,05$). Партнерская позиция более характерна для врачей с интегративным типом доверия, чем для других медицинских специалистов ($p < 0,05$).

Повышение степени доверия к медицинскому специалисту у пациентов сочетается с увеличением проявления черт межличностной зависимости ($p < 0,05$), пассивности ($p < 0,05$), функционального сотрудничества ($p < 0,05$) и псевдопартнерства ($p < 0,05$). Снижение уровня доверия к врачу связано с увеличением проявления неадекватности ($p < 0,05$) и дистанцирования пациентов во взаимоотношениях с ним ($p < 0,05$). Для пациентов с партнерской позицией более характерен умеренный уровень доверия, чем высокий или низкий ($p < 0,05$). При рационалистическом типе у пациентов доминируют черты функционального сотрудничества и псевдопартнерства. У пациентов с идеалистическим типом преобладают черты межличностной зависимости, пассивности и псевдопартнерства. Для лиц с интегративным типом наиболее характерна партнерская позиция, для пациентов с эмоциональным типом – межличностная зависимость. При индифферентном типе пациенты наиболее склонны к дистанцированию во взаимоотношениях с врачом, при амбивалентном – к дистанцированию и неадекватности. Пациенты с интегративным типом, в отличие от других пациентов, чаще формируют партнерские отношения с медицинским специалистом ($p < 0,05$).

■ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Имеет место сложная взаимосвязь между особенностями доверительных отношений и формами ролевых позиций медицинских специалистов и пациентов, которые характеризуют их терапевтический альянс. Для врачей с партнерской позицией в наибольшей степени характерен интегративный тип доверия. Для медицинских специалистов с авторитарной позицией – реалистический и рационалистический типы. При гиперпротекции у врачей чаще отмечается эмоциональный

тип доверия. Формирование межличностной зависимости у пациентов связано с идеалистическим типом доверия к врачу, функционального сотрудничества – с рационалистическим; дистанцирования и неадекватности – с амбивалентным. Установление партнерской позиции пациентов сопряжено с интегративным типом доверия.

Полученные результаты могут применяться в медико-психологической практике для диагностики доверия между врачом и пациентом в ходе лечения, а также при разработке психокоррекционных и психобразовательных программ для пациентов и коммуникативных тренингов для врачей, направленных на оптимизацию терапевтического альянса и терапевтической среды медицинского учреждения в целом.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

■ ЛИТЕРАТУРА

1. Karvasarskii B. (ed.) (2006) *Klinicheskaya psihologiya: uchebnik. 2-e izd.* [Clinical psychology: guide. 2nd edition]. SPb.: Piter, 960 p.
2. Shestopalova L. (2006) Psihologiya likuvalnogo protsesu: suchasnl problemi ta perspektivi dosltdzhennya [Psychology of the treatment process: modern problems and prospects of research]. *Meditsinskaya psihologiya*, vol. 1, no 4, pp. 30–32.
3. Shestopalova L., Kozhevnikova V., Borodavko O. (2011) Osoblivostl terapevtichnogo alyansu u hvorih na psihlchnl ta nevrologlchnl rozladi [Features of therapeutic alliance in patients with mental and neurological disorders]. *Ukrayinskiy vlsnik psihonevrologiyi*, vol. 19, no 2 (67), pp. 74–76.
4. Shestopalova L., Artyuhova V. (2011) Osobennosti formirovaniya terapevticheskogo alyansa mezhdu vrachom i bolnyimi s psihonevrologicheskimi rasstroystvami [Features of formation of the therapeutic alliance between doctor and patients with psychoneurological disorders]. *Arhiv psihiatrIyi*, vol. 17, no 3 (66), pp. 9–12.
5. Chaplin R. (2007) How can clinicians help patients to take their psychotropic medication? *Advances in psychiatric treatment*, vol. 13, pp. 347–349.
6. Chaplin R., Lelliott P., Quirk A. (2007) Negotiating styles adopted by consultant psychiatrists when prescribing antipsychotics. *Advances in psychiatric treatment*, vol. 13, pp. 43–50.
7. Antonenko I. (2006) *Sotsialno-psihologicheskaya kontsepsiya doveriya* [Social-psychological concept of trust]. M.: Izd-vo «Nauka», 245 p.
8. Kupreychenko A. (2008) *Psihologiya doveriya i nedoveriya* [Psychology of trust and distrust]. M.: Izd-vo «Institut psihologii RAN», 571 p.
9. Skripkina T. (2000) *Psihologiya doveriya: Uchebnoe posobie* [Psychology of trust: guide]. M.: Izd. Tsentr «Akademiya» 264 p.
10. Weber L., Carter A. (2002) *Social Construction of Trust*. The Kluwer Academic. Plenum Publishers, 184 p.
11. Shestopalova L., Borodavko O. (2014) Doverie v sisteme otnosheniy vracha i patsienta i psihologicheskie faktoryi ego formirovaniya [Trust in the system of relationships of doctor and patients and psychological factors of its formation]. *Obozrenie psihiatrIi i meditsinskoy psihologii imeni V.M. Behтереva*, 3, pp. 42–47.
12. Shestopalova L., Borodavko H. (2014) *Doverie v otnosheniyah vracha i patsienta: monografiya* [Trust in the relationships of doctor and patients: monograph]. HNU imeni V.N. Karazina, 132 p.

Поступила/Received: 23.11.2018

Контакты/Contacts: 6834101@ukr.net, vika5780sea@gmail.com