Взаимосвязь параметров терапевтического альянса и типа отношения семьи к лечению у больных шизофренией

Н.Б. Лутова, О.В. Макаревич
Отделение интегративной фармако-психотерапии психических расстройств
Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева

Резюме. В статье анализируются особенности терапевтического альянса у пациентов с шизофренией. Выявлены особенности структуры терапевтических отношений между врачом и пациентом в зависимости от типа реакции семьи на проводимое лечение. Полученные результаты дают возможность врачу структурировать и сфокусировать работу по поддержанию терапевтического альянса.

Ключевые слова: терапевтический альянс, шизофрения, семья больных шизофренией.

Intercorrelation of therapeutic alliance parameters and type of schizophrenic family relation to treatment

N.B. Lutova, O.V. Makarevich
Department of integrative pharmaco-psychotherapy of mental disorders
St. Petersburg Psychoneurological Research Institute named after V.M. Bekhterev

Summary: The article analyses the structural features of the therapeutic alliance in schizophrenic patients. During the work it was revealed structural features of therapeutic relations between clinician and patient in dependence with family attitude to medication. All obtained results allow clinician to structure and focus the work for maintenance of therapeutic alliance.

Key-words: therapeutic alliance, schizophrenia, family of schizophrenic patients.

Введение

Лечение шизофрении является наиболее трудоемким процессом, поскольку помимо необходимости купирования психотических симптомов врачу необходимо решить такие задачи, как вовлечение больного и его родственников в процесс лечения, сотрудничество с учреждениями здравоохранения и другими организациями для обеспечения всесторонней поддержки больного. Одним из основных условий достижения этих целей является качество взаимоотношений между врачом и пациентом, так как именно оно оказывает существенное влияние на приверженность больного плану лечения. В литературе терминами терапевтический [21], рабочий [11] или поддерживающий [14] альянс обозначается ситуация, если в ходе лечебного процесса врачу и пациенту удается установить открытые, доверительные отношения, основанные на сотрудничестве. Важность качественных отношений между врачом и пациентом подтверждается многочисленными исследованиями, в которых показано, что неудачи формирования альянса приводят к нонкомплайенсу больного относительно лечебных планов [6, 7], преждевременному прекращению терапии [8, 13, 18, 19] и ухудшению результатов лечения [10, 12, 15, 16]. Так, в ходе лечения пациенты с высоким уровнем терапевтического альянса демонстрируют достоверно лучшие показатели редукции общих и позитивных (галлюцинаторно-параноидных) психопатологических симптомов, показатели социального функционирования и вовлеченности в социальную активность, а также меньшую частоту нарушений поведения по сравнению с группой пациентов, имеющих неудовлетворительный терапевтический альянс [9]. Кроме того, двухлетнее наблюдение показало, что больные с сохраняющимся хорошим уровнем терапевтического альянса достоверно реже регоспитализируются и получают меньшие дозы антипсихотиков при хорошем самочувствии, по сравнению с больными с неудовлетворительным альянсом. В литературе выделяют две основные группы факторов, препятствующих формированию терапевтического альянса: факторы, связанные с больным, и факторы, относящиеся к врачу. К первым относят: коммуникативные трудности, наличие негативных симптомов, когнитивного дефицита и стигматизацию. Препятствиями со стороны врача могут быть недостаточное понимание важности терапевтических отношений, недостаток времени, необходимый для их формирования, ощущение безнадежности относительно исхода заболевания и отсутствие интереса к жизненным целям и надеждам больного [20]. Все эти данные подчеркивают важность как самих взаимоотношений с больным, так и изучения особенностей и закономерностей формирования терапевтического альянса.

Но в ходе лечебного процесса помимо компетенций врача на больного большое влияние оказывает его семья. Семья не только способна контролировать эмоции, но и влияет на личностные влечения, поощряя одни и препятствуя другим. В

свою очередь, индивид отдает предпочтение тем особенностям семейного опыта, которые согласуются с его личностными влечениями и однонаправлены с ними [1]. Значимость семьи для больного и важность ее вовлечения в терапевтический процесс были продемонстрированы в обзоре статей, исследующих результаты психотерапевтических интервенций среди семей больных шизофренией. Было установлено, что работа с семьей снижала частоту обострений, регоспитализаций, а также улучшало комплайенс больных и их социальную активность [5]. В то же время установлено, что семьи больных имеют различное отношение к лечению, и были обнаружены четыре основных типа отношений к медикаментозному лечению, которые оказывают значимое влияние на приверженность больного режиму медикаментозной терапии [2, 4].

Гипотеза данного исследования предполагает, что отношение семьи к проводимому лечению может оказывать влияние и на формирование терапевтического альянса, внося свои коррективы. Попытка изучения закономерностей терапевтического альянса у больных, чьи семьи демонстрировали различное отношение к лечению, может оказать помощь в формировании терапевтического альянса.

Материалы и методы исследования

В отделении интегративной фармакопсихотерапии психических расстройств НИПНИ им. В.М. Бехтерева обследовано 56 семей (всего 112 человек). Из них: 56 пациентов (35 женщин и 19 мужчин, средний возраст — 31,5 года). Среди обследуемых пациентов все соответствовали диагностическим критериям МКБ-10 рубрики F2 «Шизофрения». Средняя продолжительность заболевания составила 7,4 года, среднее количество обострений — 2,9 и средняя продолжительность текущей госпитализации 2,3 месяца.

Среди родственников обследовано 46 женщин и 10 мужчин, средний возраст — 54 года. Из них 41 человек — родители пациентов и 15 — супруг или супруга.

Терапевтический альянс изучался при помощи шкалы 4-PAS [17], которая заполняется пациентом и позволяет оценить общий уровень терапевтического альянса, а также его составляющие: «эмпатию», отражающую позитивное восприятие отношений с врачом в целом (параметр 1) и «психообразование» — аспекты, отражающие понимание пациентом хода лечебного процесса (параметр 2). Для выявления отношения семьи к медикаментозному лечению использовалось структурированное интервью, разработанное на базе отделения [3].

Статистическая обработка проводилась с помощью программы STATISTICA 6.0. Использованные методы статистической обработки: исследование коэффициента Стьюдента (t), α Кронбаха (p).

Результаты

Применение структурированного интервью выявило четыре возможных варианта реакции семьи на назначенную терапию: враждебный, отстраненный, манипулирующий, поддерживающий. При этом в обследованной группе 10 % составили родственники, которые занимали враждебную позицию по отношению к лечению, 29 % — отстраненную, 28 % — манипулирующую, 33 % — поддерживающую.

При обследовании с помощью шкалы 4PAS получена оценка пациентами уровня терапевтического альянса и его составляющих (параметры: «эмпатия» и «психообразование»). Полученные данные отражают в целом больший вклад параметра «эмпатия» в общий показатель терапевтического альянса. Средние значения показателей терапевтического альянса (общий балл шкалы и средние значения показателей параметра 1 и параметра 2) в подгруппах больных, имеющих различное отношение членов семьи к медикаментозному лечению, представлены в табл. 1.

Таблица 1. Средние значения шкалы терапевтического альянса в зависимости от отношения родственников к медикаментозной терапии

Типы отношения семьи к медикаментозной терапии	Параметр 1 «эмпатия» M (x)	Параметр 2 «психообразование» M (x)	Общий балл M (x)
I тип (враждебный)	18,2*	9,3	27,5
II тип (отстраненный)	15,2	12,7	27,9
III тип (манипулирующий)	16,8	8,7*	25,5
IV тип (поддерживающий)	16,2	18,3	34,5*

* Статистически достоверные различия ($p \leq 0.05$).

Статистический анализ показал, что средние значения по параметру 1 у больных с враждебным типом отношения семьи к медикации оказались достоверно выше в сравнении с показателями в подгруппах больных, имеющих иные типы отношения в семье (рис. 1).

Анализ средних величин M(x) параметра 2 («психообразование») шкалы ТА между группами с различными типами отношения к медикаментозной терапии показал, что: M(x) в подгруппе родных с манипулирующим типом отношения к медикации был достоверно ниже по сравнению со средними значениями этого параметра в других исследуемых группах ($p<0,05$) (рис. 2).

Сравнительный анализ средних значений M(x) общей суммы шкалы 4PAS между подгруппами больных выявил, что M(x) в подгруппе пациентов, чьи семьи имеют поддерживающее отношение к медикаментозной терапии, достоверно выше по сравнению со средними значениями общего балла шкалы 4PAS в остальных подгруппах ($p<0,05$), рис. 3.

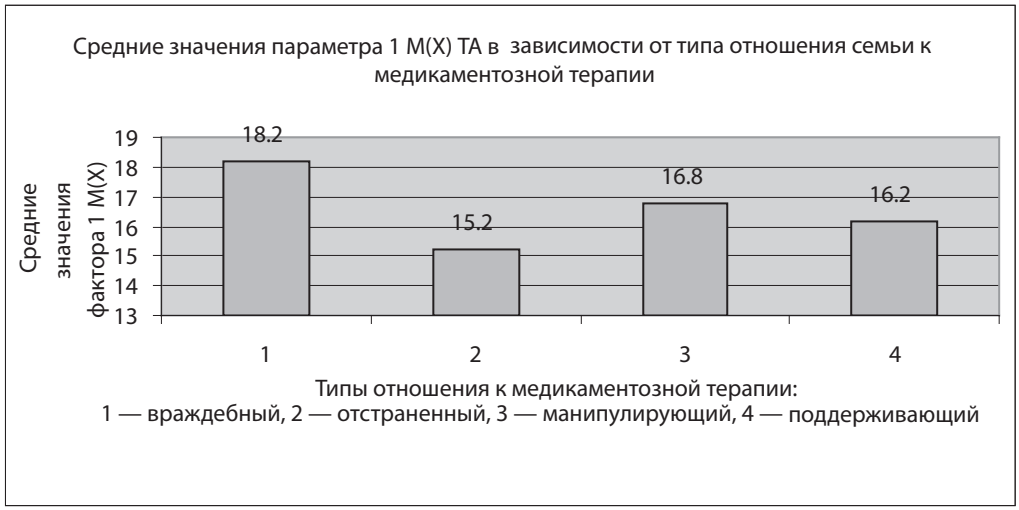

Рис 1.

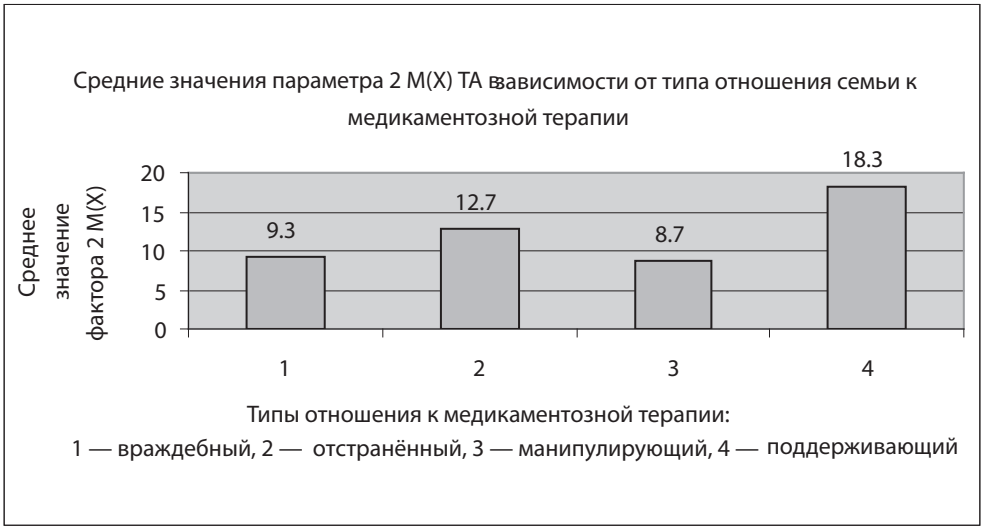

Рис 2.

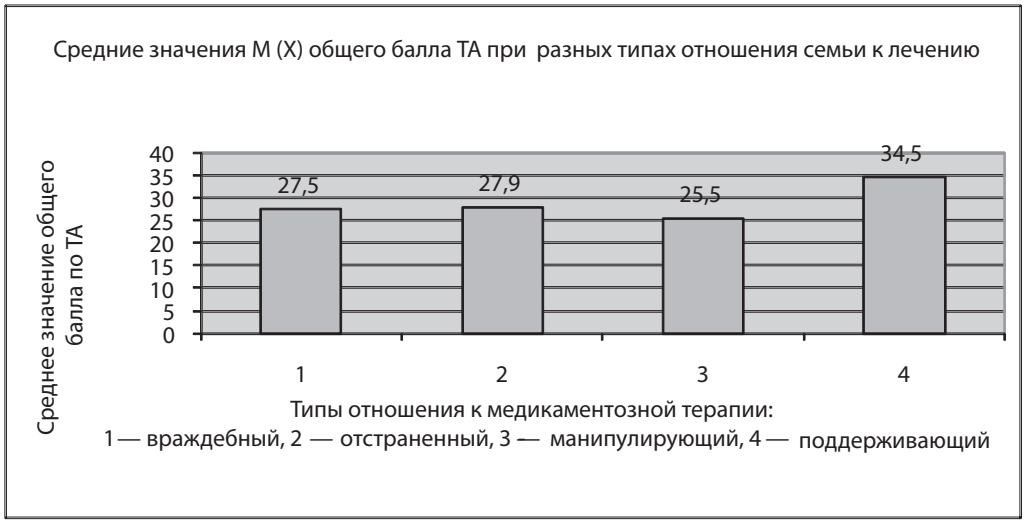

Рис 3.

Обсуждение и выводы

Полученные результаты свидетельствуют о влиянии типа отношения к медикаментозной терапии членов семьи на формирование терапевтического альянса.

Поддерживающий тип отношения семьи способствует формированию наиболее высокого уровня терапевтического альянса, поскольку семья сама сотрудничает с врачом, демонстрируя общее понимание целей лечения и важности не только медикаментозной терапии, но и содействуя решению личной проблематики больного. В данной ситуации от врача требуется поддержание на должном уровне обоих параметров, составляющих терапевтический альянс.

Иные типы отношений семьи к медикаментозному лечению привносят особенности в структуру самого терапевтического альянса и диктуют различную тактику при его формировании:

- показатели терапевтического альянса при враждебном отношении семьи к медикаментозному лечению позволяют сделать следующие интерпретации: семья, возлагая ответственность за любые нежелательные проявления со стороны больного (поведение, симптомы, психологические проблемы) на лекарственные средства, провоцирует его/ее протест относительно лечебного процесса. В то же время пациент высоко оценивает эмпатическое отношение к себе со стороны врача, что создает хорошую основу для сотрудничества, позволяя нивелировать негативное влияние семьи. В этом случае врач, поддерживая эмпатическую составляющую альянса, должен работать в отношении параметра «психообразование», улучшая понимание больным хода лечебного процесса и препятствуя негативному влиянию семьи относительно медикаментозной терапии;

- манипулирующий тип отношения семьи является наиболее неблагоприятным фоном для формирования терапевтического альянса по параметру «психообразование» и общего показателя терапевтического альянса. Такая ситуация возникает в результате того, что родственники, манипулируя лекарственной терапией и вовлекая в это врача, добиваются сохранения симбиотических отношений с больным и полного контроля над ним, что вызывает внутренний протест пациента относительно лечебного процесса. В такой ситуации улучшению терапевтического альянса способствует работа с семьей относительно психообразовательной составляющей (при поддержании эмпатии к пациенту) и интервенции, препятствующих манипуляциям со стороны родных;

- отстраненный тип отношения со стороны родственников не создает выраженных помех и особенностей для терапевтического альянса, и его успех в целом зависит от усилий врача, направленных на его формирование.

Таким образом, полученные результаты не только раскрывают особенности структуры терапевтического альянса у больных шизофренией, но и позволяют провести сфокусированную работу по созданию и поддержанию терапевтического альянса с учетом особенностей отношения семьи больного к проводимому лечению.

Список литературы

1. *Анкерман Н. Роль семьи в появлении расстройств у детей // Семейная психотерапия (хрестоматия) Э.Г. Эйдемиллер, Н.В. Александрова, В. Юстицкис.— Изд. «Речь», СПб, 2007, с. 228–243.*
2. *Лутова Н.Б., Макаревич О.В. Отношение членов семьи больных шизофренией к медикаментозному лечению.— Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. Бехтерева, 2009, № 4, с. 35–37.*
3. *Лутова Н.Б., Макаревич О.В. Типология отношения семьи к психотропным препаратам// Методические рекомендации.— НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2009, 18 с.*
4. *Лутова Н.Б., Макаревич О.В. Влияние семьи на медикаментозный комплайенс больных шизофренией.— Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. Бехтерева, 2010, № 2, с. 31–34.*
5. *Barclay L., Lie D. Family intervention for schizophrenia may reduce household stress. GAMIAN-Europe Newsletter, summer 2011, № 41, p. 14.*
6. *Docherty J.P., Fiester S.J. The therapeutic alliance and compliance with psychopharmacology. In: Hales R.E., Frances A.J. , eds. Psychiatry Update. Washington, DC: American Psychiatric Press Inc.; 1985; 4: Chap. 32.*
7. *Eisenthal S., Emery R., Lazare A., Udin H. "Adherence" and the negotiated approach to patienhood. Arch Gen Psychiatry. 1979; 39: 393–398.*
8. *Fiester A.R., Rudestam K.E. A multivariate analysis of the early dropout prosses. J Consult Clin Psychol. 1975; 43: 528–535.*
9. *Frank F., Gunerson J.G. The role of the therapeutic alliance in the treatment of schizophrenia. Arch Gen Psychiatry. 1990; 47 (3): 228–236.*
10. *Gomes-Schwatz B. Effective ingredients in psychotherapy: prediction of outcome from process variables. J consult Clin Psychol. 1978:46: 1023–1035.*
11. *Greenson R.R. The working alliance and the transference neurosis. Psychoanal Q. 1965; 34: 155–181.*
12. *Horowitz M., Marmar C., Weiss D., Marziali E. Brief psychotherapy of bereavement reactions: the relationship of prosses to outcome. Arch Gen Psyciatry. 1984; 41: 438–448.*
13. *Howard K., Rickels K., Mock J.E., et al. Therapeutic style and attrition rate for psychiatric drug treatment. J. Nerv Ment Dis. 1970; 150: 102–110.*

14. *Luborsky L. Helping alliance in psychotherapy. In: Claghorn J.L. ed. Successul Psychotherapy, New York, NY: Brunner/Mazel Inc; 1976: 92–116.*
15. *Luborsky L., Crits-Christoph P., Alexander L. Two helping alliance methods for predicting outcomes of psychotherapy: a counting sings vs a global rating method. J Nerv Ment Dis. 1983; 171: 480–492.*
16. *Marziali E., Marmar C., Krupnick J. Therapeutic alliance scales: development and relationship to psychotherapy outcome. Am J Psychiatry. 1981; 138: 361–364.*
17. *Misdrahi D., Verdoux H., Lancon C., Bayle F. The 4-Point ordinal alliance self-report: a self-report questionnaire for assessing therapeutic relationships in routin mental health. Compr. Psychiatry 2009; 50: 181–185.*
18. *Saltzman C., Leutgert M., Roth C., et al. Formation of a therapeutic relationship: experiences during initial phase of psychotherapy as predictors of treatment duration and outcome. J Consult Clin Psychol. 1976: 44: 546–555.*
19. *Tracy J. Impact of intake procedures upon client attrition in a community mental health center. J Cons Clin Psychol. 1977: 45: 192–195.*
20. *Velligan D.I., Weiden P.J., Sajatovic M., et al. The experts consensus guideline series: Adherence problems in patients with serious and persistent mental illness. J. Clin. Psychiatry. 2009; 70 (4): 1–47.*
21. *Zetzel E.R. Current concepts of transference. Int J Psychoanal. 1956; 37: 369–376.*

Данные об авторах

Лутова Наталия Борисовна — к. м. н., ведущий научный сотрудник отделения интегративной фармакопсихотерапии психических расстройств СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева. E-mail: lutova@mail.ru.

Макаревич Ольга Владимировна — м. н. с. отделения интегративной фармако-психотерапии психических расстройств СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева. E-mail: lysska@mail.ru.