

*О.О. Бородавко***ДОСЛІДЖЕННЯ РОЛЬОВИХ ПОЗИЦІЙ ХВОРИХ НА ПСИХІЧНІ РОЗЛАДИ**

ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України»

Ключові слова: терапевтичний альянс, хворі на психічні розлади, лікувально-реабілітаційний процес

В умовах реформування сучасної медицини, коли змінюється характер взаємин між лікарем і пацієнтом зростає потреба в оптимізації психологічних чинників лікувально-реабілітаційного процесу та організації нових форм допомоги хворим, що неможливо без належно сформованого терапевтичного альянсу [1-3].

В 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 [4]. Терапевтичний альянс характеризується складною структурою, його основними змістовними компонентами є рольові позиції лікаря (РПЛ) та пацієнта (РПП), які являють собою індивідуальний стиль реалізації їх соціальних ролей [5].

Метою даної роботи було дослідження особливостей рольових позицій хворих на психічні розлади в процесі лікування та визначення психологічних чинників, що сприяють їх формуванню.

Матеріали і методи дослідження

Дослідження проводилось на базі ДУ «ІНПН НАМН України». Було обстежено 50 хворих на психічні розлади (ПР), які за МКХ-10 мали діагноз «Шизофренія» (F 20.00, F 20.01) – 30 осіб (60,00 %), «Шизотиповий розлад» (F 21.00) – 7 осіб (14,00 %), «Рекурентний депресивний розлад легкого ступеня» (F 33.1) – 8 осіб (16,00 %), «Рекурентний депресивний розлад помірного ступеня» (F 33.2) – 5 осіб (10,00 %). Серед них було 27 (54,00 %) чоловіків та 23 (46,00 %) жінки. Середній вік хворих становив $42,51 \pm 16,88$ роки.

В процесі дослідження використовувались наступні психодіагностичні методики: 1) для визначення особливостей взаємин з лікарем: «Методика діагностики відносин лікаря та пацієнта (варіант для пацієнтів)» (Л. Ф. Шестопалова, О. О. Бородавко, 2011), «Методика оцінки довіри/недовіри в системі відносин «лікар – пацієнт» (варіант для пацієнтів)» (Л. Ф. Шестопалова, В. А. Кожевнікова, О. О. Бородавко, 2011); 2) для дослідження особистісних та емо-

ційно-комунікативних характеристик пацієнтів: 16-факторний опитувальник Р. Кеттелла (16 PF) (форма С), методики «Тип ставлення до хвороби» (А. Є. Личко, Л. Й. Вассерман, Б. В. Ювлев, 1987), «Рівень суб'єктивного контролю» (РСК) (Є. Ф. Бажин, Є. А. Голинкіна, О. М. Еткінд, 1984), «Діагностика рівня емпатійних здібностей» (В.В. Бойко, 1996), опитувальник для визначення копінг-стратегій (адаптація методики «WCQ» (Т. Л. Крюкова, Є. В. Куфтяк, 2007)), «Емоційний інтелект» (Д. В. Люсін, 2009), «Спрямованість особистості у спілкуванні» (С. - Л. Братченко, 1997). Статистична обробка даних здійснювалась за допомогою методу встановлення вірогідності відмінностей (за критерієм U-Манна-Уїтні, ц-Фішера; критерієм Тьюкі для множинних порівнянь пар середніх) та факторного аналізу (метод головних компонент з обертанням Varimax та нормалізацією за Кайзером). Обчислювання отриманих результатів проводилось за допомогою статистичного пакету SPSS 17.0 for Windows.

Результати дослідження та їх обговорення

На підставі аналізу літературних джерел та результатів власних досліджень ми припустили, що основними психологічними чинниками, які

сприяють встановленню рольових позицій хворих виступають їх особистісні та емоційно-комунікативні характеристики: особистісні риси,

рівень суб'єктивного контролю, копінг-стратегії, розвиненість емоційного інтелекту та емпатійного потенціалу, комунікативні установки, а також тип реагування на захворювання.

Результати комплексного психодіагностичного дослідження показали, що у хворих на психічні розлади домінують такі особистісні риси, як замкнутість (фактор А-) ($3,37 \pm 2,87$), сором'язливість (фактор Н-) ($3,01 \pm 2,47$), недовірливість (фактор L+) ($6,01 \pm 2,22$) у спілкуванні з оточуючими, тривожність (фактор О+) ($7,31 \pm 2,82$) і радикалізм (фактор Q1+) ($6,01 \pm 2,22$), а також низький рівень суб'єктивного контролю ($4,53 \pm 1,55$). Домінуючими стратегіями подолання в стресовій ситуації у них є «Пошук соціальної підтримки» ($76,00 \pm 8,44$) та «Втеча – Уникання» ($62,00 \pm 18,05$). Для хворих з ПР характерний низький рівень емоційного інтелекту («Міжособистісний емоційний інтелект» – $3,47 \pm 2,48$ та «Внутрішньоособистісний емоційний інтелект» – $4,52 \pm 2,89$) та емпатійних здібностей ($16,66 \pm 2,67$). Домінуючими комунікативними установками у них є конформна ($25,33 \pm 14,72$), індіферентна ($21,08 \pm 16,41$), маніпулятивна ($19,51 \pm 10,73$) та альтероцентристська ($18,08 \pm 14,51$). Також у даних пацієнтів відзначається досить високий рівень емоційного комфорту при спілкуванні з лікарем ($8,66 \pm 0,70$), готовності до співпраці з ним ($6,18 \pm 1,45$) та довіри до нього ($76,33 \pm 18,25$). При цьому, відповідальність за результати лікування вони покладають виключно на лікаря (відповідальність пацієнта – $4,33 \pm 1,80$, відповідальність лікаря – $7,66 \pm 3,01$). Домінуючими типами реагування на хворобу у пацієнтів з ПР є іпохондричний ($19,50 \pm 13,45$), меланхолічний ($15,37 \pm 10,05$) та сензитивний ($14,68 \pm 12,61$). Це відображає прояви психологічної дезадаптації та порушення соціального функціонування у зв'язку з хворобою у даних хворих.

Для визначення форм рольових позицій у хворих на ПР проводився факторний аналіз. Досліджувався взаємозв'язок між різними параметрами взаємин в діаді «лікар – хворий», особистісними особливостями пацієнтів, їх копінг-стратегіями, особливостями емоційного інтелекту, емпатійних здібностей, комунікативних установок. В результаті факторного аналізу було виділено 6 факторів, які в сумі пояснюють 89,16 % дисперсії.

Фактор 1 «Псевдопартнерство у взаєминах з лікарем» (24,47 % поясненої дисперсії) має два полюси. Перший полюс фактора складають такі параметри, як копінг-стратегії «Самоконтроль»

(0,95) та «Позитивна переоцінка» (0,45); емпатійні здібності (0,58); високий рівень суб'єктивного контролю (загальна інтернальність особистості (0,91), інтернальність в професійній сфері (0,90), інтернальність в міжособистісних відносинах (0,86)); альтероцентристська спрямованість у спілкуванні (0,67); анозогнозичний тип ставлення до хвороби (0,49); комунікабельність (фактор А (0,64)); соціальна активність (фактор Н (0,68)); радикалізм (фактор Q1 (0,78)); емоційний комфорт при спілкуванні з лікарем (0,83); довіра до медичного спеціаліста на підставі оцінки його професійної компетентності (0,50); суб'єктивна значущість взаємин з лікарем (0,44). Протилежний полюс фактора включає наступні параметри: конформна спрямованість у спілкуванні (-0,83); тривожність (фактор О (-0,61)); емоційна напруженість (фактор Q4 (-0,88)); висока оцінка тяжкості свого захворювання (-0,45); усвідомлення необхідності надання медичної допомоги (-0,55). Цей фактор описує так звану псевдопартнерську позицію пацієнтів, їх готовність до співробітництва з лікарем, що декларується, але не виконується в ході лікувального процесу. У даних хворих відзначається високий рівень суб'єктивного контролю, комунікабельність, соціальна активність, радикалізм у поєднанні з анозогнозичним типом ставлення до хвороби. Подібний результат може вказувати на зниження критики у цих пацієнтів.

Фактор 2 «Неадекватність» (20,05 % поясненої дисперсії) є біполярним. Один з полюсів фактора складають копінг-стратегії «Конфронтація» (0,49) та «Втеча – Уникання» (0,49); авторитарна спрямованість у спілкуванні з лікарем (0,47); тривожний (0,56), іпохондричний (0,84), неврастенічний (0,85), сензитивний (0,80), егоцентричний (0,86), паранояльний (0,96), дисфоричний (0,86) типи ставлення до хвороби; конвергентність спрямованості світогляду з лікарем (0,75). Протилежний полюс фактора складають такі параметри, як емпатійні здібності (-0,47); інтернальність в сфері здоров'я і хвороби (-0,68) та професійній сфері (-0,48); емоційна стійкість (фактор С (-0,54)); соціальна активність (фактор Н (-0,41)); дипломатичність (фактор N (-0,42)). Даний фактор описує поєднання суперечливих комунікативних стратегій пацієнтів та неадекватність особистісного реагування при взаємодії з лікарем.

Фактор 3 «Партнерство у взаєминах з лікарем» (16,47 % поясненої дисперсії) включає наступні параметри: копінг-стратегії «Планування вирішення проблеми» (0,82) та «Позитивна

переоцінка» (0,68); емоційний інтелект («Міжособистісний емоційний інтелект» (0,81), «Внутрішньоособистісний емоційний інтелект» (0,68)); емпатійні здібності (загальний рівень емпатії (0,69), фактор І (0,88)); інтернальність в сфері невдач (0,65); ергопатичний тип ставлення до хвороби (0,87); схильність до фантазування (фактор М (0,72)); дипломатичність (фактор N (0,42)); високий самоконтроль (фактор Q3 (0,58)); готовність розуміти позицію лікаря (0,66); готовність до співробітництва з лікарем (0,43); відповідальність за результат лікування (0,46); конгруентність (0,66); конвергентність спрямованості світогляду з лікарем (0,57); сприйняття медичного спеціаліста, як психологічно близької людини (0,49). Даний фактор відображає діалогічні, партнерські взаємини пацієнтів з лікарем.

Фактор 4 «Міжособистісна залежність/ функціональне співробітництво у взаєминах з лікарем» (12,63 % поясненої дисперсії) має два полюси. Один з полюсів фактора складають параметри: копінг-стратегія «Втеча – Уникання» (0,56); емпатійні здібності («Інтуїтивний канал емпатії» (0,48), «Здатність створювати атмосферу відвертості» (0,47), загальний рівень емпатії (0,52)); експресивність (фактор F (0,50)); «Відповідальність лікаря» (0,50); обізнаність щодо професійних та особистісних якостей лікаря (0,74); висока оцінка його професійної компетентності (0,91); позитивне емоційне ставлення до нього (0,96); довіра до медичного спеціаліста на підставі оцінки його професійної компетентності (0,42) та емоційного ставлення до нього (0,86). Протилежний полюс фактора включає наступні параметри: індіферентна спрямованість у спілкуванні з лікарем (-0,70); висока нормативність поведінки (фактор G (-0,55)). Даний фактор описує варіант міжособистісної залежності пацієнтів у взаєминах з медичним спеціалістом.

Фактор 5 «Міжособистісна залежність/ дистанціювання у взаєминах з лікарем» (10,86 % поясненої дисперсії) має два полюси. Один з полюсів фактора містить такі параметри, як тривожний (0,64) та сенситивний (0,41) типи ставлення до хвороби; товарищескість (фактор А (0,60)) та експресивність (фактор F (0,48)) при спілкуванні; довіра до лікаря на підставі обізнаності щодо його професійних та особистісних якостей (0,48) і рольових очікувань (0,59); висока оцінка тяжкості свого захворювання (0,66); усвідомлення необхідності медичної допомоги (0,43). Протилежний полюс складають параметри:

копінг-стратегії «Дистанціювання» (-0,63) та «Втеча – Уникання» (-0,52); конформна спрямованість у спілкуванні (-0,45); меланхолічний (-0,80) та апатичний (-0,66) типи ставлення до хвороби. Цей фактор, як і попередній, характеризує варіант міжособистісної залежності хворих при взаємодії з лікарем, проте, на відміну від нього, зворотнім полюсом залежності в даному випадку є не функціональне співробітництво, а дистанціювання, ухилення від контакту, пасивність, конформність у взаєминах з медичним спеціалістом.

Фактор 6 «Міжособистісна залежність/контрзалежність у взаєминах з лікарем» (4,67 % поясненої дисперсії) має два полюси. Один з полюсів фактора включає такі параметри, як авторитарна спрямованість у спілкуванні (0,43); соціальна активність (фактор Н (0,41)); рольові очікування при взаємодії з лікарем (0,42). Протилежний полюс складають емпатійні здібності («Емоційний канал емпатії» (-0,88), «Інтуїтивний канал емпатії» (-0,75)); тривожність (фактор О (-0,47)) та сприйняття лікаря, як психологічно близької людини (-0,64). Цей фактор, також як фактори 4 і 5 описує варіант міжособистісної залежності пацієнтів при спілкуванні з медичним спеціалістом. В даному випадку протилежним полюсом залежної поведінки хворих є контрзалежність, що проявляється у їх схильності до домінування впродовж взаємодії з лікарем.

Отже, на підставі результатів проведених досліджень та даних факторного аналізу можна виділити такі форми рольових позицій хворих на психічні розлади, як «Партнерство», «Функціональне співробітництво», «Міжособистісна залежність», «Псевдопартнерство», «Дистанціювання» та «Неадекватність». «Партнерство» є найбільш конструктивною позицією, яка передбачає прояв «конгруентної емпатії» з боку пацієнта до лікаря, його спрямованість на співробітництво, здатність створювати довірчі взаємини та розмежовувати власну відповідальність і відповідальність медичного спеціаліста за результат лікування. «Функціональне співробітництво» передбачає нейтральне емоційне ставлення до лікаря, схильність пацієнтів до формування «функціонально-ділових» взаємин з ним. «Міжособистісна залежність» характеризується високою потребою пацієнтів в емоційній підтримці з боку медичного спеціаліста, зменшенні психологічної дистанції у взаєминах з ним, низьким рівнем їх відповідальності за результат лікування. «Псевдопартнерство» відображає готовність хворих до співробітництва з

лікарем, що декларується, але не виконується під час лікувального процесу. «Дистанціювання» характеризує ухилення хворих від контакту з лікарем, пасивну позицію під час взаємодії з ним. «Неадекватність» відображає амбівалентність, неадекватність особистісного реагування та комунікативних стратегій пацієнтів при спілкуванні з медичним спеціалістом.

Для дослідження представленості даних форм рольових позицій у пацієнтів з ПР було визначено оцінки відповідних факторів для кожного респондента та виявлено групи хворих, які мають найбільш високі показники за тим чи іншим фактором (високими вважались оцінки, що перевищували середній показник плюс S стандартного відхилення від нього). У випадку, коли високі оцінки спостерігались за декількома факторами діагностувалась змішана форма рольових позицій.

За даними дослідження, у хворих на ПР найбільш часто відзначається змішана форма рольових позицій (20,83 %), псевдопартнерство (16,76 %) та неадекватність (16,76 %). У 12,50 % пацієнтів діагностувались такі форми РПП, як міжособистісна залежність, функціональне співробітництво та дистанціювання. Партнерська позиція відзначалась лише у 8,33 % пацієнтів. У хворих на шизофренію, на відміну від пацієнтів з депресією, більше виражені риси функціонального співробітництва ($6,67 \pm 1,48$ та $4,38 \pm 1,58$ відповідно, $p < 0,05$), псевдопартнерства ($10,66 \pm 2,67$ та $5,33 \pm 1,56$ відповідно, $p < 0,01$) та неадекватності ($8,89 \pm 2,74$ та $6,32 \pm 1,04$ відповідно, $p < 0,05$) при взаємодії з лікарем. Для хворих на депресію більше, ніж для пацієнтів з шизофренією, характерне дистанціювання у взаєминах з медичним спеціалістом ($10,33 \pm 2,18$ та $5,83 \pm 1,14$ відповідно, $p < 0,01$). Зі збільшенням тривалості захворювання та кількості госпіталізацій у пацієнтів з ПР спостерігається зменшення представленості функціонального співробітництва при взаємодії з лікарем ($5,05 \pm 1,67$ та $4,04 \pm 1,17$ відповідно, $p < 0,05$; $5,45 \pm 1,66$ та $4,10 \pm 1,12$ відповідно, $p < 0,05$) та збільшення рис неадекватності ($7,33 \pm 1,75$ та $9,55 \pm 2,62$ відповідно, $p < 0,05$; $7,33 \pm 1,75$ та $9,85 \pm 2,51$ відповідно, $p < 0,05$) і дистанціювання ($5,48 \pm 1,85$ та $8,78 \pm 1,43$ відповідно, $p < 0,05$; $5,41 \pm 1,66$ та $8,89 \pm 1,45$ відповідно, $p < 0,05$). З віком у них зростає питома вага рис неадекватності ($7,78 \pm 1,66$ та $10,87 \pm 2,73$ відповідно, $p < 0,05$) та дистанціювання ($5,34 \pm 1,91$ та $8,93 \pm 2,13$ відповідно, $p < 0,05$) та зменшується представленість партнерської позиції ($5,18 \pm 1,63$

та $3,74 \pm 1,23$, $p < 0,05$), функціонального співробітництва ($5,23 \pm 1,65$ та $3,95 \pm 1,56$ відповідно, $p < 0,05$) та псевдопартнерства ($11,45 \pm 2,41$ та $5,79 \pm 2,45$ відповідно, $p < 0,05$). Чоловіки, порівняно з жінками, більше схильні до псевдопартнерства ($11,01 \pm 2,45$ та $8,09 \pm 2,11$ відповідно, $p < 0,05$) і менше – до міжособистісної залежності у взаєминах з лікарем ($4,32 \pm 1,24$ та $5,88 \pm 1,72$ відповідно, $p < 0,05$).

Таким чином, визначено основні форми рольових позицій хворих на психічні розлади під час лікувального процесу, а саме – партнерство, функціональне співробітництво, міжособистісна залежність, псевдопартнерство, дистанціювання, неадекватність та змішана форма. Досліджено основні психологічні чинники, значущі для їх встановлення: особистісні особливості, специфіка комунікативних установок і копінг-стратегій, розвиненість емоційного інтелекту, емпатійних здібностей та тип ставлення до хвороби. Формуванню партнерської позиції хворих на ПР сприяє емоційна стійкість, високий рівень суб'єктивного контролю, широкий діапазон конструктивних копінг-стратегій. Ускладнюють її встановлення деструктивні копінг-стратегії, дезадаптивні типи особистісного реагування на хворобу, високий рівень тривожності, зниження рівня когнітивної продуктивності. Формування функціонального співробітництва пацієнтів поєднується з високою нормативністю їх поведінки та індиферентною спрямованістю у спілкуванні. Ускладнюють встановлення даної позиції емоційна лабільність хворих, ідеалізація лікаря, деструктивні копінг-стратегії. Формуванню міжособистісної залежності пацієнтів сприяє емоційна лабільність, низький рівень суб'єктивного контролю, високий рівень довіри до лікаря, сензитивний тип ставлення до хвороби. Ускладнюють її встановлення низька емоційна чуйність та висока нормативність поведінки хворих. Формуванню псевдопартнерської позиції хворих сприяє комунікабельність пацієнтів, емоційна стійкість, радикалізм, високий рівень суб'єктивного контролю у поєднанні зі зниженням критики до свого стану. Ускладнює встановлення даної позиції замкнутість хворих, низький рівень суб'єктивного контролю, критичність до свого стану. Формуванню дистантної позиції пацієнтів при взаємодії з лікарем сприяє їх замкнутість емоційна стриманість, конформна спрямованість у спілкуванні, меланхолічний та апатичний тип ставлення до хвороби. Ускладнює встановлення даної рольової позиції товариськість хворих, тривожний та сензитивний тип

ставлення до хвороби. Формування неадекватної ролівої позиції пацієнтів поєднується з амбівалентністю, неадекватністю їх особистісного реагування та комунікативних стратегій, деструктивними копінг-стратегіями, дезадаптивними формами реагування на захворювання. Ускладнюють її встановлення емоційна стійкість,

високий рівень суб'єктивного контролю хворих, критичність до свого стану.

Отримані результати можуть бути використані для розробки психокорекційних та психосвітніх заходів для хворих на психічні розлади, спрямованих на оптимізацію їх терапевтичного альянсу з лікарем.

О. А. Бородавко

ИССЛЕДОВАНИЕ РОЛЕВЫХ ПОЗИЦИЙ БОЛЬНЫХ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины»

В статье представлены результаты исследования особенностей формирования ролевых позиций больных с психическими расстройствами в процессе лечения. Выявлены их основные типы, а именно – партнерство, функциональное сотрудничество, межличностная зависимость, псевдопартнерство, дистанцирование, неадекватность и смешанная форма. Определена связь между формами ролевых позиций, личностными и эмоционально-коммуникативными характеристиками пациентов. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2012. — № 3 (30). — С. 55-59).

O. Borodavko

STUDY OF ROLE POSITIONS OF PATIENTS WITH MENTAL DISORDERS

Public Institution «Institute Neurology, Psychiatry and Narcology NAMS of Ukraine»

The results of studies of the formation of role positions of patients with mental disorders in the treatment process. Were revealed their main types - namely, partnership, functional cooperation, interpersonal relationship, unreal partnerships, distancing, inadequacy and a mixed form. Determination the connection between forms of role positions, personal, emotional and communicative characteristics of the patients. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2012. — № 3 (30). — P. 55-59).

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. Клиническая психология: учебник / Под ред. Б.Д.Карвасарского. — СПб.: Питер, 2002. — 960 с.
3. Ташлыков В. А. Психология лечебного процесса / В. А. Ташлыков. — Л. : Медицина, 1984. — 192 с.

4. Шестопалова Л. Ф. Типологічні особливості терапевтичного альянсу між лікарем і хворим у закладі психоневрологічного профілю / Л. Ф. Шестопалова, В. В. Артюхова // Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2011. — № 2 (27). — С. 8-12.
5. Шестопалова Л. Ф. Типологічні особливості ролевих позицій лікарів в умовах сучасного лікувального процесу / Л. Ф. Шестопалова, В. А. Кожевникова, О. О. Бородавко // Український вісник психоневрології. — 2012. — Том 20, вип. 2 (71). — С. 117 – 120.

Поступила в редакцию 21.09.2012