

精神科工作同盟影响因素研究进展

李东菊 邵阳

【摘要】 现从近年来工作同盟的主要评估工具出发,分别从患方、医师以及治疗效果3个角度综述与工作同盟的关系研究。其中,患者自身的素质水平如精神病性症状严重、自知力低下、认知与社会功能受损严重,患者和医师都倾向于做出低水平的工作同盟评估;医师良好的沟通技巧、安全的依恋模式,或者在治疗过程中患者表现出更显著的依从性和症状改善,双方评定出更高水平的工作同盟;与治疗效果有关的依从性、症状改善、生活质量与社会功能也都与工作同盟有着不同的关系。

【关键词】 医师; 治疗效果; 工作同盟; 患者; 关系; 综述文献

doi: 10.3969/j.issn.1009-6574.2017.02.016

Research progress on influencing factors of working alliance in psychiatry Department LI Dong-ju, SHAO Yang. Shanghai Mental Health Center, Shanghai Jiao Tong University School of Medicine, Shanghai 200030, China

【Key words】 Physicians; Treatment outcome; Working alliance; Patients; Relation; Reviews

工作同盟(Working Alliance),又称为治疗联盟(Therapeutic Alliance)、帮助同盟(Helping Alliance),起源于精神分析学派,并被众多心理治疗流派所使用,被认为是心理治疗效果的重要预测因素。如今,越来越多的研究显示工作同盟在精神科治疗,特别是精神病性障碍的治疗中同样起了重要作用。

1 工作同盟的评估

1.1 评估工具的开发 Bordin在1979年提出了工作同盟的普遍定义,即工作同盟是医师和患者之间协商、合作达成目标的治疗关系,重点在于医师与患者之间的合作关系;包括3个方面,即患者和医师对治疗目标的协议,患者和医师对于如何实现目标的协议,个人纽带的发展。目前对工作同盟的评估工具都基于这一定义。比较常用的工具包括如下几种。

1.1.1 工作同盟量表(Working Alliance Inventory, WAI)^[1] 该量表包括医师和患者版,分别由36个条目组成,包括目标、任务与情感纽带3个因子。此后开发出了12个条目的简明版,夫妻治疗版和第三方观察者版。WAI简明版有着相当高的内部一致性(患者版Cronbach's α 系数为0.90~0.92,医师版为0.83~0.91)。

1.1.2 加州治疗同盟量表(The California Psychotherapy/Pharmacotherapy Alliance Scale)^[2] 该量表包括心理治疗问卷和药物治疗问卷,主要从患者参与度、患者工作能力、医师的理解和投入和双方对目标和治疗策略

一致性4个方面分别由患者和医师来评估工作同盟;医师部分额外加入了对患者阻抗分数的考评。患者与医师模块的内部一致性Cronbach's α 系数分别为0.83和0.73。

1.1.3 帮助同盟量表(Helping Alliance Scale)^[3] 该量表也有患者和临床医生两个版本。患者版有6个问题,涉及接受正确的治疗、感觉被理解、感觉被批评、医师致力于并积极参与治疗、对医师专业能力的信任以及与医师交流的感觉。临床医生版有5个问题:与患者相处,了解患者的意见,期待与患者会面,积极参与患者的治疗,可以帮助患者和有效治疗他/她。所有问题是从0(不是所有)到10(完全)的自我评分,得分越高意味着关系更好。

1.1.4 修订版帮助同盟问卷(Helping Alliance Questionnaire, HAQ-II)^[4] 该问卷是在早期宾州助人同盟评定量表(The Penn Helping Alliance Rating Scale, Penn, HAQ-I)的基础上开发的,从感觉有帮助和合作接纳两个层面评估患者对医师的感受和行为。前者被定义为患者对医师有能力提供所需要的帮助的体验,后者指为患者认识到治疗是与医师一同工作以实现治疗目标的过程。修订版共有19道题目,选项据被试自身情况分成强烈不同意到强烈同意6个等级。

1.1.5 其他 最近Widschwendter等^[5]开发了一个新的5个条目的简明工作同盟问卷(Brief Questionnaire on Therapeutic Alliance, BQTA),小样本的测试显示患者版与医师版的内部一致性Cronbach's α 系数分别为0.77和0.68。

作者单位: 200030 上海交通大学医学院附属精神卫生中心

通讯作者: 邵阳 Email:sawyer2002@vip.tom.com

上述评估工具分别从不同角度对工作同盟进行评估。WAI以Bordin的工作同盟定义为基础,因此注重评估工作同盟的结构组成;加州药物治疗同盟量表更注重治疗过程中双方参与程度与参与能力的衡量;帮助同盟量表及其修订版着重衡量双方参与治疗的体验与感受。不同的测量工具反映编制者对工作同盟的不同定义。这些测量工具都能够对工作同盟进行有效测量,并无优劣之别^[6-7]。

1.2 医师与患者的评估差异 在精神障碍患者工作同盟的研究中,患者与医师的评估有时存在差异,但之间的关系在以往的研究中显示出不一致的结果。在早期Davis和Lysaker^[8]的研究中,24例精神分裂症谱系障碍患者与其医师对工作同盟的评分呈正相关($r=0.41, P<0.05$)。McCabe等^[9]研究发现134名医师与507例分裂症患者的评分之间相关性较弱($r=0.13, P=0.004$),但各自均与更好的依从性相关。Höfer等^[10]对113例成年男性精神病性障碍患者和35名主诊医师的研究则认为两者的评分并无关联。

这种不一致从临床的角度来说是合理的,因为医师与患者的不同视角都反映了治疗关系中的一些独特方面。研究者认为,某些情况下临床医生既评定了患者的依从性,同时又担任了与患者关系评估的角色,也就是说,医师对患者药物治疗依从性的评估可能会干扰到医师对工作同盟的评估,当患者比较能够听从医师的推荐时,医师较容易给予更高的工作同盟评分。临床医生将特定患者与其他患者的关系进行比较,以此作为评估患者功能水平的依据。而患者的评级反映他们对于临床医生的关系的社会和个人经验的主观评价^[9]。

2 患方因素与工作同盟的关系

2.1 精神症状 一些研究表明,精神症状可能会影响医患双方对工作同盟的认识与评价。Johansen等^[11]发现PANSS激活性因子高分的早期精神分裂症谱系障碍患者对WAI评分更低,阳性症状高分患者对WAI的目标因子评分更低。提示兴奋、敌意、不合作和冲动控制不良等症是伴随负性关系体验的行为。另一方面,阴性症状得分高的患者,医师对工作同盟总分和任务因子分的评分越低。Höfer等^[10]同样发现,精神分裂症谱系障碍的患者对工作同盟的评分与其症状严重程度(BPRS总分与敌意分)呈负相关。

而Bourdeau等^[12]2009年对150例早期精神病性障碍患者进行的研究发现,虽然精神症状本身(简明精神病评定量表评分)与患者体验到的工作同盟质量并没有直接相关,但作为阴性症状结果的缺少朋友和缺乏休闲活动等社会能力损害程度与患者对工作同盟的体验不良密切相关。此外,抗精神病药物治疗有不良反应、生活质量比较高与患者对工作同盟的体验呈负相关。这显然是因为药物不良反应

给患者带来的挫折感使得其将不满指向了提供处方药物的医师。

2.2 自知力 自知力似乎也影响患者对工作同盟的评价,但研究的结果往往相互冲突。Novick等^[13]对903例精神分裂症或躁郁症患者的进行的1年随访发现,自知力高的患者,医师对其工作同盟的评价(WAI)也越高,其在1年后的症状严重程度也越低。但也有研究得出相反结论。Bourdeau等^[12]的研究就发现自知力与工作同盟水平呈负相关。同样,Prince^[14]对315例精神分裂症患者的研究发现,住院次数多的患者对疾病的认识也越深,但同时医师对工作同盟的评分也越低。对这一现象可能的解释是在精神疾病早期,缺少对疾病的自知力反而给患者带来了一定的乐观情绪。而多次住院的患者虽然对自己的病情和药物相关知识了解得更多,但对治疗抱有的期望也低,反而不容易配合治疗。同样,Kvrgic等^[15]发现自我污名化的精神分裂症患者对治疗同盟的评价更低,这提示单纯改善患者的症状对于建立互信的医患纽带和促进工作同盟帮助不大。

另一方面,患者的自知力也影响了医师对工作同盟的评价。Johansen等^[11]发现面对自知力不佳的患者,医师对治疗同盟的评分更低。这似乎反映了临床工作中的一个众所周知的挑战,当与患者谈判治疗目标的协议,往往很少或没有共同或没有现实共同或共同的想法:妄想或幻觉的患者认为医师工作朝向与自己不同的目标,而努力建立联合目标的医师觉得患者呈现缺乏自知力。有人可能会认为,由于缺乏共享的现实,与精神病患者的治疗工作自然会存在患者和治疗师对工作同盟的观点相关的因素的不同模式。

2.3 认知功能与社会功能 对急性期后的中年男性退伍军人群体的研究发现,语言记忆表现较差与患者报告的更强的工作同盟显著相关,而患者视觉空间推理表现更好则与更强的医师评价显著相关^[8]。这说明患者的神经认知能力可能差别地影响医师和患者对治疗同盟的感知。例如,医师喜欢与具有更高抽象推理能力的人一起工作,因此当患者在这个领域缺陷更少时,医师会感到更深的纽带。而言语记忆较差的患者,因不太能表达自己与医师的情感联系,不容易被医师注意到。这提示临床医师在与精神分裂症等伴有认知功能损害的患者沟通过程中应当适当调整自己的方式,以适应患者神经认知和心理功能的缺损。

在社会功能方面,Svensson和Hansson^[16]发现,精神分裂症患者与其他慢性患者在入院前的1年有更多的社交关系和更好的职业运作,能预测更强的工作同盟。在过去一年有更频繁的社会交往,那么医师对工作同盟的评分也越高。在另一项研究中,基本社会功能显著预测医师对工作同盟的评价。对

于康复期的重症精神障碍患者,有固定工作的患者对工作同盟的评价比无固定工作的患者更高^[17]。

3 医师因素与工作同盟的关系

3.1 沟通技巧 医师的沟通技巧也是一个重要影响因素。Thompson等^[18]研究发现,医师在临床沟通中的询问方式,会影响患者对治疗同盟的评价,而且这一关联与患者症状的严重程度无关。对于门诊治疗的精神分裂症患者,医师采用澄清性的陈述性提问方式,如“所以你感觉不太好?”“所以你对药物有些担心?”那他们对工作同盟的评价也越高,而且在此后6个月随访期中患者的依从性也越好。

Evans-Jones等^[19]对24组进行认知行为治疗的医师和精神病性障碍患者的调查发现,患者对工作同盟的评级与他们对医师共情能力($r=0.640$, $P<0.01$),专业能力($r=0.714$, $P<0.01$),吸引力($r=0.652$, $P<0.01$)和可信度($r=0.786$, $P<0.01$)呈正相关。

3.2 依恋模式 社会认知理论认为个体的行为都受到他人预期的影响,即使是在个体对这样的预期有自觉意识的情况下。专业人士对于患者能力可能有关于工作和社区参与低的预期,而这些可能会影响与患者之间治疗关系的发展^[20]。

既往研究表明,焦虑和回避型依恋模式的精神科工作人员不太容易与精神病性障碍患者建立关系,他们自己对工作同盟的评价也越低^[21-22]。焦虑性依恋模式的社区精神卫生专业人员对工作同盟的评分也更为负面,而且专业人员的悲观倾向和更为消极的工作态度在其中起到了中介作用^[15, 23]。这提示对于精神卫生专业人员而言,想要建立高质量的治疗联盟,除了要在自己的角色中感到安全和责任,还需要对患者康复的可能性保持乐观。

4 治疗效果与工作同盟的关系

4.1 依从性 在控制其他因素(症状严重程度)后,临床医生评分工作同盟的每个单位增加与良好依从性的优势比增加65.9%(34.6%~104.5%)相关。在调整临床医生评定的工作同盟和症状严重性后,对于患者评分工作同盟的每个单位增加,良好依从性的优势比增加20.8%(4.4%~39.8%)^[9]。在研究中,医师对工作同盟的评估与患者依从性的管理更高,这与之前一系列心理治疗患者的研究相反,一般认为在一系列复杂的精神疾病,如精神分裂症、情感障碍中,医师的评估可能与治疗结果的关系更密切。药物治疗时,当患者表现的依从性更高时,医师对工作同盟的评价更为积极。

4.2 症状改善 最近对精神障碍患者的工作同盟进行的系统综述^[24]发现了一些证据,表明共组同盟对住院、症状和功能具有预测作用,即更强的关系有更好的结果。Farrelly等^[25]研究了596例出院接受社区治疗的精神病性障碍患者和他们的病案管理人员

评价他们之间的治疗关系,发现与对工作同盟评价低(WAI<11分)的患者相比,对工作同盟评价高的(WAI>19分)患者在18个月随访中表现出再入院比例更低(17%比30%),自杀未遂率也更低(4%比17%)。同样,医师对工作同盟的评价高也能预测患者18个月中更少的再次住院和更低的伤害他人事件发生率。

4.3 生活质量与社会功能 Berry等^[26]对51组青年(18~36岁)精神病性障碍患者与医师为期5个月的随访研究显示,积极的工作同盟能够预测患者的社会融入和职业活动状况。其中,患者对工作同盟的正面评价能够有力预测患者的社会融入情况,或者说明患者的主观体验在个人恢复框架内的重要作用。而医师对工作同盟的评价越高,患者回归社会后的职业参与情况也越好,推测可能是因为感知了积极情感纽带的背景下,医师能够更好地帮助患者通过采取新的活动来应对出现的问题。对工作同盟评价越高的康复期患者,他们对于自己的职业满意度和就业前景的预期也越高^[27]。

关于工作同盟和精神疾病文献的回顾表明,良好的治疗关系提示患者有机会获得更好治疗结局,建立治疗关系对于获得改变是必要的。精神病性障碍患者积极的工作同盟有助于治疗依从性、症状减少、更好的生活质量、更好的整体功能和更好的工作表现^[16-17, 28]。

5 研究展望

如上所述,研究结果并不意味着因果关系,可以用不同的方式解释。更好的工作同盟可以导致更好的依从或更好的工作同盟或两者。Bentall等^[29]研究了工作同盟在认知行为治疗精神病的大规模试验中是否间接介导或对结果有直接的因果影响,发现这种关系对结果有直接的因果影响,这并不是影响患者形成良好工作同盟的其他潜在可能因素所解释的。

综上所述, Bordin对工作同盟的定义反映了医师医患关系的其中一个方面——合作关系,所以当医师表现出积极的助长性行为,如良好的沟通技巧、安全的依恋模式^[18-20],或者在治疗过程中患者表现出更显著的依从性和症状改善^[9, 25],双方评定出高水平的工作同盟,此时的医患关系呈建设性变化。同时患者自身的素质水平如精神病性症状严重、自知力低下、认知与社会功能受损严重,患者和医师都倾向于做出低水平的工作同盟评估,这也是不利于医患关系朝向积极的发展。

目前的研究探析了工作同盟的影响因素及其不同表现,那么良好或较低水平的工作同盟有哪些共性呢?比如,较低水平的工作同盟是不是意味着患者有症状表现较一般水平更加严重、更差的社会认知功能或水平更高的工作同盟是否表明医师具备更高的沟通技巧等,仍有待研究。未来的研究可能探

索如何实现更好的工作同盟。目前针对如何改善工作同盟的研究相对匮乏,一些干预研究显示有希望的结果^[30-31]。根据目前的发现,可以开发关注于医患协作关系并且具体地讨论药物治疗的干预措施,并对其效果进行研究。

当前的工作同盟研究多用横断面设计,纵向实验设计的长程跟踪研究,探索工作同盟随时间推移的变化,有待拓展。此外,据目前国内精神疾病的临床治疗经验,患者家属在患者疾病治疗中参与度较高,与医师的关系更加紧密,这是与国外工作同盟的不同之处,未来研究尝试探索家属角度的工作同盟。

参 考 文 献

- [1] Tracey TJ, Kokotovic AM. Factor structure of the working alliance inventory[J]. Psychol Assess, 1989, 1(3):207.
- [2] Weiss M, Gaston L, Propst A, et al. The role of the alliance in the pharmacologic treatment of depression[J]. J Clin Psychiatry, 1997, 58(5):196-204.
- [3] Junghan UM, Leese M, Priebe S, et al. Staff and patient perspectives on unmet need and therapeutic alliance in community mental health services[J]. Br J Psychiatry, 2007, 191(6):543-547.
- [4] Luborsky L, Barber JP, Siqueland L, et al. The Revised Helping Alliance Questionnaire (HAq-II) : Psychometric Properties[J]. J Psychother Pract Res, 1996, 5(3):260-271.
- [5] Widschwendter CG, Hofer A, Baumgartner S, et al. Therapeutic Alliance in Patients with Schizophrenia: Introduction of a New Rating Instrument[J]. J Psychiatr Pract, 2016, 22(4):298-307.
- [6] Martin DJ, Garske JP, Davis MK. Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: a meta-analytic review [J]. J Consult Clin Psychol, 2000, 68(3):438-450.
- [7] Horvath AO, Symonds BD. Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis[J]. J Couns Psychol, 1991, 38(2):139.
- [8] Davis LW, Lysaker PH. Neurocognitive correlates of therapeutic alliance in schizophrenia [J]. J Nerv Ment Dis, 2004, 192(7):508-510.
- [9] McCabe R, Bullenkamp J, Hansson L, et al. The therapeutic relationship and adherence to antipsychotic medication in schizophrenia [J]. PLoS One, 2012, 7(4):e36 080.
- [10] Höfer FX, Habermeyer E, Mokros A, et al. The impact of legal coercion on the therapeutic relationship in adult schizophrenia patients[J]. PLoS One, 2015, 10(4):e0 124 043.
- [11] Johansen R, Iversen VC, Melle I, et al. Therapeutic alliance in early schizophrenia spectrum disorders: a cross-sectional study [J]. Ann Gen Psychiatry, 2013, 12(1):14.
- [12] Bourdeau G, Thérout L, Lecomte T. Predictors of therapeutic alliance in early psychosis[J]. Early Interv Psychiatry, 2009, 3(4):300-303.
- [13] Novick D, Montgomery W, Treuer T, et al. Relationship of insight with medication adherence and the impact on outcomes in patients with schizophrenia and bipolar disorder: results from a 1-year European outpatient observational study[J]. BMC Psychiatry, 2015, 15:189.
- [14] Prince JD. Therapeutic alliance, illness awareness, and number of hospitalizations for schizophrenia[J]. J Nerv Ment Dis, 2007, 195(2):170-174.
- [15] Kvgic S, Cavelti M, Beck EM, et al. Therapeutic alliance in schizophrenia: the role of recovery orientation, self-stigma, and insight[J]. Psychiatry Res, 2013, 209(1):15-20.
- [16] Svensson B, Hansson L. Therapeutic alliance in cognitive therapy for schizophrenic and other long-term mentally ill patients: development and relationship to outcome in an in-patient treatment programme[J]. Acta Psychiatr Scand, 1999, 99(4):281-287.
- [17] Donnell CM, Lustig DC, Strauser DR. The working alliance: Rehabilitation outcomes for persons with severe mental illness[J]. J Rehabil, 2004, 70(2):12.
- [18] Thompson L, Howes C, McCabe R. Effect of questions used by psychiatrists on therapeutic alliance and adherence[J]. Br J Psychiatry, 2016, 209(1):40-47.
- [19] Evans-Jones C, Peters E, Barker C. The therapeutic relationship in CBT for psychosis: client, therapist and therapy factors[J]. Behav Cogn Psychother, 2009, 37(5):527-540.
- [20] O'Connell MJ, Stein CH. The relationship between case manager expectations and outcomes of persons diagnosed with schizophrenia[J]. Community Ment Health J, 2011, 47(4):424-435.
- [21] Berry K, Barrowclough C, Wearden A. Attachment theory: a framework for understanding symptoms and interpersonal relationships in psychosis[J]. Behav Res Ther, 2008, 46(12): 1 275-1 282.
- [22] Black S, Hardy G, Turpin G, et al. Self-reported attachment styles and therapeutic orientation of therapists and their relationship with reported general alliance quality and problems in therapy[J]. Psychol Psychother, 2005, 78(Pt 3):363-377.
- [23] Berry C, Greenwood K. The relevance of professionals' attachment style, expectations and job attitudes for therapeutic relationships with young people who experience psychosis[J]. Eur Psychiatry, 2016, 34:1-8.
- [24] Priebe S, Richardson M, Cooney M, et al. Does the therapeutic relationship predict outcomes of psychiatric treatment in patients with psychosis? A systematic review[J]. Psychother Psychosom, 2011, 80(2):70-77.
- [25] Farrelly S, Brown G, Szmukler G, et al. Can the therapeutic relationship predict 18 month outcomes for individuals with psychosis? [J]. Psychiatry Res, 2014, 220(1/2):585-591.
- [26] Berry C, Greenwood K. Hope-inspiring therapeutic relationships, professional expectations and social inclusion for young people with psychosis[J]. Schizophr Res, 2015, 168(1):153-160.
- [27] Fenton WS, Blyler CR, Heinssen RK. Determinants of medication compliance in schizophrenia: empirical and clinical findings[J]. Schizophr Bull, 1997, 23(4):637-651.
- [28] Solomon P, Draine J, Delaney M A. The working alliance and consumer case management[J]. J Ment Health Adm, 1995, 22(2):126-134.
- [29] Bentall R, Dunn G, Tarrier N, et al. The influence of therapeutic alliance on the effects of psychological treatment on symptomatic outcome in early schizophrenia patients[J]. J Consult Clin Psych, 2012.
- [30] Priebe S, McCabe R, Bullenkamp J, et al. Structured patient-clinician communication and 1-year outcome in community mental healthcare: cluster randomised controlled trial[J]. Br J Psychiatry, 2007, 191:420-426.
- [31] Van Os J, Altamura AC, Bobes J, et al. Evaluation of the Two-Way Communication Checklist as a clinical intervention. Results of a multinational, randomised controlled trial[J]. Br J Psychiatry, 2004, 184:79-83.

(收稿日期:2016-11-09)