

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
«Ярославский государственный педагогический
университет им. К.Д. Ушинского»

На правах рукописи

Богачева Ольга Юрьевна

**Эмпатия как профессионально важное качество врача
(на примере врачей терапевтов и врачей хирургов)**

Специальность 19.00.03 — Психология труда, инженерная психология,
эргономика по психологическим наукам

ДИССЕРТАЦИЯ
на соискание ученой
степени кандидата психологических наук

Научный руководитель:
доктор психологических наук,
профессор
Ю. П. Поваренков

Ярославль 2014

Содержание

Введение	1
Глава 1. Эмпатия как профессионально важное качество врачей	14
1.1. Место эмпатии в межличностных отношениях в трудах отечественных и зарубежных психологов.....	14
1.2. Основные подходы к проблеме профессионально важных качеств в различных концепциях профессионализации	29
1.3. Концепция эмпатии в медицинской практике	36
1.4. Психологический анализ деятельности врача терапевта и врача хирурга	66
Глава 2. Влияние эмпатии на эффективность деятельности врача терапевта и хирурга.....	81
2.1. Программа и методики эмпирического исследования.....	81
2.2. Эмпатия как профессионально важное качество врача терапевта и хирурга	87
2.2.1. Эффективность деятельности в различные стажевые периоды у терапевтов и хирургов	88
2.2.2. Влияние уровня развития эмпатии на эффективность деятельности терапевтов и хирургов	89
2.3. Специфические особенности эмпатии терапевтов и хирургов	95
2.3.1. Выраженность эмпатии терапевтов и хирургов	95
2.3.2. Психологическая структура эмпатии терапевтов и хирургов.....	100
2.4. Основные тенденции развития эмпатии в ходе профессионализации врачей терапевтов и хирургов.....	108
2.4.2. Выраженность эмпатии в различные стажевые периоды у терапевтов и хирургов	125
Заключение	133
Список используемой литературы.....	140
Приложения.....	158

Введение

Актуальность исследования

Объективные процессы развития психологии всегда отражали те процессы, которые происходят в обществе. Советская психология во главу изучения психики человека ставила процесс труда. Поворот общества в сторону большей гуманизации постепенно смещает фокус понимания человека в сторону признания его уникальности, собственной активности, свободы выбора и ответственности за него. Нарастает интерес психологов к комплексным, системным проблемам, которые побуждают ученых не только исследовать отдельные стороны психических феноменов и описывать их как нечто единое, но и в качестве единиц психики рассматривать более интегративные образования, основанные на трансформации структур индивидуального опыта человека [33]. В качестве такого интегративного образования все чаще стала рассматриваться эмпатия [42], которая за счет самого характера эмпатических явлений позволяет субъекту понимать окружающий мир, воздействовать на него и вследствие этого меняться самому.

Программа модернизации здравоохранения, проводящаяся в стране, ставит своей целью получение населением качественной медицинской помощи при снижении материальных издержек и в равной мере направлена на лечение и на профилактику заболеваний. Одним из возможных способов решения этой задачи является развитие у врачей такого качества как эмпатия. Доказано, что

в клинической практике эмпатия крайне эффективна, потому что приводит к более точным и ранним диагнозам, лучшей согласованности и более эффективному планированию лечения, позволяет избегать бесполезных медицинских тестов и госпитализации, таким образом снижать стоимость медицинских услуг [114].

Исследования эмпатии в практике помогающих профессий идут по двум основным направлениям: эмпатия как фактор формирования мотивации, обусловившей выбор профессии и как фактор успешности профессиональной деятельности, обеспечивающий адекватность социальной перцепции и успешность совладания в ситуациях, провоцирующих эмоциональное сгорание (Дорошенко, 2007; Козина, 1998; Панкова, 2003; Тютяева 2002). Разрабатываются методы развития эмпатии, прежде всего в педагогике. Однако комплексного исследования эмпатии, обусловленного профессиональными особенностями врачей разных специальностей, не проводилось.

Важным аспектом решения этой проблемы является отсутствие данных о структуре эмпатии врачей разных специальностей, ведущих каналах эмпатии, обеспечивающих этот процесс, выраженности эмпатии в различные периоды профессионализации, то есть остается открытым вопрос о месте эмпатии в структуре профессионально важных качеств врачей разных специализаций.

При изучении эффективности деятельности врачей на первый план выступает соотношение развития профессионально важных качеств и профессиональных знаний (Ташлыков, 1960; Телешевская, Погибко, 1978; Лигер, 1997; Ясько, 2009; Nojat, 2007). Специфика медицинской деятельности заключается в традиционном разделении на два вида специализированной помощи: терапевтической и

хирургической, предполагающей в первом случае долговременные контакты с больным, а во втором – кратковременные. Соответственно не только способы оказания помощи пациентам разные: консервативные и оперативные, но и разный характер профессиональных и социальных взаимодействий, в которые вступают эти врачи по роду своей деятельности. Поэтому содержательное наполнение и специфика профессионально важных качеств терапевтов и хирургов, необходимых для эффективной реализации их деятельности, различны [30,106]. Касается это и такого необходимого качества для врачебной деятельности как эмпатия. Однако в научной литературе вопросы исследования специфики эмпатии в профессиональной деятельности врачей разных специальностей, требующей разной степени и характера эмпатии, практически не изучаются. Накопленные сведения относительно места и роли эмпатии в практике терапевтов и хирургов противоречивы по своему характеру и не дают ответа на вопрос о влиянии эмпатии на эффективность их деятельности. Эмпатия терапевтов и хирургов изучалась в основном как личностное свойство и рассматривалась как отдельная проблема, не учитывающая эмпатические особенности применительно к конкретному виду деятельности. В данной работе предпринята попытка анализа специфики эмпатии у врачей противоположных профилей деятельности в естественной целостности как отражающей значение эмпатии в их повседневной практике.

Современные отечественные концепции профессионализации существенно не затрагивают динамику развития отдельных профессионально важных качеств на протяжении всей трудовой деятельности (Бодров,2001; Зеер, 2006; Климов,

1996; Поваренков, 1991). Касается это и труда врачей. Постановка в локус внимания динамики развития эмпатии врачей терапевтов и хирургов позволяет более глубоко проследить проявление эмпатии в различные периоды профессиональной деятельности и оценить ее влияние на профессиональную успешность.

В этой связи выявление взаимосвязи эмпатии и эффективности профессиональной деятельности у врачей разной специализации представляется актуальным и обоснованным как с теоретической точки зрения, так и с практической. Оно позволит определить содержательную специфику эмпатии терапевтов и хирургов, внесет вклад в развитие представлений о профессиональной пригодности и ее прогнозировании, отвечает реализации теории «пролонгированного отбора» или мониторинга развития профессиональной пригодности специалиста в условиях реальной деятельности (Бодров, 2006, 2007).

Практическая значимость исследования влияния эмпатии на эффективность деятельности терапевтов и хирургов направлена на преодоление избыточной диагностики, технологической ориентации в современной медицине, повышения качества, предоставляемых медицинских услуг, разработке методов дифференцированной психологической подготовки будущих медиков.

В своем исследовании мы рассматривали эмпатию не как некую изолированную сущность, не как однажды данное и неизменное свойство личности, а как целостное явление, которое формируется и развивается в социальном взаимодействии, коим является профессиональная деятельность врача. В основу нашего исследования мы положили изучение психологической

структуры эмпатии, ее выраженности, ведущих каналов эмпатии через которые осуществляется влияние эмпатии на деятельность врачей терапевтов и хирургов на протяжении всей их профессиональной деятельности. Таким образом, мы не только определим характер, специфику эмпатии врачей разной специализации, но и ответим на вопрос, как, изменяясь в социальном взаимодействии в течение профессиональной жизни, эмпатия влияет на эффективность деятельности.

Эмпатия рассматривается нами как индикатор профессиональной успешности врача и в этой связи, представляется актуальным исследование эмпатии как профессионально важного качества.

Цель исследования состоит в выявлении влияния уровня развития эмпатии на эффективность деятельности врача (терапевта и хирурга) на основе анализа психологической структуры эмпатии и основных тенденций развития в ходе профессионализации.

Объект исследования — представители двух врачебных специализаций: врачи терапевты и врачи хирурги.

Предмет исследования — взаимосвязь структуры эмпатии и эффективности деятельности в разные периоды профессионализации.

В исследовании были выдвинуты следующие **гипотезы**:

1. Эмпатия терапевтов и хирургов отличается качественным своеобразием влияния, которое она оказывает на эффективность деятельности.

2. Эмпатия терапевтов и хирургов имеет общие и специфические особенности, отражающие значение эмпатии в повседневной деятельности.

3. Динамика развития эмпатии терапевтов и хирургов в процессе

профессионализации различна.

В соответствии с целью и гипотезами исследования были сформулированы следующие **задачи**:

1. Провести теоретический анализ проблемы соотношения эмпатии и эффективности деятельности в медицинской практике.

2. Выявить влияние, оказываемое эмпатией на эффективность деятельности терапевтов и хирургов.

3. Определить специфику эмпатии терапевтов и хирургов через установление ведущих каналов эмпатии, структуры эмпатии и ее выраженности.

4. Установить общие и специфические тенденции развития эмпатии терапевтов и хирургов в ходе профессионализации.

Методологической базой исследования являются основные положения системного подхода (Б. Ф. Ломов, В. А. Барабанщиков) и субъектно-деятельностного подхода (К. А. Абульханова-Славская, Б. Г. Ананьев, А. Н. Леонтьев, В. С. Мерлин, В. Д. Шадриков).

Теоретической основой исследования стали работы, посвященные феномену эмпатии (Т. Липпс, В. Дильтей, К. Роджерс, Д. Смит, Т. П. Гаврилова, Н. Н. Обозов, В. В. Бойко, И. М. Юсупов), концепции эмпатии в медицинской практике (Ю. В. Гиппенрейтер, Б. Д Карвасарский С. А. Лигер, В. А. Ташлыков, Б. А. Ясько, Carmel S. & Glick S., M. Hojat, M. Kliszcz, J. Hebanowski, M. & Rembowski J., Mehrabian A. & Epstein N., A. Peabody F. W., Schwaber E., Spiro H.), концепция оперативности психического отражения (Д. А. Ошанин, В. Д. Шадриков), концепции профессионального развития личности специалиста

(В. А. Бодров, Е. А. Климов, Э. Ф. Зеер, К. К. Платонов, А. К. Маркова, Ю. П. Поваренков).

Методы исследования. Для выполнения поставленных в исследовании задач использовались методы: анкетирование; психологическое тестирование. Для тестирования использовались следующие взаимодополняющие методики: тест диагностики уровней эмпатических способностей В. В. Бойко, диагностика уровня поликоммуникативной эмпатии И. М. Юсупова, шкала эмпатического отклика А. Мехрабяна, П. Эпштейна, метод экспертных оценок.

Для статистической обработки и анализа эмпирических данных были использованы: методы описательной статистики (среднее арифметическое, стандартное отклонение, коэффициент вариации), методы сравнения средних (U-критерий Манна-Уитни), корреляционный анализ (коэффициент r-Спирмена), множественный регрессионный анализ (метод главных компонент).

Надежность и достоверность полученных результатов обеспечивалась теоретической и методологической обоснованностью исследования; использованием методов исследования, адекватных целям и задачам исследования; сочетанием количественного и качественного анализа результатов, непротиворечивостью результатов исследования, а также репрезентативностью и объемом выборки. Всего в исследовании приняло участие 120 человек: врачи терапевты — 60 человек и врачи хирурги — 62 человека. Для получения статистически достоверных данных врачей терапевтов и врачей хирургов представляли специалисты всех направлений консервативной и оперативной медицины.

Математическая обработка данных осуществлялась с применением программы STATISTICA 6.0, IBM Statistics SPSS Base 13,0.

Научная новизна исследования.

Впервые в работе осуществлен комплексный анализ содержательного наполнения, специфики и динамики развития эмпатии в ходе профессионализации представителей двух основных видов медицинской деятельности: терапевтов и хирургов. Результаты теоретического анализа обосновывают позицию о том, что рассматриваемый феномен оказывает противоположное влияние на деятельность терапевтов и хирургов и занимает различные места в структуре профессионально важных качеств.

В исследовании определена специфика выраженности эмпатии терапевтов и хирургов. Установлено, что для терапевтов характерен более высокий уровень развития эмпатии по сравнению с хирургами.

Впервые выявлены структура и ведущие каналы эмпатии терапевтов и хирургов, отражающие характер и степень влияния эмпатии на профессиональную успешность.

Впервые выявлена структура эмпатии терапевтов и хирургов и основные тенденции ее развития в процессе профессионализации. Установлено, что для терапевтов характерно угасание всех видов измеряемой эмпатии с возрастом и опытом, а для хирургов — угасание с опытом и возрастом поликоммуникативной эмпатии и возрастание в последнем профессиональном

периоде эмпатических способностей.

Раскрыты особенности влияния эмпатии на эффективность деятельности врачей терапевтов и хирургов, приходящуюся на период от 10 до 30 лет стажа.

У хирургов не выявлено прямой связи между эффективностью деятельности и эмпатией. Установлено, что на период от 10 до 30 лет стажа происходит максимальное снижение уровня выраженности эмпатии, и она оказывает минимальное влияние на эффективность деятельности.

Установлено, что у терапевтов в этот период наблюдается наибольшая выраженность эмпатии, и она оказывает максимальное влияние на эффективность деятельности, что эмпирически доказывает значение эмпатии как профессионально важного качества врача терапевта.

Теоретическая значимость исследования состоит в развитии представлений о взаимосвязи эмпатии и эффективности деятельности в ходе профессионализации у терапевтов и хирургов. Показана специфика эмпатии терапевтов и хирургов через анализ ее структуры, выраженности, ведущих каналов в различные периоды профессиональной деятельности. Выявленные особенности эмпатии терапевтов доказывают ее влияние на эффективность их деятельности. Полученные данные уточняют теоретические представления о месте эмпатии в структуре профессионально важных качеств терапевтов и хирургов.

Практическая значимость исследования заключается в возможностях использования полученных результатов для создания моделей профессионального отбора и аттестации специалистов консервативной и оперативной медицины

в учебных заведениях, на курсах повышения квалификации врачей, облегчает задачу прогнозирования профессиональной успешности. Результаты исследования могут быть использованы в целях составления практических рекомендаций терапевтам и хирургам для дальнейшего совершенствования и планирования карьеры. Расширение знаний об эффективности эмпатии терапевтов и хирургов и их использование на практике позволит преодолеть избыточную диагностику, технологическую ориентацию, снизить стоимость предоставляемых медицинских услуг и повысить качество медицинского обслуживания.

Положения, выносимые на защиту.

1. Эмпатия врачей терапевтов и хирургов, отражая специфику их труда, оказывает разное влияние на эффективность деятельности. Эффективность деятельности терапевтов и хирургов зависит от степени выраженности эмпатии: чем выше выражена эмпатия у терапевтов, тем выше эффективность их деятельности, чем ниже выражена эмпатия у хирургов, тем выше эффективность их деятельности.

2. Содержательное наполнение и специфика такого профессионально важного качества как эмпатия у терапевтов и хирургов отличается качественным своеобразием и заключается в различных количественных и структурных характеристиках указанного выше свойства. Ведущими каналами эмпатии, обеспечивающими эффективность деятельности терапевтов, являются аффективные. Ведущими каналами эмпатии хирургов являются когнитивные.

3. Динамика развития эмпатии в ходе профессионализации у терапевтов и хирургов различна. Она характеризуется у терапевтов максимальным повышением эмпатии к периоду наибольшей эффективности деятельности и ее постепенным разрушением после наступления пенсионного возраста. Динамика развития эмпатии в ходе профессионализации хирургов характеризуется падением эмпатии в самый эффективный период деятельности и повышением эмпатии в период снижения эффективности деятельности.

Апробация работы. Основные положения и результаты исследования докладывались и обсуждались на заседаниях кафедры общей и социальной психологии ФГБОУ ВПО «Ярославский государственный педагогический университет им. К. Д. Ушинского». Теоретические и эмпирические результаты различных этапов исследования были представлены на Международной научно-практической конференции «Наука и образование: современное состояние и перспективы развития» (28 февраля 2013 г., г. Тамбов), на VIII Международной научно-практической конференции «Современная психология: теория и практика» (2–3 апреля 2013 г., г. Москва), на V Международной научно-практической конференции «Актуальные вопросы науки» (16 апреля 2013г., г. Москва). Результаты исследования отражены в научных публикациях автора, в том числе в ведущих журналах, рекомендованных ВАК РФ.

Объем и структура работы. Диссертация состоит из введения, двух глав, заключения, библиографии и приложений. Работа содержит 26 рисунков. Список использованной литературы содержит 201 источник, из них 95 на иностранных языках.

1. Эмпатия как профессионально важное качество врачей

1.1 Место эмпатии в межличностных отношениях в трудах отечественных и зарубежных психологов

Наверно, нет необходимости говорить о том, что такие человеческие качества как сердечность, благожелательность, дружелюбность, приветливость всегда были высоко ценимыми в цивилизованном обществе. По мере расширения и углубления межличностных, межконфессиональных и международных связей эти качества становились более востребованными. А когда в процессе эволюции человеческой деятельности выделяются такие специфические формы межличностного взаимодействия как: воспитание, обучение, культура, медицина и т. п. происходит дальнейшее углубление и развитие этих качеств, которые предстают в форме сопереживания, сочувствия, сострадания.

С началом двадцатого века феномен эмпатии попадает в круг интересов ученых, как особый психологический акт, свойственный человеку.

Хотя первоначально этот термин появился у Р. Фишера еще в 1873 году. Первичным значением понятия «эмпатия» является вчувствование в объекты (состояние человека, произведение искусства, объект природы и т.д.) с целью восприятия, познания [42]. Немецкий психолог Т. Липпс в 1900 году создает теорию вчувствования, согласно которой вчувствование – это механизм эстетического восприятия и познания другого человека и мира в целом. В 1907 году Т. Липпс в работе «Знание о чужом «Я»» выразил мысль, что у человека имеется род знаний, выражающийся в том, что в определенных условиях

воспринимаемые в другом человеке физические проявления и жизнь сознания связываются аналогично его собственным.

Чувственное восприятие и распознавание чужого внутреннего состояния происходит в одном неразделимом акте. При восприятии чужого выражения субъект испытывает тенденцию воспроизвести его, у него актуализируются ощущения, соответствующие этому состоянию. Автор заключает, что знание субъекта о состоянии объекта основывается на вчувствовании или потребности в подражании и потребности в выражении, которые и образуют это вчувствование [73].

В эволюционном учении Ч. Дарвина была высказана мысль о положительном отношении особей животного мира в форме сочувствия и содействия в борьбе за выживание вида. Он одним из первых обратил внимание на связь эмоций человека и животных. В соответствии с идеей о единстве онтогенеза и филогенеза была высказана мысль о биологическом происхождении и наследственной передаче ребенку чувства сопереживания. Механизмы развития сочувствия объяснялись эмоциональным заражением и подражанием ребенка взрослому. Проявление чувств передавалось из поколения в поколение посредством наследственных кодов без участия факторов обучения и воспитания. Т. Липпе также считал, в основе механизма эмпатии лежит моторное подражание, благодаря которому эстетические переживания и эмоциональные состояния воспринимаются непосредственно. Он полагал, что существует необходимая связь между внутренним миром и телом. Благодаря ей некоторые телесные состояния и изменения превращаются в жизненные проявления сознания. Таким образом, кинестетика является для

человека способом обнаружения и выражения его сознания. Конечно, это видимое выражение важно, прежде всего, для стороннего наблюдателя. В целом, Т.Липпе рассматривает вчувствование как универсальный психический процесс [42].

Тема вчувствования также разрабатывалась и А. Бергсоном — основателем интуитивизма. «Абсолютное может быть дано только в интуиции, тогда когда все остальное только в анализе. Интуицией мы называем здесь вчувствование, посредством которого переносятся внутрь предмета, чтобы испытать совпадение с тем, что есть в нем единственного и, следовательно, невыразимого» [73].

Наряду с Т. Липпсом и А. Бергсоном большой вклад в признание феномена вчувствования внес основоположник понимающей психологии В. Дильтей. Он придал научный статус слову «переживание», которое рассматривал как синоним сочувствия и вчувствования.

Заслуга Дильтея в том, что он обратил внимание других на практическую и методологическую ценность понимания вообще и чувственного понимания в частности. Он определил уровни понимания, которые выделяются по степени связи с переживаниями.

Продолжая логику иерархии типов понимания Дильтея, К. Ясперс разделяет рациональное и эмпатическое понимание. Эмпатия в представлении Ясперса является результатом опыта человеческого общения и «человечности, укорененной в культуре». В. Дильтей и К. Ясперс с помощью введения понятия вчувствование - эмпатия определили границы предмета психологии: что может быть понято эмпатически, является предметом психологии [42].

Эдит Штайн одной из первых проанализировала отличия вчувствования от

симпатии, эмоционального заражения и идентификации, главное, в которых, что это именно мои чувства. «Они могут быть результатом вчувствования, но не являются опытом другого сознания. Это мое чувство по поводу другого (симпатия) или, например, при идентификации чувство другого становится моим, я ощущаю его как свое собственное. Таким образом, она оставляет за вчувствованием узкое и конкретное значение – как данность опыта, переживание другого сознания» [42,с.53].

Современный термин «эмпатия» вводит в психологию Э. Титченер в 1909 году по аналогии со словом симпатия. В понимании Титченера эмпатия – это всеобъемлющий механизм познавательных процессов, позволяющий чувствовать себя в состоянии другого человека, проникать в чувства другого и основанный на внутренней имитации.

Бихевиористическое понимание феномена представлено двумя смежными направлениями. Первое из них основано на идее, что любое научение, в том числе и эмоциональное, происходит посредством подкрепления. Поведение субъекта определяется воздействием на него социальной среды. Второе направление связано с имитацией одобряемого поведения. Что применительно к деятельности врача находит свое подтверждение. Закрепление эмпатического поведения или, наоборот, его разрушение зависит и от того насколько данное качество принято в данном врачебном коллективе [106; 15]. Существует также теория замещающего поведения, рассматривающая эмпатию как возбуждение аффекта у индивида при наблюдении за состоянием другого лица.

В рамках бихевиоризма возникли теории инстинктивного происхождения

симпатии (М. Мак-Дауголл), условно-рефлекторного характера эмпатических реакций (Х. Ф. Олпорт).

Г. Олпорт вводит понятие эмпатии в психологию личности и описывает ее как способ понимания личности и как процесс, осуществляемый самой личностью. Исследования Г. Олпорта и Дж. Мида, вкупе с идеями о децентрации Ж. Пиаже положили начало изучению когнитивного в эмпатии.

М. Шелер описывал вчувствование как особого рода чувствование чужого чувства, не как знание о нем и не как переживание. Он придавал вчувствованию фундаментальный характер и считал его основой симпатии. В теории М.Шелера произошла интеграция гносеологического подхода к определению эмпатии как познанию (вчувствование) и этического подхода к эмпатии как к отношению (симпатия).

В психоаналитической традиции взгляды на эмпатию выражены как сонастроенность субъекта на другого человека. По этому признаку аналитики разделяют людей на синтонных, т. е. инстинктивно с социальной средой и людей эмоционально не отзывчивых. Признается, что эмпатия объединяет людей в стремлении к взаимопониманию и создает между ними чувство общности. Сопереживание соотносится с когнитивным проникновением в намерения другого лица, а сочувствие- с эмоциональной игрой роли через прочувствование состояния объекта эмпатии. В контексте рассмотренных выше взглядов на эмпатию прослеживается существование общего механизма этого феномена — эмоциональной и интеллектуальной децентрации субъекта при проникновении его в состояние эмпатируемого объекта.

Возникновение движения групп послужило толчком к возобновлению интереса к эмпатии. Философскими основаниями такого движения стали феноменология Э. Гурсселя, экзистенциализм С. Кьеркегора и М. Бубера, постпозитивистская концепция «личностного знания» М. Полани. В целом это означало возникновение наряду с психоанализом и бихевиоризмом нового направления — гуманистической психологии. Одним из главных элементов психотерапевтической работы с пациентами в гуманистической психологии является понятие эмпатии. Концепция М. Бубера о природе соотношения «я–ты» была синтезирована в гуманистической психологии с роджерсовскими представлениями о личностной аутентичности, конгруэнтности, эмпатическом слушании и безусловном позитивном принятии личностного начала в другом [74].

Первоначально К. Роджерс определил эмпатию как состояние: «Быть в эмпатии означает воспринимать мир другого точно, с сохранением эмоциональных и смысловых оттенков. Как будто становишься этим другим, но без потери «как будто», так ощущаешь радость или боль «другого», как он их ощущает. Но обязательно должен оставаться оттенок «как будто». Если этот оттенок исчезает, то возникает состояние идентификации. Эмпатическое понимание подразумевает способность терапевта воспринимать субъективный опыт клиента и то значение, которое он для него имеет в самый момент терапевтического контакта. Это не диагностическое объяснение переживаний клиента или механическое повторение слов, но состояние «быть с клиентом», оставаясь при этом самим собой. Это активное слушание и понимание чувств и личностных смыслов так, как они переживаются самим клиентом.

В дальнейшем происходит отказ от такого понимания: «Я больше не говорю состояние эмпатии, потому что думаю, что это скорее процесс» [77].

Умение войти в мир другого человека без предвзятости, оставив на время свою точку зрения, важный фактор не только для психологического благополучия человека, но и способствует процессу выздоровления. «Эмпатия — это все равно, что смотреть на мир глазами пациента: лучше понимать своих пациентов, сидеть рядом с ними, видеть мир в их проекции. Но эмпатия может гораздо в большей степени, даже терапевтически, помочь врачам в лечении своих больных», — говорит известный специалист в области медицинской эмпатии д-р. Хойят [132].

Подводя итоги, можно сказать, что в трудах Р. Роджерса оформляется интеграционный подход к определению эмпатии. Она рассматривается как процесс проявления чувствительности к состоянию другого человека; переживание как разделение чувств с другим с сохранением дистанции; коммуникативное действие как когнитивное переосмысление эмоциональных проявлений; установка, направленная на заботу и поддержку в действие. «Такая установка является основой эмпатии как необходимого и достаточного условия личностного роста в любых помогающих отношениях» [42].

К современным зарубежным представителям интеграционного подхода к эмпатии можно отнести Д. Смита (1989), который изучал ее в связи с проблемой межличностного знакомства. Согласно Смицу, с помощью эмпатического восприятия мы знакомы с человеком как таковым и уже при видении другого человека включен элемент эмпатии, который отсутствует при восприятии объекта не из мира людей. При видении человека мы проецируем себя на его место. « Этот

вид понимания – предназначенный для людей, но не для деревьев – есть элементарная форма эмпатии». Также Смит предположил, что необходимым элементом эмпатии должно быть воображение. Что на практике отражается в словах типа: «Могу себе представить, что ты чувствуешь». Воображение может быть осознанным и неосознанным, но в любом случае оно является необходимым для достижения эмпатии. Эмпатия не столько процесс идентификации с другим, сколько понимание переживаний другого, основанное на способности воображать. Тем не менее, он считал, что эмпатия имеет эмоциональный, а не когнитивный характер, поскольку представляет собой живой человеческий контакт. И она способна исцелять как в терапии, так и повседневной жизни.

Согласно Д. Смиуту, совершенная эмпатия встречается редко. В основном мы имеем дело с различными модальностями эмпатии, соответствующими степени ее интенсивности. Так, «Я» находится на пересечении эмпатии и симпатии, когда чувствует сходное с тем, что чувствуют она или он. «Я» на пересечении эмпатии и телепатии тогда, когда оно буквально «разделяет» переживания другого, открывает их в себе. И «Я» на пересечении эмпатии и полной идентификации, когда теряет границу «как если» и действительно думает, что оно другой [73]. Но это случаи уже клинические.

В отечественной психологии термин эмпатия утвердился только в 70-е годы благодаря исследованиям Т. П. Гавриловой, и эмоциональная трактовка поначалу преобладала [22]. Так, Гаврилова, рассматривая развитие эмпатии в онтогенезе в связи с формированием мотивационной направленности на себя и на другого, выделила 2 вида (уровня) эмпатии:

– сопереживание — более импульсивное переживание индивидом тех же чувств, которые испытывает другой, но обращенное на себя;

– сочувствие — переживание неблагополучия другого как такового, безотносительно к собственному благополучию. Этот уровень опосредуется через когнитивные каналы.

Другие отечественные исследователи выделяют триаду: сопереживание, сочувствие, содействие [86].

Сопереживание и сочувствие проявляются не только в чистом виде. Иногда в сочувствии можно обнаружить элементы сопереживания и наоборот, но обязательно один вид доминирует.

Исходя из представлений о различном характере направленности в общении — на себя или на другого, предполагается, что индивид может быть в большей степени ориентирован на собственные интересы и потребности и на потребности другого. Тогда в первом случае по отношению к партнеру он будет испытывать сопереживание, а во втором — сочувствие. Иначе говоря, в основе сопереживания лежит потребность в собственном благополучии, а в основе сочувствия — потребность в благополучии другого. Поскольку в сопереживании и сочувствии актуализируются различные по направленности потребности, то переживания эти разнонаправлены. Различна также их предметная отнесенность — предметом сопереживания является сам индивид, а предметом сочувствия — другой человек.

Однако если те или иные мотивы закреплены в структуре личности индивида, наиболее типичным для него будет тот или иной эмпатии. Сопереживание и сочувствие, как устойчивые эмпатические переживания в различных ситуациях,

будут побуждать индивида к эгоистическому или альтруистическому поведению по отношению к другому человеку.

Испытывая сопереживание или сочувствие, индивид может одновременно переживать непосредственное эмоциональное отношение к другому или жалость. Жалость возможна при альтруистическом и при эгоцентрическом типах эмпатических реакций. Феноменально они идентичны, а по существу это разнонаправленные переживания. В отличие от форм эмпатии, реализующихся в своей побуждающей функции, жалость не является мотивирующим переживанием. Скорее она выступает как показатель сензитивности индивида к определенным ситуациям и переживаниям.

На сегодняшний день можно констатировать сохраняющиеся разногласия в самом термине эмпатии. Здесь можно выделить четыре категории определений: эмпатия как чувство [6; 109], эмпатия как способность [76; 93], эмпатия как своеобразный процесс, последнее объединяет все выше перечисленные понятия в одном определении, иногда не совсем аргументировано [67]. Например, эмпатия — это способность понимать и проникать в мир другого человека, а также предать ему это понимание. Существуют три уровня эмпатии. Самый глубокий — способ бытия, способ быть вместе с другим, способ понимания нюансов и сложностей его внутренних миров. Затем, эмпатия как полезный способ профессионального присутствия, способ профессионального контакта с клиентами. Последнее, эмпатия — это коммуникативный навык, которому можно научиться [34].

Обобщая исследования психологов в области механизмов эмпатии можно выделить несколько линий. По мнению одних в основе эмпатии лежит процесс

эмоциональной идентификации. Для этого человек должен обладать достаточно развитой личностной рефлексией. И стабильность выражения эмпатического переживания или сочувствия зависит от уровня нравственного сознания человека: чем оно выше, тем стабильнее эмпатические формы [14; 23].

Другие эмпатические механизмы, рассматриваемые в качестве основы — это такие феномены как эмоциональное заражение, эмоциональная и когнитивная децентрация. Эмоциональное заражение связано с восприятием эмпатогенной ситуации. Это детерминирует сопереживание. Далее следует осознание, анализ ситуации посредством личностной рефлексии. Затем с помощью эмоциональной децентрации субъект эмпатического взаимодействия пытается встать на точку зрения другого человека, что репрезентируется субъекту в форме сочувствия. Третий действенный этап эмпатии состоит из двух звеньев: внутреннего содействия и реального содействия [19].

Другие исследователи считают, что потребность в другом человеке направляет эмпатический процесс [86].

Существует аналоговое моделирование субъектом эмпатии объекта эмпатии, включающего целостность открытой и латентной деятельности. В латентных переменных если доминирует информативность — имеет место познавательная эмпатия, если эмоциональность — эмоциональная эмпатия. Моделирование ведется по части открытой информации об объекте. Человек воспринимает некоторое, но достаточное многообразие открытых переменных объекта эмпатии, по ним он строит в своем мире психическую модель открытой и латентной деятельности объекта в ее целостности. В этой модели снимается необходимая

информация о латентных переменных объекта и неизвестных в данный момент открытых переменных [85].

Социальная перцепция играет ведущую роль в эмпатическом процессе, считают другие ученые [45, 51]. Социализация и самовоспитание вырабатывают программу анализа микромимики с учетом сложившейся ситуации и знаний особенностей изучаемого лица, что лежит в основании процесса эмпатии. Для эмпатии характерно быстрое определение эмоционального состояния, намерений и мыслей воспринимаемого лица. Эмпатия как способность включает в себя высокое развитие сенсорной и эмоциональной чувствительности, глубокий и гибкий ум.

Попытку дать всестороннее объяснение эмпатии предпринял И. М. Юсупов [103]. Разработанная им структурная модель эмпатии, позволяет рассмотреть ее с разных позиций и вывести ее частные проявления.

В сфере отражательной функции психического эмпатия выступает в когнитивном направлении и реализуется через идентификацию субъекта с эмпатируемым объектом.

В сфере регулирующей функции эмпатия представлена как действенная эмоциональная идентификация, проявляется как акт интерперсонального отождествления, в котором переживания другого репрезентированы субъекту как его собственные. В сфере произвольного отражения и регулирования эмпатия может выступать как осознанное психическое явление, лишенное эмоционального компонента.

В сфере произвольного отражения и регулирования эмпатия предстает как

аффективное подсознательное явление и протекает в форме сопереживания или сочувствия.

В практических наблюдениях, по мнению И. М. Юсупова, почти невозможно разделить эмпатию на когнитивный и аффективный компоненты, поскольку она проявляется как целостное явление.

Схожую позицию занимает Н. Н. Обозов, который пошел по пути объединения когнитивного и аффективного компонентов эмпатии и разработал структурно-динамическую модель эмпатии. Эмпатическое отношение описывается как целостный эмпатический процесс (восприятие объекта эмпатии- сопереживание- сочувствие- внутреннее содействие- реальное содействие), имеющий трехкомпонентную структуру, в каждом звене которого функционирует один из трех компонентов (когнитивный, аффективный, конативный) или их сочетание. Высшую ступень занимает действенная форма эмпатии, среднюю — эмоциональная (сопереживание сочувствие), низшую — когнитивная [63].

В. В. Бойко, кроме аффективно-когнитивной сферы, выделил еще и интуитивный канал, который свидетельствует о способности респондента видеть поведение партнеров, действовать в условиях дефицита информации о нем, опираясь на опыт, хранящийся в подсознании, и определил эмпатию как «форму рационально - эмоционально- интуитивного отражения другого человека, которая является утонченным средством «вхождения» в психоэнергетическое пространство другого человека»[12].

Современное развитие проблемы изучения эмпатии происходит в нескольких основных направлениях. Первое продолжает линию изучения эмпатии как

способа познания переживания и происходит в рамках когнитивной психологии: «имплицитная теория интеллекта», «теория симуляции». Второе отталкивается от понимания эмпатии как отношения. М. Хоффман, Н. Айзенберг, Ч. Батсон рассматривают эмпатию с точки зрения морального, просоциального поведения.

Они определили эмпатию как аффективный отклик на чувства другого человека, приводящий к помогающему поведению. Третье направление исследования эмпатии стоит как бы особняком, так как объясняет возникновение эмпатии на языке нейрофизиологии. Дж. Риццолатти, С. Престон и Ф. де Вааль, Т. Зингер и ее коллеги считают, что мозговым механизмом эмпатии являются зеркальные нейронные сети. Четвертое большое направление изучения эмпатии происходит в русле исследования эмпатии как профессионально важного качества в помогающих профессиях [42]. Именно здесь продолжается развитие в сторону большей интеграции различных аспектов эмпатии.

Проведенный анализ современного состояния изучения проблемы эмпатии указывает на многозначность термина, изобилующую десятками её определений, подходов к изучению. Т. Д. Карягина определяет 3 основных пути, в русле которых происходит изучение эмпатии и где выделились 3 основных подхода к определению эмпатии. Гносеологический подход определяет эмпатию как понимание, познание другого человека с помощью чувств. Методом такого познания является вчувствование в эмоциональные переживания другого. Такая направленность на познание позволяет отнести эмпатию к когнитивным явлениям.

Этический, социально – психологический подход рассматривает одушевляющее воздействие эмпатии на человеческие отношения. Здесь эмпатия

определяется, «как способность эмоционально отзываться на переживания других» [22]. Основой эмпатии является также переживание, но оно больше носит эмоциональный характер. Эмпатия представляется как источник помогающего поведения, которое может ослабить эмоциональный дискомфорт, возникающий в ответ на переживания другого.

Интегративный подход объединяет понимание эмпатии как феномена познания, отношения и поведения. Для этого подхода характерно, идущее еще от Роджерса, видение целей эмпатии как понимание, и действенное реагирование на состояние клиента. В этом подходе рассматриваются когнитивные и эмоциональные составляющие в их совокупности. Они опосредуются нравственными нормами и приводят к просоциальному поведению.

В результате проведенного исследования мы даем операционное определение эмпатии интеграционного типа. Эмпатия рассматривается как целостное явление, которое включает три взаимодействующие компонента: понимание эмоционального состояния другого человека (когнитивный уровень), сопереживание или сочувствие, которое испытывает субъект эмпатии в отношении к другому лицу (аффективный уровень), активное помогающее поведение субъекта (поведенческий уровень). Действенную ступень эмпатии мы рассматриваем как высшую форму проявления, так как она приводит к помогающему поведению, среднюю занимает эмоциональная форма, низшую — когнитивная.

1.2 Основные подходы к проблеме профессионально важных качеств в различных концепциях профессионализации

Обсуждая эффективность любой профессиональной деятельности нельзя обойтись без понятия профессионализма. В современной отечественной психологии труда существует несколько концепций профессионализации личности: профессионально ориентированная концепция Е. А. Климова, периодизация профессионализации Ю. П. Поваренкова, концепция профессионального становления Э. Ф. Зеера и другие.

А. К. Маркова выделяет пять уровней профессионализма[59]. Применительно к анализу врачебной деятельности можно говорить о том, что на первой — уровне допрофессионализма — происходит формирование профессионального выбора и обучение, реализуется процесс овладения специальностью и получения квалификации врача, на основании наблюдений за референтными фигурами в профессии, собственных индивидуальных различий, а также собственных мотивов и установок закладываются основы будущих «субъект-объектных» отношений врач–пациент [105]. Уровень профессионализма включает три этапа: адаптация к профессии, самоактуализация в ней, свободное владение профессией в форме мастерства. В психологическом плане именно на этой стадии закрепляются выработанные ранее стратегии поведения врача и с пациентами, и с коллегами, руководством. Отбраковываются неуспешные тактики поведения, энергоемкие, занимающие много времени (известно, что часто врач вынужден работать при дефиците времени) и более подходящие индивидуальным особенностям конкретной личности остаются. Уровень суперпрофессионализма,

также включающего три этапа, врачи достигают тогда, когда обретают индивидуальный стиль деятельности, сочетаемый с признанием, прежде всего, у пациентов. Выражаемый в том, что при одинаковых возможностях лечения больного, пациент выбирает специалиста, обеспечивающего наиболее адекватный для данного индивида уровень сочетания понимания, сочувствия, участия и грамотного лечения, а также с признанием коллег, а иногда и научного мира. Отдельно выделяется уровень непрофессионализма, определяемый как выполнение труда по профессионально искаженным нормам на фоне деформации личности. Применительно к деятельности врача можно говорить о технологическом подходе к лечению, который опирается на данные инструментальных и лабораторных исследований без учета индивидуальной реакции пациента на процесс лечения и как следствие развитие ятрогений. А также такие профессиональные деформации личности как «черствость», холодность, обусловленные и личностными особенностями врача, и защитными механизмами, направленными на повышение эмоциональной сопротивляемости страданиям больных [113]. На последнем уровне слеппрофессионализма, когда происходит завершение профессиональной деятельности, врач, раскрывший свой творческий потенциал, находит возможность реализации накопленного уникального профессионального и личностного опыта в различных видах «слеппрофессиональной» деятельности (консультирование, участие в консилиумах, преподавательская деятельность и др.) [106].

Применительно к анализу врачебной деятельности и с учетом длительного образования медиков, полезно рассмотреть концепцию профессионального

становления Э. Ф. Зеера с выделением им стадий первичной профессионализации как процесса реализации деятельности оптимальными способами и формирования новых отношений к окружающей действительности и к себе[32]. И вторичной профессионализации, в процессе которой появляются собственная профессиональная позиция, индивидуализация технологий выполнения действий.

В. Д. Шадриков показал, что развитие психических процессов определяется характером профессиональной деятельности [96]. Психологическое развитие человека зависит от содержания совершаемых им трудовых действий. В процессе деятельности у специалиста развиваются профессионально важные качества.

Успешность профессиональной деятельности определяет наличие определенных профессиональных качеств, необходимых для данной профессии. Эти качества принято называть профессионально важными качествами (ПВК).

Профессионально важные качества выступают не только как свойства, отделяющие их носителя от специалистов других видов деятельности, но и в первую очередь, определяющие успешность работника среди других представителей этой же профессии.

Перечень конкретных профессионально важных качеств для каждой профессии специфичен. Он различается по составу, по необходимой степени выраженности, по характеру взаимосвязи между ними. Для определения профессионально важных качеств производится психологический анализ профессиональной деятельности, составляются психogramмы и профессиogramмы. Для большого количества профессий уже существуют стандартные профессиogramмы.

Одним из первых понятие профессионально важных качеств ввел в отечественную психологию В. Д. Шадриков [97]. По его мнению, это такие индивидуальные качества субъекта труда, которые влияют на эффективность деятельности и успешность ее освоения. Они одновременно являются и предпосылками профессиональной деятельности, и ее новообразованиями, так как совершенствуются и развиваются в ходе производственной деятельности.

Помимо В. Д. Шадрикова изучением комплекса профессионально важных качеств занимались: Е. А. Климов, А. В. Карпов, А. К. Маркова, А. А. Деркач, К. К. Платонов, М. А. Дмитриева, Е. П. Ермолаева, Ю. В. Котелова, В. И. Лазуткин, Б. А. Смирнов и другие. По мнению всех этих авторов, профессионально важные качества представляют собой сложное образование, включающее в себя различные психофизиологические социально- психологические характеристики человека.

А. К. Маркова считает, что в функции профессионально важных качеств выступают и психические и личностные качества, и биологические свойства: соматические, морфологические, нейродинамические [59].

Е. П. Ермолаева рассматривает ПВК как психологический потенциал для формирования знаний, умений, навыков, которые являются условием для формирования профессиональной компетентности [31].

Большой вклад в изучение профессионально важных качеств внес А. В. Карпов [37]. Он разделил ПВК на 4 основные группы, образующие структуру профессиональной пригодности:

– абсолютные ПВК — свойства, необходимые при выполнении деятельности как таковой на минимально допустимом уровне или среднем;

– относительные ПВК — возможность достижения субъектом высоких или сверхнормативных, количественных или качественных показателей деятельности («ПВК мастерства»);

– мотивационная готовность к реализации той или иной деятельности. Высокая мотивационная готовность может компенсировать недостаточный уровень развития ПВК, а отсутствие мотивации, наоборот, не дает возможность профессионально важным качествам полностью проявиться;

– антиПВК – это свойства, которые противоречат профессиональной деятельности. Они значительно коррелируют с параметрами деятельности, но в противоположность с первыми тремя группами отрицательно.

Как самостоятельный элемент структуры могут быть рассмотрены черты личности, которые не определяют успешность будущей профессиональной деятельности, но могут косвенно влиять на ее осуществление.

Еще одним самостоятельным элементом структуры ПВК можно считать знания и навыки, которые необходимы для осуществления профессиональной деятельности.

Таким образом, структуру ПВК определяют три основных элемента, необходимые для успешной реализации деятельности:

- способности (общие или частичные, как врожденные, так и социальные);
- социально-психологические характеристики личности (интересы, мотивы, ценности, отношения с окружающими и т. д.);
- знания и навыки.

Данная структура профессионально важных качеств не может претендовать

на универсальность, поскольку содержание ПВК определяется характером будущей деятельности. В некоторых профессиях появляются такие элементы как «блок специфических особенностей».

Все профессионально важные качества можно разделить на две категории:

– ведущие ПВК — характеризуются наибольшей непосредственной связью с параметрами деятельности;

– базовые ПВК — характеризуются наибольшим количеством связей с другими качествами и занимают центральное место во всей системе качеств. Именно эти качества, по мнению А. В. Карпова, являются основой для формирования подсистем ПВК в целом. Вокруг них и на их базе объединяются, структурируются и сорганизуются все иные качества субъекта, необходимые для обеспечения деятельности. Одно и то же ПВК может в разных случаях выступать как базовое, как ведущее, или как то и другое одновременно [38].

Таким образом, в рамках методологического анализа психологических основ профессиональной деятельности А. В. Карпов дал наиболее полное описание интегративных ПВК, которые и отражают специфику деятельности и влияют на ее эффективность [37, 38, 39].

Профессионально важные качества выделяются в зависимости от тех основных сфер взаимодействия, в которые вступает человек по роду своей деятельности. Е. А. Климов предложил выделить профессии в соответствии с объектом труда (человек-человек, человек-техника, человек-природа, человек-художественный образ, человек-знаковая система).

Разные области взаимодействия предъявляют требования к разным аспектам

человеческой психики.

Работа в области «человек-техника» в основном затрагивает психофизиологические характеристики: внимание, память работоспособность, особенности восприятия и т. п.

При работе в системе «человек-человек» психофизиология отходит на второй план, и более значимыми становятся личностные качества: коммуникабельность, тревожность, агрессивность, гибкость, выдержанность и др.

По предложенной Е. А. Климовым классификации профессия врача относится к социономическому типу [44], так как основу ее составляют отношения «врач - больной», представляющие собой весьма сложное явление, состоящее из многих разносторонних компонентов профессионального, морально-этического, эстетического, экономического и юридического характера. Вместе с тем эта профессия несет в себе некоторые черты биономических профессий, так как объект труда врача человек рассматривается как часть природы, находящаяся в тесной связи с другими людьми, растениями и животным миром. Также деятельность врача невозможна без использования различных технических средств, что свойственно технономическим профессиям. Поэтому от врачей, независимо от их профессиональной специализации, требуется как бы двойная подготовка: научиться коммуникативным навыкам и овладеть специальными знаниями.

При анализе любой деятельности желательно учитывать приоритетную и второстепенные области приложения сил, например: для профессии хирурга приоритетная область находится в русле психофизиологии: ловкость пальцев рук,

пластичность движений, согласованность движений, наличие же коммуникативных навыков является желательным. Для профессии терапевтов важно именно умение взаимодействовать с людьми, а психофизиологические качества отходят на второй план.

Подводя итоги, мы можем определить ПВК как интегративные, обладающие высокой степенью обобщенности, многокомпонентные ансамбли и являющиеся деятельностно - специфичными [39]. Они отражают специфику деятельности, влияют на результативность деятельности и рассматриваются как индивидуальные свойства субъекта деятельности, которые необходимы и достаточны для реализации этой деятельности на нормативно заданном уровне [96].

Проведенный анализ концепций ПВК показал наличие противоречий и высокую степень обобщенности профессионально важных качеств, особенно, это касается ПВК врачей, которые, находясь на стыке разных типов профессий, должны включать в себя черты этих профессий, часто противоречивых по своему характеру. Это требует дальнейших исследований специфики ПВК врачей разных специальностей, как отражающих различную направленность их деятельности.

1.3 Концепция эмпатии в медицинской практике

Изучением эмпатии, как профессионально важного качества в нашей стране занимались Ф. А. Ахмедшина, С. Б. Борисенко, Р. Б. Карамуратова, Г. Ф. Михальченко, А. Ф. Тимохина, О. И. Цветкова, В. В. Бойко, И. М. Юсупов,

М. Л. Бутовская и другие.

Изучением феномена эмпатии применительно к медицинской практике в отечественной психологии занимались с точки зрения: взаимоотношений врача и больного (Ташлыков, 1960; Бажин, 1960; Сук, 1984; Аминов, 1992; Соложенкин, 1997 и др.), хирургов (Ашбель, Пенкович, Хиль, 1967; Караванов, Коршунова, 1974; Андронов, 1991; Большакова, 2004) и др. Между тем остается недостаточно изученным вопрос о специфике влияния эмпатии на эффективность деятельности врачей различных специализаций.

В зарубежной литературе накоплен богатый материал, касающийся изучения пользы эмпатии и для пациентов, и для врачей [187]. Изучены особенности эмпатии в медицинской практике [156], механизмы динамики эмпатии применительно к врачебной практике [123], факторы, улучшающие взаимодействие между врачами и пациентами, влияние социокультурных факторов на эмпатию в клинической практике [191].

Зарубежная концепция терапии состоит из двух моделей: забота и лечение [113, 122, 185]. В модели «Лечение» акценты смещены в плоскость биомедицинской парадигмы болезни (поиск патофизиологии и способов лечения симптомов). В модели «Уход», внимание уделяется биопсихологической парадигме: пациент рассматривается в целом, не только его симптомы и способы их устранения. Болезнь можно обнаружить с помощью лабораторных тестов и анализов («Лечение»), но этого недостаточно. Можно сказать, что лечение относится к болезни, а забота — к пациенту [184]. По словам доктора Фрэнсиса Пибоди (1984), лечение болезни может быть безличным, но управление

недомоганием требует личного внимания и эмпатии.

Некоторые американские исследователи находят спорным мнение, что медицинское образование больше опирается на модель «Лечение», тогда как подготовка и практика медсестер больше внимания уделяет «Уходу» [113; 145; 196]. В защиту этого мнения можно привести результаты исследования, которое показало, что студенты курсов медсестер в два раза чаще считают, что выздоровление пациента — не главная цель заботы о нем (67% и 33%). Значительные различия были также найдены между факультетом медсестер и врачебным и факультетами (89% и 51% соответственно) [145].

Несмотря на серьезную практику в диагностике и лечении, студенты курсов медсестер склоняются к модели «Уход» [145]. Похоже, что во врачебном обучении больше внимания уделяется лечению, а не уходу. По мнению Спиро [184], врачей больше учат лечить, а не ухаживать. Понятие профессионализм в медицинском образовании и практике, акцентирующее внимание на эмпатию и сострадание в процессе лечения, предполагает интеграцию обеих моделей в медицинское образование.

Для лучшего понимания двух моделей лечения, полезно разобраться с терминами «Болезнь» и «Недомогание». Болезнь — это результат сбоя или адаптации в биологическом и патофизиологическом процессах, который приводит к патологии органов, тогда как «Недомогание» — это персональная реакция на болезнь [141; 185]. Недомогание может проявляться и в отсутствии болезни: как выяснилось, примерно половина визитов к врачу основана на жалобах без определенных биологических причин. Такие жалобы известны как соматические

[131], и пациенты с подобными расстройствами ходят от врача к врачу (“doctor shopping” [139] — «к врачу как в магазин» или “doctor hopping” [181] — «к врачу за надеждой»), потому что они не чувствуют внимания со стороны своего врача. В исследовании пациентов Калифорнии, 85% сообщили, что они поменяли врачей за последние 5 лет или думают об этом из-за плохих коммуникативных навыков врача, его неспособности внушить уверенность пациентам и т. д. [155].

Утверждается, что эмпатия в клинической практике крайне эффективна, потому что приводит к более точным и ранним диагнозам, лучшей согласованности и более эффективному планированию лечения, таким образом, избегая явления “doctor shopping” и роста стоимости бесполезных медицинских тестов и госпитализации [115]. В дополнение, исследование пациентов во время предварительного ухода и хирургических действий показало, что тратится больше времени на визиты врача, если он не демонстрирует понимание и сочувствие. Следовательно, эмпатия в отношениях врач-пациент может повысить уровень доверия, что позволит лучше контролировать течение болезни и уменьшит затраты, предотвращая “doctor shopping” и “doctor hopping” [132].

Контакты между врачом и пациентом — межличностное событие с определенной целью и эффективность таких встреч сильно зависит от способности врача построить доверительные отношения. Результат будет лучше в модели «Уход», в которой между пациентом и врачом появляется взаимопонимание по вопросам здоровья пациента [187], что важно для удовлетворенности пациента медицинскими услугами [140].

Эмпатия — один из компонентов этики ухода за больным [116]. В первый

«Кодекс по вопросам этики» Американской Медицинской Ассоциации, опубликованной в 1847 г. Включено следующее: «Жизнь пациента может сократиться не только в результате действий, но также от слов и манеры поведения врача. Таким образом, это священный долг — сохранять уважение и избегать всего того, что может лишить пациента уверенности и подавить его дух» [136].

С точки зрения личной жизни, медицина и некоторые другие смежные профессии полны стресса и, не смотря на должное вознаграждение, часто требуют особого образа жизни, ограничивающего участие в общественных и личных событиях. Такие ограничения могут вызывать недовольство врачей, также нуждающихся в лечении. Несмотря на эти проблемы, удовлетворение от общения с пациентами помогает смягчать профессиональный стресс, истощение, злоупотребление лекарствами и даже сокращать попытки самоубийств, уровень которых необычайно высок среди врачебных и смежных профессий.

Врачи — тоже люди, исследование показало, что они уязвимы перед множеством психосоциальных проблем. Например, они более чем в два раза чаще совершают самоубийства [153], и среди них больше число разводов [182]. По результатам исследования, врачи часто не выполняют своих собственных предписаний пациентам и сопротивляются медицинской помощи. Последние исследования синдрома эмоционального выгорания у врачей показали, значительную его распространенность среди исследуемых врачей, независимо от профиля специализации. Так, у 83,4% врачей группы хирургов, 72,5% врачей-терапевтов и 71,5% врачей нелечебного профиля регистрируются сложившиеся

симптомы [30]. Важно отметить, что Miller and McGowen (2000) выяснили: врачи, которым нравится поддержка социальных групп (например, супруги, семья, друзья и знакомые) реже становятся наркозависимыми или страдают от истощения. Так как медики часто считают дружеские взаимоотношения с пациентами значимыми, эти отношения могут смягчать неудовлетворенность врачебной системой и профессиональное истощение. Человеческая жизнь связана с отношениями и поэтому контакт между пациентом и врачом обеспечивает необходимое вознаграждение, защищающее от стресса [201]. Сочувствие считается защитным фактором против стресса [176] и потенциальным условием хорошего самочувствия.

Практикующие врачи получают больше удовлетворения от своей работы, чем те, которые не занимаются лечением напрямую [159]. Тем не менее, следует отметить, что связь между количеством обращений пациентов и удовлетворенностью врача — не прямая: с определенного момента наплыв пациентов начинает вызывать стресс. Однако, отношения врач-пациент, подкрепленные эмпатией уменьшают стресс и улучшают самочувствие медика.

Теперь перейдем к выгодам, которые получают пациенты от хороших взаимоотношений с врачом. Именно во время приема происходит основной обмен информацией. Огромное количество литературы посвящено пользе от таких взаимоотношений и приверженности пациента лечебному режиму, удовлетворению врачом и системой в целом, признанию и пониманию медицинской информации, способностью бороться с болезнью, повышением качества жизни и физического, ментального и социального состояния.

Эмпирическое исследование показало, что эмоциональное поведение врачей способствует улучшению усвоения информации и общего состояния здоровья [177]. В медицинской практике такие отношения рассматриваются как главный путь к оптимальному лечению. Нельзя понять болезнь, не понимая пациента, и лечение зависит не столько от самого процесса, сколько от его качества. В дополнении к профессиональным знаниям и опыту, эффективность лечения зависит и от других факторов, таких как качество взаимоотношений: пациент-врач.

Очевидно, что природа таких отношений различается в зависимости от конкретных случаев. Например, в отличие от хронических заболеваний, предполагающих постоянную заботу, экстренные случаи хирургического вмешательства проходят быстро, и поэтому в них нет сильного эмоционального влияния. Как отмечает Маерсон [147], врачу скорой помощи может быть сложно испытывать эмпатию по отношению к пострадавшему пьяному водителю, который убил много людей во время аварии. Тем не менее, эмпатия может помочь врачу сконцентрироваться на потребностях пострадавшего [147]. Способность врача к эмпатии — важное качество, независимо от продолжительности приема. По словам Спиро [184] такая способность помогает лечению и улучшает медицинскую практику.

Взаимопонимание улучшается, если врач избегает высокомерия и не показывает превосходства, а напротив — ведет себя дружелюбно, уверенно, расслабленно, без спешки, показывая способность к пониманию и искреннюю озабоченность проблемами пациента и его семьи. Rosenow (1999) утверждал, что высокомерные врачи впадают в грех, худший, нежели жадность, поскольку это

мешает развитию доверительности. Борьба пациента с болезнью, неравные позиции врача и больного во время лечения, атмосфера больничного ухода, психодинамика межличностного обмена получения и предоставления помощи, культурные факторы и границы предполагают, что такие взаимоотношения врача и пациента относятся к общечеловеческим контактам. Некоторые исследования, не имеющие прямого отношения к врачебной эмпатии, подтверждают уникальность таких отношений.

Психологам хорошо известен так называемый «Стокгольмский синдром» — феномен привязанности жертв к своим мучителям. Хотя этот синдром не имеет связи с отношениями врач-пациент, некоторые психологические факторы общие для обеих ситуаций.

Во-первых, связь возникает в ситуациях, когда выживание человека зависит от другого. Во-вторых, если чувствуется, что у другого человека есть определенные знания. В-третьих, связь возникает, если человек чувствует себя изолированным от других людей. В-четвертых, когда необходима помощь со стороны. Принимая во внимание, что некоторые или все психологические факторы, лежащие в основе «Стокгольмского синдрома», присутствуют и когда напуганный пациент консультируется с врачом на предмет лечения, возможной госпитализации и операции, схожесть психологических факторов «Стокгольмского синдрома» и отношений врач-пациент становится яснее.

Получая помощь от врача, пациент часто воспринимает его авторитетным лицом. Это неравенство в отношении силы делает пациента более уязвимым перед влиянием врача, что может быть усилено эмпатией.

В известном исследовании повиновения, проведенном в Йельском университете Стенли Милграмом (1968), использовалась экспериментальная парадигма, чтобы определить, захотят ли люди подчиняться приказам властной фигуры, даже если согласие может привести к болезненным последствиям. Участникам эксперимента («учителя») сказали, что суть в улучшении обучения и памяти. Им следовало обучить других участников эксперимента («ученики») списку парных ассоциаций. Ученикам предстояло вспомнить ассоциации. В случае ошибки, ученики получали удар током, сила которого возрастала с каждой последующей ошибкой. Учителя могли остановить эксперимент по просьбе учеников или продолжать его на свое усмотрение.

Эксперимент проводился в трех разных вариантах: 1 — учитель и ученик находились в смежных комнатах, и учитель не мог слышать реакцию ученика на удары током, пока ученик не постучит в стену, 2 — учитель и ученик находились в смежных комнатах, и учитель мог слышать реакцию ученика, 3 — учитель и ученик находились в одной комнате. На самом деле никаких ударов током не было, учеников просили изображать боль от возрастающей силы тока. Эксперимент Милграма показал, что примерно $2/3$ учителей следовали указаниям и повышали уровень напряжения до максимума, хотя это было стрессом для них и очевидно болезненно для учеников! Результаты показали также, что учителя, которые могли слышать или видеть реакцию учеников, прекращали удары током раньше тех, кто не знал о реакциях. Милграм заключил, что визуальные и аудио реакции обеспечивают более полную картину боли и страдания другого человека и таким образом может усилить эмпатическую реакцию.

Хотя исследование Милграма критиковали за неэтичность, оно продолжает рассматриваться как серьезная демонстрация повиновения власти. А. Мехрабян и Эпштейн (1972) использовали парадигму этого исследования для проверки достоверности их Эмоциональной Шкалы Эмпатии. Принимая во внимание, что врач выступает в роли экспериментатора из исследования Милграма, а пациент — участник эксперимента, пациент психологически настроен подчиняться указаниям врача, который как властная фигура имеет сильное влияние на пациента в связи с лечением, режимом, даже если это для него болезненно. И, что более важно, эксперимент Милграма показал, что визуальные и аудио сигналы страдающего человека усиливают ответные реакции другого. Таким образом, личный контакт врача и пациента не может быть равноценно заменен компьютером, дистанционными консультациями и т. п.

Эксперимент, проведенный исследователями медобразования, показал, что власть влияет даже на экспертов. Naftulin, Ware и Donnelly (1973) наняли профессионального актера для проведения лекции для 55 врачей, психологов, соработников, учителей и администрации мед школы. Представленный как «д-р. Мирон Л Фокс, выдающийся оратор и крупный специалист по прикладной математике человеческой деятельности», актер прочитал лекцию под названием «Математическая теория игры в применении к физической культуре». Актер ничего не знал о предмете. Тем не менее, исследователи научили его, как прочитать лекцию, задавать и отвечать на вопросы, используя двусмысленность, неологизмы и противоречивые утверждения с вкраплениями юмора и бессмысленных ссылок на несвязанные с темой материалы. Когда исследователи

попросили охарактеризовать лекцию, очень многие высоко ее оценили! Этот эксперимент показал, что врачебные предписания имеют тенденцию быть принятыми без критики даже пациентами с профобразованием. Некоторые предположили, что положительная оценка лекции связана с профессиональными, невербальными сигналами во время передачи информации. Эта версия находит поддержку в идеи важности невербального общения с целью повысить доверие пациента.

Результаты эксперимента под названием «Быть нормальным в ненормальных местах» проведенного Rosenhan (1973) показали, что обстановка во время приема влияет на ожидания и поведение врачей и пациентов. Группе из восьми здоровых людей (3 психолога, психиатр, педиатр, студент, домохозяйка и художник) было поручено договориться о встрече с врачами в разных больницах на Западном и Восточном побережьях с жалобой на посторонние голоса. Все они пользовались фальшивыми именами и были помещены в психиатрические палаты. При поступлении все пациенты вели себя нормально, но были признаны больными шизофренией в ремиссии и задержаны в среднем на 19 дней. Интересно, что многие настоящие пациенты раскусили участников эксперимента, говоря: «Вы не сумасшедшие» или «Вы журналисты или профессора» (связывая это с записями, которые делали участники). Rosenhan (1973) сообщил о другом эксперименте, который был проведен во время исследования и обучения персонала больницы, который знал о предмете изучения Rosenhan и сомневался, что подобная ошибка возможна у них. Персоналу сообщили, что в следующие 3 месяца один или более псевдобольных будут помещены в психиатрические палаты. Персоналу

предлагалось определить, кто из новеньких — не настоящий больной (для определения надежности их суждений).

Среди 193 принятых пациентов за указанный период 41 человек был признан фальшивым с большой долей уверенности, как минимум одним членом персонала, 23 человек посчитали подозрительными — как минимум одним их психиатров. На самом деле не было ни одного! Эксперимент показал, что обстановка создает определенные ожидания в модели врач-пациент и может повлиять на динамику межличностных контактов, приводя к преувеличению числа болезней или неправильным диагнозам. Очевидно, что эмоциональный контакт — это полезный способ защиты от недопонимания, который может привести к более точным диагнозам и более реалистичным решениям.

Так как психологические механизмы, вовлеченные в любую межличностную коммуникацию, сложны, изучение психодинамики, включенной в отношения врач-пациент, очень важно для лучшего понимания обозначенных механизмов, которые могут усилить или препятствовать отношениям. Среди психологических механизмов идентификация обычно ассоциируется с эмпатией. Freud (1955) — связь «от идентификации через имитацию к эмпатии». Идентификация — это бессознательный ментальный процесс, когда личность пытается удовлетворить некоторые потребности, становясь похожим на другого человека. Ради эмпатии врач должен добиться временного единения с пациентом с помощью временной идентификации, следующей после чувства разобщенности. Другими словами, врач должен сначала думать вместе с пациентом (идентификация, единение), а потом о пациенте (эмпатическая разобщенность). По словам Fenichel (1945),

эмпатия состоит из 2-х актов: идентификация и понимание. Врачи используют механизм идентификации, чтобы понять беспокойства пациента лучше, одновременно узнавая собственные чувства и пациента. Schwaber (1981) считал, что идентификация с пациентом — это путь для настоящего понимания его внутреннего мира и утверждал, что эмпатия, хотя и не равна идентификации, но является ее продуктом.

Идентификация иногда может размывать границы между пациентом и врачом. Beres and Arlow (1974) предположили, что эмпатия может содержать временную идентификацию с ментальной активностью другого человека. В дополнение, они считали, что эмпатия — это связующее звено между бессознательными фантазиями, разделяемыми пациентом и врачом посредством вербальных и невербальных знаков, выраженных словами, жестами и поведением. Понимание этих механизмов врачом облегчает установление эмпатии с пациентом.

Подобно механизму идентификации, чувствование и разделение общих характеристик между врачом и пациентом может повлиять на эмпатию между ними. По словам Decety and Jackson (2004), чувство «наложения себя на другого» возникающее между помогающим и тем, кому нужна помощь, может помочь установлению между ними эмпатии.

Тенденция медработников помогать тем, с кем они имеют много общего, была названа эффектом «Раненного врача». Например, исследования показали, что болезнь врача может сформировать способ лечения пациента. Идея в том, что больной врач может лучше понять другого больного, разделяя его переживания с помощью рефлексии, и, понимая его чувства.

Gustafson (1986) предположил, что врачи, испытавшие боль, способны лучше понять боль других и реагировать правильнее. Понимание психологической боли, по словам Fussel и Воппеу (1990), порождает эмпатию у психотерапевта и оказывает положительное влияние на терапию. Общие болезни, по словам Means (2002), составляют основу для обмена жизненным опытом и способствуют лучшему пониманию его опасений, объединяя врача и больного. Философия, лежащая в основе программ «помоги себе сам» («Анонимные алкоголики»), базируется на концепции «Раненного врача». Интересно, что дружеские отношения не являются важным фактором для возникновения эмпатии, что предполагает уникальную природу эмпатии в медицинской сфере.

Может ухудшать клинические результаты чрезмерное вовлечение в эмоции пациента, ключевой аспект симпатии. Поэтому в отношениях врач-пациент большое значение имеет установление разграничения между симпатией и эмпатией. Клиницисту следует ограниченно переживать чувства пациента, только для того, чтобы лучше его понимать, без вмешательства профессионального суждения. Испытывая эмпатию, индивидуумы способны абстрагировать себя от других, тогда как чувствующие симпатию испытывают сложность в осознании того, кому какие чувства принадлежат [123]. Эмпатию следует отличать от симпатии и сентиментальности, т. к. она не является ни тем и ни другим. Starcevic и Piontek (1997) утверждали, что клиницист, как обособленное человеческое существо, никогда не сможет полностью разделить переживания пациента, и совершенная симпатия не может быть достигнута. Более того, как предположили Truax и Carkhuff (1967), для самого клинициста было бы

нежелательно слишком сильно «чувствовать чувства» пациента. Black (2004) указывает, что симпатия — это понятие, которого психологи стараются избегать, на контрасте с эмпатией, которое применяется с гордостью. Wilmer (1968) сравнил результаты выражения сострадания, симпатии и эмпатии в контексте заботы о пациенте и заключил, что «сострадание помогает редко, симпатия обычно помогает, эмпатия помогает всегда».

По причине эмоциональной природы симпатии ее переизбыток может стать сокрушительным и тем самым снизить эффективность работы клинициста. Данное замечание об ограничениях в отношениях сочувствующего врача и пациента и клинических результатов подразумевает, что зависимость между симпатией и эффективностью работы скорее нелинейная — обратная U-функция, как между беспокойством и результатами теста, определяющим качество взаимодействия клинициста и пациента.

Хотя определенное количество беспокойства может улучшить работу, избыток его способен затруднять ее, нарушая когнитивное функционирование. Таким образом, на определенном уровне симпатия может приносить благотворное влияние в контакт клинициста с пациентом, но за его пределами она может сталкиваться с клинической объективностью и профессиональной эффективностью. Однако зависимость между эмпатией и эффективностью работы клинициста считается линейной. Так, чем более эмпатичны отношения, тем лучше клинические результаты. По этой причине общее заключение состоит в том, что симпатия должна быть лимитирована в клинических ситуациях, тогда как эмпатия не нуждается в ограничениях [133].

Человеческие взаимоотношения могут генерировать межличностные движущие силы, обладающие целительным эффектом. Например, групповая терапия — это метод лечения, связанный с группой пациентов, которые часто переживают похожие сложности. Группы поддержки, состоящие из пациентов или бывших пациентов, которые собираются вместе, чтобы обсудить связанные с болезнью переживания, представляют собой иной терапевтический подход.

Уникальные элементы данных типов терапии — это межличностная связь, взаимопонимание, возможность разделить пережитый опыт и трудности, что также является элементами эмпатического взаимодействия. Shamasundar (1999) предположил, что участники этих групп испытывают облегчение симптомов тревожности и стресса в процессе разбавления эмоциональных состояний при эмпатическом взаимодействии, которое возникает во время обмена опытом с другими людьми.

Дэвид Шпигель и коллеги (1990, 1994; 1983; 1981) продемонстрировали, что обеспечение членов групп общественной поддержкой, групповой терапией и группами поддержки ведет к увеличению продолжительности жизни больных раком пациентов. В серии статей Шпигель и коллеги (1993, 1994, 2004) продемонстрировали, что ощущение чувства близости, связанное с участием в группах поддержки, может существенно повысить продолжительность жизни пациентов с метастазированием рака груди.

В одном клиническом исследовании пациентов с метастазами рака груди поощряли к выражению их чувств по поводу болезни в группах. В среднем эти пациенты жили на 18 месяцев дольше, чем участники контрольной группы.

Исследователи заключили, что групповая поддержка и выражение чувств может мобилизовывать жизненные ресурсы пациентов более эффективно. Похожий феномен имеет место и в эмпатической связке клиницист-пациент.

В мета-аналитическом исследовании Bohart, Elliot, Greenberg, and Watson (2002) подтвердили, что групповая терапия привела к более высоким результатам пациентов, чем индивидуальная терапия. Исследование наркозависимых медиков показало, что программа прямой работы в группах самопомощи, схожая с Анонимными Алкоголиками, показала успешность в лечении наркозависимости врачей. Авторы определили 3 фактора, внесших свой вклад в положительные результаты программы — разделенные с единомышленниками надежды, ощущение группового единства и взаимная идентификация — все то, что является элементами эмпатического взаимодействия. Развитие эмпатического взаимопонимания между участниками групповой терапии или групп поддержки как результат деления общих целей и пережитого опыта может стать серьезным вкладом в изменения, происходящие в групповом поведении [176]. Чувство того, что тебя понимают, создает ощущение единства, которое снижает остроту чувства одиночества и восприятия чуждости, приводит в итоге к целительному альянсу [115]. Феномен, известный как массовое психогенное поведение, часто встречается на групповом уровне среди членов сообщества, включающего родственников, друзей, сотрудников и школьных друзей, которые разделяют схожий опыт и проблемы. Эмпатические отношения были определены как фактор, влияющий на «заразительность» группового психогенного поведения. Так же, как механизм заразительного зевания, срабатывающий, когда видишь или представляешь себе

зевающего человека, ассоциируется со способностью проявлять эмпатию.

Человеческая энергия, направленная на создание общности, возрастает с увеличением времени связанного с болезнью стресса, т. к. болезнь часто заставляет больных чувствовать себя изолированно. Таким образом, наличие общественной поддержки для больных исключительно важно. Как указывает Morgan (2002), общественная поддержка синонимична заботе в контексте заботы о здоровье. Быть рядом, когда человек нуждается в помощи, уже, само по себе, есть фактор общественной поддержки и терапевтическое средство, описанное как «дар присутствия». Присутствие клинициста особенно ценно, когда между доктором и пациентом сформировались эмпатические отношения.

Присутствие союзника, способного оказать эмпатическую поддержку в контексте заботы о здоровье, служит буфером для сердечно-сосудистой стрессовой реакции. В частности, присутствие женщины, обеспечивающей общественную поддержку, было признано более действенным, чем поддержка, оказываемая мужчиной.

Понятие общественной поддержки применяется к широкому ряду концепций структур общественных связей и их оздоровительной функции. В этой связи отношения врач-пациент могут быть концептуализированы как особый тип системы общественной поддержки. Cohen (2004) предположил, что общественная поддержка может обеспечивать три вида ресурсов: (а) инструментальный, предполагающий обеспечение материальной помощи; (b) эмоциональный, включающий выражение эмпатии, заботы и поддержки, и (с) информационный, включающий обеспечение соответствующей информацией для того, чтобы помочь

пациенту лучше понимать проблему и преодолевать трудности. Объединенные усилия пациента и клинициста в этой связке обуславливают все вышеупомянутые ресурсы, т. к. исследование показывает, что взаимное понимание боли и страдания возрастает в сотрудничестве, противоположностью чему являются конкурентные взаимоотношения.

Восприятие пациентом поддержки клинициста — это сложный феномен, способ выражения сущности поведения нуждающегося в помощи и аффилиации пациента, и ответная реакция врача посредством эмпатической связи. Когда доверительные взаимоотношения установлены и упрочены эмпатическим взаимодействием, напряженность в отношениях исчезает и формируется межличностная связь «от сердца к сердцу». Данный тип связи, характеризующийся полным доверием, может сформироваться между любящими людьми так же, как и между клиницистом и его пациентами.

Значимость понятия общественной поддержки в отношениях клиницист-пациент становится более очевидной в связи с тем, что пациенты выказывают повышенную заинтересованность в аффилиации, вполне естественной для людей, находящихся в состоянии стресса. В своем классическом эксперименте Stanley Schachter (1959) продемонстрировал, что стресс усугубляет нашу потребность во внимании и заботе окружающих. Участники эксперимента, находящиеся в состоянии острого стресса (им было сказано, что они получают тяжелое потрясение), почти вдвое чаще, чем обычные участники, собирались ожидать наступления шокового события в компании других, нежели ждать в одиночестве. Было доказано, что присутствие значимых людей может снижать переживания

боли и страдания.

Вероятное объяснение этому есть то, что человеческая взаимосвязь обладает эффектом снижения уровня страха, что вносит существенный вклад в позитивные результаты здоровья пациентов. Также было продемонстрировано, что прямой контакт в связке клиницист-пациент уже сам по себе имеет возможный лечебный потенциал [185].

Система общественной поддержки пациентов в целом и сущность и качество отношений между клиницистом и пациентом в частности находятся в числе компонентов человеческого фактора, играющего роль в здоровье и болезни пациента. В процессе межличностной связи эмпатия играет промежуточную роль в упрочении связей путем повышения чувства общности (общего самосознания) и снижения предубеждения. Таким образом, эмпатия прокладывает дорогу к межличностной связи между клиницистом и пациентом, что представляет собой особый тип системы общественной поддержки, со всеми вытекающими отсюда благоприятными возможностями.

В своем анализе психологических болезней Зигмунд Фрейд (1958) заметил, что 2 психологических феномена могут произойти во время общения врача и пациента. Один возникает у пациента (перенос), другой — у врача (контрперенос). Оба эти феномена — универсальны и могут формировать отношения врача с пациентом. Перенос часто развивается у пациента по отношению к врачу в виде подражания отношениям с другим важным человеком (обычно предыдущим врачом, родителями и даже любовником) из прошлого. Эмпатия играет важную роль в появлении переноса и улучшению

терапевтического альянса [115]. Так как пациент идентифицирует врача с кем-то важным для него в прошлом, то и врач воспринимается как значительная персона. Потребность пациента в понимании и уверенности, особенно во время болезни и боли, приводит к тому, что врач рассматривается как авторитетный человек, повышая тем самым вероятность переноса. Пациент снова испытывает эмоции, связанные с влиянием такого человека из прошлого. По Kohut (1959), этот сложный феномен, названный переносом в психиатрической литературе, играет важную роль в установлении эмпатии в больнице. Понимание внутреннего мира пациента должно устанавливаться не только через чувства (слух, зрение, обоняние, прикосновение), но также через понимание и анализ феномена переноса. Эмпатия может быть усилена, если врач добивается феномена подходящего контрпереноса.

Множество факторов влияют на качество отношений врача и пациента. Уайт (1991) предположил, что установленные однажды эмпатические отношения между врачом и пациентом, становятся сильным агентом, подобным эффекту Плацебо, «X» фактором в лечении, который имеет позитивный эффект на результаты терапии. Позже предположили, что эффект Плацебо в отношениях врач-пациент независим от других подобных вмешательств. Эффект Плацебо определяется как вмешательство, которое стимулирует медицинское лечение, но не считается особой формой лечения и имеет долгую историю применения в медицине. Само существование эффекта Плацебо доказывает идею, что психосоциальные факторы имеют сильное влияние на патофизиологию болезни. Эффект Плацебо работает в диапазоне от 15% до 58% [191]. Так или иначе Плацебо помогает в трети случаев клинических исследований (Этот показатель

был предложен полвека назад Beecher, 1955).

Хотя нет убедительных свидетельств существования механизмов, лежащих в основе эффекта плацебо, некоторые авторы считают, что ожидание, снижение тревожности, обучение и воздействие эндорфинов может объяснить это воздействие. Исследование показало, что эффект плацебо выражен сильнее, когда пациент выполняет предписания врача. Лучшее согласие между врачом и пациентом — функция их эмпатичных взаимоотношений. Таким образом, через лучшее взаимопонимание повышается эффективность Плацебо и результаты лечения.

И, тем не менее, технологическая ориентация в диагностике и лечении заставляет некоторых студентов-медиков беспокоиться, что те врачи, которыми они станут, мало чем смогут помочь пациентам в XXI веке. Они ссылаются на «Тест Тьюринга». Говоря с кем-то, кого вы не видите, можете ли вы определить, исходят ли ответы от живого человека или отвечает компьютер? Будущие врачи опасаются, что со временем компьютер заменит врача.

Но ни робот, ни компьютер не может конкурировать с человеком, когда речь заходит о эмпатии, симпатии или даже любви к тому, кто в беде или в отчаянии. Эмпатия — это ключевой момент того, что называется «быть настоящим человеком», и основная характерная черта хорошего врача. Пока же критики отмечают недостаток эмпатии у современных докторов.

По словам, Schwaber (1981), эмпатия — это способ аналитического слушания. Theodore Reik (1948) так же говорил, что врач должен слушать не только слова, но и то, что не было произнесено. Он же подчеркивал, что врач «должен научиться

слушать третьим ухом», чтобы добиться цели. Это приведет к лучшему пониманию пациента. И это также способ услышать то, о чем другие люди думают и чувствуют, но не говорят. И, чтобы видеть внутренний мир пациента, врачу необходимо развить у себя «глаз разума». Для эмпатии важно, чтобы врач настроил свое «третье ухо» и стал понимать, что пациент намеревался сказать, но не произнес. Чтобы слышать третьим ухом, необходима бдительность во время беседы с пациентом, внимательность позволяет видеть «глазу разума». Язык — это не только средство передачи информации, он также может влиять на мысли. Чем больше сказано, тем больше услышано, и чем больше понято, тем глубже станут отношения. В XIX веке осмотр превалировал над слушанием в медицине. И в результате осмотр занял важную место в постановке диагноза и лечении. Waisman (1966) предположил, что в клинической медицине важно не только видеть, но и слышать скрытый смысл. В терапии слушание — важнейший метод получения информации от пациента, понимания проблемы и лечения. Эта традиция приписывается William Osier, который сказал: «Слушайте пациента, он скажет вам свой диагноз». По словам Samuel Coleridge (1802), чтобы погрузиться в чужие мысли, мы должны обладать «глазом североамериканского индейца», читающего следы врага по опавшей листве, «ухом дикого араба», слушающего молчание пустыни, и «прикосновением слепого» к лицу милого ребенка.

Бесполезно просто слушать «извне», игнорируя недосказанное. По словам Greenson (1960), врач должен уделять больше внимания восприятию «изнутри». Как отмечал Jackson (1992), такой слух может быть настроен только с помощью эмпатии. Эмпатическое понимание может быть усилено распознаванием скрытых

и не произнесенных посланий через анализ невербальных знаков «глазом разума».

Для лучшего понимания динамики межличностных отношений врача и пациента, поведение должно оцениваться в контексте культуры, поскольку культура неразрывно связана с любым поведением.

Люди разных культур имеют поразительно разные представления о себе и других, что может влиять на их способ оказывать и принимать помощь. Социокультурные факторы в клинической практике, по словам Weissman и его коллег (2005), могут влиять на коммуникации и принятие решений. Культурные нормы, расовые и этнические различия, религиозные взгляды, стереотипы полового поведения и др. — все это источники идентичности, и они влияют на эмпатию в контексте медицинского ухода. Comas-Diaz and Jacobsen (1991) считали, что этнокультурные факторы могут не только влиять на презентацию и интерпретацию человека, но и значительно влиять на процесс и результаты лечения. Nelson и Baumgarte (2004) было установлено, что незнание чужих культурных норм уменьшает взаимопонимание из-за непонимания позиции другого человека. Таким образом, знание чужой культуры — один из факторов, важных в изучении эмпатии.

Несмотря на важность знания культурных особенностей, в недавно опубликованном исследовании было установлено, что только 8% медицинских учебных заведений в США и не одно в Канаде могут предложить формальные курсы данному вопросу. Культуральные различия могут значительно влиять на отношения между врачом и пациентом и, соответственно, на результаты терапии.

Международное исследования онкологов из 20 стран показало, что менее чем

40% врачей в Африке, Венгрии, Иране, Панаме, Португалии и Испании расскажут пациентам о диагнозе «рак», в то время как в Австрии, Дании, Финляндии, Голландии, Новой Зеландии, Норвегии, Швейцарии и Швеции о диагнозе сообщат более чем 80% врачей. Медицинские реалии обусловлены культурой, и природа отношений врача и пациента различается в разных этнических группах из-за культуры [141]. Ясно, что культура может сильно влиять на природу и содержание отношений врача и пациента. Тем не менее, эмпатия всегда приносит свои плоды независимо от знания культурных особенностей. Более того, не для всех культур полезным окажется рекомендация врачам обсуждать с пациентами свои решения, чтобы добиться ответного вклада и согласия. В сравнительном исследовании больных раком американцев и египтян Khalil и Yousef (1993) выяснилось, что египтяне предпочитают не участвовать в процессе принятия решений — такая роль отводится семье. Оглашение серьезных диагнозов считается социально недопустимым. Забота о больном считается обязанностью семьи, а не врача. Например, многие мусульмане верят в предопределение, фатализм и стоицизм. С такими пациентами может быть лучшим решением сослаться на волю Бога, что даст возможность оказания медпомощи. В некоторых азиатских странах врачи — фигуры патерналистские, наделенные абсолютной властью решать, каким будет лечение, невзирая на мнение семьи. В таких авторитарных культурах ориентированность на мнение пациента будет восприниматься как слабование врача и низкий уровень компетенции. Таким образом, так как в разных культурах сочувствие врача воспринимается по-разному, важно знать культурные особенности. Вот почему важно, чтобы культурологические аспекты учитывались в обучении

студентов, специалистов и во время повышения квалификации.

Всем известно, что большинство животных метят свою территорию. У людей также есть тенденция устанавливать границы, невидимый пузырь, называемый «личное пространство». Границы определяют дистанцию, необходимую для защиты этого пространства. Если эти границы или территория нарушаются, это может привести к агрессивному поведению. Интересно, что границы личного пространства сводятся к минимуму в близких или эмпатичных отношениях. Shamasundar (1999) считал, что межличностные контакты представляют собой ущемление личного пространства в обмен на когнитивную и эмоциональную информацию, что выражается эмпатией. Проникновение в личное пространство — сущность эмпатии: чем больше накладываются друг на друга личные пространства, тем глубже взаимопонимание. Сущность отношений, секса, личности и культурных факторов определяет желаемый размер личной дистанции. Люди, чье эмоциональное состояние было нарушено или с низкой самооценкой обычно добиваются больше личного пространства [176].

Более того, желаемое личное пространство может варьироваться у разных людей и в различных культурах. Например, в США для романтических отношений максимальная дистанция — 18 дюймов, а личное пространство составляет от 1-го до 4-х футов — между друзьями, знакомыми. Близкие люди, у которых в отношениях присутствует эмпатия, обычно сокращают границы личного пространства по отношению друг к другу, но не к чужакам. Если эмпатии нет, вторжение в личное пространство может вызвать агрессию. Например, нарушение личных границ может привести к беспокойству и раздражительности, а иногда

к агрессии и нарушению межличностной коммуникации. В одном исследовании было обнаружено, что люди сидят ближе, если ждут одобрения и дальше, если опасаются порицаний. Во время медицинских контактов следует поддерживать желаемую дистанцию, чтобы облегчить обмен информацией.

В основе описания эмпатических отношений Карла Роджерса (1959), предположение о том, один человек может понять внутренние рамки другого, поставив себя на его место. Если это не получилось, есть риск потерять чувство глубокой эмоциональной вовлеченности (симпатии), включая восприимчивость врача к боли пациента с одной стороны, и зависимость пациента от врача с другой.

В отношениях врача и пациента обмен эмоциями всегда требует установку границ, касающихся эмоциональной вовлеченности. Хотя такие границы часто не обсуждаются и нигде не прописаны, их понимают обе стороны. Границы подразумевают удерживание от сильного эмоционального и эротического вовлечения. Некоторые из них — обозначены правилами профессиональной этики. Врач нарушает границы, если умышленно эксплуатирует доверие пациента и его зависимость, отвечает непрофессионально на желания пациента и надежды.

Сексуальные контакты, двойные отношения, получение неподобающих подарков или услуг, торговля, необычное время или продолжительность визитов, использование соблазняющих и эротических выражений, чрезмерная откровенность и неподобающий физический контакт — наиболее частые нарушения границ. Все вышеперечисленное может саботировать развитие доверительных отношений. Степень близости между врачом и пациентом определяется границами, которые предотвращают эксплуатацию обеих сторон.

С одной стороны, пациенты, которые ищут помощи, уязвимы и стремятся сблизиться с врачом, в котором видят всемогущую фигуру, напоминающую мудрых родителей (например, через механизм переноса). С другой стороны, врач — тоже человек, а значит уязвим и должен сохранять бдительность, чтобы не сблизиться с пациентом в результате сильного эмоционального вовлечения (например, быть не в состоянии работать с переносом пациента). Как известно “to err is human” — «человеку свойственно ошибаться», и ошибаются даже врачи. Однако образование и правила профессиональной этики могут минимизировать нарушение границ [172].

Несколько факторов, которые делают вклад в удерживание или нарушение границ: возраст, пол, этническая принадлежность, культура, отношение, развитие и семья, в которой вырос, личность, образование и способность к взаимопониманию.

Нарушение границ может произойти в любой специальности, но чаще всего это случается на психологических и психиатрических консультациях, из-за переноса, возникающего из сильных эмоций — результат такого консультирования [127].

Нарушения границ, связанные с сексом часто инициируют пациенты. Как указывал Thomas (1985), старейший навык в медицине — наложение рук врача на пациента.

Следовательно, прикосновения во время физического осмотра традиционно воспринимались как открытые врата к диагнозу и (иногда) терапии. Прикосновения это не только воспоминания о материнских поглаживаниях, которые дают чувство безопасности, но также передают чувства и эмоциональную поддержку [147]. Тем не менее, неподобающие прикосновения — это, безусловно, нарушение границ, которое снижает доверие и уничтожает эмпатию в отношениях.

Когда студенты медики и врачи недостаточно обучены с точки зрения

потенциальных нарушений границ, часто обвиняют медицинское образование. Однако проблема в том, что «правила поведения» с точки зрения нарушения границ — достаточно неопределенные, и поэтому им трудно обучить. Нет нужды говорить, что эмпатия в отношениях врача и пациента может помочь избежать таких нарушений

Подводя итоги можно сказать, что:

- эмпатия у врачей помогает им смягчить профессиональный стресс и предотвратить появление синдрома эмоционального выгорания;

- эмпатия очень эффективна в клинической практике, позволяет делать более точные диагнозы, лучше согласовывать и более эффективно планировать процесс лечения;

- из двух моделей терапии: уход и лечение, только интеграция обеих моделей в медицинское образование поможет повысить уровень эмпатии в лечении;

- эмпатия — один из важных компонентов этики ухода за больными и включена в первый «Кодекс по вопросам этики» Американской Медицинской Ассоциации;

- на психодинамику эмпатии в клинических отношениях могут оказывать как положительное так и отрицательное влияние такие факторы как: идентификация, перенос и контрперенос, эффект «раненного врача»;

- ухудшает качество клинических отношений чрезмерное вовлечение в эмоции пациента, т. е. симпатия;

- развитая эмпатия врачей помогает избегать технологического перекоса во взаимоотношениях врача и пациента и предотвращает избыточные диагнозы при

лечении.

Несколько факторов влияют на качество отношений врача и пациента. Некоторые из них повышают эмпатию. К ним можно отнести следующие:

– эффект плацебо, который помогает в трети клинических случаев, выражен сильнее, если существуют эмпатические отношения между врачом и пациентом;

– эмпатия — это способ аналитического слушания. Эмпатическое понимание может быть усилено распознаванием скрытых и произнесенных посланий через анализ невербальных знаков «глазом разума»,

усиливает эмпатию во взаимоотношениях врача и пациента знание социокультуральных особенностей;

эмпатия представляет собой особый вид общественной поддержки, оказывающий благоприятные воздействия в связке пациент-клиницист;

– развитию эмпатии во взаимоотношениях врача и пациента помогает знание границ личного пространства другого человека и соблюдение границ эмоциональной вовлеченности.

Невзирая на всю очевидную полезность эмпатии для больных, надо помнить о том, что это процесс взаимный и вовлекаемые в него врачи тоже получают свою выгоду, которая выражается в уменьшении стресса, истощения и улучшают самочувствие медика.

Несмотря на то, что огромное количество литературы посвящено пользе от эмпатических взаимоотношений между врачом и пациентом и приверженности с помощью их лечебному режиму, удовлетворению врачом и системой в целом, признанию и пониманию медицинской информации, способностью бороться

с болезнью, повышением качества жизни и физического, ментального и социального состояния, можно констатировать недостаток эмпатии у современных докторов.

Проведенный обзор литературы, посвященной эмпатии в медицинской практике, показал, что эмпатия не только приносит выгоду пациентам и врачам, но и специфически влияет на деятельность терапевтов и хирургов. Учитывая продолжительность контактов с больными и особенности консервативного лечения, от установления эмпатических отношений терапевтов с пациентами зависит эффективность их дальнейшей деятельности. Поэтому эмпатия может считаться одним из главных критериев профессиональной успешности терапевта и, следовательно, занимать одно из главных мест в их структуре ПВК, и, возможно, не играть такой роли в деятельности хирургов.

1.4 Психологический анализ деятельности врача терапевта и врача хирурга

Уникальная ситуация взаимодействия врача и пациента заключается в том, что больной доверяет врачу самое ценное, что у него есть — жизнь. Ф. Александер писал: «...в центре внимания медиков оказывается больной — живой человек со своими бедами, страхами, надеждами и разочарованиями, который представляет собой неделимое целое, а не просто набор органов — печени, желудка и т. д.» [3].

Современная медицина — одна из самых динамично развивающихся

областей науки. В связи с этим растет дифференциация областей медицинского знания. Современное здравоохранение включает в себя 6 отдельных видов специализации, требующих высшего медицинского образования и более 60 предметов профессиональной врачебной деятельности.

Все это требует определенной специфической именно для этого вида деятельности подготовки. В российской практике подготовки врачей определились два уровня специализации. Первый уровень определяется первичной, основной специализацией, которая приобретает человеком, получившим высшее медицинское образование через систему интернатуры, ординатуры или аспирантуры.

Существующая в нашей стране система непрерывного последипломного образования соответствует второму уровню углубленной специализации. На этом этапе дифференцируются и развиваются профессионально важные качества, определяется индивидуальный стиль деятельности, достигается стадия «суперпрофессионализма», или, наоборот, происходят профессиональные деформации, состояния профессиональной дезадаптации.

Современное мировое здравоохранение имеет разветвленную сеть врачебных специализаций как основного условия успешности профессиональной деятельности. Традиционно специализированная медицинская помощь делится на два основных направления: терапевтическое и хирургическое. Терапевтическое направление рассматривается как медицинская помощь, состоящая в опосредованном лечебном воздействии на пациента с помощью исцеляющих средств и манипуляций, без физического вторжения в системы жизнеобеспечения

[106]. В этом направлении медицины сформировалась знаменитая Российская клиническая школа терапии с требованиями и к высокому профессионализму врача, и к высоким личным качествам, включая психологическую готовность к общению с пациентом.

Содержание труда терапевта заключается в оказании медицинской помощи при заболеваниях органов дыхания, пищеварения, сердечно-сосудистой системы, почек, крови, эндокринных желез, обмена веществ и др. Врач-терапевт осуществляет лечение больных при помощи консервативных методов.

Хирургическое направление связано с физическим нарушением целостности организма, с заведомым принесением боли человеку. Но этот вид помощи оказывается тогда, когда невозможна терапевтическая помощь, и только оперативное вмешательство способно принести облегчение и спасти жизнь пациента. При этом хирургическое воздействие носит непосредственный характер. Врач собственными руками, а в современной медицине через посредство сложной техники, оказывает воздействие на патологический процесс.

Содержание труда хирурга заключается в выявлении причин заболеваний, проведению исследовательских работ для постановки или подтверждения диагноза, проведении предоперационной подготовки, проведении плановых и внеплановых (экстренных) операций, ведении пациента после операции, разработке и внедрении новых методов диагностики и лечения различных заболеваний. Учитывая разные задачи, стоящие перед врачами этих двух специализаций, разная будет и структура профессионально важных качеств терапевтов и хирургов.

Хирургия за долгую историю своего существования прошла путь от ремесла

до отдела клинической медицины и до сих пор рассматривается как «божественное искусство». Сейчас хирургия — это обширная область медицины, ведающая огромным кругом заболеваний, и круг этот продолжает расширяться. Для своей деятельности хирургия требует в основном применения тех или иных приемов, часто наряду с общемедицинскими мероприятиями.

Возможность нанести рану преднамеренно, войти внутрь организма и умение быстро заживить рану — вот отличительные особенности профессии хирурга. Неотделим от этой профессии страх, имеющий характер и инстинктивный, и носящий отпечаток исторической памяти. Еще сравнительно недавно в хирургию вошла анестезия. А до тех пор «нож и боль — были понятиями нераздельными»[29]. Вот тогда и появилась необходимость надевать маску равнодушия и холодности.

Профессия хирурга, также как и профессия терапевта, накладывает определенный отпечаток на индивидуально-психологические свойства личности, предъявляет требования к морально-этическим качествам. Профессия хирурга, как ни какая другая врачебная специальность требует мужества, хладнокровия, выдержки. Хирургов со студенческой скамьи учат тому, что любое, даже незначительное хирургическое вмешательство несет угрозу жизни человека. Случайные кровотечения, остановки сердца требуют моментальной реакции, твердости и самое главное самообладания. Характер операций сильно изменился за последнее столетие, и хирургу уже не нужно «приучать себя к виду крови», потому что многие операции происходят совершенно бескровно. И для того, чтобы участвовать в операциях, не надо быть жестоким и обладать инстинктом

мясника, как принято считать.

Одна из главных трудностей профессии хирурга — это принятие решения о необходимости операции. Цена неправильно выбранного решения — жизнь человека. Часто принятие таких решений связано с дефицитом времени, а значит и с эмоциональными перегрузками врачей хирургов.

Учитывая, что любая профессия предъявляет к личности определенные требования, накладывает специфический отпечаток на весь образ жизни человека, профессия хирурга формирует определенный склад личности, вырабатывает профессиональные свойства личности. Из-за профессионального хладнокровия, выдержки, выработанного с годами видимого спокойствия, у пациентов возникают ощущение эмоциональной холодности, отчужденности хирургов.

А. Д. Доника в своем полномасштабном исследовании структуры профессионально значимых качеств врачей хирургического и терапевтического профиля отмечает, что хирурги эксперты оценили как необходимые в работе такие качества как способность к состраданию, сочувствию, чувство справедливости, самопожертвования. Хотя на первое место как профессионально значимые качества хирурги поставили показатели соматического здоровья и физического развития, на второе индивидуально – типологические свойства и только затем социально – значимые качества, к которым относится эмпатия. В этом же исследовании установлено, что врачи терапевты такое свойство как сострадание не считают необходимым, а лишь значимым. Согласно полученным данным, профессиональная деятельность врачей хирургического профиля требует большего развития волевых свойств, а терапевтического профиля – некоторых

коммуникативных и речевых характеристик. Литературные данные показывают, что военные хирурги в ряду других ПВК отмечают эмпатию[35].

Подводя итоги, скажем, что структура профессионально важных качеств врача хирурга отличается наличием аттенционных, мыслительных, волевых свойств и свойств работоспособности. Исследование профессионально важных качеств врачей, проведенное Б. А. Ясько показало, что для хирургов имеют высокое значение такие качества как: быстрота и точность пальцев рук, согласованность движений с процессами восприятия, устойчивость к статическим нагрузкам, пластичность движений, способность к быстрдействию в условиях дефицита времени. Из эмоциональных свойств наиболее значимым оказывается эмоциональная стабильность.

Профессиограмма врача хирурга отражает такие требования к профессионально важным качествам как: эмоционально-волевая устойчивость, внимательность, аккуратность, высокая ответственность, наблюдательность, коммуникативные способности, большой объем долговременной памяти, аналитический ум.

Таким образом, мы видим, что профессиональная деятельность способствует не только проявлению определенных качеств в человеке, но и формированию профессиональных свойств личности, которые оказываются в прямой зависимости от особенностей профессии. Для хирурга чрезмерная эмоциональная вовлеченность, сочувствие, эмпатическое сопереживание возможно окажут отрицательное влияние на эффективность деятельности. Спокойствие, невозмутимость скорее будут способствовать поддержанию бодрости духа

пациента, одной из главных задач деятельности врача. И состояние духа врача отражается на состоянии пациента.

Психологический анализ деятельности врача терапевта показывает, что она имеет свою специфику. Опрос 100 больных, оценивших при выписке образ врача, показал, что наиболее существенными были коммуникативные качества: душевность, доброта, вежливость, внимание к пациентам [24]. Большой частью общение терапевта и пациента происходит при дефиците времени (особенно на приеме у участкового врача) и здесь проявляются навыки «профессиональной эмпатии», которые выражаются в знании поведенческой экспрессии, позволяющей проникнуть в эмоциональный мир больного.

При этом важным является умение врача распознавать эмоциональное содержание невербального поведения пациента. Эмоционально-перцептивные способности врача проявляются в умении интонационно передать пациенту свою эмоциональную реакцию [92]. Важность этого умения врача для создания у больного удовлетворенностью общением, а также значение эмпатии для понимания сущности терапевтического воздействия были показаны исследованиями проведенными Бажиным Е. Ф. (1980).

Комплекс профессионально важных качеств врача терапевта включает в себя свойства внимания, развитые сенсорные качества, коммуникативные свойства такие как: умение располагать в себе людей, вызывать у них доверие. Все это вызвано спецификой деятельности терапевта, которому приходится в течение одного дня оказывать консультационную, диагностическую и лечебную помощь. Для терапевта важны и такие психологические качества как: сохранение высокой

работоспособности в монотонных и однообразных условиях, умение быстро записывать, хорошая дикция. Развитию коммуникативных навыков у терапевтов уделяется особенное внимание. В исследованиях по медицинской психологии отмечается, что поведение врача в коммуникативном процессе несет психотерапевтическое воздействие. К сожалению, это воздействие может быть как положительным, так и отрицательным, ведущим к развитию ятрогений, которые развиваются вследствие неправильного поведения врача. Отрицательное влияние врача на больного может располагаться в широком диапазоне от явных ятрогений (эффект обусловлен неправильным поведением врача) до псевдоятрогений (эффект обусловлен болезненным восприятием пациента). Отсутствие доверительного контакта является общим условием возникновения ятрогений. Промахи в поведении врача, особенно при первой встрече с больным, часто являются ее источником [89].

Положительным следствием верно построенного коммуникативного процесса является и возрастание у терапевта чувства уверенности в успехе лечебных мероприятий.

В структуре ПКВ врача терапевта особое место занимает эмпатия как качество не только позволяющее чувствовать эмоциональное состояние больного, но и состоящее в способности врача передавать больному то, что он полностью понял. Так как такое умение поступает через невербальные каналы, которые невозможно постоянно контролировать, терапевт должен испытывать к пациенту истинные положительные эмоции. Поэтому на первом месте в структуре требований, предъявляемых к профессионально-важным качествам врача терапевта, стоит сострадание, а затем уже добросовестность, аккуратность, внимание,

коммуникативные способности, большой объем долговременной памяти.

В своих исследованиях Б. А. Ясько подчеркивает разницу в динамических характеристиках коммуникативных качеств терапевтов и хирургов, заключающуюся в различном подходе к решению конфликтных ситуаций: первые выбирают путь сотрудничества, вторые — стратегии авторитарного типа. Это подтверждает большое значение установления взаимопонимания с пациентами в деятельности врача терапевта.

Подводя итоги исследования профессионально важных качеств врачей можно сделать следующие выводы:

– структура профессионально важных качеств врача терапевта и врача хирурга различна. Она отражает разную специфику деятельности терапевтов и хирургов;

– для терапевтов и хирургов коммуникативные качества имеют различные динамические характеристики;

– главным качеством ПВК терапевта является сострадание как одно из проявлений эмпатии;

– основным качеством ПВК хирурга является эмоционально - волевая устойчивость.

Несмотря на то, что изучению профессионально важных качеств врачей уделялось достаточное внимание (Безродная Г. В., Бенедиктов И. И., Василькова А. П., Лещинский Л. А., Одерышева Е. Б., Цветкова Л. А. и др.), анализ эмпатии в структуре ПВК врачей разных специальностей показывает противоречивость накопленных данных. Традиционная точка зрения предполагает,

что эмпатия у хирургов не только не развита, но и не нужна. Такая позиция по - видимому основана на взглядах З. Фрейда на сублимацию, как механизме перенесения агрессивных импульсов в социально приемлемое поведение. Сегодня же сами хирурги отмечают эмпатию как необходимое качество для профессиональной деятельности. В то время как терапевты считают эмпатию просто значимым качеством.

Отмечая сострадание как необходимое качество в профессиональной деятельности хирургов, эмоциональная стабильность в то же время выделяется как главное качество среди индивидуально – типологических качеств [30]. Традиционно деятельность врачей терапевтов связывалась с профессиональной эмпатией, однако некоторые последние исследования показывают заниженный уровень выраженности эмпатии у терапевтов. Такой заниженный уровень эмпатии авторы объясняют владением «когнитивной» и «действенной» эмпатией [16]. Хотя другие авторы определяют действенную эмпатию как высший, произвольный вид, отличая ее от натуральных, элементарных форм и указывают на ее наличие у хирургов и отсутствие у терапевтов [9]. Сами терапевты рассматривают эмпатию скорее как коммуникативный навык, чем как изначально необходимое качество для эффективной работы [30].

Большинство авторов определяют эмпатию как профессионально важное качество. В противовес этому другие авторы находят, что пациенты предпочитают врачей авторитарного типа, замечая, однако, что другая часть ожидает от врачей психологической поддержки [77].

Анализ исследований эмпатии в деятельности терапевтов и хирургов

показал недостаточную конкретизацию понятия. Оно представляется недостаточно четко определенным, аморфным качеством, вследствие этого неполно соотносимым с эффективностью деятельности.

Анализ эмпатии как интегративного комплексного явления в профессиональной практике терапевтов и хирургов позволит прояснить накопленные противоречия, определить ее значение для врачей разных специализаций и уточнить ее место в структуре ПВК.

Подведем итоги теоретического анализа соотношения эмпатии и эффективности деятельности в медицинской практике и с опорой на них обозначим выдвигаемые гипотезы.

Современное состояние вопроса изучения феномена эмпатии изобилует большим количеством определений, причин развития эмпатии, механизмов эмпатии, ее уровней и функций. Но, несмотря на обширный массив данных, они отличаются противоречивостью и не всегда согласуются между собой. Общим местом во всех многочисленных трудах, посвященных феномену эмпатии, признавая ее большую практическую значимость, является указание на многозначность и неопределенность самого понятия. Отсутствие четкого определения эмпатии позволяет по - разному трактовать одни и те же наблюдаемые явления.

Из всего обилия определений мы выделили операционное определение эмпатии интеграционного типа, как такого направления исследований, которое позволяет описать данный феномен с разных позиций: и как понимание, и как переживание, и как источник помогающего поведения.

Эмпатия рассматривается как целостное явление, которое включает три взаимодействующие компонента: понимание эмоционального состояния другого человека (когнитивный уровень), сопереживание или сочувствие, которое испытывает субъект эмпатии в отношении к другому лицу (аффективный уровень), активное помогающее поведение субъекта (поведенческий уровень). Действенную степень эмпатии мы рассматриваем как высшую форму проявления, так как она приводит к помогающему поведению, среднюю занимает эмоциональная форма, низшую - когнитивная.

Из многочисленных концепций профессионализации применительно к анализу врачебной деятельности, мы остановились на концепции Марковой А. К. и определили пять уровней профессионализма, на которых происходит обучение, становление, обретение индивидуального стиля деятельности и завершение карьеры.

Успешность профессиональной деятельности определяется наличием профессионально важных качеств, как сложных интегративных образований, которые отображают специфику деятельности и являются деятельностно-специфичными, включают в себя психофизиологические и социально-психологические характеристики человека и выделяются в зависимости от сфер деятельности. Отмечено, что, находясь на стыке разных типов профессий, социономического, технономического, биономического, профессионально важные качества врачей не только обладают большой степенью обобщенности, что не точно определяет профессионально важные качества, характерные для врачей разных специализаций, но и не отражают значение отдельных ПВК для успешной

профессиональной деятельности. Это требует дальнейших исследований специфики ПВК врачей разных специальностей, как отражающих различную направленность их деятельности и различное влияние, оказываемое ими на эффективность профессиональной деятельности.

Проведенный анализ современного состояния концепции эмпатии в медицинской практике показал, что она предполагает интеграцию биопсихической и биомедицинской парадигмы. Эмпатия в медицине крайне эффективна потому, что позволяет установить более точные и ранние диагнозы, избежать бесполезных исследований и избыточных диагнозов, сократить стоимость услуг и приводит к более стойким результатам в процессе лечения. На психодинамику в клинических отношениях влияют такие факторы как: идентификация, перенос и контрперенос, эффект раненного врача, эффект плацебо, эмпатическое слушание. Помогает эмпатии в медицине знание социокультурных факторов и соблюдение границ личного пространства. Вместе с тем, анализ эмпатического взаимодействия терапевтов и хирургов с пациентами показал разное место, которое занимает эмпатия в деятельности терапевтов и хирургов.

Одной из основных задач консервативной медицины считается достижение у пациентов устойчивой ремиссии, что возможно, с одной стороны, при полном соблюдении рекомендаций лечащего врача, а, с другой стороны, когда доктор имеет индивидуальный подход к больному и умеет внушить уверенность пациентам, что обеспечивается таким качеством как эмпатия. Таким образом, для терапевтов эффективность дальнейшей деятельности зависит от установления

эмпатических отношений. Поэтому эмпатия может считаться одним из главных критериев профессиональной успешности терапевта и, следовательно, занимать одно из главных мест в структуре ПВК. Между тем, анализ исследований, посвященных эмпатии у врачей, показывает, что нет работ, определяющих специфику эмпатии, степень и характер ее влияния на эффективность профессиональной деятельности врачей разных специализаций, особенно в их сравнении.

Анализ деятельности терапевтов и хирургов выявил разную направленность их труда. Деятельность терапевта предполагает длительные контакты врача и пациента. От уровня установления доверительных отношений зависит дальнейшая эффективность лечения и достижение устойчивых результатов оказанной помощи. Специфика профессиональной деятельности хирурга заключается в том, что любая, даже незначительная операция, несет угрозу жизни человека и характеризуется относительно непродолжительными контактами с пациентом. Считается, что своим спокойствием, уверенностью хирург вселяет в пациентов надежду на лучший исход. В структуре ПВК терапевтов профессиограмма определяет важнейшим качеством сострадание, у хирургов — эмоциональную устойчивость, спокойствие, невозмутимость. Однако, невзирая на большое количество работ по изучению ПВК у врачей разных специальностей, отмечается противоречивость накопленных данных. Особенно это касается такого качества как эмпатия.

Проведенный анализ теоретического материала позволил выделить экспериментальные гипотезы: эмпатия у терапевтов и хирургов имеет разную

степень выраженности, отражающую место эмпатии в повседневной практике, эмпатия терапевтов и хирургов будет реализовываться через разные каналы, динамика развития эмпатии в процессе профессионализации будет формироваться по-разному и по-разному сказываться на эффективности деятельности. Следовательно, для одних она будет профессионально важным качеством, а для других — нет.

Таким образом, признавая большую пользу, которую приносит эмпатия и врачам, и пациентам, можно отметить отсутствие единого мнения относительно специфики эмпатии в профессиональной деятельности врачей разной специализации, наличие противоречивых данных о влиянии эмпатии на результативность деятельности структуре их ПВК, и как следствие остается открытым вопрос является эмпатия необходимым качеством для реализации деятельности терапевтов и хирургов. Ссылаясь на сказанное выше, в данной работе мы придаем особую важность изучению эмпатии как качества, различно сказывающегося на результативности деятельности врачей противоположных направлений.

Глава 2. Влияние эмпатии на эффективность деятельности врача терапевта и хирурга

2.1 Программа и методики эмпирического исследования

Исследование включало в себя четыре этапа. Предварительный этап состоял из изучения теоретического материала и включал постановку задач. Целью данного этапа был выбор проблемной области для исследования и формулировка гипотез для дальнейшей работы. Предметом исследования выступили особенности профессиональной деятельности терапевтов и хирургов.

Второй этап исследования включал выбор и адаптацию психодиагностических методик для решения поставленных задач. Была составлена социологическая анкета, которая включала в себя данные о возрасте, поле, стаже работы в данной области, ученой степени или наличии профессиональной категории, предмете специализации. Был разработан метод экспертных оценок, который предназначался для определения эффективности деятельности медика в данном лечебном учреждении. Было проведено пилотажное исследование, включающее помимо врачей летчиков, как специалистов, работающих в системе человек-техника и для которых коммуникативные свойства не являются профессионально важными. Исследование подтвердило наличие специфики эмпатии врачей по сравнению со специалистами, ориентированными на эксплуатацию техники. Это позволило конкретизировать поставленные задачи.

В ходе третьего этапа проводился сбор эмпирических данных и их обработка методами математической статистики. В исследовании приняли добровольное

участие 130 человек, из которых 8 не вошли в окончательную выборку из-за недостоверности предоставленных ими данных.

Четвертый этап содержал обобщение полученных эмпирических данных и обоснование решений по выдвинутым гипотезам, проведен анализ и содержательная интерпретация результатов исследования.

Методологическую основу исследования составили положения системного подхода (Б. Ф. Ломов, В. А. Барабанщиков) и субъектно-деятельностного подхода (К. А. Абульханова-Славская, Б. Г. Ананьев, А. Н. Леонтьев, В. С. Мерлин, В. Д. Шадриков), концепции профессионального развития личности специалиста (В. А. Бодров, Е. А. Климов, Э. Ф. Зеер, А. К. Маркова, В. В. Платонов, Ю. В. Поваренков), концепции эмпатии в медицинской практике (Ю. В. Гиппенрейтер, Б. Д. Карвасарский, С. А. Лигер, В. А. Ташлыков, Б. А. Ясько, Carmel S. & Glick S., M. Hojat, M. Kliszcz, J. Hebanowski, M. & Rembowski J., Mehrabian A. & Epstein N., A. Peabody F. W., Schwaber E., Spiro H.). В соответствии с целью исследования и выдвинутыми гипотезами была разработана программа исследования.

При составлении программы исследования использовался принцип дополнительности: эмпирические данные количественного и качественного характера, выявленные субъективные и объективные показатели дополняли друг друга. Более надежные выводы получаются в том случае, когда факты, полученные по одному методу, могут быть подтверждены данными, полученными по другим методикам. Поэтому в исследовании были использованы три методики, направленные на измерение эмпатии. Диагностика уровня поликоммуникативной

эмпатии И. М. Юсупова, диагностика эмпатических способностей В. В. Бойко, шкала эмпатического отклика А. Мехрабяна, в модификации П. Эпштейна.

Методика И. М. Юсупова [102] позволяет не только определить общий уровень эмпатии, но и ее уровни в различных областях человеческой жизни. Автор методики классифицирует эмпатию исходя из объекта, к которому она направлена — эмпатия с родителями, животными, стариками, детьми, героями художественных произведений, незнакомыми или малознакомыми людьми.

Оценивается не сам факт переживания, а именно склонность к нему, поскольку проявление эмоционального отклика в реальных условиях сопряжено с некоторыми социальными ограничениями.

Тест базируется на диагностике факторов, обуславливающих развитие у субъекта эмпатийного потенциала:

- 1) способности к принятию роли;
- 2) сензитивности;
- 3) опыта данного переживания в эмоциональной памяти испытуемого.

Количественно тест фиксирует образы действий субъекта эмпатии, представленные как перечисление дискретного ряда открытых переменных, актуализированных вербальным описанием и связанных с соответствующими им ситуациями. Объектами эмпатии выступают социальные ситуации и присутствующие в них персонажи, которым испытуемый мог сопереживать в повседневной жизни, накапливая эмоционально-когнитивный опыт в процессе социализации.

Диагностика проводится в форме вербального текста с помощью бланковой

методики в виде закрытых суждений. Стимульным материалом являются 36 суждений, стандартизированных по 90-бальной оценочной шкале, с которыми субъект может дифференцированно соглашаться или не соглашаться, высказывая свое отношение к предложенным социальным ситуациям. Каждое отдельное суждение не является диагностичным, только по совокупности ответов определяются показатели по векторам сопереживания, а также общий уровень эмпатии. Тест имеет шкалы неискренности, достоверности и психологической защиты, которые позволяют достоверно оценить регистрируемые показатели. У теста высокие показатели надежности, валидности, дискриминативности. В нашем исследовании тест был применен для выявления интенсивностной характеристики эмпатийного потенциала.

Методика эмпатических способностей В. В. Бойко [71] рассматривает эмпатию как рационально — эмоционально - интуитивную форму отражения, которая является средством «вхождения» в пространство другого человека. По его мнению, эмпатия является «ценнейшим средством познания человеческой индивидуальности в целях воспитания и обучения, лечения и профилактики». Методика эмпатических способностей В. В. Бойко позволяет диагностировать общий уровень развития эмпатии и развитие отдельных компонентов эмпатии таких как: рациональный, эмоциональный, интуитивный каналы эмпатии, установки, способствующие эмпатии, проникающая способность, идентификация в эмпатии. Опросник состоит из 36 утверждений, позволяющих выявить особенности проявления эмпатических суждений и прогнозирующих их возможное развитие. Анализируются показатели отдельных шкал и общая

суммарная оценка. Оценки по каждой шкале могут варьироваться от 0 до 6 баллов и указывают на значимость отдельного параметра в структуре эмпатии. Суммарный показатель может меняться от 0 до 36 баллов. В зависимости от полученных баллов общий уровень эмпатии и уровень отдельных эмпатических способностей может быть четырех видов: очень высокий — свыше 30 баллов, средний — 29–22, заниженный — 21–15, очень низкий — меньше 14 баллов. В нашей работе эта методика использовалась с целью исследования структуры эмпатии терапевтов и хирургов, для определения ведущих каналов эмпатии у врачей терапевтов и хирургов.

Методика «Шкала эмоционального отклика» А. Меграбяна и П. Эпштейна [147] позволяет проанализировать общие эмпатические тенденции и такие параметры эмпатии как уровень выраженности способности к эмоциональному отклику на переживания другого и степень соответствия / несоответствия знака переживаний субъекта и объекта эмпатии. Он использовался для определения общего уровня развития эмпатии и проверки данных полученных по другим методикам. Объектами эмпатии выступают социальные ситуации и люди, которым испытуемый мог сопереживать в повседневной жизни. Опросник состоит из 25 суждений закрытого типа как прямых, так и обратных. Испытуемый должен оценить степень согласия несогласия. Шкала ответов дает возможность выразить оттенки отношения к каждой ситуации общения. В нашем исследовании мы использовали только оценку общей эмпатической тенденции для подтверждения результатов двух предыдущих тестов.

Метод наблюдения предназначается для сбора информации

о характеристиках свойственной врачам эмпатии, а также для уточнения искренности собеседника при сообщении им информации в ходе совместной беседы с экспериментатором.

Метод экспертных оценок предназначался для получения как можно более непредвзятого мнения врачей терапевтов и хирургов в отношении вопроса оценка уровня личной профессиональной успешности отдельного врача специалиста.

Экспертная оценка осуществлялась отдельным субъектом (руководителем-врачом, отдельным врачом - специалистом) на основе самостоятельного, свободного от чужого вмешательства присвоения конкретному объекту (врачу) некоторого количества баллов в зависимости от установления им меры соответствия конкретного феномена (эффективности) имеющимся стандартам. В качестве независимых экспертов привлекался руководящий состав и коллеги по непосредственному взаимодействию в отделении. Формирование группы экспертов осуществлялось на основе опыта лечебной и научной деятельности. Для определения экспертной оценки уровня эффективности предлагалось определить успешность деятельности в соответствии с установленными медицинскими стандартами. Эксперты оценивали каждого предложенного кандидата в соответствии с предложенной инструкцией: «С помощью шкалы оцените эффективность деятельности ваших коллег: 0–10 низкий уровень эффективности, 10–20 — средний уровень эффективности, 20–30 — высокий уровень».

Для статистической обработки и анализа эмпирических данных были использованы: методы описательной статистики (среднее арифметическое,

стандартное отклонение, коэффициент вариации), методы сравнения средних (U-критерий Манна-Уитни), корреляционный анализ (коэффициент r-Спирмена), множественный регрессионный анализ (метод главных компонент).

Математическая обработка данных осуществлялась с применением программы STATISTICA 6.0, IBM Statistics SPSS Base 13.0.

В качестве базы исследования выступили многопрофильные больницы и поликлиники г. Москвы. Объектом эмпирического исследования явились врачи терапевты и врачи хирурги, как специалисты противоположных профилей деятельности. Общий объем выборки составил 122 человека: терапевты — 60 человек, хирурги — 62 человека, мужчин и женщин в возрасте от 25 до 67 лет.

Все прошли первичную специализацию через систему интернатуры, ординатуры или аспирантуры.

Для получения статистически достоверных данных врачей терапевтов и врачей хирургов представляли специалисты всех направлений консервативной и оперативной медицины.

2.2 Эмпатия как профессионально важное качество врача терапевта и хирурга

В данном параграфе был установлен наиболее эффективный период деятельности терапевтов и хирургов, исследовано влияние, оказываемое эмпатией на эффективность деятельности терапевтов и хирургов, и дан ответ на вопрос:

какова степень влияния эмпатии на эффективность профессиональной деятельности терапевтов и хирургов.

2.2.1 Эффективность деятельности в различные стажевые периоды у терапевтов и хирургов

В данном исследовании мы попытались дать ответ на вопрос, какой период деятельности является самым эффективным для терапевтов и хирургов.

Используя концепцию профессионального развития личности Э. Ф. Зеера и А. В. Марковой, учитывая специфику образовательного процесса врача, мы разделили профессиональный путь врача на три стажевых периода: 1 — стадия адаптации (1 – 9 лет), 2 — стадия профессионального мастерства (10 – 30 лет), 3 — постепенный спад профессиональной активности (свыше 30 лет).

Данные корреляционного анализа обнаружили у врачей терапевтов статистически значимые взаимосвязи между:

- эффективностью деятельности и стажем ($r = 0,588$, $p = 0,000$)
- эффективностью деятельности и возрастом ($r = 0,583$, $p = 0,000$);
- эмпатией к малознакомым людям и возрастом ($p < 0,05$),
- эмпатией к малознакомым людям и стажем ($p < 0,05$).

Диаграммы рассеивания демонстрируют нелинейную, параболическую связь между эффективностью деятельности и стажем, пик эффективности деятельности приходится на 2-ой стажевый период ($r = 0,5810$; $p < 0,001$).

У врачей хирургов данные корреляционного анализа показывают статистически значимые взаимосвязи между:

- эффективностью деятельности и стажем ($r = 0,264$, $p < 0,05$);
- эффективностью деятельности и возрастом ($r = 0,309$, $p < 0,05$);
- эмпатией к родителям и возрастом ($p < 0,01$);

- эмпатией к родителям и стажем ($p < 0,01$);
- наибольшая эффективность деятельности наблюдается у хирургов во 2 стажевом периоде ($r = 0,2042$, $p < 0,05$).

Полученные данные позволили прийти к выводу, что у врачей обеих специализаций наибольшая эффективность деятельности приходится на период с 10 до 30 лет работы (2-ой стажевый период), стадию профессионального мастерства. Для врачей терапевтов наиболее связана со стажем и возрастом эмпатия к малознакомым, т. е. категория людей, которая составляет ежедневный контингент профессионального общения врачей. Для хирургов наиболее связана с возрастом и стажем эмпатия к родителям. Эта категория не может быть связана с профессиональной деятельностью.

2.2.2 Влияние уровня развития эмпатии на эффективность деятельности терапевтов и хирургов

С целью установления специфики влияния эмпатии на эффективность деятельности терапевтов и хирургов был проведен корреляционный анализ (метод достоверности различий U-критерий Манна-Уитни) и регрессионный анализ по всем трем методикам, использовавшимся в исследовании.

Показатель эффективности деятельности оценивался респондентами по тридцатибальной системе: 0 – 10 — низкий уровень эффективности; 10 – 20 — средний, 20 – 30 — высокий.

Были получены следующие данные:

- зафиксирована значимая положительная связь между общим показателем

эмпатии по всем трем методикам и эффективностью профессиональной деятельности врачей терапевтов ($r = 0,350$, $p < 0,01$).

Эта зависимость эффективности деятельности терапевтов и общего показателя эмпатии проиллюстрирована на первом графике рассеивания ($r = 0,3225$; $p < 0,01$) (рисунок 1).

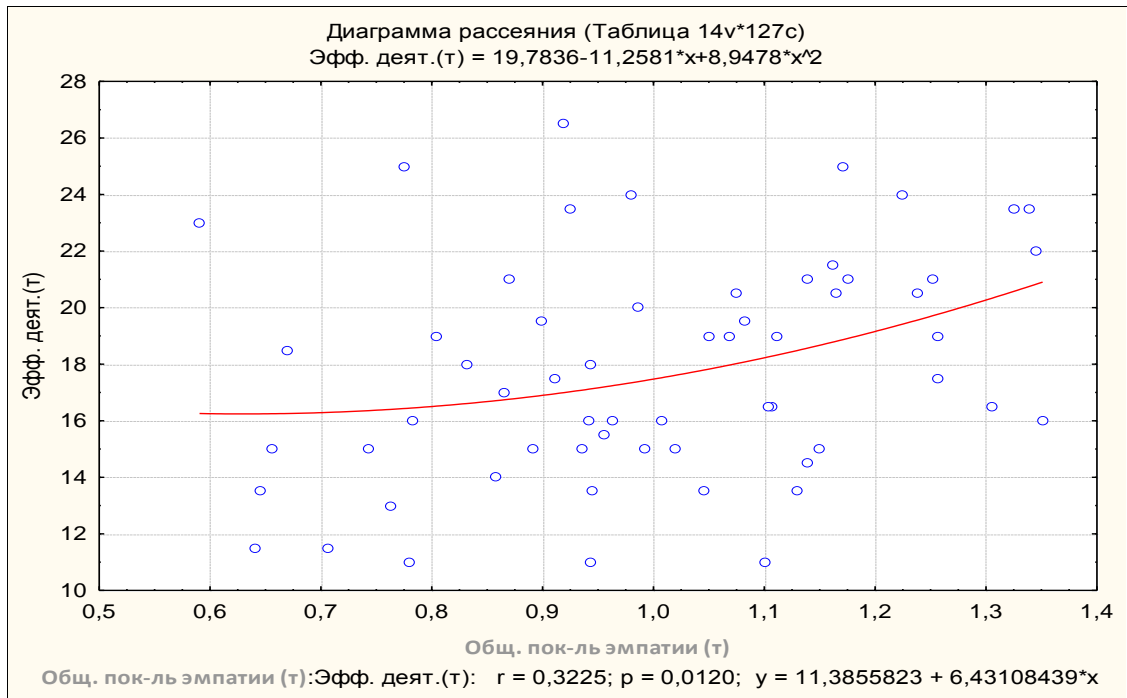


Рисунок 1 – Зависимость эффективности деятельности и общего показателя эмпатии у терапевтов

– обнаружена статистически значимая связь эффективности деятельности и эмпатии у терапевтов по методике поликоммуникативной эмпатии И. М. Юсупова ($r = 0,36$; $p < 0,01$) и шкале «эмпатического отклика» А. Мехрабяна, П. Эпштейна ($r = 0,30$; $p < 0,05$);

– связь эмпатии и эффективности деятельности у терапевтов по методике уровня эмпатических способностей В. В. Бойко отсутствует ($r = 0,20$; $p > 0,05$);

– у хирургов прямолинейная связь между эффективностью деятельности и общим показателем эмпатии по всем трем методикам не установлена ($r = 0,108$; $p > 0,05$). Однако график рассеивания показывает, что связь между ними нелинейная, слабо параболическая, также как и связь между эффективностью деятельности и уровнем эмпатических способностей по методике В. В. Бойко ($r = 0,09$; $p > 0,05$) (рисунки 2, 3);

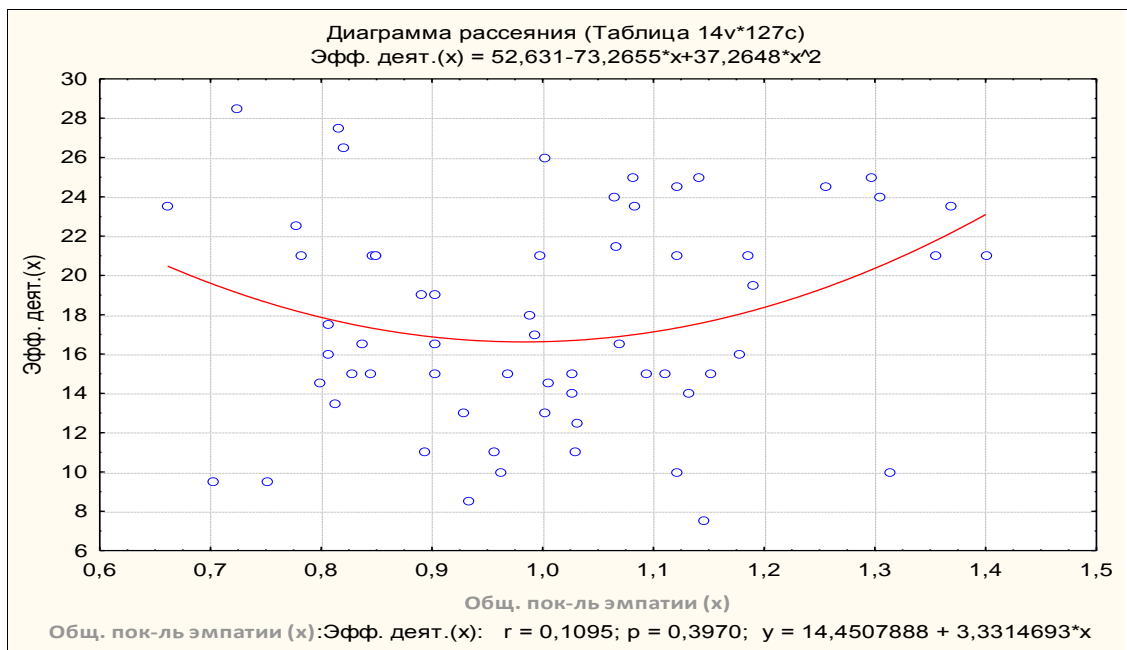


Рисунок 2 – Зависимость эффективности деятельности и общего показателя эмпатии у хирургов

– связь между эффективностью деятельности и эмпатией по методике И. М. Юсупова и А. Мехрабяна, П. Эпштейна отсутствует.

Дополнительно проведенный корреляционный анализ показал, что эмпатия начинает влиять на эффективность деятельности хирургов только на определенном стажевом периоде после завершения адаптационной стадии профессионального развития: взаимосвязь эффективности деятельности и

и общего показателя эмпатии по всем трем методикам ($r = 0,419$, $p < 0,05$), связь эффективности деятельности и эмпатии по методике поликоммуникативной эмпатии И. М. Юсупова ($r = 0,36$; $p < 0,05$) и шкале «эмпатического отклика» А. Мехрабяна, П. Эпштейна ($r = 0,44$; $p < 0,05$).

У терапевтов наибольшая взаимосвязь наблюдается между эффективностью деятельности и поликоммуникативной эмпатией, измеряемой методикой Юсупова. С целью дальнейшего уточнения специфики влияния эмпатии на эффективность деятельности врачей, мы провели корреляционный анализ взаимосвязи поликоммуникативной эмпатии и эффективности деятельности.

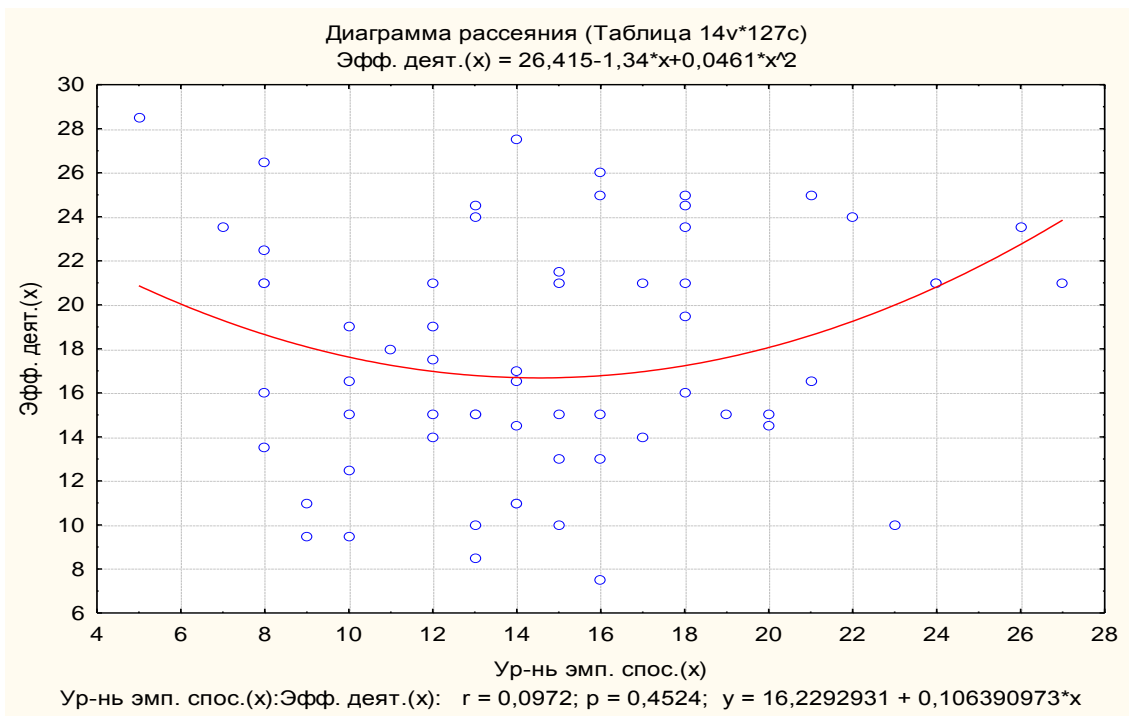


Рисунок 3 — Зависимость эффективности деятельности и общего уровня развития эмпатических способностей у хирургов

У врачей терапевтов с эффективностью деятельности связана эмпатия к животным ($r = 0,358$, $p < 0,05$), к героям художественных произведений ($r = 0,293$,

$p < 0,05$) и малознакомым людям ($r = 0,439$, $p < 0,000$), общий показатель развития эмпатических тенденций (методика Мехрабяна) ($r = 0,229$, $p < 0,05$).

У хирургов ни один из показателей поликоммуникативной эмпатии, эмпатических способностей, эмпатических тенденций прямо не связан с эффективностью деятельности.

Для подтверждения данных, полученных с помощью корреляционного анализа, был проведен регрессионный анализ. Полученные данные подтвердили, что у врачей терапевтов не только существует связь между эффективностью деятельности и уровнем развития эмпатии, но и указывают на то, что уровень развития эмпатии активно влияет на уровень эффективности деятельности. Особенно сильное влияние оказывает поликоммуникативная эмпатия, измеряемая методикой И. М. Юсупова.

Имеющееся регрессионная модель объясняет 12,8% дисперсии зависимой переменной и является значимой по критерию Фишера ($p < 0,01$). Уравнение регрессии имеет следующий вид: эффективность деятельности = $10,556 + (0,15)$ Уровень поликоммуникативной эмпатии

Следовательно, наибольший вклад в оценку эффективности деятельности терапевтов вносит общий уровень поликоммуникативной эмпатии.

Из качеств поликоммуникативной эмпатии наибольший вклад в эффективность деятельности врачей терапевтов вносит эмпатия к малознакомым людям. Имеющееся регрессионная модель объясняет 17,0% дисперсии зависимой переменной, является значимой по критерию Фишера ($p < 0,001$).

У хирургов, напротив, отсутствует прямая связь между эффективностью

и уровнем развития эмпатии. Имеющаяся регрессионная модель является не значимой по критерию Фишера ($p > 0,01$).

Влияние показателей уровня развития эмпатических способностей на эффективность деятельности врачей терапевтов и хирургов отсутствует.

Имеющаяся регрессионная модель является не значимой по критерию Фишера и для врачей терапевтов и для хирургов.

Таким образом, установив, что для хирургов и терапевтов пик эффективности деятельности приходится на период от 10 до 30 лет стажа (2-ой стажевый период), мы установили разную степень влияния эмпатии на успешность труда этих врачей. У терапевтов существует взаимосвязь эмпатии и эффективности деятельности, заключающаяся в прямой зависимости эффективности от степени развитости эмпатии: чем выше развита эмпатия, тем выше эффективность их деятельности. Наибольший вклад в эффективность деятельности терапевтов вносит эмпатия к малознакомым людям. А это как раз та группа людей, с которой ежедневно приходится работать врачам. Полученные данные на основании тезиса о том, что профессионально важные качества — это такие свойства, которые положительно влияют на успешность профессиональной деятельности, позволяют сделать вывод, что эмпатия является профессионально важным качеством врача терапевта.

Хотя у хирургов не выявлено прямой связи между эффективностью деятельности и уровнем развития эмпатии, однако установленная нелинейная связь свидетельствует о наличии влияния на эффективность, но это влияние иное. Поэтому мы обратились к дальнейшему исследованию специфики эмпатии терапевтов и хирургов.

2.3 Специфические особенности эмпатии терапевтов и хирургов

В этом разделе исследования мы попытались дать ответы на вопросы, каково содержательное наполнение и специфика эмпатии терапевта и хирурга, каково сходство и различие их эмпатии. Для ответов на эти вопросы мы провели исследование выраженности эмпатии в абсолютных и относительных значениях и исследование психологической структуры эмпатии.

2.3.1 Выраженность эмпатии терапевтов и хирургов

На основе анализа с использованием методов описательной статистики (среднее арифметическое, стандартное отклонение, коэффициент вариации) показано, что по всем трем методикам, направленным на определение уровня развития эмпатии (методика Юсупова И. М., Бойко В. В., Мехрабяна А.), врачи обеих специализаций имеют в целом по выборке средний (нормативный) уровень, который характерен для большинства людей. Но выраженность общих показателей уровня эмпатии в абсолютных и относительных значениях по всем трем методикам выше у врачей терапевтов. Уровень значимости отличий по критерию Манна-Уитни: методика Юсупова $p = 0,05$, методика Бойко $p = 0,00$, методика Мехрабяна $p = 0,05$.

Итоговый показатель относительных значений уровня развития эмпатии по трем методикам, использовавшимся в исследовании: врачи-хирурги: $X_{cp} — 0,48$; врачи терапевты: $X_{cp} — 0,54$ (рисунок 4).

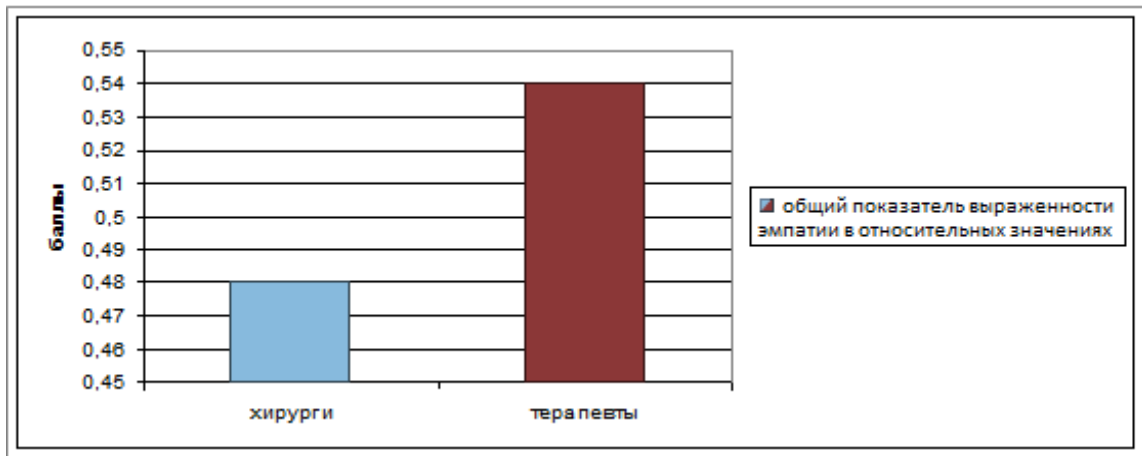


Рисунок 4 – Итоговый показатель выраженности эмпатии в относительных значениях по методикам поликоммуникативной эмпатии, эмпатических способностей, эмпатического отклика

Общий уровень развития поликоммуникативной эмпатии у терапевтов выше, чем у хирургов $X_{cp} = 45,27$; $X_{cp} = 48,28$; $p = 0,05$. Уровень эмпатии к родителям развит у обеих специализаций лучше всех других видов: $X_{cp} = 9,70$. Но выше он у хирургов, чем у врачей терапевтов: $p < 0,05$. Характерной особенностью является тот факт, что уровень эмпатии к героям художественных произведений и у терапевтов и у хирургов невысок $X_{cp} = 4,97$. Но у врачей терапевтов этот показатель выше ($p < 0,01$). Это подтверждает тот факт, что хотя для врачей обеих специализаций образность мышления не является профессионально значимым качеством, врачи терапевты обладают значительно большей чувствительностью (рисунок 5). Общей отличительной чертой поликоммуникативной эмпатии терапевтов и хирургов является большая выраженность тех эмпатических качеств, которые относятся к людям и значительно меньшая выраженность эмпатии к животным и героям художественных произведений.

Такая особенность может свидетельствовать о профессиональной

направленности их эмпатии.

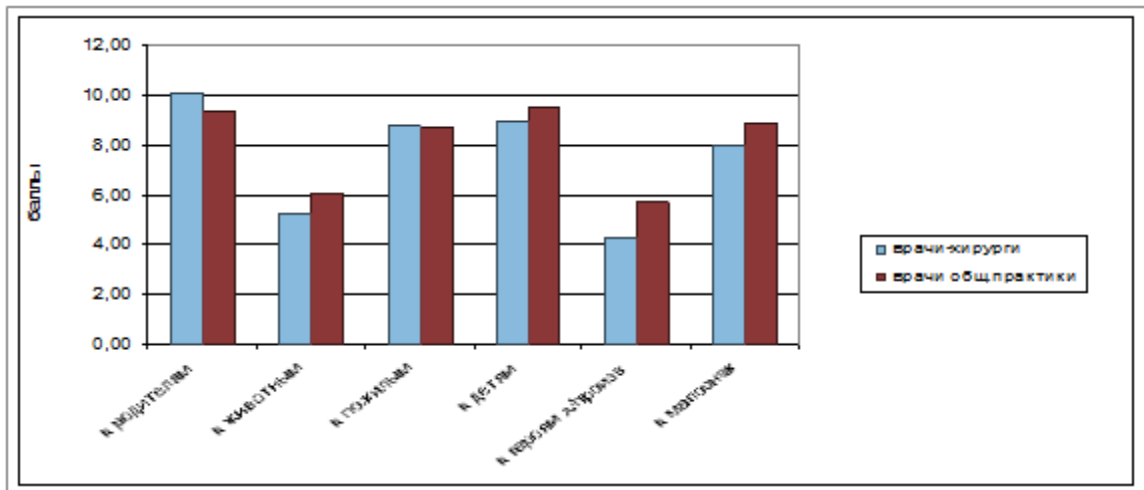


Рисунок 5 – Выраженность развития поликоммуникативной эмпатии в абсолютных значениях

Диагностика уровня эмпатических способностей В. В. Бойко использовалась с целью изучения ведущих каналов эмпатии врачей обеих специализаций. Общий уровень способностей к эмпатии у терапевтов отличается от хирургов в пользу первых: X_{cp} 17,97; X_{cp} 14,60; $p < 0,001$.

У врачей терапевтов значительно более выражен относительно хирургов эмоциональный канал эмпатии $p < 0,001$. Эти данные подтверждают характерные особенности эмпатии терапевтов, полученные по методике И. М. Юсупова, как значительно более чувствительных, чем врачи-хирурги. Эмоциональный канал эмпатии говорит о способности человека сочувствовать и сопереживать, понять внутренний мир другого человека, прогнозировать его поведение, что как выясняется более характерно для терапевтов и что соответствует специфике работы терапевта, как специалиста от умения которого установить эмпатические взаимодействия зависит не только правильность постановки диагноза, но

и эффективность дальнейшего лечения. И, наоборот, отсутствие умения входить в энергетическое поле партнера по общению может привести к развитию ятрогений. И заставляет пациента лечиться уже от последствий лечения.

Для хирурга же в условиях, когда решение об оперативном вмешательстве может приниматься при дефиците времени и полноты информации, эмоциональное вовлечение безусловно приведет к ошибкам в работе. Недаром говорят, что хирург должен иметь холодную голову.

Разницу в эмпатии терапевтов и хирургов подтверждают данные, полученные по другим способностям к эмпатии: установки, способствующие эмпатии или препятствующие $X_{cp} — 3,78$; хирурги — $3,18$; $p < 0,001$, проникающая способность терапевты $X_{cp} — 2,95$; хирурги $X_{cp} — 2,50$; $p < 0,05$ (рисунок 6), что свидетельствует о том, что у терапевтов нет препятствий со стороны установок личности для избегания личных контактов, проявления любопытства к другой личности, а есть предрасположенность к созданию атмосферы открытости, доверительности, задушевности.

Таким образом, анализ выраженности эмпатии у врачей обеих специализаций показывает их как обладающих нормативным уровнем эмпатии, что позволяет избегать эмоциональных перегрузок, свойственных высокоэмпатийным людям. Однако терапевты предстают как более эмпатичные относительно хирургов. Качественное своеобразие эмпатии терапевтов заключается в их предрасположенности входить в эмоциональный резонанс с окружающими — сопереживать, соучаствовать, понимать их внутренний мир, прогнозировать поведение, создавать атмосферу открытости, доверительности, задушевности.

Такие особенности эмпатии терапевтов отражают характер их деятельности, заключающийся в умении установить такие доверительные отношения, от которых зависит правильность постановки диагноза и эффективность дальнейшего лечения.

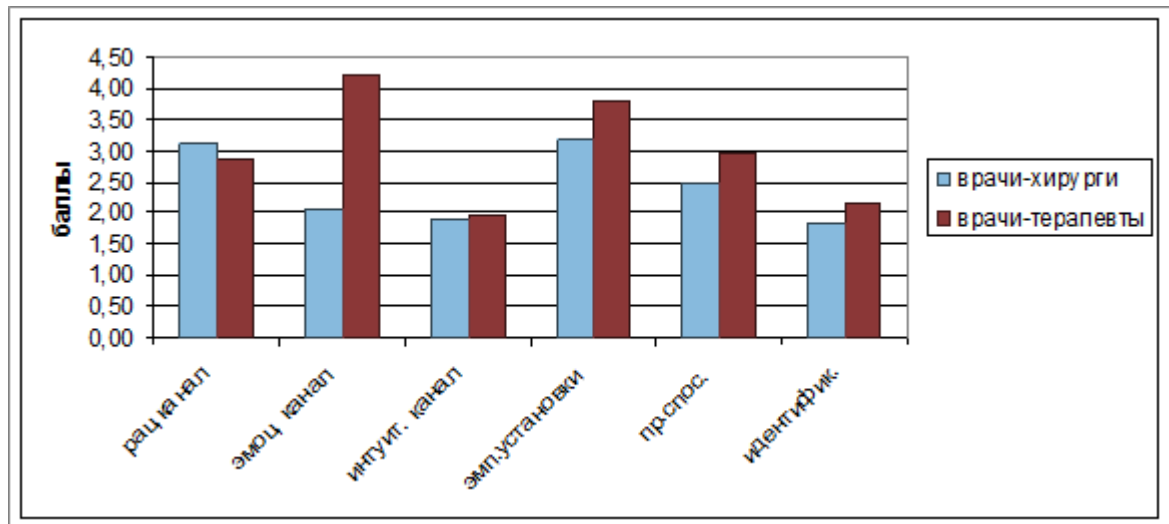


Рисунок 6– Выраженность эмпатических способностей терапевтов и хирургов
абсолютных значениях

Можно предположить, что для врачей — терапевтов более характерно понимание, что человеческие взаимоотношения могут генерировать межличностные движущие силы, обладающие целительным эффектом. По причине этого мощного воздействия Balint (1957) назвал клиницистов самым распространенным терапевтическим препаратом в истории медицины.

Относительно менее выраженная эмпатия хирургов может свидетельствовать с одной стороны о меньшей востребованности этого качества в силу того, что хирургическое вмешательство происходит быстро и не требует большого эмоционального вовлечения (Mayerson 1976). С другой стороны профессия хирурга, как было отмечено выше, связана с эмоциональными перегрузками и требует повышенного самообладания, что приводит к регуляции своих эмоций

и может свидетельствовать о высшей произвольной форме эмпатии [9].

2.3.2 Психологическая структура эмпатии терапевтов и хирургов

С целью дальнейшего уточнения специфики проявления эмпатии у терапевтов и хирургов мы провели изучение структуры эмпатии у врачей обеих специализаций. Представленные матрицы интеркорреляций и корреляционные плеяды, позволяющие оценить взаимосвязь между отдельными компонентами эмпатии по методикам уровня эмпатических способностей В. В. Бойко и уровня поликоммуникативной эмпатии И. М. Юсупова.

Структура поликоммуникативной эмпатии врачей терапевтов отличается устойчивостью, хорошей организованностью, четко выраженной группой компонентов, играющих ведущую роль в структуре и компонентов, слабо включенных в структуру. Когерентность — 19, дивергентность — 0, общая организация структуры эмпатии врачей терапевтов 19 (рисунок 7).

Характерной особенностью структуры эмпатии врачей терапевтов является ведущая роль в ней эмпатии к героям художественных произведений ($p < 0,001$), что свидетельствует о способности испытывать сочувствие не только к реальным людям в реальных обстоятельствах, но и проявлять эмоциональный отклик к отвлеченным событиям.

Также ведущая роль в структуре эмпатии у терапевтов занимает эмпатия к малознакомым ($p < 0,001$). К категории малознакомых людей смело можно отнести основное большинство пациентов. Приоритет этого канала в структуре эмпатии свидетельствует о значении эмпатии в повседневной деятельности

терапевта.

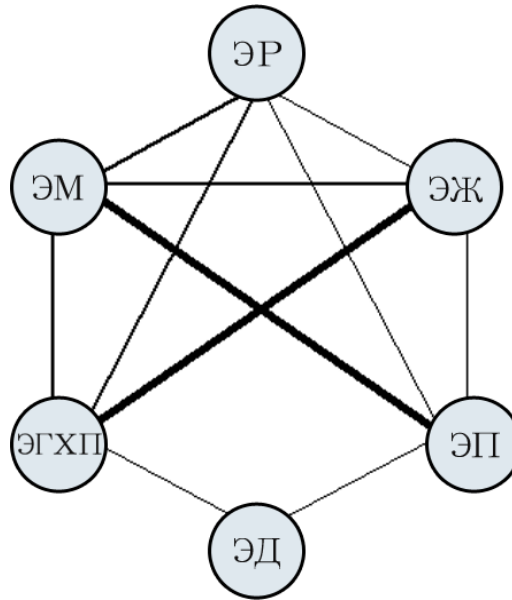


Рисунок 7 – Структура поликоммуникативной эмпатии терапевтов

(эр — эмпатия к родителям; эж — эмпатия к животным; эп — эмпатия к пожилым;
эд — эмпатия к детям; эгхп — эмпатия к героям художественных произведений;
эм — эмпатия к малознакомым)

Структура поликоммуникативной эмпатии врачей хирургов резко контрастирует со структурой эмпатии терапевтов. Она плохо организована, носит линейный характер. Когерентность — 15 баллов, дивергентность — 0, и общая организация структуры поликоммуникативной эмпатии хирургов — 15. (рисунок 8)

Ведущая роль в структуре отводится эмпатии к малознакомым.

Самые сильные связи ($p < 0,001$) между эмпатией к малознакомым и эмпатией к детям, и между эмпатией к детям и эмпатией к пожилым.

Значение эмпатии к малознакомым в структуре эмпатии хирургов подтверждает общую направленность врачей обеих специализаций на установление эмпатических взаимодействий с пациентами.

С целью дальнейшего подтверждения гипотезы о различии структуры эмпатии у врачей терапевтов и врачей хирургов, а также с целью выявления ведущих каналов эмпатии, мы провели исследование структуры эмпатических способностей, полученных с помощью методики В. В. Бойко.

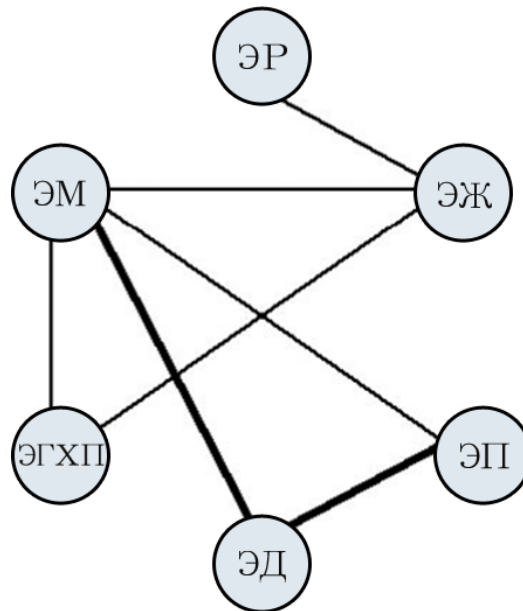


Рисунок 8 – Структура поликоммуникативной эмпатии хирургов

(эр — эмпатия к родителям; эж — эмпатия к животным; эп — эмпатия к пожилым;
эд — эмпатия к детям; эгхп — эмпатия к героям художественных произведений;
эм — эмпатия к малознакомым)

Полученные количественные и качественные характеристики структуры эмпатических способностей терапевтов показали, что она хорошо организована, замкнута. Когерентность — 18 баллов, дивергентность — 2, общая организация структуры — 16. Ведущая роль отводится эмоциональному каналу, при наличии отрицательной связи с рациональным каналом (рисунок 9).

В структуре эмпатических способностей терапевтов все связи сильные, за исключением двух отрицательных. Такая развитость связей интуитивного канала,

установок, способствующих эмпатии, проникающей способности и идентификации указывает на их значение в построении эффективных взаимодействий с пациентами.

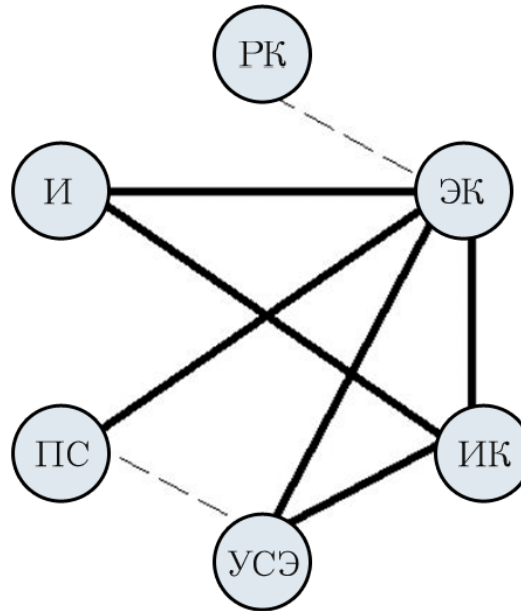


Рисунок 9 — Структура эмпатических способностей терапевтов

(рк- рациональный канал эмпатии; эк- эмоциональный канал эмпатии;
ик- интуитивный канал эмпатии; усэ- установки, способствующие эмпатии;
пс- проникающая способность; и – идентификация)

Ведущая роль эмоционального канала в структуре эмпатических способностей не только говорит о способности сопереживать, но и подтверждает полученные ранее выводы о способности терапевтов испытывать сопереживание к вымышленным персонажам. Таким образом, врач терапевт способен не только сочувствовать людям в конкретных обстоятельствах, но и умозрительно сопереживать в предполагаемых обстоятельствах.

Структура эмпатических способностей врачей хирургов (рисунок 10) отличается от аналогичной структуры врачей терапевтов, что хорошо видно на

графике корреляционных плеяд. Она менее структурирована, но отличается большим количеством внутренних связей. Когерентность — 21 балл, дивергентность — 2, общая организация структуры — 19. Ведущая роль отводится установкам, способствующим эмпатии, что говорит о присущей хирургам изначально установке на интерес к другому человеку, уместность проявления сочувствия. Ведущая роль установок, способствующих эмпатии, у хирургов еще раз подтверждает, характерный для всех врачебных специализаций побудительный мотив действий, направленный на «...облегчение от физических страданий», «возможность проявлять заботу к людям», т. е. добродетельную суть врачевания [106].

Также структура эмпатических способностей хирургов отличается преимущественным развитием средних и слабых связей в отличие от терапевтов. Здесь также мы видим и наличие одинаковых связей в структурах эмпатических способностей хирургов и терапевтов, но разных по силе выраженности.

Ведущая роль эмоционального канала в структуре эмпатических способностей терапевтов свидетельствует о выраженности аффективного компонента в форме сопереживания и соучастия, стремления к энергетической подстройке к партнеру по общению, т. е. то, что в народе называют душевностью.

Проведенное исследование специфики эмпатии терапевтов и хирургов позволило установить, что:

– выраженность эмпатии терапевтов и хирургов в пределах нормативного уровня, но у терапевтов она выражена больше;

– существуют отличия по выраженности отдельных показателей

поликоммуникативной эмпатии: эмпатия к родителям выше у хирургов, эмпатия к героям художественных произведений выше у терапевтов;

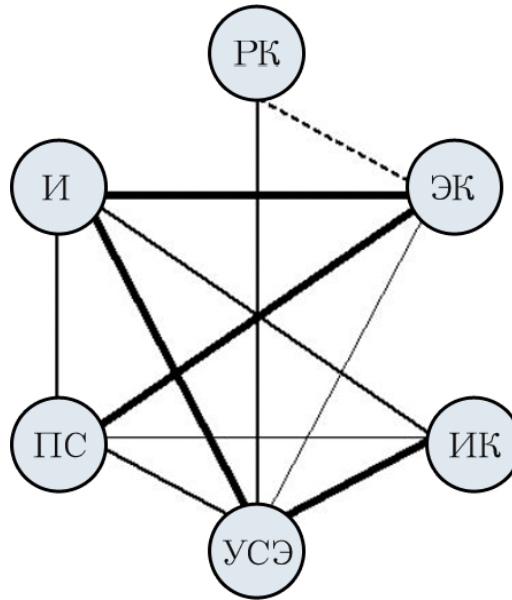


Рисунок 10 — Структура эмпатических способностей хирургов

(рк — рациональный канал эмпатии; эк — эмоциональный канал эмпатии;
ик — интуитивный канал эмпатии; усэ — установки, способствующие эмпатии;
пс — проникающая способность; и — идентификация)

– существуют отличия по выраженности отдельных показателей эмпатических способностей: эмоциональный канал эмпатии, установки, способствующие эмпатии и проникающая способность более выражены у терапевтов;

– существуют отличия по выраженности структуры поликоммуникативной эмпатии и эмпатических способностей, у терапевтов более выражена структура поликоммуникативной эмпатии, у хирургов – эмпатических способностей;

– существуют отличия в ведущих каналах эмпатии: ведущий канал поликоммуникативной эмпатии терапевтов — эмпатия к героям художественных

произведений и эмпатия к малознакомым, хирургов — только эмпатия к малознакомым; ведущий канал эмпатических способностей терапевтов — эмоциональный, хирургов — установки, способствующие эмпатии;

– наличие у врачей обеих специализаций сходных связей в структурах говорит, по нашему мнению, об общей направленности и терапевтов, и хирургов на установление эмпатических взаимоотношений с пациентами, что характерно для профессии врача как специалиста, работающего в системе «человек-человек».

Таким образом, проведенное исследование психологической структуры эмпатии врачей обеих специализаций подтверждает вывод о том, что терапевты предстают как более эмпатичные относительно хирургов, что отражает характер их деятельности. А.Н. Леонтьев говорил, что особенности психики человека определяются особенностями производственных отношений. Структура эмпатии терапевтов и хирургов отражает разный характер производственных отношений, в которые вступают эти врачи по роду своей деятельности. Если во втором параграфе мы установили, что степень развития эмпатии определяет эффективность деятельности, то анализ психологической структуры эмпатии терапевтов и хирургов показывает, что их деятельность также оказывает влияние на формирование эмпатии. Все это подтверждает имеющиеся данные о том, что процесс профессионализации имеет двухсторонний характер: с одной стороны в процессе профессиональной деятельности происходит формирование и развитие профессиональных навыков и умений, с другой идет процесс формирования или же деформации личностных свойств.

Отмеченная выраженность у терапевтов структуры поликоммуникативной

эмпатии, а у хирургов - эмпатических способностей, отражает особенности самих методик. Методика Юсупова изучает эмпатию исходя из социальных ситуаций и персонажей, которым испытуемый мог сопереживать в повседневной жизни, а методика Бойко диагностирует развитие эмпатических способностей, которые, как известно, являются относительно устойчивыми и стабильными свойствами и могут развиваться в деятельности. Более развитие структуры эмпатических способностей хирургов относительно терапевтов может свидетельствовать об изначальном доминировании у них альтруистических ценностей[30]. Но попадая в социальные ситуации, где эти способности могли бы быть реализованы, происходит процесс их подавления, т.к. хирургическая специальность требует от врача эмоциональной сдержанности. Выявленная структура эмпатии терапевтов указывает на высокую роль эмпатии в их повседневной практике. Эмпатия является для терапевтов неотъемлемым качеством профессиональной компетентности, выражающейся в способности передать больному, что он полностью понят [105]. И, наоборот, недостаточное развитие структуры эмпатии у хирургов может свидетельствовать как о меньшей необходимости в непосредственном ежедневном выражении эмпатии, так и о компенсации нервно-эмоционального выгорания, которая по некоторым данным предстает в форме «эмоционально-нравственной дезориентации»[30].

Установлено, что эмпатия оказывает влияние на эффективность деятельности терапевтов и хирургов через разные ведущие каналы. Ведущими каналами эмпатии, обеспечивающими эффективность деятельности терапевтов, являются аффективные, проявляющиеся в способности испытывать сочувствие не только

к реальным людям в реальных обстоятельствах, но и проявлять эмоциональный отклик к отвлеченным событиям. Ведущими каналами эмпатии хирургов являются когнитивные. Это подтверждает выводы, сделанные Бедриным Л. М., Урванцевым Л. П.(1988), что для эффективного профессионального общения важнее всего не постоянное и бурное сопереживание пациенту, а владение «когнитивной эмпатией», «действенной эмпатией».

Такая разница в ведущих каналах, посредством которых осуществляется влияние на эффективность деятельности, может быть объяснена и тем обстоятельством, что терапевты в отличие от хирургов, больше связаны с вербальной коммуникацией, с помощью которой происходит выявление жалоб пациента, сбор анамнеза. Деятельность хирурга больше опосредована исследованиями с помощью разнообразных технических приспособлений и большей частью не влечет за собой продолжительных бесед.

Проведенное исследование показало различное содержательное наполнение и специфику эмпатии терапевтов и хирургов. Не отрицая значения эмпатии в медицинской практике хирургов, эмпатия играет большую роль в профессиональной жизни терапевтов и способствует успешному осуществлению ими своей профессиональной деятельности.

2.4 Основные тенденции развития эмпатии в ходе профессионализации врачей терапевтов и хирургов

2.4.1 Динамика развития структуры эмпатии в различные стажевые периоды у терапевтов и хирургов

Теперь попытаемся дать ответ на вопрос, как динамика развития структуры эмпатии отражает ее связь с эффективностью деятельности.

Динамика развития поликоммуникативной эмпатии терапевтов в ходе профессионализации идет с постепенным ослаблением к последнему стажевому периоду.

В 1-й период (1–9 лет) профессиональной деятельности структура эмпатии врачей терапевтов (см. рисунок 11-а) выглядит следующим образом:

– структура поликоммуникативной эмпатии устойчива, хорошо организована, с четко выраженной группой компонентов, играющих ведущую роль в структуре и компонентов, слабо включенных в структуру. Когерентность — 14, дивергентность — 0, общая организованность структуры — 14. Ведущую роль в структуре 1-го периода занимает эмпатия к животным. Сильная связь ($p < 0,001$) — одна, между эмпатией к родителям и эмпатией к малознакомым.

Средние по силе связи ($p < 0,01$) между эмпатией к родителям и эмпатией к животным, между эмпатией к животным и эмпатией к пожилым, между эмпатией к животным и эмпатией к малознакомым, между эмпатией к животным и эмпатией к героям художественных произведений.

Слабые связи ($p < 0,05$) между эмпатией к пожилым и эмпатии к родителям, между эмпатией к пожилым и эмпатией к малознакомым, между эмпатией к малознакомым и эмпатией к героям художественных произведений.

Эмпатия к детям совсем не включена в структуру. Структура характеризуется преобладанием средних по силе связей.

Во 2-ом стажевом периоде (10 – 30 лет) у врачей терапевтов структура

эмпатии претерпевает существенные изменения в сторону ослабления:

– структура поликоммуникативной эмпатии (см. рисунок 11-б) становится менее структурированной, носит линейный характер. Когерентность — 9, дивергентность — 0, общая организованность структуры — 9. Ведущая роль теперь отводится эмпатии к героям художественных произведений. Количество связей между элементами структуры сильно сокращается. Эмпатия к пожилым и детям совсем не включены в структуру. Картина выглядит так: сильная связь ($p < 0,001$) между эмпатией к героям художественных произведений и эмпатией к животным; средние по силе связи между эмпатией к малознакомым и эмпатией к животным (осталась неизменной); между эмпатией к героям художественных произведений и эмпатией к малознакомым (была слабая); между эмпатией к героям художественных произведений и эмпатией к родителям. Все остальные предыдущие связи разрушены.

В 3-ем стажевом периоде (свыше 30 лет) происходит дальнейшее разрушение поликоммуникативной эмпатии. (см. рисунок 11-в) Она плохо организована, носит линейный характер. Когерентность — 5, дивергентность — 0, общая организованность структуры — 5. Эмпатия к родителям не включена в структуру совсем. Появилась одна сильная связь ($p < 0,001$) между эмпатией к пожилым и эмпатией к малознакомым. Ослабла и стала слабой связь ($p < 0,05$) между эмпатией к героям художественных произведений и эмпатией к животным. Появилась слабая связь между эмпатией к героям художественных произведений и эмпатией к детям.

Построенный график развития структуры поликоммуникативной эмпатии

на протяжении трех стажевых периодов показывает, что индекс когерентности с годами сильно падает. То же самое происходит с организованностью структуры при неизменном уровне дивергентности (рисунок 12, 13).

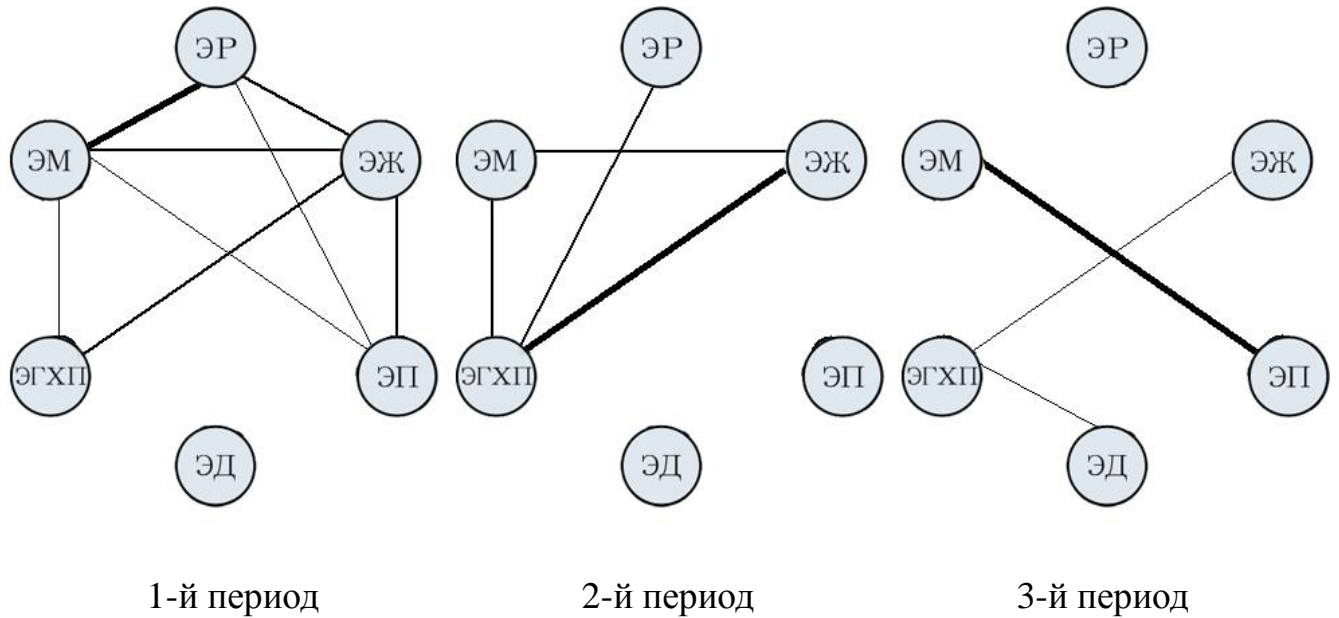


Рисунок 11 (а, б, в) – Динамика развития структуры поликоммуникативной эмпатии терапевтов на протяжении трех стажевых периодов

а — 1-й период, б — 2-й период, в — 3-й период (эр- эмпатия к родителям, эж- эмпатия к животным, эп-эмпатия к пожилым, эд- эмпатия к детям, эгхп-эмпатия к героям художественных произведений, эм- эмпатия к малознакомым)

Динамика развития эмпатических способностей терапевтов в ходе профессионализации отличается следующими особенностями:

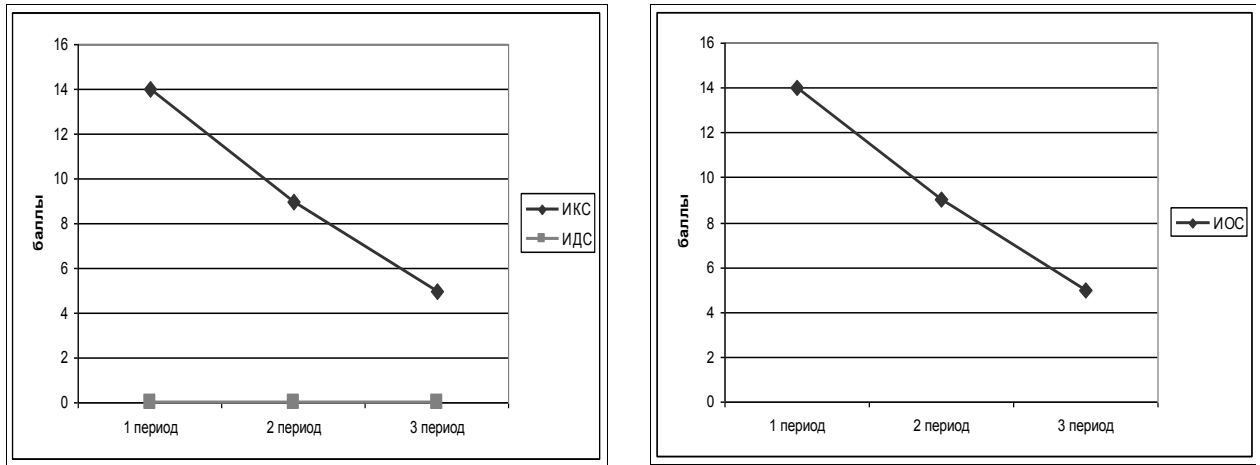


Рисунок 12, 13 – График развития структуры поликоммуникативной эмпатии терапевтов на протяжении трех стажевых периодов

– структура эмпатических способностей терапевтов в 1-ом периоде практически не развита. Когерентность — 5, дивергентность — 1, общая организованность структуры — 4 (см. рисунок 14-а). Существует всего две положительные связи: одна сильная связь ($p < 0,001$) между эмоциональным каналом и проникающей способностью, одна средняя связь ($p < 0,01$) между рациональным каналом и интуитивным каналом. Одна отрицательная связь между рациональным каналом и проникающей способностью. Идентификация не включена в структуру. Собственно говоря, такие связи подтверждают то, что эмоциональный канал и проникающая способность помогают каждый со своей стороны за вхождение в энергетическое поле партнера по общению. Так же и интуитивный канал позволяет действовать при дефиците информации, опираясь на опыт, хранящийся в подсознании, а рациональный канал открывает ворота для интуитивного канала [13];

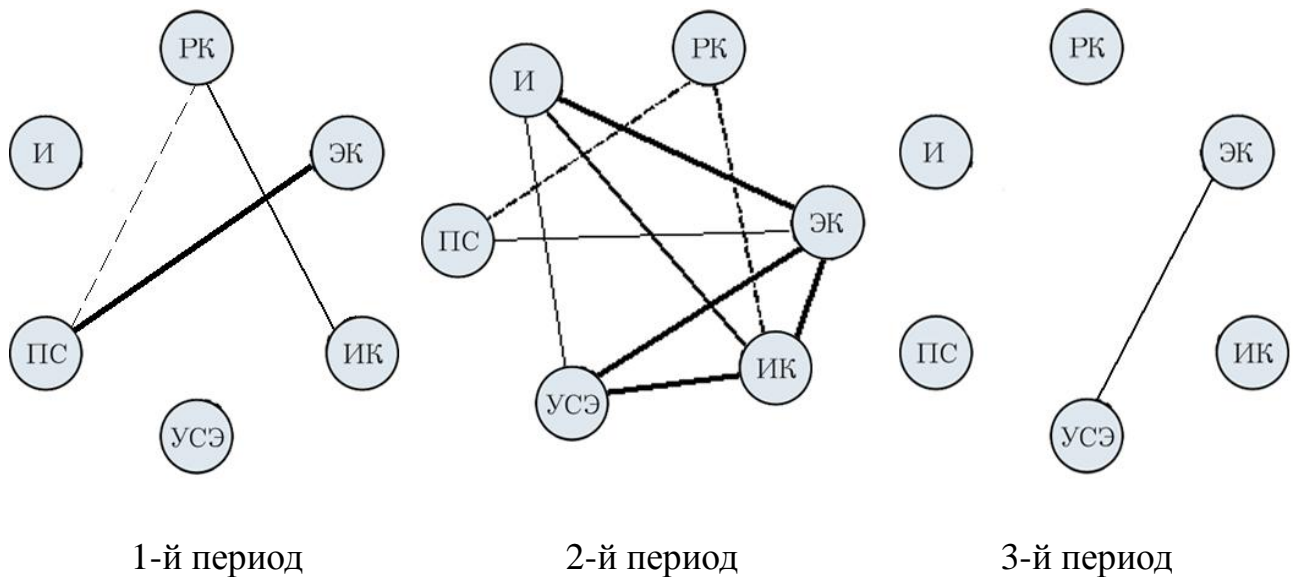


Рисунок 14 (а, б, в) — Динамика развития структуры эмпатических способностей терапевтов на протяжении трех стажевых периодов

а — 1-й период, б — 2-й период, в — 3-й период (рк — рациональный канал эмпатии, эк — эмоциональный канал эмпатии, ик — интуитивный канал эмпатии, усэ — установки, способствующие эмпатии, пс — проникающая способность, и — идентификация)

– структура эмпатических способностей терапевтов во 2-м стажевом периоде также претерпела существенные изменения, но не в сторону разрушения, а в сторону максимального развития (см. рисунок 14-б). Структура эмпатических способностей хорошо организована. Когерентность — 16, дивергентность — 2, общая организованность структуры — 14. Ведущая роль отводится эмоциональному каналу. Появилось много новых сильных связей, а старые поменяли знак. Сильные связи ($p < 0,001$) между эмоциональным каналом и интуитивным каналом (не было ранее), между эмоциональным каналом и идентификацией (не было ранее). Между эмоциональным характером

и установками (сохранился), между интуитивным каналом и установками (появился вновь). Средняя по силе связь ($p < 0,01$) между интуитивным каналом и идентификацией (не было раньше). Слабые связи ($p < 0,05$) между эмоциональным каналом и проникающей способностью (раньше сильная), между установками, способствующими эмпатии и идентификацией (раньше не было). И появились две отрицательные связи: между рациональным каналом и интуитивным (раньше средняя связь) и между рациональным каналом и проникающей способностью;

– если структура эмпатических способностей терапевтов во 2-ом стажевом периоде укреплялась, то в 3-ем периоде она разрушена (см. рисунок 14-в). Когерентность — 2, дивергентность — 0, общая организованность структуры — 2. Осталась только одна средняя по силе связь ($P < 0,01$) между эмоциональным каналом и установками, способствующими эмпатии. Все остальные связи отсутствуют.

Если структура поликоммуникативной эмпатии лучше всего организована в 1-й стажевый период, когда эффективность деятельности у врачей терапевтов идет по возрастающей, то структура эмпатических способностей сильнее всего во 2-ой стажевый период, когда эффективность подходит к пику активности. Построенный график развития структуры эмпатических способностей показывает, что структура эмпатических способностей достигает максимального развития во 2-ой стажевый период. Причем значения индекса ковергентности резко возрастают, также как и значения общей организованности структуры (рисунок 15, 16).

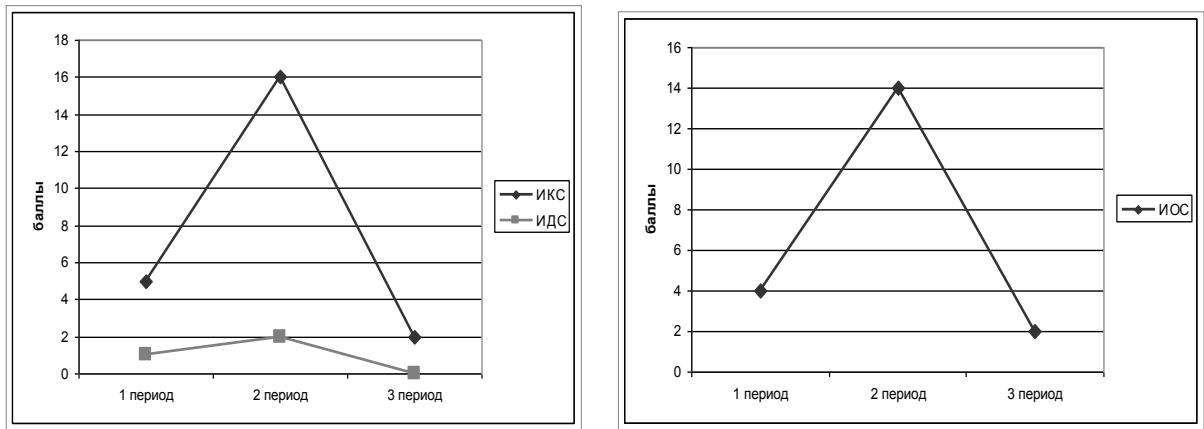


Рисунок 15, 16 – График развития структуры эмпатических способностей терапевтов на протяжении трех стажевых периодов

В 3-й стажевый период индексы ковергентности и общей организованности структуры поликоммуникативной эмпатии и эмпатических способностей достигают минимальных значений за весь период профессиональной деятельности.

Таким образом, мы можем установить, что динамика развития структуры эмпатии в ходе профессионализации у врачей терапевтов имеет следующие особенности:

- структура поликоммуникативной эмпатии сильнее всего развита в 1-й период профессиональной деятельности, когда происходит первичная специализация и адаптация к врачебной деятельности с постепенным ослаблением и разрушением в последнем периоде деятельности;

- структура эмпатических способностей незначительно развита в 1-й период профессионализации, достигает максимального развития во 2-й стажевый период, и разрушается в 3-й период. Такая динамика развития структуры эмпатических способностей у терапевтов подтверждает заключение о том, что способности

развиваются и укрепляются в деятельности, если они этой деятельностью востребованы, т.е. максимальное развитие эмпатических способностей во 2-ом стажевом периоде свидетельствует о взаимном влиянии деятельности и эмпатических способностей. С одной стороны в практической деятельности эмпатические способности развиваются, а, с другой стороны, учитывая, что 2-ой стажевый период - самый эффективный период деятельности, они сами обеспечивают эффективность этой деятельности.

Сопоставительный анализ динамики развития поликоммуникативной эмпатии и эмпатических способностей показывает, что на протяжении всей профессиональной деятельности у терапевтов в структуре поликоммуникативной эмпатии значительное место занимают три компонента: эмпатия к малознакомым, эмпатия к героям художественных произведений и эмпатия к животным при ведущей роли эмоционального канала в структуре эмпатических способностей. Основное свойство эмпатии - это умение встать на точку зрения другого, посмотреть на мир его глазами. Если эмпатия к малознакомым, рассматривая ее как категорию людей, составляющую ежедневный контингент профессионального общения врачей, приближает эмпатию терапевтов к жизни, к профессиональной практике, отражая накопленный эмоционально-когнитивный опыт в процессе социализации. То эмпатия к героям художественных произведений и животным позволяет выйти за пределы своего непосредственного опыта, взглянуть на ситуацию отвлеченно и тем самым увидеть ситуацию шире и обобщеннее. Таким образом, устранить противоречие картезианской картины мира, в которой человек противостоит дискретным отдельным объектам, событиям и ситуациям реальной

действительности путем включения познающего в познаваемое[33]. "Воздействие любой "объективно" стимулирующей ситуации зависит от личностного и субъективного значения, придаваемого ей человеком. Чтобы успешно предсказать поведение определенного человека, мы должны уметь учитывать то, как он сам интерпретирует эту ситуацию, понимает ее как целое" [20, с. 46].

Стоит отметить, что во 2-ом стажевом периоде в структуре поликоммуникативной эмпатии разрушаются многие связи и остаются лишь необходимые для реальной практики, в то время как эмпатические способности наиболее развиваются. Также максимальная включенность всех эмпатических способностей во 2 - ом периоде свидетельствует о том, что только все способности в совокупности, каждая со своей стороны, обеспечивают эффективность деятельности, т.е. возможность поставить себя на место другого, действовать при недостатке информации о партнере, создавать атмосферу открытости, считать уместным проявление любопытства к другой личности и т.д. Обращает на себя внимание слабая включенность в структуру поликоммуникативной эмпатии эмпатии к детям и пожилым. Обобщая полученные данные можно говорить о профессиональном характере эмпатии терапевтов.

Сравним развитие структуры эмпатии в разные стажевые периоды у хирургов.

Структура поликоммуникативной эмпатии в 1-й период (1 – 10 лет) профессиональной деятельности отличается слабой организованностью, слабо структурирована, с признаками линейности, с небольшим количеством связей. Когерентность — 9, дивергентность — 0, общая организованность структуры — 9 (рисунок 17-а). Ведущий канал – эмпатия к детям. Сильные связи ($p < 0,001$)

между эмпатией к малознакомым и эмпатией к животным (такая же, но средняя по силе связь есть у терапевтов в этот же период), между эмпатией к малознакомым и эмпатией к пожилым (слабая есть у терапевтов), между эмпатией к пожилым и эмпатией к детям. Средняя по силе связь ($p < 0,01$) между эмпатией к животным и эмпатией к детям.

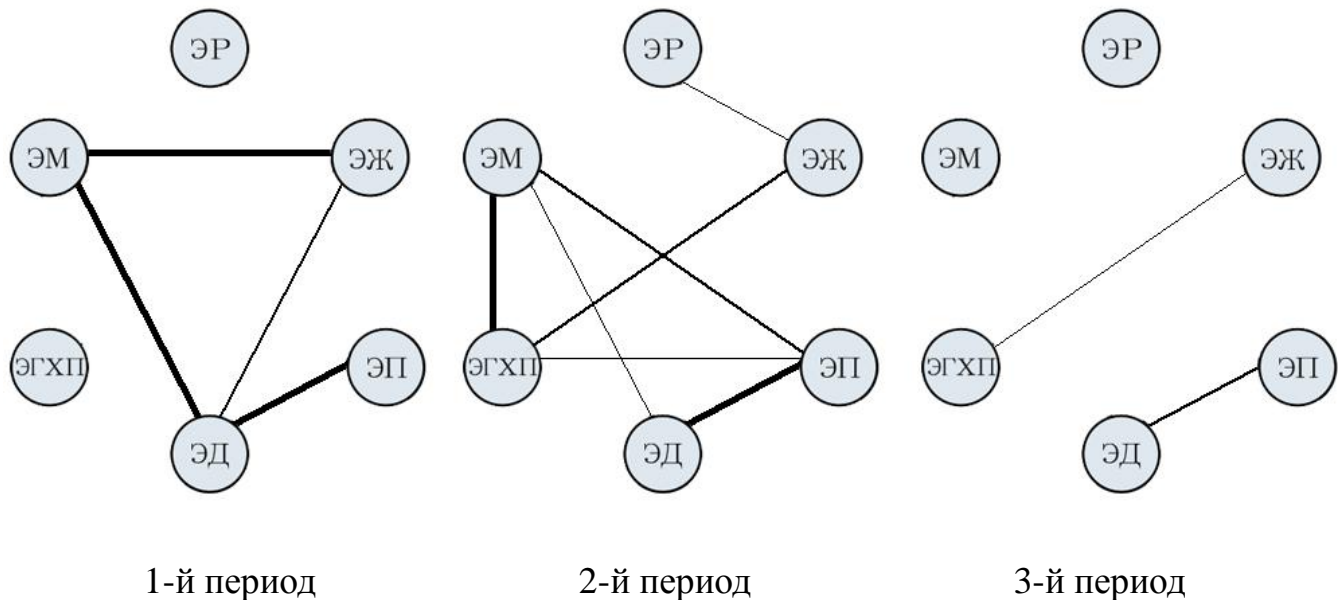


Рисунок 17 (а, б, в) – Динамика развития структуры поликоммуникативной эмпатии хирургов на протяжении трех стажевых периодов а — 1-й период, б — 2-й период, в — 3-й период (эр — эмпатия к родителям; эж — эмпатия к животным; эп — эмпатия к пожилым; эд — эмпатия к детям; эгхп — эмпатия к героям художественных произведений; эм — эмпатия к малознакомым)

Структура поликоммуникативной эмпатии во 2-м стажевом периоде (10 – 30 лет) достигает максимального развития (рисунок 17-б). Когерентность — 13, дивергентность — 0 общая организованность структуры — 13. Структура характеризуется увеличением количества связей и их усилением. Сильные связи ($p < 0,001$) между эмпатией к пожилым и эмпатией к детям, эмпатией к малознакомым

и эмпатией к героям художественных произведений (средняя по силе у терапевтов в этот период). Средняя по силе связь между эмпатией к малознакомым и эмпатией к животным (в прошлом периоде сильная, и у терапевтов в этом периоде тоже сильная), между эмпатией к героям художественных произведений и эмпатией к животным (у терапевтов в этом периоде сильная). Слабые связи ($p < 0,05$) между эмпатией к детям и эмпатией к малознакомым (сильная связь в прошлом периоде) и эмпатией к родителям и эмпатией к животным. Надо заметить разницу между структурой поликоммуникативной эмпатии во 2-ом стажевом периоде между терапевтами и хирургами, если у терапевтов структура изменяется в сторону ослабления, то у хирургов меняется в сторону усиления. По сравнению с 1-м периодом структура более структурирована, более замкнута, лучше организована.

В 3-й период (свыше 30 лет) профессиональной деятельности хирургов структура поликоммуникативной эмпатии практически разрушена (рисунок 17 -в). Когерентность — 3, дивергентность — 0, общая организованность структуры — 3. Осталось всего две связи. Одна средняя — между эмпатией к героям художественных произведений и эмпатией к животным (в прошлом периоде тоже средняя, у терапевтов в этом периоде слабая). Другая слабая — между эмпатией к пожилым и эмпатией к детям.

Для врачей обеих специализацией в этот период профессиональной деятельности характерно одно и то же — разрушение поликоммуникативной эмпатии.

Построенный график развития структуры поликоммуникативной эмпатии на протяжении трех стажевых периодов у хирургов показывает, что индексы

когерентности и организованности структуры поликоммуникативной эмпатии достигают наибольших значений во 2-й стажевый период (рисунок 18, 19).

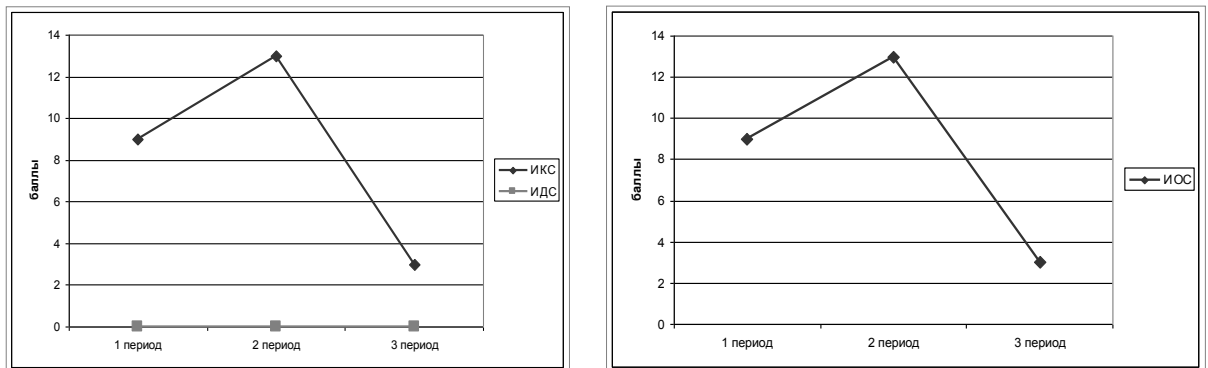


Рисунок 18, 19 — График развития структуры поликоммуникативной эмпатии хирургов на протяжении трех стажевых периодов

Структура эмпатических способностей хирургов в 1-ом стажевом периоде отличается неразвитостью (рисунок 20-а). Когерентность — 3, дивергентность — 2, общая организованность структуры — 1. Присутствует только две положительные связи между рациональным каналом и установками, способствующими эмпатии, и установками, способствующими эмпатии и интуитивным каналом, одна отрицательная связь между эмоциональным каналом и рациональным каналом.

Структура эмпатических способностей хирургов во 2-ом стажевом периоде изменяется (рисунок 20-б). Когерентность — 4, дивергентность — 0, общая организованность структуры — 4. Она по-прежнему остается слабой и плохо организованной, но все связи меняются. Старые связи исчезли, и появились новые. Средняя по силе связь ($p < 0,01$) между установками, способствующими эмпатии и проникающей способностью и две слабые связи ($p < 0,05$) между

эмоциональным каналом и идентификацией (у терапевтов этом периоде тоже появляется вновь, но сильная) и между идентификацией и установками (у терапевтов тоже слабая).

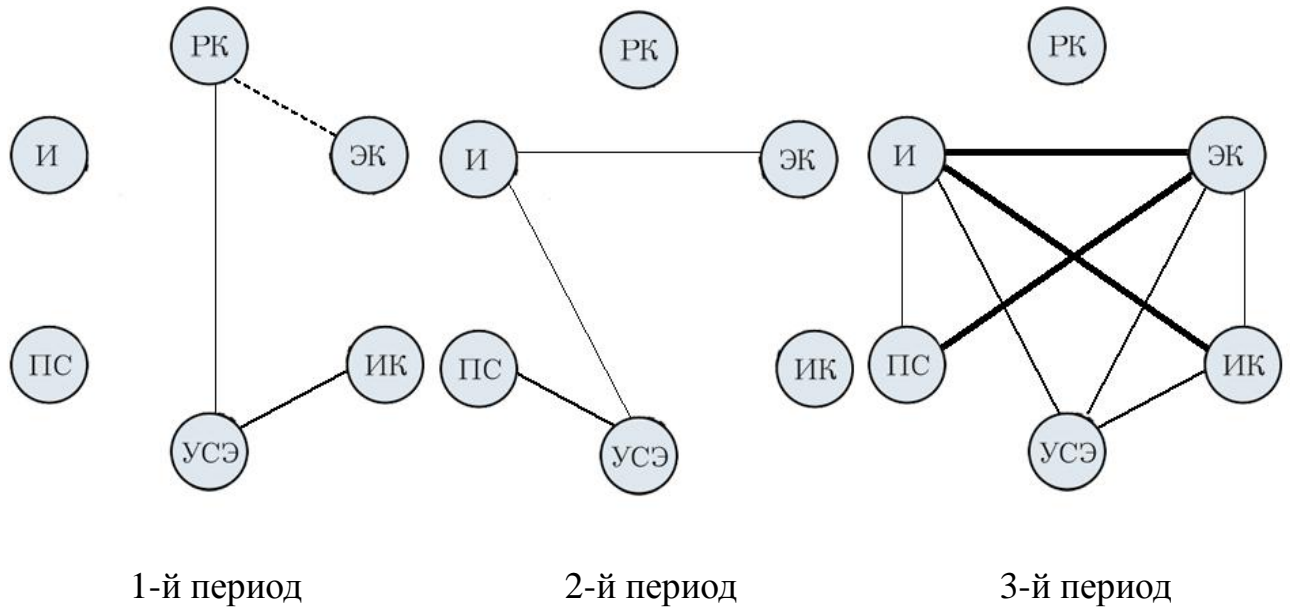


Рисунок 20 (а, б, в) – Динамика развития структуры эмпатических способностей хирургов на протяжении трех стажевых периодов

а — 1-й период, б — 2-й период, в — 3-й период (рк — рациональный канал эмпатии; эк — эмоциональный канал эмпатии; ик — интуитивный канал эмпатии; усэ — установки, способствующие эмпатии; пс — проникающая способность; и — идентификация)

Структура эмпатических способностей в 3-ем периоде максимально развивается. Структура хотя незамкнута, отличается большим количеством связей. Когерентность- 17, дивергентность – 0, общая организованность структуры – 17. Появляется много новых связей. Ведущие каналы в структуре эмпатических способностей хирургов - эмоциональный и интуитивный. Первый

свидетельствует о том, что со снижением профессиональной нагрузки происходит и снижение контроля над своими эмоциями, который был необходим в активной фазе деятельности. Второй показывает влияние накопленного за годы деятельности эмоционального опыта, хранящегося в подсознании и позволяющего отойти от оценочных стереотипов. Что в целом может говорить о большей эмоциональной мудрости хирургов по сравнению с терапевтами.

Построенный график развития структуры эмпатических способностей на протяжении трех стажевых периодов у хирургов показывает, что индексы когерентности и организованности структуры эмпатических способностей имеют наибольшие значения в 3-й период (рисунок 21, 22). Динамика развития эмпатических способностей у хирургов идет по нарастающей и достигает наивысшего расцвета в последней трети профессиональной деятельности. Если для терапевтов ежедневное эмоционально включенное общение с больными это необходимая рутинная обязанность, от которой люди с годами устают, о чем свидетельствует установленная динамика развития эмпатии терапевтов, то у хирургов ослабление контроля над своими эмоциями приводит к полному раскрытию заложенного потенциала. В целом, это подтверждает выводы о том, что хирурги не менее эмпатичны, чем терапевты, но характер производственной деятельности не дает им возможности проявлять эмпатию в самой активной фазе деятельности.

Сопоставляя динамику развития поликоммуникативной эмпатии и эмпатических способностей у хирургов можно отметить следующие особенности.

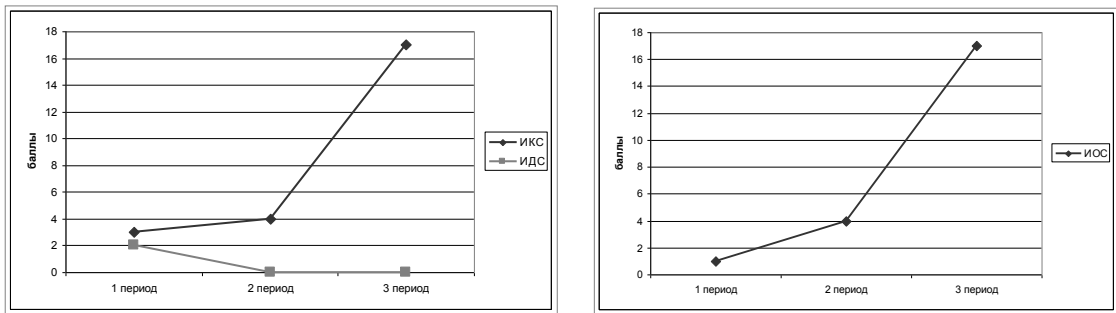


Рисунок 21, 22 – График развития структуры эмпатических способностей хирургов на протяжении трех стажевых периодов

На протяжении всей профессиональной деятельности у хирургов в структурах всегда присутствуют три компонента: эмпатия к пожилым, эмпатия к детям, установки, способствующие эмпатии. Наличие такой установки свидетельствует о нескольких моментах. Первое – такие установки вырабатываются у будущих медиков в учебном процессе и, особенно у хирургов, т.к. цена их ошибки - жизнь человека. Второе - ежедневно находясь в обстановке повышенной ответственности наличие такой важной составляющей эмпатических способностей как установки, способствующие эмпатии, уже говорит о том, что хирурги не могут спокойно относиться к переживаниям и проблемам пациентов. Третье – это скорее глубинное понимание того, что перед ними страдающий человек, которому нужна помощь, но это именно понимание, а не эмоциональное выражение сострадания. Четвертое – большинство людей в цивилизованном обществе наделены таким пониманием, о чем свидетельствует базовая установка – помоги ближнему своему.

Эмпатию к детям и эмпатию к пожилым также можно отнести к фундаментальным основам человеческой цивилизации, без которых она не смогла бы развиваться. Таким образом, можно говорить, если так можно

выразиться, об общечеловеческом характере эмпатии хирургов.

Анализируя динамику развития структуры поликоммуникативной эмпатии и эмпатических способностей у терапевтов и хирургов можно выявить следующие закономерности. Общая тенденция развития структуры эмпатии терапевтов заключается в ее разрушении со стажем, в последний период деятельности, т. е. с угасанием профессиональной деятельности угасает профессиональная эмпатия. У хирургов с возрастом разрушается эмпатия, связанная с социальным взаимодействием, но увеличиваются эмпатические способности, т.е. с возрастом эмпатия не умирает, а лишь меняются ее проявления.

Укрепляющаяся в последней трети деятельности у терапевтов эмпатия к пожилым может говорить о явлении трансфера, когда образ страданий становится связан с пожилым возрастом, в котором находятся сами врачи.

Таким образом, полученные данные не только установили разный характер эмпатии терапевтов и хирургов, разную динамику развития эмпатии в ходе профессионализации, но и позволили выявить влияние, оказываемое эмпатией на эффективность деятельности хирургов и терапевтов. Оно заключается в том, что оптимальное развитие структуры эмпатии терапевтов совпадает с периодом максимальной эффективности деятельности. Поэтому мы можем говорить, что чем сильнее развита эмпатия у терапевтов, тем выше эффективность их деятельности.

Динамика развития структуры эмпатии хирургов отражает особенности профессиональной деятельности хирургов, выражающейся в контроле своих эмоций в ситуациях социального взаимодействия в самый эффективный период

деятельности.

2.4.2 Выраженность эмпатии в различные стажевые периоды у терапевтов и хирургов

С целью уточнения и подтверждения, полученных ранее данных, мы проследили с помощью методов описательной статистики, как происходит изменение выраженности эмпатии на разных этапах профессионализации.

Динамика выраженности эмпатии по трем стажевым периодам показала (таблица №1):

– в 1-й стажевый период общий показатель эмпатии в абсолютных значениях по всем трем методикам, включенным в исследование, выражен достаточно высоко и свидетельствует о большой роли эмпатии в жизни начинающего врача. Более выражен относительно других методик, общий уровень эмпатических способностей.

– во 2-й стажевый период, период наибольшей эффективности деятельности, общий показатель эмпатии по трем методикам значительно повышается и достигает максимальных значений за весь исследуемый период деятельности;

– в 3-й стажевый период общий уровень эмпатии сильно понижается по всем трем измерениям и достигает минимальных значений за весь исследуемый период, особенно сильно падает общий уровень эмпатических способностей.

Динамика выраженности отдельных показателей эмпатии таких как: эмпатия к родителям, эмпатия к животным, эмпатия к героям художественных произведений, рациональный канал эмпатии, интуитивный канал, идентификация

в абсолютных значениях у врачей терапевтов по трем стажевым периодам показывает такую же тенденцию развития как и динамика выраженности общего показателя эмпатии. От средней выраженности в 1-й период деятельности с повышением во 2-й период и понижением в 3-й период.

Т а б л и ц а 1 – Выраженность общих показателей эмпатии терапевтов

	1 стажевой период			2 стажевой период			3 стажевой период		
	Хср	σ	Cv	Хср	σ	Cv	Хср	σ	Cv
Общий уровень поликоммуникативной эмпатии	45,75	9,73	21,26	49,79	9,93	19,93	48,07	7,64	15,89
Общий уровень способностей к эмпатии	18,00	3,44	19,14	18,14	5,08	27,99	17,60	4,61	26,20
Уровень эмпатии (Мехрабиан)	16,50	4,99	30,26	18,03	3,69	20,45	16,80	3,49	20,77

Динамика выраженности эмпатии к пожилым, к детям, малознакомым повышается в 3-й стажевый период и идет по возрастающей от наименьшей представленности в 1-й стажевый период к максимальной представленности в 3-й стажевый период. Такая динамика развития может быть связана с явлениями переноса, характерными для психодинамики клинических отношений [199].

Динамика выраженности таких показателей эмпатических способностей как эмоциональный канал и установки, способствующие эмпатии идет от наибольшей выраженности в 1-й период с падением во 2-й период и повышением в 3-й период.

Динамика выраженности проникающей способности выглядит следующим образом: средние значения в 1-й период, понижение во 2-й период и максимальное значение в 3-й период.

Полученные данные подтверждают исследования Pennington, R. E., & Pierce, W. L. (1985) и Hojat, M., Glaser, K., Xu, G., Veloski, J. J., & Christian, E. B. (1999) о связи эмпатии с возрастом и профессиональным стажем. Эти выводы поднимают вопросы дальнейшего исследования снижения эмпатии с возрастом и опытом.

Также полученные данные позволяют сделать вывод о том, что эмпатия у терапевтов усиливается с ростом эффективности и угасает со снижением эффективности.

Сравним полученные данные выраженности эмпатии в различные стажевые периоды у хирургов.

Общая особенность динамики выраженности общего уровня развития эмпатии в абсолютных значениях по трем методикам - наименьшая выраженность во 2-й стажевый период (таблица 2).

Т а б л и ц а 2 – Выраженность общих показателей уровня эмпатии хирургов

	1 стажевой период			2 стажевой период			3 стажевой период		
	X_{cp}	σ	C_v	X_{cp}	σ	C_v	X_{cp}	σ	C_v
Общий уровень поликоммуникативной эмпатии	45,59	7,40	16,23	43,81	6,56	14,98	46,00	5,63	12,24
Общий уровень способностей к эмпатии	15,18	4,45	29,30	13,74	4,40	32,02	14,36	6,51	45,35
Уровень эмпатии (Мехрабиан)	16,00	3,37	21,08	15,70	3,05	19,41	16,71	2,20	13,16

Однако общий уровень эмпатии по каждой методике имеет свои особенности динамики развития.

Динамика развития общего уровня поликоммуникативной эмпатии и «эмпатического отлика» идет от средней выраженности в 1-й период, затем

сильной падение значений во 2-й период, и максимальные значения в 3-й период.

Динамика выраженности общего уровня эмпатических способностей выглядит следующим образом: наибольшая выраженность в 1-ом периоде, затем падение во 2-ом, и незначительное повышение в 3-ем периоде.

Динамика выраженности отдельных показателей эмпатии в абсолютных значениях у хирургов по трем стажевым периодам :

– эмпатия к пожилым и к детям идет с постепенным повышением от 1-го периода к 3-му, т. е. эти виды эмпатии также как и у терапевтов лучше всего развиты в 3-ем периоде;

– эмпатия к родителям и идентификация наиболее выражены в 1-ом периоде и постепенно понижаются к 3-му периоду;

– эмпатия к героям художественных произведений, к малознакомым и интуитивный канал имеют средние значения в 1-й период, падают во 2-й период и имеют максимальные значения в 3-й период;

– эмпатия к животным, эмоциональный канал и проникающая способность наиболее высоко выражены в 1-й период падают во 2-й и повышаются в 3-й период;

– рациональный канал единственный у хирургов, который максимальные значения имеет во 2-м периоде.

Таким образом, у хирургов анализ динамики развития эмпатии в течении профессиональной жизни показывает снижение выраженности эмпатии во 2-й стажевый период, период максимальной эффективности деятельности (рисунки 23, 24, 25).

Полученные данные позволяют прийти к следующим выводам:

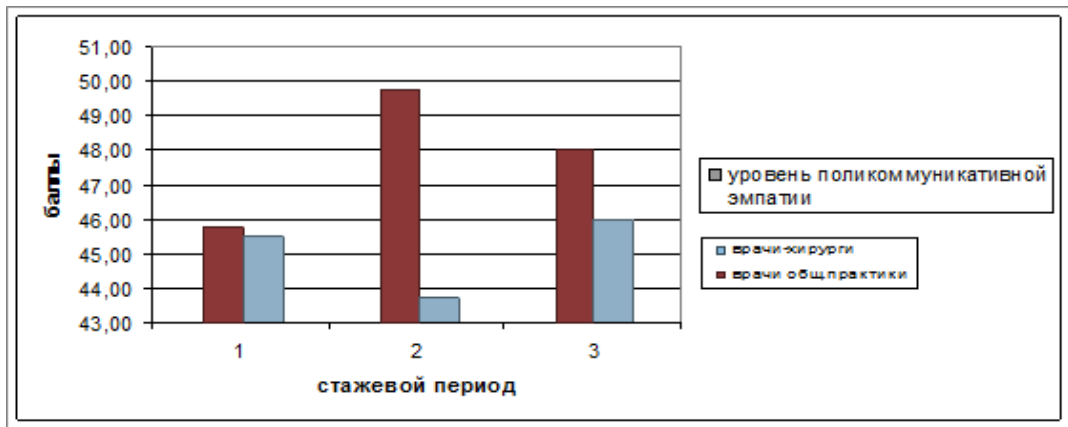


Рисунок 23 – Выраженность поликоммуникативной эмпатии на протяжении профессиональной деятельности для терапевтов и хирургов в абсолютных значениях

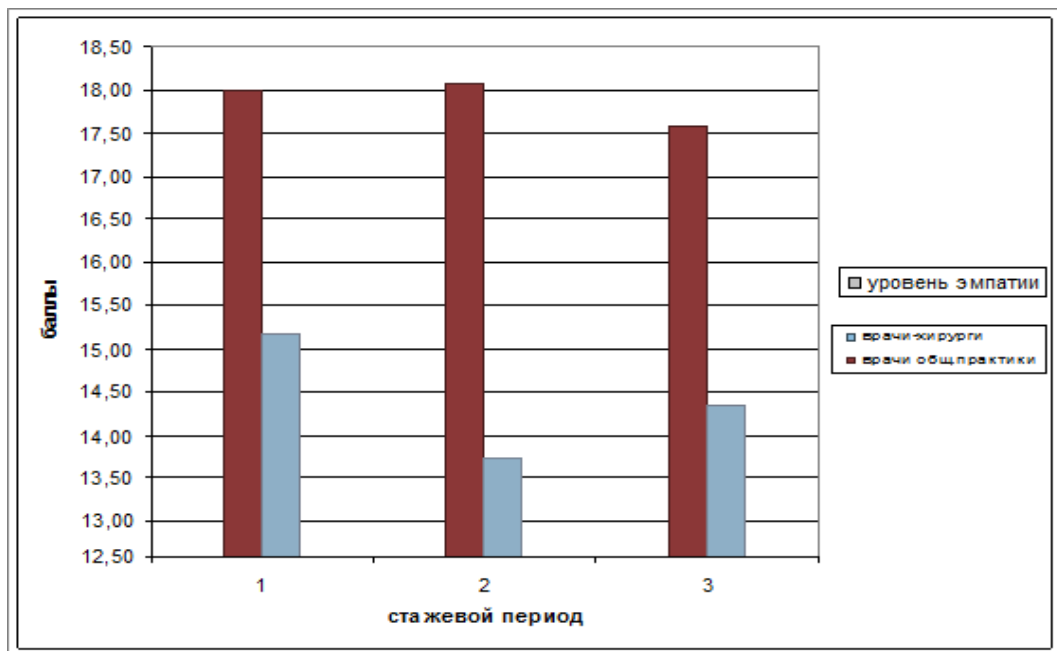


Рисунок 24 – Выраженность эмпатических способностей на протяжении профессиональной деятельности для терапевтов и хирургов в абсолютных значениях

- динамика развития общего уровня эмпатии у терапевтов показывает рост выраженности от 1-го периода к максимальному развитию во 2-й период

и снижению в 3-й период, т. е. эмпатия наиболее выражена в самый эффективный период деятельности (2-й стажевый период);

– динамика развития общего уровня эмпатии у хирургов показывает наименьшие значения в максимально эффективный период деятельности (2-й стажевый период) и возрастает к 3-му периоду;

– динамика развития общего уровня эмпатии у хирургов показывает наименьшие значения в максимально эффективный период деятельности (2-й стажевый период) и возрастает к 3-му периоду ;

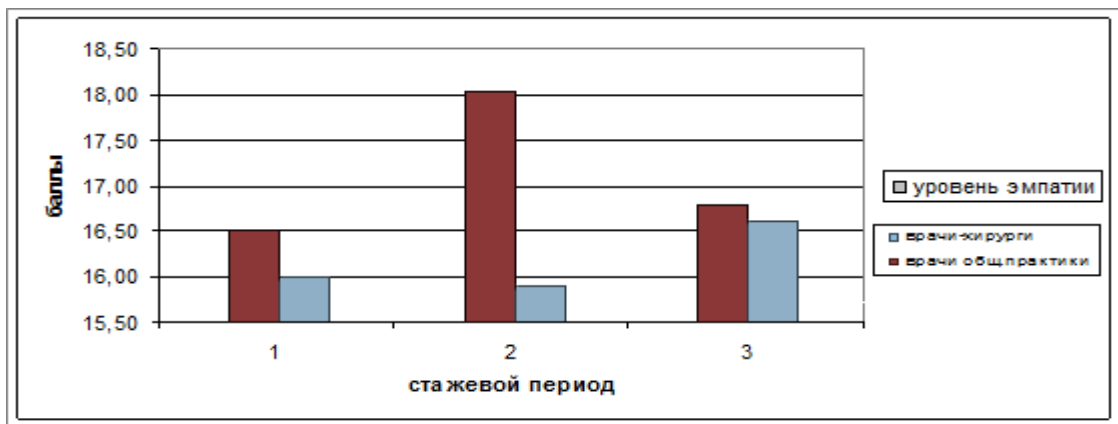


Рисунок 25 – Выраженность общего уровня развития эмпатии на протяжении профессиональной деятельности для терапевтов и хирургов в абсолютных значениях

– у терапевтов общая тенденция повышения отдельных показателей поликоммуникативной эмпатии и эмпатических способностей во 2-й период;

– у хирургов общая тенденция повышения отдельных показателей поликоммуникативной эмпатии и эмпатических способностей в 3-й период.

Таким образом, можно прийти к окончательному заключению, что эмпатия оказывает влияние на эффективность деятельности и терапевтов, и хирургов, но

это влияние разнонаправленное. Оно заключается в том, что чем меньше выражена эмпатия у хирургов, тем выше эффективность их деятельности и чем выше выражена у терапевтов эмпатия, тем выше эффективность их деятельности.

В своей работе мы рассматривали эмпатию как целостное интегративное явление, которое объединяет понимание эмпатии как феномена познания, отношения и поведения, реализуемое через понимание эмоционального состояния другого человека, сопереживание или сочувствие, которое испытывает субъект эмпатии в отношении к другому лицу, активное помогающее поведение субъекта.

Установив характер и степень влияния эмпатии на эффективность терапевтов, мы определили, что в их деятельности реализуются все три составляющие эмпатии: как понимание, выражающееся в максимальном развитии в период наибольшей эффективности рационального канала, установок, способствующих эмпатии, как переживание, реализующееся через эмоциональный канал, эмпатию к героям художественных произведений, эмпатию к животным и как помогающее поведение, представленное в виде эмпатии к малознакомым. Но ведущую роль в эмпатии терапевтов играет эмоциональный канал.

Рассматривая эмпатию как такое интегративное и целостное явление, мы можем говорить о том, что эмпатия является для терапевтов профессионально важным качеством, потому что в их деятельности эмпатия раскрывается через все три взаимодействующих компонента, которые оказывают положительное влияние на результативность деятельности.

Анализ характера и степени влияния эмпатии на эффективность деятельности хирургов показал, что в профессиональной практике эмпатия

хирургов раскрывается только через два компонента: когнитивный и поведенческий. Первый выражается через рациональный канал и установки, способствующие эмпатии, второй через – эмпатию к малознакомым людям, но которая значительно менее выражена, чем у терапевтов. Ведущая роль принадлежит когнитивным каналам. Поэтому мы можем говорить, что в их деятельности эмпатия реализуется лишь как феномен познания и поведения. Поставив во главу изучения эмпатию как комплексное явление в деятельности хирургов, мы можем говорить о ней как о качестве не полно сопоставимым с эффективностью деятельности, а, следовательно, не можем назвать ее профессионально важным качеством в труде хирурга. Гораздо большее значение в профессиональной практике хирурга имеет контроль над своими эмоциями. И общая, глубинная установка, направленная на «...облегчение от физических страданий», «возможность проявлять заботу к людям», т. е. добродетельную суть врачевания без которой невозможна профессия врача.

Заключение

В работе проведено исследование специфики эмпатии как профессионально важного качества врачей двух основных направлений специализированной медицинской помощи — терапевтической и хирургической — на основе анализа динамики развития эмпатии на протяжении всей профессиональной деятельности, определения структуры эмпатии и ведущих каналов эмпатии. Актуальность исследования обусловлена, с практической точки зрения, проводящейся в нашей стране модернизации здравоохранения, которая ставит своей целью получение населением качественной медицинской помощи при снижении материальных издержек и в равной мере направлена на лечение и на профилактику заболеваний. Эмпатия в практической деятельности врачей позволяет ставить более точные и ранние диагнозы, избегать бесполезных исследований и избыточных диагнозов, сокращать стоимость услуг, что позволяет достигнуть стойких результатов в процессе лечения. С теоретической точки зрения, актуальность исследования обусловлена с одной стороны сменой парадигм в подходе к изучению деятельности людей в помогающих профессиях, которая заключается в методологической переориентации в сторону субъектного подхода, имеющего гуманистическую направленность. А с другой стороны отсутствием комплексного исследования эмпатии, обусловленного профессиональными особенностями врачей разных специальностей, малой изученностью специфики эмпатии в профессиональной деятельности врачей разных специальностей, требующей разной степени и характера эмпатии.

Теоретический обзор показал большую роль эмпатии в медицинской практике, выявил особенности эмпатического взаимодействия терапевта и хирурга с пациентами, уточнил механизмы, влияющие на психодинамику эмпатии в клинических взаимоотношениях, конкретизировал факторы, повышающие эмпатию в отношениях врача и пациента, позволил уточнить структуру профессионально важных качеств терапевтов и хирургов, отражающую специфику деятельности, рассмотреть основные концепции профессионализации.

Проведенный анализ профессиональной деятельности терапевта и хирурга позволил установить разную направленность их труда. Труд терапевта предполагает продолжительные контакты с пациентом от степени доверительности которых зависит успешность дальнейшего лечения. Труд хирурга характеризуется опасностью для жизни человека проведенными им манипуляциями. Задача психологических воздействий хирурга, в первую очередь, вселить в пациента спокойствие и веру в лучший исход, несмотря зачастую на призрачность успеха. Такая задача выдвигает на первый план такие качества характера как морально - волевая устойчивость и хладнокровие.

В связи с недостатком в работах других исследователей содержательного сопоставления особенностей эмпатии и динамики ее развития у терапевтов и хирургов, ее влияния на эффективность деятельности мы провели такой анализ, сопоставляя качества, описанные в выбранных методиках.

Эмпирическое изучение влияния эмпатии на эффективность деятельности терапевтов и хирургов установило положительную корреляцию эмпатии и эффективности деятельности у терапевтов и отсутствие прямого влияния эмпатии

на эффективность деятельности хирургов. Проведенное исследование динамики развития эмпатии и ее выраженности в ходе профессионализации подтвердило большое значение эмпатии в профессиональной жизни терапевтов и ее положительную связь с эффективностью деятельности. Выявленная в ходе исследования специфика эмпатии терапевтов также указывает на большую роль эмпатии в профессиональной жизни терапевтов и меньшее значение в жизни хирургов. Из чего был сделан вывод о том, что эмпатия является профессионально важным качеством врача терапевта, и не является профессионально важным качеством врача хирурга.

На основании обобщения результатов исследования и их интерпретации были сделаны следующие выводы:

1. Эмпатия в медицинской практике является крайне эффективной и оказывает большое влияние на успешность лечения и дальнейшие благоприятные прогнозы течения болезни. Оперативные и консервативные методы лечения хотя и имеют общую задачу — выздоровление человека — характеризуются разной направленностью их деятельности. Характер взаимоотношений пациента и хирурга, и пациента и терапевта отражает специфику профессиональной деятельности, выражающейся в кратковременности контактов и наличием прямой опасности для жизни в первом случае, и их продолжительностью и отсутствием видимой опасности во втором. Эмпатия терапевтов и хирургов может быть описана как сопоставимыми особенностями, так и специфичными для каждой специализации.

2. Показана взаимосвязь эффективности деятельности с уровнем развития

эмпатии: у терапевтов — чем выше эмпатия, тем выше эффективность их деятельности. Установленная взаимосвязь позволяет сделать вывод, что для терапевтов эмпатия является профессионально важным качеством. Для хирургов характерна обратная зависимость: чем меньше эмпатия, по сравнению с терапевтами, тем выше эффективность их деятельности, что не позволяет считать эмпатию профессионально важным качеством хирурга.

3. Специфика эмпатии терапевтов и хирургов заключается в том, что эмпатия у терапевтов более выражена, чем у хирургов, что доказывают количественные, качественные и структурные показатели эмпатии терапевтов.

Специфической особенностью эмпатии терапевтов является выраженность ведущих каналов эмпатии в виде аффективных компонентов как в форме сочувствия и сопереживания реальным людям, так и в форме сострадания к вымышленным объектам.

Специфика эмпатии хирургов заключается в когнитивном характере ведущих каналов эмпатии и отражает значение эмпатии в труде хирурга лишь в виде общих установок, способствующих эмпатии. В процессе изучения структуры эмпатии терапевтов и хирургов обнаружены сходные связи, свидетельствующие об общей направленности врачей всех специальностей на установление с пациентами отношений сотрудничества, которые невозможны без присутствия эмпатии.

4. Специфика эмпатии терапевтов и хирургов отражает характер их деятельности и заключается в том, что эмпатия у терапевтов более выражена, чем у хирургов, что доказывают количественные, качественные и структурные показатели выраженности эмпатии терапевтов. Хотя обследуемые группы

терапевтов и хирургов обладают средним (нормативным) уровнем развития эмпатии, что позволяет им избегать трудностей, характерных для высокоэмпатийных людей с их опасностью эмоционального выгорания.

Специфической особенностью эмпатии терапевтов является выраженность ведущих каналов эмпатии в виде аффективных компонентов как в форме сочувствия и сопереживания реальным людям, так и в форме сострадания к вымышленным объектам.

Специфика эмпатии хирургов заключается как в когнитивном характере ведущих каналов эмпатии, так и в наличии побудительного мотива действий, характерного для всех врачебных специализаций. Когнитивная форма эмпатии занимает самую низкую ступень в структуре эмпатии и отражает значение эмпатии в труде хирурга лишь в виде общих установок, способствующих эмпатии.

Обнаруженные в процессе изучения структуры эмпатии терапевтов и хирургов сходные связи, свидетельствуют об общей направленности врачей всех специальностей на установление с пациентами отношений сотрудничества, которые невозможны без присутствия эмпатии.

5. Установлено, что эмпатия как интегративное явление выступает для терапевтов профессионально важным качеством, которое раскрывается в их деятельности через три взаимодействующих и взаимопроникающих компонента: как понимание, как переживание и как помогающее поведение, которые в совокупности оказывают положительное влияние на результативность деятельности.

В профессиональной практике хирургов эмпатия раскрывается только как

феномен познания и поведения. Поставив во главу изучения эмпатию как комплексное явление, в деятельности хирургов она предстает как качество не полно сопоставимое с эффективностью их деятельности, и следовательно, не являющимся профессионально важным качеством хирурга.

Результаты эмпирического исследования эмпатии как профессионально важного качества имеют большую теоретическую значимость, поскольку позволили впервые выявить структуру эмпатии и ведущие каналы эмпатии терапевтов и хирургов, проследить путь развития структуры эмпатии на протяжении всей профессиональной жизни этих врачей, определить зависимость уровня развития эмпатии от возраста и стажа, установить периоды максимального развития эмпатии и доказать ее влияние на эффективность деятельности терапевтов и отсутствие прямого влияния на деятельность хирургов.

Перспективы дальнейших теоретико-эмпирических исследований связаны с дальнейшим углубленным изучением структурных характеристик эмпатии хирургов, с целью преодоления противоречивых данных, касающихся динамики развития эмпатии в ходе профессионализации, изучением развития эмпатии в период обучения, оставшийся за чертой данного исследования. Отдельного изучения заслуживает развитие эмпатии в период окончания профессиональной деятельности, когда, по нашим данным эмпатия и терапевтов, и хирургов падает.

Уточнения требует значение эмпатии в деятельности врачей других специализаций, особенно это касается врачей технономической направленности: специалистов по лучевой диагностике, рентгенологов и т. п.

Особый интерес представляет дальнейшее изучение эмпатии в структуре

профессионально важных качеств врачей терапевтической и хирургической направленности с целью выработки дифференцированных программ подготовки будущих медиков, учитывающих особенности эмпатического процесса в деятельности этих специалистов, что позволит преодолеть существующий разрыв между наукой и практикой.

В заключении хотелось бы отметить, что интерес к изучению эмпатии в науке всегда совпадал с периодами повышения внимания к внутреннему миру человека, его переживаниям и осмыслению этих переживаний в противовес чрезмерному рационализму [42]. Противоречивые процессы, происходящие в современном мире, отражают, с одной стороны, стремление к большей гуманизации общества, а, с другой, поиск компромисса между экономической целесообразностью и качеством предоставляемых услуг, и помещают феномен эмпатии в фокус все более пристального его изучения в деятельности представителей помогающих профессий.

Список используемой литературы

- 1 Агавенян, Р. О. Эмпатия как фактор психологической готовности дефектолога к профессиональной деятельности: автореф. дис. ... канд. психол. наук / Р.О. Агавенян. – Ереван, 1995.
- 2 Аминов, Н. А. Психодиагностика специальных способностей социальных работников / Н.А. Аминов // Социальная работа. – 1992.- вып.2.
- 3 Александер, Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение. / Ф. Александер; пер. с англ. С. Могилевского. - М.: ЭКСМО – Пресс, 2002. – 352 с.
- 4 Ананьев, Б. Г. О проблемах современного человекознания / Б.Г. Ананьев. - М.: Наука, 1977. – 381с.
- 5 Андронов, В. П. Психологические основы формирования профессионального мышления докторов (на материале профессии хирурга) / В.П. Андронов // Вопросы психологии. – 1991. - № 2. - С. 87- 95
- 6 Аугустинавичюте, А. О дуальной природе человека (типы информационного метаболизма) / А. Аугустинавичюте // Соционика, ментология, психология личности. - 1996. - № 1. - С. 5 -18.
- 7 Бажин, Е. Ф. О роли исследования проблемы общения в психиатрии и медицинской психологии / Е. Ф. Бажин // Социально-психологические исследования в психоневрологии. - 1960. - С. 15–22.
- 8 Бедрин, Л. М., Урванцев, Л. П. Психология и деонтология в работе врача: учебно-методические рекомендации для студентов, субординаторов и врачей / Л. М. Бедрин, Л.П. Урванцев. – Ярославль: Верхне – Волжское книжное изд – во, 1988. - 80 с.
- 9 Бережковская, Е. Л., Радинская, Н. Г. Культурно-историческая и гуманистическая психология: возможные точки схода. Эмпатия как высшая психическая функция / Е.Л. Бережковская, Н.Г. Радинская // Вестник РГГУ.- 2006. №1. – С.126–145

- 10 Бодалев, А. А. Личность и общение: Избранные психологические труды / А. А. Бодалев. Изд. 2-е перераб. – М.: МПА, 1995. - 328с.
- 11 Бодалев, А. А. О взаимосвязи общения и отношения / А.А. Бодалев // Вопросы психологии. – 1994. - №1. – С.122 - 127
- 12 Бойко, В. В. Энергия эмоций в общении: взгляд на себя и на других / В.В. Бойко. М.: Инф. – изд. дом « Филинь», 1996. – 472с.
- 13 Борисенко, С. Б. Методы формирования и диагностики эмпатии учителей: Автореф. дис. ... канд. психол. наук: 19.00.07 / С. Б. Борисенко. – Л. 1988. - 14с.
- 14 Брушлинский, А.В. Психология субъекта профессиональной деятельности / А.В. Брушлинский. - Москва-Ярославль: ДИА-пресс, 2001. с. 5–23.
- 15 Василькова, А. П. Эмпатия как один из специфических критериев профессиональной пригодности будущих специалистов-медиков: автореф. дис. ... канд. психол. наук / А.П. Василькова. - С.-Пб., 1998. - 25 с.
- 16 Васильева, Л. Н., Андрианова, Е. С. Об эмпатии врачей разных специальностей // «Педагогические и психологические науки: актуальные вопросы»: материалы заочной научно-практической конференции
- 17 Вебер, В. Эмпатия и вербализация (эмпатическое отражение) // В кн. Важные шаги, помогающие диалогу/ В.Вебер, пер. с англ. С.А.Адамовой. С.- Пб., РАТЭПП, 1998. - 41с.
- 18 Вилюнас, В. К. Психология эмоциональных явлений / В.В. Вилюнас М.: Изд - во МГУ, 1976. - 24 с.
- 19 Выговская, Л. П. Эмпатийные отношения младших школьников, воспитывающихся вне семьи: автореф. дис. ... кан. психол. наук / Л.П. Выговская. Киев, 1991. - 20 с.
- 20 Выготский, Л. С. Проблема эмоций / Л.С. Выготский; Собрание сочинений в 6-и т. Т. 6 . Научное наследство/ Под ред. М.Г. Ярошевского. - М.: Педагогика, 1984. – 400 с.
- 21 Гаврилова, Т. П. Понятие эмпатии в зарубежной психологии / Т.П. Гаврилова // Вопросы психологии. – 1975. - №2. С. 147–158.

- 22 Гаврилова, Т. П. Эмпатия и ее особенности у детей младшего и среднего школьного возраста: дис. канд. психол. наук / Т. П. Гаврилова. – М., 1977. – 149 с.
- 23 Гарбузов, В. И. Практическая психотерапия/ В.И. Гарбузов. - С.-Пб.: АО «Сфера». – 160 с.
- 24 Георгиевская, А. С., Бобров, Н. С. Проблема гуманизации в медицине / А.С. Георгиевская, Н.С. Бобров // Общество и здоровье человека. - 1973.
- 25 Гиппенрейтер, Ю. В., Карягина, Т. Д., Козлова, Б. Д. Феномен конгруэнтной эмпатии / Ю.В. Гиппенрейтер, Т.Д. Карягина, Б.Д. Козлова // Вопросы психологии. – 1993. - № 4. - С. 61–66.
- 26 Гнездилов, А. В. К вопросу о психотерапевтической направленности взаимоотношений врача и онкологического больного /А.В. Гнездилов // Социально-психологические исследования в психоневрологии. Труды Ленингр. НИИ психоневролог...: 1980. – Т.93. - С. 119–124.
- 27 Гозман, Л. Я. Психология эмоциональных отношений / Л.Я. Гозман М.: Изд – во МГУ. - 1967. – 165с.
- 28 Дашкевич, О. В. Экспериментальное исследование регулирующей функции эмоциональных сопереживаний в деятельности / О.В. Дашкевич // В сб. Теоретические и прикладные проблемы психологии познания людьми друг друга. Краснодар: изд – во Кубанского ун – та. – 1975.- С. 68–70.
- 29 Дитерикс, М. М. Душа хирурга/ М.М. Дитерикс - Л.: 1925. – 80 с.
- 30 Доника, А. Д. Профессиональный онтогенез: медико-социологические и психолого-этические проблемы врачебной деятельности / А.Д. Доника. - М.: Изд-во «Академия Естествознания», 2009. – 300 с.
- 31 Ермолаева, Е. П. Психология социальной реализации профессионала/ Е.П. Ермолаева. - М. : Изд-во «Институт психологии РАН», 2008. – 338 с.
- 32 Зеер, Э. Ф. Психология профессионального образования / Э.Ф.Зеер. - М.: Академия, 2006. - 240 с.
- 33 Знаков, В. В. Психология субъекта / В.В. Знаков // Психологический журнал. – 2003. - том 24. - № 2. - С. 95–106

- 34 Иган, Дж. Базисная эмпатия как коммуникативный навык / Дж. Иган // Журнал практической психологии и психоанализа. - 2000. - №1.
- 35 Ильин, Е. П. Психология помощи. Альтруизм, эгоизм, эмпатия / Е. П. Ильин. - С.-Пб.: 2013. - 304 с.
- 36 Караванов, Г. А., Коршунова, В. А. Индивидуально-психологические особенности врача-хирурга. Львов: 1974.
- 37 Карвасарский. Б. Д. Медицинская психология / Б. Д. Карвасарский. - Л.: «Медицина», 1982. -364 с.
- 38 Карпов, А.В. Понятие профессионально важных качеств деятельности // Психология труда: Учебник для студентов высш. учебн. заведений / Под ред. А.В. Карпова. М.:ВЛАДОС-ПРЕСС, 2003. 352 с.
- 39 Карпов, А. В., Орел, В. Е., Тернопол. В. Я. Психология профессиональной адаптации. Монография / А. В. Карпов, В. Е. Орел, В. Я. Тернопол. - М. - Ярославль: Институт «Открытое Общество», 2003. – 161 с.
- 40 Карпов, А. В., Савин, И. Г. Психологический анализ деятельности / Учеб. пособие / А.В. Карпов, И.Г. Савин; Ярос. гос. ун-т. - Ярославль: ЯрГУ, 2005. - 144 с.
- 41 Карягина, Т. Д. Некоторые аспекты развития представлений об эмпатии в психологии / Т.Д. Карягина // Психология общения. -2006. - №3. – С. 61-63.
- 42 Карягина, Т. Д. Эволюция понятия эмпатии в психологии: дис. ... канд. психол. наук: / Т. Д. Карягина. – М., 2013. – 175 с.
- 43 Квасенко, А. В., Зубарев, Ю. Г. Психология больного / А.В. Квасенко, Ю.Г. Зубарев. - Л.: Медицина, 1980. – 184 с.
- 44 Климов, Е. А. Психология профессионального самоопределения / Е.А. Климов. - М.: Академия, 2004. – 304 с.
- 45 Ковалев, А. Г. Эмпатия и процесс практического познания одной личности другой / А.Г. Ковалев // Теоретические и прикладные проблемы психологии познания людьми друг друга. - Краснодар: 1975. - С. 72–73.

- 46 Козина, Н. В. Исследование эмпатии и ее влияния на формирование синдрома «эмоционального сгорания» у медицинских работников: Автореф. дис. кан. психол. наук / Н.В. Козина. - С.-Пб.:1998. – 25 с.
- 47 Константинова, Т. В. Особенности коммуникативных установок во взаимодействии врача с больными: Автореф. дис. ... канд. психол. наук / Т.В. Константинова. – Самара: 2006. – 25 с.
- 48 Котелова, Ю. В. Очерки по психологии труда: учеб. пособие / Под ред. Е.М. Ивановой / Ю. В. Котелова. М.: изд-во МГУ, 1986. – 120 с.
- 49 Кохут, Х. Интроспекция, эмпатия и психоанализ: исследование взаимоотношений между способом наблюдения и теорией / Т.Кохут // Антология современного психоанализа. Т. 1 (под ред. А. В. Рассохина). - М.: Институт психологии РАН, 2000. – С. 34- 45.
- 50 Кричевский, Р. Л. Дубовская, Е. М. О функциях и механизме идентификации во внутригрупповом межличностном общении / Р.Л. Кричевский, Е.М. Дубовская // Психология малой группы, 2 –е издание, доп. и перераб. М.: Дело, 1996. – 384 с.
- 51 Лабунская, В. А. Невербальные паттерны ролевого поведения / В.А.Лабунская // Психологический вестник РГУ. - 1997. Вып. 2. - С. 467–486.
- 52 Лакосина, Н. Д., Ушаков, Г. К. Медицинская психология, 2 -е изд. / Н.Д. Лакосина, Г.К. Ушаков. - М.: Медицинская психология. - 1982. – 385 с.
- 53 Лебединский, И. С., Мясищев, Б. Н. Введение в медицинскую психологию / И.С. Лебединский, Б.Н. Мясищев. - М.: Медицина. - 1966. – 251 с.
- 54 Лежепекова, Л. Н., Якубов. Б. А. Вопросы психогигиены и психо-профилактики в работе практического врача / Л. Н Лежепекова, Б. А. Якубов. - Л.: Медицина. - 1977. – С. 51- 52.
- 55 Леонтьев, А. Н. Эволюция психики / А.Н. Леонтьев. - М.- Воронеж, 1999. - 416 с.
- 56 Лигер, С. А. Формирование копинг-поведения студентов медицинского вуза и его влияние на личностно-профессиональное развитие врача: Автореф. дис. ... канд. психол. наук / С.А. Лигер. - С.-Пб. - 1997. – 25 с.

- 57 Липпс, Т. Руководство к психологии / Т. Липпс. - С.-Пб: Изд-во О. Попова.- 394 с.
- 58 Ломов, Б. Ф. Методологические и теоретические проблемы психологии / Б.Ф. Ломов. - М.: Наука. -1984. – 88 с.
- 59 Маркова, А. К. Психология профессионализма / А. К. Маркова. - М.: МГФ «Знание», 1996. - 308 с.
- 60 Метельский, Г. Ч. Проявление эмпатии у комсоров студенческих групп / Г.Ч. Метельский // Педагогические проблемы современной психологии. - Минск: 1971. - 83–89, 93 с.
- 61 Мясищев, Б. Н. Основные проблемы и современное состояние психологии отношений / Б.Н. Мясищев // Психологическая наука в СССР. Т 2. М.: изд- во АПН РСФСР. - 1960. – С.110- 125.
- 62 Обозов, Н. Н. Психология межличностных отношений / Н.Н. Обозов. - К. : изд - во «Высшая школа», 1990. – 191 с.
- 63 Обозов, Н. Н., Тарновский, С. А. О способе измерения физиологического компонента эмоциональной эмпатии / Н.Н. Обозов, С. А. Тарновский // Новые исследования в психологии. - 1965. - №1. – С. 56-59.
- 64 Орлов, А. Б., Хазанова, М. П. Феномен эмпатии и конгруэнтности / А.Б. Орлов, М.П. Хазанова // - Вопросы психологии. 1993 . - №4. - С. 30–32.
- 65 Росс, Л., Нисбетт, Р. Человек и ситуация. Перспективы социальной психологии / Л. Росс, Р. Нисбетт Л.; пер. с англ. В.В. Румынского под ред. Е.Н. Емемельянова, В.С. Магуна. - М.: Аспект Пресс, 1999. – 429 с.
- 66 Панкова М. В. Особенности эмпатии больных неврозами: Автореф. дис. ...кан. психол. наук / М. С. Панкова. - С.-Пб.: 2003. - 20 с.
- 67 Пашукова, Т. В. О механизмах эмпатии и некоторых ее психических коррелятах / Т.В. Пашукова // Вопросы психологии межличностного познания и общения. — Краснодар: изд – во Кубанского ун – та. – 1963. – С. 66–92.
- 68 Петленко, В. П., Шамоу, И. А. Мудрость взаимности / В.П. Петленко, И.А. Шамоу. - Л.: Лениздат. - 1989. – 222 с.

- 69 Петровский, А. В. Туревский, М. А. Действенная групповая эмоциональная идентификация / А.В. Петровский, М.А. Туревский // Психологическая теория коллектива. Под ред А.В. Петровского, М.: Педагогика. - 1979. - С. 74–79.
- 70 Петровский, А. В. Эмоциональная идентификация в группе и способ ее выявления / А.В. Петровский // К вопросу о диагностике личности в группе. М.: Педагогика. - 1973. - С. 69–78.
- 71 Практическая психодиагностика. методики и тесты / под. ред. Д. Я. Райгородского. - Самара: Издательский дом «Бахрах», 1996 - 672 с.
- 72 Поваренков, Ю. П. Психология становления профессионала / Ю. П. Поваренков. – Учеб. пособие. Ярославль: Изд-во ЯЛТУ. - 2000. - 98 с.
- 73 Пузыревский. В. Ю., Феномен эмпатии в контексте современной западной философии. / В.Ю. Пузыревский // Сибирь. Философия. Альманах: 2007. - С. 103–118.
- 74 Рибо, Т. Психология чувств / Т. Рибо // Современная английская психология: (Опыт. школа): Пер. со 2-го, доп. изд. / Ред. пер. и крит. этюд П. Д. Боборыкина.- М.: Изд. К. Т. Солдатенкова, 1881.- XXVI, 345 с.- Книгопродав. объявления авт. Киев: 1897, с. 388.
- 75 Роджерс, К. Эмпатия / К. Роджерс // Психология эмоций. Тексты. Под. ред. В. К. Вилюнаса, Ю. Б. Гиппенрейтер, М.: изд –во МГУ. - С. 248–251.
- 76 Роджерс, К. Взгляд на психотерапию, становление человека / К. Роджерс М.: Прогресс . - 1994. – 254 с.
- 77 Рыбников, Н. А. Психология и выбор профессий / Н.А. Рыбников. - М.: 1925. – 107с.
- 78 Сарджвеладзе, Н. И. О балансе проекции и интроекции в процессе эмпатического взаимодействия. / Н.И. Сарджвеладзе // Бессознательное: природа, функции, методы исследования. Т. 4, Тбилиси. - 1978. - С. 485–489.
- 79 Сидоренко, Е. В. Методы математической обработки в психологии / Е.В.Сидоренко. - С.-Пб. : Речь, 2001. – 349 с.

80 Собкин, В. С. К формированию представлений о механизмах идентификации в общении / В.С. Собкин // Теоретические и прикладные проблемы психологии познания людьми друг друга. - Краснодар: : изд – во Кубанского ун – та. - 1975, С. 55–57.

81 Соловьева, С. Д., Скворцова, Н. Д., Побчиева, И. Д. и др. Психологическая адаптация студентов медицинских вузов и психокоррекционная работа с ними / С.Д. Соловьева, Н.Д. Скворцова, И.Д. Побчиева // Теория и практика медицинской психологии и психотерапии. - С.-Пб.: 1994. - С. 205–212.

82 Соложенкин, В. В. Психологические основы врачебной деятельности. Учеб. для студ. высших учеб. заведений. / В.В. Соложенкин. - М.: Академический проект. - 1997. - 264 с.

83 Сомова, И. Д. Потребностно-мотивационные характеристики профессионального общения врача общей практики: автореф. дис. ...канд. психол. наук. / И.Д. Сомова. - М. - 1995.- 22 с.

84 Сопиков, А. П. Механизм эмпатии / А.П. Сопиков // Вопросы психологии межличностного познания и общения. Краснодар: изд – во Кубанского ун – та. – 1977. – С. 89–94 .

85 Стрелкова, Л. П. Психологические особенности развития эмпатии у дошкольников: автореф. дис. ... кан. психол. наук / Л.П. Стрелкова. - М.- 1987. – 24 с.

86 Сук, И. С. Врач — как личность / И. С. Сук. - М.: Медицина. - 1984.- 64 с.

87 Ташлыков, В. А. Значение эмпатического отношения врача к больному в процессе психотерапии неврозов / В.А. Ташлыков // Психологические проблемы психогигиены» психопрофилактики и медицинской деонтологии. / Под ред. М.М. Кабанова.- Л.: ЛНИПИ, 1976. – С.121-122.

88 Ташлыков, В. А. Терапевтическое значение некоторых механизмов взаимодействия врача и больного в процессе психотерапии / В.А. Ташлыков // Проблемы психологического воздействия. – Иваново. – 1978 . - С. 149–161.

- 89 Ташлыков, В. А. Исследование влияния особенностей перцепции на психотерапевтическую диаду «врач-больной» / В.А. Ташлыков // Социально-психологические исследования в психоневрологии. - Л.: ЛНИПИ. - 1960. - С. 65–69.
- 90 Ташлыков, В. А. Психология лечебного процесса / В.А. Ташлыков. - Л.: Медицина. - 1964. – 110 с.
- 91 Телешевская, М. Е., Погибко, Н. И. Вопросы врачебной деонтологии / М.Е. Телешевская, Н.И. Погибко. 3-е изд., перераб. и доп. - Киев, «Здоровье» 1978. – 91 с.
- 92 Урванцев, Л. П. Психология в соматической клинике/ Л.П. Урванцев. - Ярославль: изд-во ЯрГУ, 1998. - 159 с.
- 93 Харди, И. Врач, сестра, больной. Психологическая работа с больным. Под. ред. М.В. Коркина / И. Харди, Будапешт: изд –во АН Венгрия. - 1981. -338с.
- 94 Цветкова, Л. А. Коммуникативная компетентность врачей-педиатров: Автореф. дис. ... канд. психол. наук / Л.А. Цветкова. - Л. - 1994. - 20 с.
- 95 Шадриков, В. Д. Психологические аспекты расстановки кадров / В.Д. Шадриков. - М.: Знание. - 1974. -64 с.
- 96 Шадриков, В. Д. Проблемы системогенеза профессиональной деятельности / В.Д. Шадриков. - М.: Наука.- 1982. – 185 с.
- 97 Шадриков, В. Д. Психологическая деятельность и способности человека. Учеб. пособие, 2-е изд. перераб. и доп. / В.Д. Шадриков. - М.: Логос. - 1996. – 320 с.
- 98 Шадриков, В. Д. Введение в психологию: Способности человека / В.Д. Шадриков. – М.: «Логос».- 2002. -160 с.
- 99 Шорохова, Е. В. Методологические проблемы соотношения психологии и медицины // Психология и медицина. М.: 1978.
- 100 Шулипенко, И. Л. Проблемы нравственности в профессиональной подготовке студента-медика / И.Л. Шулипенко // Актуальные психолого-педагогические проблемы медицинского образования в Украинской ССР. Киев-Иваново-Франковск.- 1990. - с. 150–152.

- 101 Этчегоен, Г. Эмпатия / Г. Этчегоен // Журнал практической психологии и психоанализа. - 2003. - №1.- С. 14-16.
- 102 Юсупов, И. М. Диагностика и тренинг эмпатических тенденций / И.М. Юсупов. - Казань, Метод. руководство для студентов и психологов народ. образования.- Казань: КГПИ, 1992. 30 с.
- 103 Юсупов, И. М, Вчувствование. Проникновение. Понимание. / И.М. Юсупов. - Казань, Изд-во Казан. ун-та. - 1993. - 201 с.
- 104 Ягнюк, К. В. Природа эмпатии и ее роль в психотерапии / К.В. Ягнюк // Журнал практической психологии и психоанализа. – 2003. - №1. – С. 34- 39.
- 105 Ясько, Б. А. Психология личности и труда врача. Курс лекций / Б.А. Ясько.- Ростов-на – Дону, «Феникс». - 2009.- 304 с.
- 106 Abbott, L. C. A study of humanism in family physicians / L.C. Abbott // *The Journal of Family Practice*. – 1983. - № 16. - p. 1141–1146.
- 107 Ali, N. S., Khalil, H. Z., & Yousef, W. A comparison of American and Egyptian cancer patients' attitudes and unmet needs / N. S. Ali, H.Z.Khalil, W. Yousef // *Cancer Nursing*. – 1993. - № 16. – p. 193 –203.
- 108 Bach W. F/ Empathic understanding a review of the concept and some theoretical cosiderations // *Journal of the American psychoanal. Association*: 1983
- 109 Barnett, R. C., Biener, L., & Baruch, G. K. *Gender and stress/* R. C Barnett, L.Biener & G. K. Baruch. - New York: Free Press, 1987. - 120 p.
- 110 Barnsley, J.,Williams, A. P., Cockerill, R.,&Tanner, J. Physician characteristics and the physician-patient relationship: Impact of sex, year of graduation, and specialty/ J. Barnsley, A. P.Williams, R.Cockerill & J. Tanner // *Canadian Family Physician*. – 1999. - № 45- P. 935–942.
- 111 Batson C. D., et al. Influence of self reported distress and / *J. of Pers., and Soc. Psychol.* — 1990. — V. 59. — N 5. - P. 859–868.
- 112 Baumann, A. O., Deber, R. B., Silverman, B. E., & Mallette, C. M. Who cares? Who cures? The ongoing debate in the provision of health care. *Journal of Advanced Nursing*. – 1998. - 28. - P.1040–1045.

- 113 Bertakis, K. D., Roter, D., & Putman, S. M. The relationship of physician medical interview style to patient satisfaction / K. D. Bertakis, D. Roter & S.M. Putman // *Journal of Family Practice*. - 32. - P. 175–181.
- 114 Book, H. E. Empathy: Misconceptions and misuses in psychotherapy / H. E. Book // *American Journal of Psychiatry*. – 1988. – 145. – P. 420 – 424.
- 115 Branch, W. T. (2000). The ethics of caring and medical education/ W. T. Branch // *Academic Medicine*. -2000. - 75. – P. 127 –132.
- 116 Carmel, S., & Glick, S. M. Compassionate-empathic physicians: Personality traits and social-organizational factors that enhance or inhibit this behavior pattern / S. Carmel & S. M. Glick // *Social Science and Medicine*. -1996. – 43. P. 1253–1261.
- 117 Cannon, W. “Voodoo” death / W. Cannon // *Psychosomatic Medicine*. 1957. - 19. - P.182-190
- 118 Charon, R., Greene, M. G., & Adelman, R. Woman readers, woman doctors: A feminist reader-response theory of medicine. In E. S. More & M. A. Milligan (Eds.), *The empathic practitioner: Empathy, gender, and medicine* New Brunswick, NJ: Rutgers University Press. – 1994. - P. 205 –221.
- 119 Coleridge, S. T. Letter to William Sotheby, July 13th. In E. L. Griggs (Ed.), *Collected letters of Samuel Taylor Coleridge* (Vol. 2). Oxford, UK: Oxford University Press. (Reprinted in 1956.)
- 120 Comas-Diaz, L., & Jacobsen, F. M. Ethnocultural transference and countertransference in the therapeutic dyad / L. Comas-Diaz & F. M Jacobsen // *American Journal of Orthopsychiatry*. – 1991. - 61. – P. 392 –402.
- 121 DeValck, C., Bensing, J., Bruynooghe, R., & Batenburg, V. Cure-oriented versus care-oriented attitudes in medicine / C. DeValck, J. Bensing, R. Bruynooghe & V. Batenburg // *Patient Education and Counseling*. – 45. – P. 119 –126.
- 122 Decety J. & Jackson P. L. A social-neuroscience perspective on empathy/ J. Decety & P. L. Jackson // *Current Directions in Psychological Science*. - 2006. – 15. – P. 54 –58.
- 123 Fenichel, O. The psychoanalytic theory of neurosis. / O. Fenichel. - New York: W. W. Norton. - 1945.

124 Freud, S. Recommendation to physicians practicing psychoanalysis. In J. Strachey (Ed. & Trans.) *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 12, p. 109–120). London: Hogarth Press and the Institute of Psychoanalysis. – 1958. - (Original work published in 1912.)

125 Fussel, F. W. & Bonney, W. C. A comparative study of childhood experience of psychotherapists and physicists: Implications for clinical practice / F.M. Fussel & W. C. Bonney// *Psychotherapy*. -1990. – 27. – P. 505 –512.

126 Gabbard, G. O. On love and lust in erotic transference / G. O. Gabbard // *Journal of the American Psychoanalytic Association*. – 1998. - 42. – P. 385 –403.

127 Greenson, R. R. Empathy and its vicissitudes / R. R. Greenson // *International Journal of Psychoanalysis*. – 1960. - 41. – P. 418–424.

128 Gustafson, J. P. *The complex secret of brief psychotherapy* / J. P. Gustafson. - New York: W. W. Norton. - 1986.

129 Hall, J. A., & Dornan, M. C. Meta-analysis of satisfaction with medical care: Description of research domain and analysis of overall satisfaction level / J. A. Hall & M. C. Dornan // *Social Science & Medicine*. – 1988. – 27. – P. 637–644.

130 Hojat, M., Glaser, K., Xu, G., Veloski, J. J., & Christian, E. B. Gender comparisons of medical students' psychosocial profile / M.Hojat, K. Glaser, G., Xu, J. J. Veloski & E. B. Christian // *Medical Education*. – 1999. - 33. - P. 342–349.

131 Hojat, M., Gonnella, J. S., Nasca, T. J., Mangione, S., Veloski, J. J., & Magee, M. The Jefferson Scale of Physician Empathy: Further psychometric data and differences by gender and specialty at item level. *Academic Medicine*,. – 2002. - 77.

132 Hojat, M., Gonnella, J. S., Mangione, S., Nasca, T. J., & Magee, M. Physician empathy in medical education and practice: Experience with the Jefferson Scale of Physician Empathy/ , M. Hojat, J. S. Gonnella, , S. Mangione, T. J. Nasca & M. Magee // *Seminars in Integrative Medicine*. - 2003a. – 1. - P. 25–41.

133 Hojat, M. *Empathy in patient care*. / M. Hojat. - New York: Springer. - 2007. – 296 p.

- 134 Holland, J. C., Geary, N., Marchini, A., & Tross. An international survey of physician attitudes and practice in regard to revealing the diagnosis of cancer/ J. C. Holland, N. Geary, A. Marchini & Tross // *Cancer Investigation*. -1987. – 5. –p. 151–154.
- 135 Katz, J. *The silent world of doctor and patient* / J. Katz. - New York: Free Press. -1984.
- 136 Kalliopuska M. The holistic model of empathy and its applications // 2-nd Eur. Congr. Psychol., Budapest, 8-12 July, 1991: Abstr. — V. I. — P. 463.
- 137 Kerr W. D., Speroff B. J. Validation and evaluation of empathy test // *J. of Genetic Psychology*. — 1954. — V. 50. -P. 269–276.
- 138 Ketterer M. W., & Buckholtz, C. D. Somatization disorder / M. W. Ketterer & C. D Buckholtz // *Journal of the American Osteopathic Association*. 1989. – 89. –P. 489–490.
- 139 Kenny, D. T. Determinants of patient satisfaction with the medical consultation / D. T. Kenny // *Psychology and Health*. – 1995. – 10. - P. 427–437.
- 140 Kleinman, A., Eisenberg, L., & Good, B. Culture, illness, and care: Clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. *Annals of Internal Medicine*. 1978. – 88. – P. 251 –258.
- 141 Kliszcz, J., Hebanowski, M., & Rembowski, J. Emotional and cognitive empathy in medical schools / J. Kliszcz, M. Hebanowski & J. Rembowski // *Academic Medicine*. - 1998. - 73. - P. 541.
- 142 Kondo K. Burnout syndrome/ K. Kondo // *Asian Medical Journal*. - 1991. № 34(11).
- 143 Kratochvil S. *Psychoterapie*. / S. Kratochvil. — Praha. - 1976.
- 144 Linn, L. S. Care vs. cure: How the nurse practitioner views the patient / L. S. Linn // *Nursing Outlook*. -1974. – 22. - P. 641–644.
- 145 Linn, L. S., Cope, D. W., & Leake, B. The effect of gender and training of residents on satisfaction ratings by patients. *Journal of Medical Education*. - 1984. - 59. - P.964–966.

- 146 Mayerson, E. W. Putting the ill at ease. / E. W. Mayerson. - New York: Harper & Row. -1974. - 340 p.
- 147 Mehrabian A., Epstein H. A measure of emotional empathy / A. Mehrabian, H. Epstein // «J. of Per ». — 1972. — Y. 40. — P. 525–543.
- 148 Means, J. J. Mighty prophet/wounded healer/ J. J. Means // *Journal of Pastoral Care*. -2002. – 56. - P. 41–49.
- 149 Milgram, S. Behavioral study of obedience / S. Milgram // *Journal of Abnormal and Social Psychology*. 1963. – 67. - P. 371–378.
- 150 Miller, K. Communication theories: Perspective, processes, and context. Boston:
- 151 McGraw-Hill. -2002.
- 152 Miller, M. N., & McGowen, K. R. The Painful truth: Physicians are not invincible/ M. N. Miller & K. R. McGowen // *Southern Medical Journal*, 2000. – 91. - P. 966–972.
- 153 Miller, P. A., & Eisenberg, N. The relation of empathy to aggressive and externalizing/antisocial behavior/ P. A. Miller & N. Eisenberg // *Psychological Bulletin*. -1988. -103. - P. 324–344.
- 154 Moser, R. S. Perceived role-taking behavior and course grades in junior year college nursing students/ R. S. Moser // *Journal of Nursing Education*. -1984. – 23. – P. 294–297.
- 155 Naftulin, D. H., Ware, J. E., Jr., & Donnelly, F. A. The Doctor Fox lecture: A paradigm of educational seduction/ D. H. Naftulin, J. E. Ware, Jr., & F. A. Donnelly//*Journal of Medical Education*. - 1973. - 48.- P.630-635
- 156 Nelson, D. W., & Baumgarte, R. Cross-cultural misunderstandings reduce empathic responding / D. W. Nelson & R. Baumgarte // *Journal of Applied Social Psychology*. - 2004. - 34. –P. 391–401.
- 157 Newton, B. W., Savidge, M. A., Barber, L., Cleveland, E., Clardy, J., Beeman, G., & Hart, T. Differences in medical students' empathy/, B. W. Newton, M. A. Savidge, L. Barber, E. Cleveland, J. Clardy, G. Beeman & T. Hart//*Academic Medicine*. -2000. - 75. – P. 1215.

- 158 O'Conner, J. P., Nash, D. B., Buehler, M. L., & Bard, M. Satisfaction higher for physician executives who treat patients, survey finds/ J. P. O'Conner, D. B. Nash, M. L. Buehler & M. Bard // *Physician Executive*. - 2002. - 28. - P. 16–21.
- 159 Olson, J., & Hanchett, E. Nurse-expressed empathy, patient outcomes, and development of a middle-range theory/, J. Olson & E. Hanchett // *The Journal of Nursing Scholarship*. – 1997. - 29. – P.71–76.
- 160 Orlando, I. The dynamic nurse – patient relationship. / I. Orlando. – New – York: Putman. – 1961. – 130 p.
- 161 Peabody, F. W. The care of the patient. / F. W. Peabody // *Journal of the American Medical Association*. – 1984. -252. - P.813–818.
- 162 Peter, E., & Gallop, R. The ethic of care: A comparison of nursing and medical students. *Image–The Journal of Nursing Scholarship*. -1994. – 26. - P.47–50.
- 163 Pennington, R. E., & Pierce, W. L. Observations of empathy of nursing-home staff: A predictive study. *International Journal of Aging and Human Development*. – 1985.
- 164 Reik, T. Listening with the third ear: The inner experience of a psychoanalyst. / T. Reik. - New-York: Farrar, Straus. -1948.
- 165 Richard, G. V., Nakamoto, D. M., & Lockwood, J. H. Medical career choices: Traditional and new possibilities/ G. V. Richard, D. M. Nakamoto& J. H. Lockwood // *Journal of the American Medical Association*. -2001. - 285. – 2249–2250.
- 166 Rogers, C. R. Empathic: An unappreciated way of being/ C. R. Rogers// *Counseling Psychologist*. – 1975. -5. - P.2–11.
- 167 Rosenhan, D. L. On being sane in sane places/ D. L. Rosenhan // *Science*. - 1973. - 179. - P.250–258.
- 168 Rosenow, E. C. The challenge of becoming a distinguished clinician/ E.C. Rosenow // *Mayo Clinic Proceedings*. – 1999. - 74. – P. 635–639
- 169 Rosenthal, R., Hall, J. A., DiMatteo, M. R., Rogers, P. L.,&Archer,D. *Sensitivity to nonverbal communication: The PONS test*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press. - 1979.

170 Rosenkrafz J., Morrison T. Psychotherapist personality characteristics. / J. Rosenkrafz, T. Morrison - N. Y. - 1992.

171 Russek, L. G., & Schwartz, G. E. Perceptions of parental caring predict health status in midlife: A 35-year follow up of the Harvard Mastery of Stress study/ L. G. Russek & G. E. Schwartz // *Psychosomatic Medicine*. -1997. - 59. -P. 144–149.

172 Sage, W. M. Putting the patient in patient safety: Linking patient complaints and malpractice risk / W.M. Sage // *Journal of the American Medical Association*. – 2002. - 287. - P. 3003–3005.

173 Sandler, G. The importance of the history in the medical clinic and the cost of unnecessary tests/ G. Sandler // *American Heart Journal*. -1980. - 100. - P. 928–931.

174 Sanson-Fisher, R., & Maguire, P. Should skills in communication with patients be taught in medical schools? *Lancet*. – 1980. – 2. – P. 523 –526.

175 Schwaber, E. Empathy: A mode of analytic listening / E. Schwaber// *Psychoanalytic Inquiry*. – 1981. – 1. – P. 357.

176 Shamasundar, M. R. C. Reflections: Understanding empathy and related phenomena / M. R. C. Shamasundar // *American Journal of Psychotherapy*. -1999. - 53. P. 232–245.

177 Shapiro, A. K., & Shapiro, E. Patient-provider relationships and the placebo effect. In J. D. Matarazzo, S. M. Weiss, J. A. Herd, N. E. Miller, & S. M. Weiss (Eds.), *Behavioral health: A handbook of health enhancement and disease prevention* (pp. 371–383). New York: Wiley-Interscience. – 1984. - (pp. 371–383).

178 Shapiro, J., & Hunt, L. All the world's a stage: The use of theatrical performance in medical education/ J. Shapiro & L. Hunt // *Medical Education*. - 2003. – 37. – P.922–927.

179 Shapiro, T. The development and distortions of empathy / T. Shapiro // *Psychoanalytic Quarterly*. – 1974. - 43. - P. 4–25.

180 Sloan, F. A., Mergenhagen, P. M., Burfield, W. B., Bovjerg, R. R., & Hassan, M. Medical malpractice experience of physicians: Predictable or haphazard? / F. A.Sloan, P. M. Mergenhagen, W. B. Burfield, R. R. Bovjerg & M. Hassan // *Journal of the American Medical Association*. - 1989. – 262. –P. 3291–3297.

- 181 Smith, G. R. Somatization disorder in the medical setting. / G. R. Smith. - Washington, DC: American Psychiatric Press. -1991.- 300 p.
- 182 Sotile, W. M., & Sotile, M. O. *The medical marriage: A couple's survival manual.* / W. M. Sotile & M. O. Sotile. / New York: Carol Publication. - 1996. – 245 p.
- 183 Sox, H. C. Medical professionalism in the new millennium: A physician charter. / H.C. Sox // *Annals of Internal Medicine.* - 2002. – 136. –P. 243–246.
- 184 Spiro, H. The power of hope: A doctor's perspective/ H.M. Spiro - New Haven: Yale University Press. - 1998.
- 185 Spiro, H. M. *Doctors, patients and placebos* / H.M. Spiro - New Haven: Yale University Press. -1986.
- 186 Stamps, P. L., & Boley Cruz, N. T. *Issues in physician satisfaction: New perspectives/* P. L. Stamps & N. T. Boley Cruz. - Ann Arbor, MI: Health Administration Press. - 1994. - 38 p.
- 187 Starfield, B., Wray, C., Hess, K., Gross, R., Birk, P., & D'Lugoff, B. The influence of patient-practitioner agreement on outcome of care. *American Journal of Public Health.* -1981. -71. - P. 127–131.
- 188 Taylor, S. E., Klein, L. C., Lewis, B. P., Gruenewald, T. L., Gurung, R. A., Regan, A. R., & Updegraff, J. Biobehavioral responses to stress in females: Tend-and-befriend, not fight-or-flight. *Psychological Review.* – 2000. – 107. –P. 411–429.
- 189 Thomas, L. The youngest science. / L. Thomas. - Oxford University Press. 1985.
- 190 Turner, J. A., Deyo, R. A., Loeser, J. D., von Korff, M. & Fordyce, W. E. The importance of placebo effect on pain treatment and research. *Journal of the American Medical Association.* - 1999. -271. - P.1609–1614.
- 191 Waisman, M. Listening with the third ear in eczematous eruptions/ M. Waisman // *Medical Times.* – 1966. - 94. - P.1108–1113.
- 192 Webb, C. Caring, curing, coping: Toward an integrated model/ C. Webb // *Journal of Advanced Nursing.* - 1996. – 23. - P. 960.

193 Weisman, J. S., Betancourt, J., Campbell, E. G., Park, E. R., Kim, M., Clarridge, B., et al. Resident physicians' preparedness to provide cross-cultural care / J. S. Weisman, J. Betancourt, E. G. Campbell, E. R., Park, M. Kim, B. Clarridge et al. // *Journal of the American Medical Association*. – 2005. – 294. – P.1058–1067.

194 Weissman, S. H., Haynes, R. A., Killan, C. D., & Robinowitz, C. A model to determine the influence of medical school on students' career choices / , S. H. Weissman, R. A. Haynes, C. D. Killan & C. Robinowitz // *Academic Medicine*. - 1994. - 69. - P. 58–59.

195 White, K. L. Healing the schism: Epidemiology, medicine, and the public's health. / K. L. White. - New York: Springer-Verlag. - 1991. - 145 p.

196 Wilmer, H. A. The doctor-patient relationship and issues of pity, sympathy and empathy. / H. A. Wilmer // *British Journal of Medical Psychology*. - 1968. - 41. – P.243–248.

197 Wispe, L. Altruism, sympathy, and helping: Psychological and sociological principles. / L. Wispe. - New York: Academic Press. - 1978. – 540 p.

198 Wolf, T. M., Balson, P. M., Faucett, J. M., & Randall, H. M. A retrospective study of attitude change during medical education / T. M. Wolf, P. M. Balson, J. M. Faucett & H. M. Randall // *Medical Education*. – 1989. - 23. – P.19–23.

199 Zinn, W. Transference phenomenon in medical practice: Being whom the patient needs / W. Zinn // *Annals of Internal Medicine*. - 1990. - 113. - P. 298.

200 Zuckerman, M., DePauls, B. M., & Rosenthal, R. Verbal and nonverbal communication of deception. In L. Berkowitz (Ed.), *Advances in experimental social psychology* (Vol. 14). New York: Academic Press. - 1981.

201 Zuger, A. Dissatisfaction with medical practice / A. Zuger // *New England Journal of Medicine*. – 2004. - 350. – P.69–75.

Приложения

Диагностика уровня поликоммуникативной эмпатии (И.М.Юсупов)

Назначение теста

Опросник содержит 6 диагностических шкал эмпатии, выражающих отношение к родителям, животным, пожилым людям, детям, героям художественных произведений, знакомым и незнакомым людям.

В опроснике 36 утверждений, по каждому из которых испытуемый должен оценить, в какой мере он с ним согласен или не согласен, используя 6 вариантов ответов:

- «не знаю» (0);
- «никогда или нет» (1);
- «иногда» (2);
- «часто» (3);
- «почти всегда» (4);
- «всегда или да» (5).

Каждому варианту ответа соответствует числовое значение (указано в скобках): 0, 1, 2, 3, 4, 5.

Инструкция к тесту

Предлагаем оценить несколько утверждений. Ваши ответы не будут оцениваться как хорошие или плохие, поэтому просим проявить откровенность. Над утверждениями не следует долго раздумывать. Достоверные ответы те, которые первыми пришли в голову. Прочитав в опроснике утверждение, в

соответствии с его номером отметьте в ответном листе ваше мнение под одной из шести градаций: «не знаю», «никогда или нет», «иногда», «часто», «почти всегда», «всегда или да». Ни одно из утверждений пропускать нельзя.

Тест

1. Мне больше нравятся книги о путешествиях, чем книги из серии «Жизнь замечательных людей».
2. Взрослых детей раздражает забота родителей.
3. Мне нравится размышлять о причинах успехов и неудач других людей.
4. Среди всех музыкальных телепередач предпочитаю «Современные ритмы».
5. Чрезмерную раздражительность и несправедливые упреки больного надо терпеть, даже если они продолжаются годами.
6. Больному человеку можно помочь даже словом.
7. Посторонним людям не следует вмешиваться в конфликт между двумя людьми.
8. Старые люди, как правило, обижаются без причин.
9. Когда в детстве я слушал грустную историю, на мои глаза сами по себе наворачивались слезы.
10. Раздраженное состояние моих родителей влияет на мое настроение.
11. Я равнодушен к критике в мой адрес.
12. Мне больше нравится рассматривать портреты, чем картины с пейзажами.
13. Я всегда прощал все родителям, даже если они были не правы.
14. Если лошадь плохо тянет, ее нужно хлестать.
15. Когда я читаю о драматических событиях в жизни людей, то чувствую,

словно это происходит со мной.

16. Родители относятся к своим детям справедливо.
17. Видя ссорящихся подростков или взрослых, я вмешиваюсь.
18. Я не обращаю внимания на плохое настроение своих родителей.
19. Я подолгу наблюдаю за поведением животных, откладывая другие дела.
20. Фильмы и книги могут вызвать слезы только у несерьезных людей.
21. Мне нравится наблюдать за выражением лиц и поведением незнакомых людей.
22. В детстве я приводил домой бездомных кошек и собак.
23. Все люди необоснованно озлоблены.
24. Глядя на постороннего человека, мне хочется угадать, как сложится его жизнь.
25. В детстве младшие по возрасту ходили за мной по пятам.
26. При виде покалеченного животного я стараюсь ему чем-то помочь.
27. Человеку станет легче, если внимательно выслушать его жалобы.
28. Увидев уличное происшествие, я стараюсь не попадать в число свидетелей.
29. Младшим нравится, когда я предлагаю им свою идею, дело или развлечение.
30. Люди преувеличивают способность животных чувствовать настроение своего хозяина.
31. Из затруднительной конфликтной ситуации человек должен выходить самостоятельно.

32. Если ребенок плачет, на то есть свои причины.

33. Молодежь должна всегда удовлетворять любые просьбы и чудачества стариков.

34. Мне хотелось разобраться, почему некоторые мои одноклассники иногда были задумчивы.

35. Беспорядочных домашних животных следует отлавливать и уничтожать.

36. Если мои друзья начинают обсуждать со мной свои личные проблемы, я стараюсь перевести разговор на другую тему.

Обработка и интерпретация результатов теста

Следует начинать с определения достоверности данных. Для этого необходимо подсчитать, сколько ответов определенного типа дано на указанные номера утверждения опросника:

- «не знаю»: 2, 4, 16, 18, 33;
- «всегда или да»: 2, 7, 11, 13, 16, 18, 23.

Кроме того, следует выявить:

- сколько раз ответ типа «всегда» или «да» получен на оба утверждения в следующих парах: 7 и 17, 10 и 18, 17 и 31, 22 и 35, 34 и 36;
- сколько раз ответ типа «всегда» или «да» получен для одного из утверждений, а ответ типа «никогда» или «нет» для другого в следующих парах: 3 и 36, 1 и 3, 17 и 28.

После этого суммируются результаты отдельных подсчетов. Если общая сумма 5 или более, то результат исследования недостоверен; при сумме, равной 4,

результат сомнителен; если же сумма не более 3, результат исследования может быть признан достоверным.

С помощью таблицы на основании полученных балльных оценок диагностируется уровень эмпатии по каждой из составляющих и в целом.

Уровень	Количество баллов	
	<i>по шкалам</i>	<i>в целом</i>
Очень высокий	15	82 – 90
Высокий 13 – 14	63 – 81	
Средний	5 – 12	37 – 62
Низкий	2 – 4	12 – 36
Очень низкий	0 – 1	5 – 11

Приложение 2

Диагностика уровня эмпатических способностей В. В. Бойко

Назначение теста

Диагностика уровня эмпатических способностей испытуемого.

Шкалы: рациональный канал эмпатии, эмоциональный канал эмпатии, интуитивный канал эмпатии, установки, способствующие эмпатии, проникающая способность в эмпатии, идентификация в эмпатии; общий уровень эмпатии.

Инструкция к тесту

Ответьте на каждый вопрос «Да», если он верно описывает ваше поведение и «Нет», если ваше поведение не соответствует тому, о чем говорится в вопросе.

Тест

1. У меня есть привычка внимательно изучать лица и поведение людей, чтобы понять их характер, наклонности, способности.
2. Если окружающие проявляют признаки нервозности, я обычно остаюсь спокойным.
3. Я больше верю доводам своего рассудка, чем интуиции.
4. Я считаю вполне уместным для себя интересоваться домашними проблемами сослуживцев.
5. Я могу легко войти в доверие к человеку, если потребуется.
6. Обычно я с первой же встречи угадываю “родственную душу” в новом человеке.

7. Я из любопытства обычно завожу разговор о жизни, работе, политике со случайными попутчиками в поезде, самолете.

8. Я теряю душевное равновесие, если окружающие чем-то угнетены.

9. Моя интуиция – более надежное средство понимания окружающих, чем знания или опыт.

10. Проявлять любопытство к внутреннему миру другой личности – бестактно.

11. Часто своими словами я обижаю близких мне людей, не замечая того.

12. Я легко могу представить себя каким-либо животным, ощутить его повадки и состояния.

13. Я редко рассуждаю о причинах поступков людей, которые имеют ко мне непосредственное отношение.

14. Я редко принимаю близко к сердцу проблемы своих друзей.

15. Обычно за несколько дней я чувствую: что-то должно случиться с близким мне человеком, и ожидания оправдываются.

16. В общении с деловыми партнерами обычно стараюсь избегать разговоров о личном.

17. Иногда близкие упрекают меня в черствости, невнимании к ним.

18. Мне легко удается копировать интонацию, мимику людей, подражая им.

19. Мой любопытный взгляд часто смущает новых партнеров.

20. Чужой смех обычно заражает меня.

21. Часто, действуя наугад, я тем не менее нахожу правильный подход к человеку.

22. Плакать от счастья глупо.
23. Я способен полностью слиться с любимым человеком, как бы растворившись в нем.
24. Мне редко встречались люди, которых я понимал бы без лишних слов.
25. Я невольно или из любопытства часто подслушиваю разговоры посторонних людей.
26. Я могу оставаться спокойным, даже если все вокруг меня волнуются.
27. Мне проще подсознательно почувствовать сущность человека, чем понять его, «разложив по полочкам».
28. Я спокойно отношусь к мелким неприятностям, которые случаются у кого-либо из членов семьи.
29. Мне было бы трудно задушевно, доверительно беседовать с настороженным, замкнутым человеком.
30. У меня творческая натура – поэтическая, художественная, артистичная.
31. Я без особого любопытства выслушиваю исповеди новых знакомых.
32. Я расстраиваюсь, если вижу плачущего человека.
33. Мое мышление больше отличается конкретностью, строгостью, последовательностью, чем интуицией.
34. Когда друзья начинают говорить о своих неприятностях, я предпочитаю перевести разговор на другую тему.
35. Если я вижу, что у кого-то из близких плохо на душе, то обычно воздерживаюсь от расспросов.
36. Мне трудно понять, почему пустяки могут так сильно огорчать людей.

Обработка и интерпретация результатов теста

Подсчитывается число правильных ответов (соответствующих «ключу») по каждой шкале. Затем определяется суммарная оценка.

Суммарный показатель теоретически может изменяться в пределах от 0 до 36 баллов. По предварительным данным В. В. Бойко, можно считать:

- 30 баллов и выше – очень высокий уровень эмпатии;
- 29 – 22 — средний уровень эмпатии
- 21 – 15 — заниженный;
- менее 14 баллов – очень низкий.

Приложение 3

ОПРОСНИК методики «Шкала эмоционального отклика» А. Меграбяна и Н. Эпштейна

Назначение теста

Опросник состоит из 25 суждений закрытого типа — как прямых, так и обратных. Испытуемый должен оценить степень своего согласия/несогласия с каждым из них. Шкала ответов (от «полностью согласен» до «полностью не согласен») дает возможность выразить оттенки отношения к каждой ситуации общения. По сравнению с исходным вариантом опросника несколько изменена шкала ответов, составлены таблицы пересчета «сырых» баллов в стандартные оценки.

Инструкция к тесту.

Прочитайте приведенные ниже утверждения и оцените степень своего согласия или несогласия с каждым из них (поставьте отметку в соответствующей графе бланка для ответов), ориентируясь на то, как вы обычно ведете себя в подобных ситуациях.

Тест.

№ п/п	Утверждение	Ответ			
		Согласен (всегда)	Скорее согласен (часто)	Скорее не согласен (редко)	Не согласен (никогда)
1	Меня огорчает, когда вижу, что незнакомый человек чувствует себя среди других людей одиноко				
2	Мне неприятно, когда люди не умеют сдерживаться и открыто проявляют свои чувства				

№ п/п	Утверждение	Ответ			
		Согласен (всегда)	Скорее согласен (часто)	Скорее не согласен (редко)	Не согласен (никогда)
3	Когда кто-то рядом со мной нервничает, я тоже начинаю нервничать				
4	Я считаю, что плакать от счастья глупо				
5	Я близко к сердцу принимаю проблемы своих друзей				
6	Иногда песни о любви вызывают у меня много чувств				
7	Я бы сильно волновался (волновалась), если бы должен был (должна была) сообщить человеку неприятное для него известие				
8	На мое настроение очень влияют окружающие люди				
9	Мне хотелось бы получить профессию, связанную с общением с людьми				
10	Мне очень нравится наблюдать, как люди принимают подарки				
11	Когда я вижу плачущего человека, то и сам (сама) расстраиваюсь				
12	Слушая некоторые песни, я порой чувствую себя счастливым (счастливой)				
13	Когда я читаю книгу (роман, повесть и т. п.), то так переживаю, как будто все, о чем читаю, происходит на самом деле				
14	Когда я вижу, что с кем-то плохо обращаются, то всегда сержусь				
15	Я могу оставаться спокойным (спокойной), даже если все вокруг волнуются				
16	Мне неприятно, когда люди при просмотре кинофильма вздыхают и плачут				
17	Когда я принимаю решение, отношение других людей к нему, как правило, роли не играет				
18	Я теряю душевное спокойствие, когда окружающие чем-то угнетены				
19	Я переживаю, если вижу людей, легко расстраивающихся из-за пустяков				
20	Я очень расстраиваюсь, когда вижу страдания животных				

№ п/п	Утверждение	Ответ			
		Согласен (всегда)	Скорее согласен (часто)	Скорее не согласен (редко)	Не согласен (никогда)
21	Глупо переживать по поводу того, что происходит в кино или о чем читаешь в книге				
22	Я очень расстраиваюсь, когда вижу беспомощных старых людей				
23	Я очень переживаю, когда смотрю фильм				
24	Я могу остаться равнодушным (равнодушной) к любому волнению вокруг				
25	Маленькие дети плачут без причины				

Обработка и интерпретация результатов

Выделяют следующие уровни выраженности способности личности к эмоциональному отклику на переживания других людей (эмпатии):

82 – 90 баллов — очень высокий уровень;

63 – 81 балл — высокий уровень;

37 – 62 балла — нормальный уровень;

36 – 12 баллов — низкий уровень;

11 баллов и менее — очень низкий уровень.