



ПРАВИТЕЛЬСТВО РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ» (СПбГУ)
Кафедра медицинской психологии и психофизиологии

Зав. кафедрой
медицинской психологии
и психофизиологии СПбГУ
д.пс.н., профессор
_____ О.Ю. Щелкова

Председатель ГЭК,
д.мед.н, вед. науч. сотр. отделения лечения
пограничных состояний и психотерапии,
ФГБУ СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева
_____ А.В.Васильева

Дипломная работа на тему:

***СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ОБРАЗА
ПАЦИЕНТА У ВРАЧЕЙ ПСИХИАТРОВ И ПСИХИАТРОВ-НАРКОЛОГОВ***

по специальности 030302 - Клиническая психология
специализация: клиническое консультирование и коррекционная
психология

Рецензент:
к.мед.н., зам.гл. врача по мед. части
СПбГКУЗ ГПБ №3
им. И.И. Скворцова-Степанова
Добровольская Алла Евгеньевна
_____ (подпись)

Выполнила:
Студент 6 курса
Очно-заочного отделения
Жукова Александра
Владимировна
_____ (подпись)

Научный руководитель:
к.пс.н., доцент кафедры
медицинской психологии и
психофизиологии СПбГУ
Трусова Анна
Владимировна
_____ (подпись)

Санкт-Петербург
2016

АННОТАЦИЯ

Для изучения психологического образа пациента у врачей психиатров и психиатров-наркологов было обследовано 45 врачей, проходящих курсы повышения квалификации в СЗГМУ им. И.И. Мечникова. Измерялись: самооценка, образ Я (тест Куна-Макпартленда), образ Типичного и Идеального пациента (Гиссенский личностный опросник, тест Куна-Макпартленда, методика личностного дифференциала). Обработка данных: критерий *t*-Стьюдента, при неудовлетворении условия гомогенности дисперсий применялся критерий *U*-Манна-Уитни, корреляционный анализ. Результаты. Психиатрам в большей степени, нежели психиатрам-наркологам, удается чувствовать близость к своим пациентам, воспринимать их «как равных» и испытывать по отношению к ним эмпатию.

SUMMARY

This research is dedicated to the comparison of patient image of psychiatrists and narcologists. Participants: psychiatrists (21 subject), narcologists (24 subjects). Measured factors: Self-image (Kuhn-McPartland Test), typical patient image and ideal patient image (Giessen personality test, Personality differential test). Statistical analysis: Student's *t*-test, Mann-Whitney *U*-test, Spearman's rank correlation coefficient. Results and discussion: psychiatrists are more capable in comparison with narcologists to experience empathy towards their patients, perceive them as equals and as individuals.

СОДЕРЖАНИЕ

АННОТАЦИЯ.....	2
ВВЕДЕНИЕ.....	5
ГЛАВА 1. Обзор литературы.....	8
1.1 «Я-концепция» и «Образ Я».....	8
1.2 Формирование психологического образа человека, психологический портрет личности.....	13
1.3 Образ профессиональной деятельности.....	15
1.4 Проблема профессионального и эмоционального выгорания.....	17
1.5 Исследования эмоционального выгорания у работников психологического профиля.....	21
1.6 Исследования эмоционального выгорания у работников медицинской сферы.....	22
1.7 Виды взаимоотношений между врачом и пациентом.....	23
1.8 COMPLIANCE как фактор, влияющий на эффективность лечения.....	27
1.9 Психологические особенности медицинских работников.....	31
ГЛАВА 2. Материалы и методы исследования.....	36
2.1 Описание выборки исследования.....	36
2.2 Методы исследования.....	36
2.2.1 Методика личностного дифференциала в адаптации НИИ им. В.М.Бехтерева.....	37
2.2.2 Гиссенский личностный опросник в русскоязычной адаптации.....	39
2.2.3 Методика «Кто Я?» Куна - Макпартленда в модификации Т.В. Румянцевой.....	43
2.3 Процедура исследования.....	46
2.4. Математико-статистические методы обработки данных.....	47
ГЛАВА 3. Результаты исследования и их обсуждение.....	48

3.1	Социально-демографическая характеристика изученной группы испытуемых.....	48
3.2	Средние групповые результаты экспериментальных методик.....	48
3.3	Результаты корреляционного анализа.....	58
3.4	Результаты частотного анализа по тесту Куна-Макпартленда.....	68
3.5	Результаты многомерного дисперсионного анализа.....	71
	ВЫВОДЫ.....	72
	ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	75
	СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ.....	77
	ПРИЛОЖЕНИЕ А.....	82
	ПРИЛОЖЕНИЕ Б.....	85
	ПРИЛОЖЕНИЕ В.....	91

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность. Данная работа посвящена исследованию образа пациента в глазах врачей смежных медицинских специальностей – психиатров и психиатров-наркологов. В рутинной клинической практике этих специалистов межличностное взаимодействие с пациентом выходит на первый план и непосредственным образом влияет как на удержание пациента в долгосрочном лечении, так и на эффективность лечения в целом. Исследование субъективного образа пациента позволяет проанализировать клинико-психологические аспекты взаимодействия «врач-больной» у двух этих групп медицинских специалистов.

Роль субъективного восприятия врачом образа пациента является важной составляющей их взаимоотношений, формирующей приверженность лечению как к процессу, и как к профессиональной деятельности. От восприятия могут зависеть используемые методы лечения, взаимодействие с пациентом и установление контакта для продуктивной работы и в конечном итоге эффективность лечения. Различия в восприятии пациентов могут свидетельствовать об определенной степени развития эмоционального выгорания у той или другой группы испытуемых.

Исследование особенностей эмоционального выгорания у специалистов помогающих профессий является неизменно актуальной темой, так как именно от исследования механизмов выгорания зависит разработка способов копинга. Подобные исследования врачей, специфика работы которых включает в себя ежедневное общение с нуждающимися в психологической помощи пациентами представляются особо важными.

Эмоциональное выгорание не только заставляет уходить из профессии высококвалифицированных специалистов, но и снижает профессиональную компетентность оставшихся, формируя так называемые «профессиональные деформации».

Выявление различий в профессиональном подходе между врачами психиатрами и психиатрами-наркологами помогает установить факторы, влияющие на развитие эмоционального выгорания и предупредить развитие при помощи специально адаптированных программ, нацеленных на специфические общегрупповые особенности. Это поможет максимально оптимизировать работу с врачами разных специализаций и сделать рабочий процесс максимально эффективным как для пациента, так и для врача.

Способность к эмпатии во взаимоотношениях «врач – пациент» позволяет не только формировать психологически адекватную атмосферу лечебного процесса, но и повышает удовлетворенность медицинских специалистов своей профессиональной деятельностью, тем самым способствуя профилактике эмоционального выгорания.

Таким образом, и проблема эффективности лечения, и проблема профессионального выгорания у специалистов психиатрического профиля являются тесно связанными с образом пациента, сформированного у данных специалистов.

Целью данного исследования является сравнительное изучение особенностей субъективного восприятия образа пациента у врачей психиатров и психиатров-наркологов.

Объект исследования: медицинские специалисты с квалификацией «врач психиатр» и «врач психиатр-нарколог».

Предмет исследования: субъективное восприятие образа «Я» и образа пациента врачами психиатрами и психиатрами-наркологами.

Задачи исследования:

1. Сравнительное изучение особенностей субъективного восприятия собственных личностных свойств у врачей двух специальностей – психиатров и психиатров-наркологов.

2. Сравнительное изучение особенностей субъективного восприятия личностных свойств пациентов – реальных и идеальных – в данных группах врачей.
3. Сопоставление и анализ восприятия образа «Я» и образов пациентов в данных группах врачей.
4. Выявление гендерной специфики в субъективном восприятии образа пациента в изучаемых группах врачей.

Гипотезы исследования:

1. Врачи психиатры по сравнению с врачами психиатрами-наркологами более позитивно характеризуют личностные особенности и социальную репутацию своих типичных пациентов.
2. Различия при сопоставлении субъективной оценки образа «Я» и образа своего типичного пациента более выражены в группе врачей психиатров-наркологов, нежели в группе психиатров.
3. Врачи психиатры более высоко оценивают свои характеристики социального взаимодействия по сравнению с психиатрами-наркологами.

ГЛАВА 1. Обзор литературы.

1.1 «Я-концепция» и «Образ Я»

«Я-концепция» — динамическая система представлений человека о самом себе, в которую включается осознание человеком своих эмоциональных, интеллектуальных, а также физических качеств, его самооценка, а также субъективное восприятие влияющих на конкретного индивида внешних воздействий и факторов (Бернс Р., 1986).

«Образ Я» — личностное образование, формирующееся в процессе социализации человека. «Образ Я» составляет лишь часть Я-концепции личности, которая сформировалась благодаря развитию самосознания (Кунц Л. И., 2012). В своем исследовании Т. П. Харькова говорит о том, что образ «Я» оказывает влияние на принятие решения и определенное поведение. В исследованиях мало учитывает поведенческий компонент, что приводит к односторонним представлениям о ролевых составляющих самосознания и «ограничивает возможность прогноза функционирования личности в трудных для неё жизненных обстоятельствах» (Харькова Т.П., 2011).

Термин самосознания непосредственно связан с его неизбежной двойственностью, так называемым диалогизмом «Я». Еще Уильям Джемс писал о том, что даже во время любой своей мысли в то же время человек осознает самого себя и свое существование. Именно поэтому поступая определенным образом, испытывая некоторые эмоции и оценивая происходящее, человек не может оставаться полностью беспристрастным и объективным. Таким образом, появляются контраргументы, которые возвращают нас к переосмыслению объекта анализа, а также самого себя.

Именно из-за данной особенности самоотношения люди со схожими личностными чертами оказываются полярно различными по своему отношению к самим себе, по тем эмоциям и ценностям, которые выходят на первый план. Подобное отношение к себе проявляется из-за соответствия или несоответствия определенным личностным чертам, которые приобретают весомое значение в

рамках субъективной Я-концепции человека. Таким образом, человек субъективно определяет свое состояние как достойное или не достойное уважения, симпатии, и так далее.

Самоотношению свойственны три типа отношений, при учете которых можно выделить уровни самоприятия субъекта. Данные типы отношений:

1. Отношение к себе;
2. Отношение к другому;
3. Ожидаемое отношение от другого.

Существуют различные концепции структуры «Я», в которые вкладываются не только реальные свойства человека, но и идеальные, ценностные компоненты. В большинстве концепций выделяются три различные составляющие:

1. **Когнитивная составляющая:** то, как человек представляет самого себя, какие характеристики себе приписывает. Данные характеристики не привязаны к определенному моменту в жизни, а также не обязательно отражают реальную объективную картину мира. Некоторые характеристики могут быть субъективно более «весомыми», меняться местами и приоритизироваться. В эту категорию также относят социальный статус человека и его ожидания от самого себя;

2. **Оценочная составляющая:** то, как человек оценивает вышеупомянутые характеристики и как относится к ним. Каждая присваиваемая самому себе характеристика оценивается самим индивидом. Физические, психологические и все прочие характеристики могут оцениваться положительно или отрицательно, что также соотносится с представлениями человека о своем «Идеальном Я», о себе с позиции определенных социальных требований. Данные характеристики также оцениваются на эффективность с позиции идентичности человека;

3. **Поведенческая составляющая:** то, как человек действует и ведет себя в повседневной жизни. Данная часть является самой "объективной", так как

индивид вынужден брать в расчет собственные действия, достижения и неудачи (Бёрнс Р. Б., 1986).

Одним из первых исследователей самосознания стал Уильям Джеймс, который сформировал собственную структуру «Я-концепции». Джеймс разделил свою Я-Концепцию на две стороны «Я» — субъектную и объектную.

1. **«Я как объект» (Me)** — те характеристики, которые приобретаются из прошлого опыта человека):
 - *«Материальное Я»* состоит из вещей, принадлежащих человеку или категориям, к которым принадлежит человек. Такие понятия, как семья, одежда, наше тело, деньги - все это является составляющей «материального Я». Джеймс считал, что тело составляет сердцевину данного понятия. Все данные вещи влияют на наше поведение, их потеря влияет на наше восприятие мира и изменяет личность.
 - *«Социальное Я»* это то, кем мы являемся в определенной социальной ситуации. Поведение конкретного человека меняется в зависимости от обстоятельств, поэтому Джеймс полагал, что у одного индивида число его «социальных Я» равно сумме социальных ситуаций, в которых человек участвовал. Таким образом, поведение человека в профессиональной среде кардинально отличается от поведения в неформальной дружеской обстановке. Даже поведение человека на работе может содержать в себе множество различных «социальных Я» в зависимости от ситуации взаимодействия. Так, «социальное Я» при взаимодействии с начальником будет различаться от того, которое формируется при общении с коллегами или подчиненными.
 - *«Духовное Я»* это ядро личности человека, которое отличается наибольшей постоянностью и прочностью, чем предыдущие «Я». Оно является самым субъективным и интимным и включает в себя личностные характеристики, базовые ценности, сознание и совесть - понятия которые мало подвержены изменениям в течение жизни. «Духовное Я» включает в себя способность к интроспекции, моральные и

интеллектуальные вопросы вне границ объективности. Для Джемса достижение данного уровня самосознания и понимания своего «Духовного Я» считалось более ценным, чем удовлетворение надобностей «Материального Я» и «Социального Я».

2. «Сознающее Я» (I):

- «Чистое Эго» это соединительная нить, протянутая между прошлыми, настоящими и будущими «Я» индивида. «Чистое Эго» формирует восприятие единой индивидуальности, обобщенной из общего потока сознания. Джемс приравнивал данное понятие к общепринятым представлениям о душе или разуме. «Чистое Эго» не вещественно, поэтому не может быть измерено или оценено наукой.

Также необходимо выделить **классификацию «Образов Я» американского психолога М. Розенберга**, который выделяет:

1. «Настоящее Я» которое отражает, каким человек воспринимает себя в действительности в данный момент времени;
2. «Динамическое Я» которое отражает, каким индивид поставил себе целью стать. Оно связано с социальным статусом человека, что напрямую связано с самооценкой и объективной оценки своих возможностей;
3. «Фантастическое Я», которое отражает, каким человек полагает, ему следует быть исходя из воспитания, образцов, а также моральных ценностей и норм;
4. «Будущее Я», которое отражает ту личность, которой, как кажется индивиду, он мог бы стать в будущем. Данный образ не обязательно носит позитивный характер и не является мечтой;
5. «Идеальное Я», которое отражает то, каким человеку приятно видеть себя. Данный образ является смесью различных идентичностей человека. На него влияют нормы и образцы общества, ставшие желаемым и для конкретного индивида как продукта социализации;
6. «Изображаемое Я», которое отражает те образы и маски, используемые индивидом в социальных ситуациях. Они предназначены для того, чтобы

скрыть свои отрицательные черты и слабости «Реального Я» (Rosenberg M., 1965).

М. Розенберг также выделил *формальные измерения*, которые используются в психологических исследованиях и предназначены для сравнения уровня самосознания у испытуемых на разных этапах развития:

1. *Степень когнитивной сложности*: количество осознаваемых личностью собственных качеств, а также их характер. Чем больше количество осознаваемых качеств и чем сложнее и обобщенней они, тем выше уровень самосознания.

2. *Степень «выпуклости» «образа Я»* или его субъективной значимости для человека: на данную характеристику влияют такие показатели, как развитость рефлексии, ее направленность на действия, моральные принципы, собственные внешние или внутренние характеристики.

3. *Степень внутренней цельности*, последовательности «образа Я» особенность самосознания такова, что наше «реальное Я» никогда не совпадает с «идеальным», что ложится в основу нашего личностного развития и движения вперед. Данная характеристика оценивает степень расхождения качеств и то, насколько они потенциально достижимы и совместимы с уже имеющимися. Противоречивость и несовместимость вызывает у человека сомнения, стресс и колебания.

4. *Степень устойчивости «образа Я» во времени*: Самосознание и представление о себе может значительно меняться у одних людей, а у других оставаться устойчивыми. Данная характеристика явно проявляется в поведении человека в течение своей жизни.

Итоговое измерение «Я» - самоуважение. Именно данная характеристика позволяет выразить меру принятия человеком своего «Я» (Кон И.С., 1978, Rosenberg M., 1965).

Так как объект и субъект «образа Я» всегда совпадают, он всегда является индивидуальным. С уверенностью можно сказать, что никому не безразлично собственное «Я». Тем не менее, люди испытывают не только положительные,

но и отрицательные эмоции по отношению к самим себе, и тем не менее, нуждаются в позитивном восприятии себя. Отрицательное отношение к себе всегда переживается с трудом и связано с сильными негативными переживаниями.

Основными методами исследования «образа Я» для ученых являются метод свободного самоописания, в рамках которого человек отвечает на вопрос «Кто я такой?» и частота, последовательность упомянутых качеств свидетельствуют о значимости для конкретного человека, а также метод Q-сортировки, при котором клиент распределяет карточки с готовыми суждениями на различные группы, варьируя от наиболее точно соответствующих воспринимаемому самим собой облику до наименее соответствующих. Крайне эффективны в использовании шкалы самооценки и индексы, в которых испытуемый дает характеристику самому себе, а также предсказывает, каким его видят и оценивают окружающие люди, используя определенный арсенал прилагательных (Кон И.С., 1978).

При работе с «образом Я» необходимо учитывать, что в вербальных методиках самооценки у людей проявляются установки, при которых они стремятся выдать социально одобряемый или желаемый ответ. На ответы также влияет отсутствие или наличие доверительной обстановки, поэтому при личном общении экспериментатору зачастую необходимо проводить повторные измерения, чтобы создать желаемую обстановку. Вышеупомянутые трудности непосредственно связаны с природой самосознания, что определяет сложность личностных отношений. Большим подспорьем в исследованиях являются проективные методики, в которых задействованы элементы завершения рассказа, описания изображения (тест Роршаха, придумывание сказки и прочие).

1.2 Формирование психологического образа человека, психологический портрет личности.

На формирование «образа Я» влияют множество факторов одновременно, без учета которых невозможно сформировать достаточно полную картину. Тем

не менее, никакая группа предпосылок не может предсказать поведение человека и полностью охарактеризовать «образ Я». Хотя уровень самооценки непосредственно связан с успехами в обучении и социальным окружением, данные факторы являются только образующим звеном и поэтому должны рассматриваться системно и применительно к деятельности конкретного человека (Кон И.С., 1978).

В экспериментальных исследованиях В.С. Магуна показано, что люди способны давать адекватную оценку собственным качествам и возможностям, которая не уступает в надежности психологическим тестам. Тем не менее, в методиках самоописания зачастую присутствует элемент беспристрастной оценки, а также констатации фактов. Оценка человеком своей деятельности позволяет ему обобщить прошлый опыт и структурировать недавно приобретенную информацию относительно самого себя. Таким образом, рефлексия позволяет человеку наиболее точно оценить свою собственную деятельность и сделать выводы на основе предыдущего опыта по сравнению с человеком, которому не свойственно рефлексировать (Б.Г. Ананьев, 1976).

Наиболее развитой личностью является человек, который относится к самому себе с уважением и симпатией, предполагает такое же отношение к самому себе со стороны других и с таким же уважением и симпатией относится к другому, отличному от себя человеку. Данный вариант является близким к идеальному и более редким. Гораздо чаще встречается вариант, в котором человек для поддержания уважения и симпатии к себе отделяет себя от других, относясь к ним без уважения и с ожиданием враждебного отношения к самому себе. Отсутствие хорошего отношения к самому себе зачастую сочетается с антипатией к другим, непохожим на нас, что вызывает презрение. Данный вариант развития характеризует противоречивый этап в личностном развитии.

Одним из самых болезненных вариантов самосознания является бессознательное неприятие своего «Я», что сочетается с ненавистью и предубеждениями по отношению к другим людям. Такой тип характерен для глубоко конфликтной личности.

Согласно А.Н. Леонтьеву, можно выделить три типа личностных конфликтов, которые связаны с мотивацией человека (Леонтьев А.Н., 1975):

- Конфликт множества различных мотивов из независимых сфер, что создает психологическую разобщенность, из-за которой индивид живет «отрывочно» то в одной сфере, то в другой.
- Конфликт с внутренне выстроенной мотивационной сферой, которую объединяет единый мотив-цель. В таком случае может обнаруживаться, что мотивы, находящиеся ниже могут противоречить главной цели и уводить в сторону от нее.
- Конфликт в котором человеку становится ясна вся «глубина содержания» или отсутствие такового в ведущем мотиве. В таком случае мотив, который человек сделал целью своей жизни может терять свой смысл, а понимание его глубины подтолкнет к кризису личности.

Мотивационная сфера личности непосредственно связана с самосознанием и конфликты, вызываемые мотивами могут привести к расщепленности самосознания личности. В некоторых случаях расщепленности у человека могут сочетаться два самосознания, каждому из которых принадлежит своя «Я-концепция» и свое отношение к себе. Несмотря на работоспособность данной структуры, её недостатки быстро выходят на первый план, когда происходит столкновение расходящихся мотивов разных самосознаний в одном и том же поступке. Таким образом, становится ясно, что такое строение личности препятствует самосознанию выполнять свою главную функцию интеграции социальной и психической жизни человека (Столин В. В., 1983).

1.3 Образ профессиональной деятельности.

В работах Л.М. Митиной отмечено, что структура самосознания личности сопоставима со структурой профессионального самосознания. Она представляется нам как соединение когнитивной, поведенческой и аффективной подструктур (Митина Л. М., 1998).

К структуре профессионального самосознания Е. А. Климова относят такие характеристики как (Климов Е. А., 1996):

1. Принадлежность к профессиональной группе или общине и понимание своего места в ней
2. Понятие о соответствии своих навыков профессиональным эталонам
3. Признание своих навыков и достижений в профессиональной группе
4. Осознание своих слабых и сильных сторон
5. Представление о своей работе и самом себе в будущем

Профессиональное самосознание определяется при сопоставлении Я-концепции человека в определенный момент своей жизни и развития личности с образом его профессии. Формирование данной структуры подталкивает человека к переосмыслению собственных решений, принятию ответственности за совершенные действия. В качестве эталона для профессионального сознания используется стереотип, конкретизированный образ профессионала, который олицетворяет ценности и достижения для конкретного человека (Кунц Л. И., 2012).

Образ профессиональной деятельности включает в себя представления о нормах, рамках, целях и ценностях, которые приняты в узком профессиональном кругу. Сюда входят представления о желаемых личностных качествах профессионала, его навыках, знаниях и умениях, а также его мотивация. Таким образом в профессиональную деятельность входит не только образ самой профессии, но и образ конкретного субъекта так как нельзя отделить деятельность от личности профессионала.

По аналогии с Я-концепцией в образе профессиональной деятельности также выделяют несколько представлений о себе как профессионале:

1. Я-идеальное профессиональное, куда входит представление человека о идеальной версии профессионального себя;
2. Я-реальное профессиональное, которое отражает представление человека о самом себе как профессионале в данный момент времени;

3. Я-динамическое профессиональное, то, каким человек намеревается стать в ближайшем будущем (Поддубная Т.К., 2004).

1.4 Проблема профессионального и эмоционального выгорания.

Понятие «синдром эмоционального выгорания» было введено в использование в психологии американским психиатром Гербертом Фрейденбергером в 1974 году. Фрейденбергер одним из первых задался вопросом - от чего возникает так называемое выгорание, зависит ли оно от таких факторов как заработная плата специалиста, волонтерской работы. Также Фрейденбергера волновало, насколько схожие переживания и симптомы выгорания у различных людей (Freudenberger H.J, 1974). Под «синдромом эмоционального выгорания» он понимал психологическое состояние здоровых людей, находящихся в интенсивном общении с клиентами в эмоционально напряжённой атмосфере при оказании профессиональной помощи. Сначала этим термином обозначали состояние истощения, изнеможения, сопряжённое с ощущением собственной бесполезности (Синюкова Е.М., 2014).

Одними из первых исследователей феномена «burnout» стали Кристина Маслач и Сьюзан Джексон, которые в 1981 году определили характеристиками выгорания такие проявления, как эмоциональное истощение и цинический подход к людям, что характерно для работы специалистов сферы «человек-человек». Маслач отмечает, что данные характеристики взаимосвязаны, а специалистам с выгоранием свойственно ощущение того, что их клиенты сами заслуживают свои проблемы. Третьим отмеченным аспектом выгорания является тенденция негативно оценивать собственную деятельность, преуменьшать либо игнорировать свои достижения и успехи (Maslach, S., Jackson, S. E., 1981).

По мнению К. Кондо, одним из первых рассматривавших данный синдром, он проявляется в дезадаптированности к рабочему месту из-за неадекватных отношений между людьми и чрезмерной рабочей нагрузки.

Для данного синдрома характерно постепенно нарастающее эмоциональное напряжение и истощение, проявляющееся в безразличии к своей работе, неудовлетворенности ею, так называемой дегуманизацией при которой человек проявляет негативное отношение к своим пациентам и коллегам. Эмоциональное напряжение сопровождается чрезмерной тратой психической энергии. Для данного синдрома также характерно снижение качества жизни и ощущение профессиональной несостоятельности.

Синдром развивается при работе в однообразном и напряженном режиме, а также при повышенной или постоянной эмоциональной нагрузке, отсутствии поощрения деятельности работника. В связи с этим возникают психосоматическая усталость и истощение, которые находят выражение в пониженной самооценке, тревоге, гневе, раздражении, нарушениях сна, а также личностных отношений вне работы (Kondo K., 1991).

Синдром эмоционального выгорания может выполнять функцию психологической защиты в форме частичного, либо полного исключения эмоций в ответ на травмирующие воздействия. Наиболее часто данный синдром встречается у работников социального и медицинского спектра в связи с их частыми контактами с людьми.

Эмоциональное выгорание является крайне значимым фактором в работе специалистов психологического профиля, так как развитие данного синдрома препятствует эффективному взаимодействию с пациентами, лечению и профессиональному развитию самих специалистов.

Фактором, способным повысить качество медицинской помощи и комплаентность пациентов, является понимание врачом психологического состояния пациента (Данилов Д.С., 2008). Данный фактор приобретает более весомое значение при наличии ощущения доверия к специалисту, проявляющему сопереживание и воспринимающему пациента как равного члена лечебного процесса. Такое поведение уменьшает тревогу и фасилитирует деятельность, способствующую соблюдению режима, предписанного лечебным процессом. Со стороны специалиста медика присутствует вероятность

возникновения процесса эмоционального выгорания от помогающей деятельности (Лукьянова В.В., Водопьянова Н.Е., и соавт., 2008).

Исследования подтверждают, что повышенная эмпатия зачастую свидетельствует о повышенной склонности к эмоциональному выгоранию. Таким образом, присутствовавшая изначально заинтересованность в профессии и искреннее желание помочь пациентам зачастую приводят к эмоциональному выгоранию и снижению общего качества жизни, что также провоцирует снижение эмпатии (Thomas M.R. et al., 2007).

Важно отметить тот факт, что несмотря на эмпирический материал, многократно подтверждающий данную особенность, при опросе медицинских работников были получены самоотчеты. На их основании был составлен образ идеального врача, которому свойственны сострадание и эмпатия. Он представляется специалистом молодого возраста с меньшим опытом работы, но с повышенной склонностью к эмоциональному выгоранию от работы (Carmel S., Glick S.M., 1996).

При прохождении работниками медицинских специальностей занятий, посвященных повышению эмпатии наблюдается повышенная эффективность в работе с пациентами. Данные, полученные при исследовании 656 онкологических пациентов, за которыми оказывали уход медсестры, прошедшие обучение на курсах по повышению качества эмпатии свидетельствуют о снижении уровня враждебности и тревоги в сравнении с контрольной группой (La Monica E.L. et al., 1987).

Вышеупомянутые данные свидетельствуют о необходимости адаптации «процесса сопереживания» к реальным особенностям медицины (оправданное временное отстранение от чувств больного, причинение боли во благо, личные симпатии и антипатии к пациентам и т.д.) (Поддубная Т.В., 2015). Ввиду этого, для работников специальностей сферы «человек-человек» специально разрабатываются программы, целью которых является профилактика и снижение интенсивности влияния «синдрома эмоционального выгорания».

Одной из таких программ является программа «Как пережить синдром «эмоционального сгорания», созданная для профилактической работы с сотрудниками ГБУ социального обслуживания Краснодарского края «Каневской комплексный центр социального обслуживания населения «Герон»». Данная программа направлена на предупреждение и устранение тех психоэмоциональных состояний, которые возникают в связи с работой с людьми, относящимися к трудной категории, и мешают профессиональной самореализации. Проведению программы предшествуют диагностика при помощи методики «Диагностика эмоционального выгорания личности» В. В. Бойко, тест Люшера, а также проведение индивидуальных бесед.

В ходе программы, занятия по которой проходят в формате тренинга в группах по 6-8 человек, участники которой работают с протагонистами и разбирают ситуации, вызвавшие сложности. Целью программы является закрепление субъектности отношения к своим жизненным проблемам в качестве необходимого условия их решения; акцентирование внимания на значимости творческого отношения к жизни и вдохновение участников на дальнейшую субъектную и творческую работу над собой и своей жизнью. (Большакова Н.Л., 2015)

Среди многочисленных программ, нацеленных на профилактику и работу с эмоциональным выгоранием можно также выделить экспериментальную программу психологического сопровождения врачей «Персональные ресурсы противодействия профессиональному выгоранию» (Кучер В. С., Водопьянова Н. Е., 2014).

Данная программа нацелена на длительную работу в течение 6-12 месяцев и проводится в формате групповой и индивидуальной работы, принимая во внимание различные стадии выгорания врачей-участников. Таким образом, программа ориентирована на активирование психологических ресурсов, которые помогут справиться с трудными профессиональными ситуациями. Такими ресурсами являются «развитие положительного отношения к самому себе, положительной рефлексии, психической

саморегуляции, потребности в саморазвитии, осознания и вербализации неадаптивных когний, искажающих восприятие реальности, коммуникативной компетентности, позитивных установок на собственную эффективность и устойчивость к стрессам в работе, более гибкого, адаптивного поведения профессионала» (Кучер В. С., Водопьянова Н. Е., 2014, с. 93).

В методологическую основу программы легли работы П. К. Анохина, А. Р. Лурия, идеи рационально-эмотивной А. Бека и Р. Эллиса, и другие. По итогам работы в рамках программы Н. Е. Водопьянова делает вывод о том, что положительный эффект достигается в результате комплексного психосоматического подхода. Идеи когнитивной и рационально-эмотивной психотерапии, а также обучение навыкам релаксации и саморегуляции являются особенно продуктивными.

1.5 Исследования эмоционального выгорания у работников психологического профиля.

В исследовании 2014 года, проведенного Северо-Западным государственным медицинским университетом им И.И. Мечникова, посвященному исследованию связи между эмпатическими способностями работниками психиатрического профиля и развитием синдрома эмоционального выгорания были подробно исследованы факторы риска и выявлено значение повышенной эмпатичности в работе. В исследовании участвовали 270 специалистов, находящихся в процессе последиplomного обучения.

В качестве факторов риска в данном исследовании были выделены высокий уровень эмпатии, интуиции и идентификации у мужчин и высокая эмоциональная вовлеченность и сопереживание у женщин. Тем не менее, риск развития синдрома эмоционального выгорания снижают развитие эмпатических установок, способность создавать атмосферу доверия, видеть мир с позиции другого человека, а также проявление спонтанного интереса. Способность к идентификации выделяется как отдельный фактор, снижающий

деперсонализацию у мужчин, и повышающий профессиональную успешность у женщин (Городнова М.Ю., 2014).

В результате исследования Н. Е. Водопьяновой профессионального выгорания в группе воспитателей-педагогов детских образовательных учреждений в количестве 50 человек были получены статистически значимые корреляции между показателями личностных смыслов и синдрома выгорания. Анализ смысловых переменных и признаков выгорания показал что чем больше участники исследования ценят свою жизнь в настоящем, прошлом и будущем, проявляют умение планировать свое будущее, а также ценить как настоящее, так и прошлое, стремятся контролировать свою жизнь, тем меньше они подвержены профессиональному выгоранию (Водопьянова Н. Е., 2011).

1.6 Исследования эмоционального выгорания у работников медицинской сферы.

В 2005 году А. В. Мельниковым и Д. А. Семеновым было проведено исследование среди медсестер и врачей в отделениях реанимации и анестезиологии. Среди медсестер было выявлено значительно большее число лиц с эмоциональным выгоранием чем среди врачей тех же отделений. У персонала отделения анестезиологии эмоциональное выгорание встречалось несколько реже, чем у персонала реанимационного отделения (Мельников А.В., Семенов Д.А., 2005).

Интересно отметить, что по данным И. Л. Гуреевой «эмоциональное выгорание сильнее выражено у врачей и фельдшеров — работников «Скорой помощи», чем у врачей и медсестер, работающих в стационаре. Особенно ярко эти различия проявились по шкале «эмоциональное истощение». У медицинских работников стационара наблюдается более позитивное восприятие своей жизни, чем у работников «Скорой помощи»» (Гуреева И.Л., 2005, с. 304)

В исследовании В.Е. Орёл в 2007 году были обследованы медицинские сёстры, всего приняли участие 198 испытуемых из стационаров г.г. Владимира

и Москвы. 96 процентов от состава выборки являлись женщинами. Были получены достоверные различия при сравнении групп медсестер с выгоранием и медсестер без выгорания по шкале нейротизма. Для диагностики в исследовании использовалась Пятифакторная модель личности. В результате исследования было выявлено что личностные особенности в подавляющем своем большинстве можно считать детерминантами выгорания. Синдром психического выгорания определяется структурой личностных характеристик, основными и факторами можно выделить «Нейротизм», «Экстраверсия», «Добросовестность» и «Сотрудничество» (Орёл В.Е., 2007).

1.7 Виды взаимоотношений между врачом и пациентом.

Определение видов взаимоотношений между врачом и пациентом является крайне значимой, но в то же время неоднозначной темой. За последние десятилетия чаще стал подниматься вопрос о значении вклада самого пациента в терапевтический или лечебный процесс. Больше и больше внимания стали уделять конфликту между автономией и здоровьем, ценностями пациента и ценностями врача.

По классификации американского биоэтика Роберта Витча можно выделить 4 модели взаимоотношений врача и пациента: инженерную, пастырскую (патерналистскую), коллегиальную и контрактную (Юдин Б.Г., 1998).

1. *Инженерный тип отношений.* Согласно этой модели врач воспринимает пациента как обезличенный механизм. Задачей врача является исправление отклонений и неисправностей в физиологическом механизме. В качестве диагностических методов врач использует биохимические, биофизические, рентгенологические и другие методы. Главным и крайне значительным недостатком данной модели отношений является “технократический” подход к пациенту, который зачастую противоречит принципу уважения прав и достоинства личности. При

данной модели отношений пациент не участвует в обсуждении процесса лечения и не получает такой возможности.

2. *Патерналистский тип отношений.* Данной модели свойственны отношения, напоминающие отца и ребёнка, наставника и подопечного. Главными принципами отношения к пациенту являются упоминаемые в клятве Гиппократы принципы: любовь, милосердие, забота, благодеяние и справедливость. Патерналистская модель свойственна христианской европейской культуре и укоренилась в течении многочисленных столетий. В современной медицине такая модель предпочитается многими специалистами и считается самой распространённой. Патернализм более часто встречается в психиатрической работе по сравнению с другими моделями. Главным недостатком модели является то, что взаимоотношения могут перерасти в отношения типа «начальник – подчинённый». Патерналистической модели свойственно взаимодействие, в котором врач использует свои навыки чтобы определить состояние пациента, выявить необходимые для улучшения состояния пациента действия и после этого предоставляет пациенту лишь избранную информацию, которая подтолкнет пациента к решению, которое врач считает наилучшим. В крайних случаях врач информирует пациента в авторитарной форме о необходимом формате работы. В рамках данной модели врач выполняет функцию защитника и регулятора, вводя в процесс лечения необходимые для данного пациента действия. В данном формате работы пациент соглашается с авторитетом врача и доверяет ему принятие наилучшего возможного решения (Emanuel E.J., Emanuel L.L., 1992).

3. *Коллегиальный тип отношений.* Данным типом руководит принцип равноправия. Согласно этой модели врач обязан предоставлять актуальную и правдивую информацию о диагнозе, методах лечения, возможных осложнениях и последствиях заболевания. Пациент участвует в обсуждении этой информации и таким образом реализует свое право на

свободу выбора. Данный тип отношений является нехарактерным для большинства врачей и скорее является исключением из правила. В данном случае некомпетентность или личностные особенности пациента могут оказать значимое отрицательное влияние на процесс лечения.

4. *Контрактный тип отношений.* Взаимодействия врача и пациента осуществляются на принципах общественного договора. Пациенты заключают договор на медицинское обслуживание с лечебным учреждением или через страховую компанию. Каждая сторона в таком договоре несёт свои обязательства, и каждая достигает своей выгоды. Согласно данной модели обязательства и той и другой стороны наиболее подробно расписаны и обговорены, что продиктовано желанием защитить моральные ценности личности. Тем не менее, в структуре оказания медицинской помощи населению данный тип отношений занимает незначительное место.

В статье 1992 года журнала American Medical Association были рассмотрены различные подходы во взаимоотношениях врача и пациента, в котором были выделены четыре модели, три из которых несут значимые различия от широко применяемой классификации Роберта Витча (*патерналистский* тип остался прежним):

- *Информативная модель:* данная модель подразумевает под собой взаимодействие при котором врач предоставляет пациенту всю релевантную информацию, после чего пациент делает выбор в пользу того или иного метода лечения. Врач уведомляет пациента о его текущем состоянии, возможных типах лечения, их рисках. Подразумевается, что ценности пациента уже известны, пациенту лишь не хватает актуальной информации для принятия решения. Ценности врача в расчет не принимаются. В данном типе отношений врач является носителем информации, предоставляющим пациенту информацию, которая позволит ему принять самостоятельное решение.

- *Интерпретационная модель:* данная модель подразумевает под собой взаимодействие при котором врач выявляет ценности пациента, при этом, эти ценности могут быть не до конца ясны самому пациенту. В данной модели врач также предоставляет все сведения о диагнозе и возможной работе, но в дальнейшем он помогает пациенту озвучить и сформулировать ценности, исходя из которых решаются дальнейшие методы работы. Ценности могут быть неоднозначными и вступать в конфликт между собой когда речь идет о принятии конкретного решения. Именно в данном случае врач использует свои возможности чтобы избрать наиболее подходящий курс лечения. В данном типе отношений врач является советником.
- *Совещательная модель:* данная модель подразумевает под собой взаимодействие при котором врач осуществляет поддержку и позволяет пациенту самому определить свои ценности и принять решение касательно методов дальнейшей работы. Ценности определяются путем обсуждения и затрагивают только вопросы, относящиеся к здоровью. В данной модели врач выполняет роль учителя или друга, направляющем пациента в нужном направлении с помощью диалога. Пациент проявляет свою автономию с помощью саморазвития.

В результате анализа различных видов взаимодействия можно сделать предположения о наиболее благоприятном формате работы психиатров и психиатров-наркологов с пациентами. Их формат работы обусловлен более тесным и личным взаимодействием со своими пациентами, что повышает важность включения пациента в рабочий процесс. Можно предположить, что в данном формате работы более часто встречается работа в интерпретационной модели. Существует опасность работы в формате патерналистической модели так как можно предположить наличие взаимосвязи между данной моделью отношений и выстроению образа пациента, что может быть в свою очередь связано с развитием эмоционального и профессионального выгорания.

1.8 Комплаенс как фактор, влияющий на эффективность лечения.

Комплаенс (англ. «compliance») - медицинский термин, обозначающий согласие пациента следовать указаниям врача (Lehmann E. D. Et al., 1996). Тем не менее, данный термин распространился не только в медицинской сфере, но также широко используется в описании социальных ситуаций, отношений учителя и ученика, в спорте и в педагогике.

Сам термин «compliance» возможно трактовать как согласие и добровольное следование инструкциям врача, в некоторых ситуациях - сотрудничество. Данный фактор является чрезвычайно весомым для взаимоотношений между врачом и пациентом, а также для успеха лечения, особенно при применении лекарственных препаратов.

В своем исследовании Доналд Феддер (1982) исследует влияние комплаенса на эффективность коммуникации между врачом, пациентом и фармацевтом. В данном исследовании он подчеркивает важность взаимодействия по инструментальной или рыночной модели, в рамках которой главным фактором является рациональность действия, не допускающая противоречий. В процессе коммуникации имеет место четкий обмен информацией, а выгода от определенных действий противопоставляется затратам на них. Оценка действий основана на полученных результатах, а не на домыслах, которые в свою очередь оцениваются при помощи существующего стандарта с четкими критериями. Данную модель Феддер рекомендовал как для межличностного взаимодействия врача и пациента, так и для определения медикаментов для конкретного случая. Именно объективность данной модели позволит избежать ситуации, в которой врач несправедливо выделяет недостаточный комплаенс со стороны пациента как причину неудавшегося лечения (Fedder D. O., 1982).

Тем не менее, не следует недооценивать значимость согласия пациента в лечебном процессе. Он важен не только при медикаментозном лечении, но и при других видах взаимодействия. При частичном согласии или при его отсутствии возникает значимое препятствие на пути к успешному лечению.

Говоря о психологических причинах отказа от госпитализации, Аппельбаум (1983) отмечает, что несмотря на интерес к данной проблеме со стороны социологов и адвокатов, наименее изученной она является именно в рамках медицинской сферы. При этом, отказ от лечения наиболее часто сопровождался осложнениями в коммуникации лечащего врача и пациента. Со стороны врачей наблюдалось индифферентное отношение, степень которого зависела от медицинской неотложности конкретного случая. Эффект подобных отказов наиболее точно измерялся в изменившейся стоимости последующего лечения, и лишь затем с точки зрения вреда для конкретного пациента (Appelbaum P. S., Roth L. H., 1983). Данные результаты подчеркивают значимость эффективного взаимодействия между врачами и пациентами. Стоит подчеркнуть важность комплаенса со стороны пациента в процессе психотерапии (Frank J. D. Et al., 1957).

Существует несколько стратегий для повышения комплаенса, но общей чертой для них является необходимость участия в лечении мультидисциплинарных специалистов, которые в состоянии охватить различные области лечения и предоставить значимую для пациента информацию.

Так, для улучшения комплаентности пациентов пожилого возраста с применением лекарственных препаратов необходимо как улучшать взаимоотношения с пациентами, так и воздействовать информационно, подчеркивая вероятность развития негативных последствий при несоблюдении лечения. При данном воздействии необходимо подчеркивать значимые для самого пациента факторы (это может быть важность контроля за артериальным давлением, упоминание последствий непринятия лекарств, и так далее) (Carty M. A., Everitt D. E., 1989).

Необходимо отметить улучшение взаимоотношений между врачом и пациентом в случае благоприятного курса психофармакотерапии. В данном случае меняется атмосфера взаимодействия, мимика пациента, расширение спектра обсуждаемых тем, а также другие показатели взаимного доверия. В

швейцарском исследовании 1986 года Conen D., Besch W., Dubach U. С. исследовалось субъективный уровень понимания врачами своих больных. (Лапин И.П, 2001)

В опросе участвовали 30 врачей терапевтического отделения кантональной больницы в Базеле и Института усовершенствования врачей в Берне. В оригинальном опроснике врачи отвечали на вопросы о том, как они понимают жалобы своих 259 пациентов; подобные анкеты о собственных жалобах заполняли их пациенты. В результате опроса было выявлено полное соответствие оценок врачей и жалоб, указанных пациентами. Данное соответствие касалось также таких «неопределенных» жалоб как чувства усталости, нездоровья, слабости и тому подобное. На данном этапе взаимодействия не удалось выявить искажений при коммуникации, но необходимо отметить, что в данном исследовании не оценивался комплаенс и согласие больных с врачебными предписаниями. Тем не менее, можно судить о том, что уверенность пациентов в понимающем враче во многом проявляется в комплаенсе и таким пациентам наиболее свойственно выполнять указания врачей и соблюдать предписываемый режим.

В случае лечения антидепрессантами было выявлено, что среди 150 опрошенных врачей из США, Франции, Великобритании, Испании и Германии, основную долю которых составляли психиатры, лечившие в среднем около 33 пациентов еженедельно, более чем в 60% случаев причиной повышения комплаентности стала более высокая эффективность антидепрессанта, а более чем 20% случаев связаны с быстрым началом их действия (Лапин И.П, 2001).

Подобные данные подтверждают, что для повышения комплаентности больного независимо от применения лекарственных средств, необходимо увеличивать время общения с пациентом, с готовностью выслушивать опасения и мысли пациентов, пояснять действия и социализироваться с больными, находя общие точки соприкосновения в отвлеченных от лечения сферах. Информационная поддержка также крайне важна в ситуации с недавно выздоровевшими пациентами, у которых существует вероятность рецидива из-

за осознания важности поддерживающего лечения. Также необходимо учитывать колебания комплаентности при внесении корректировок в лечебный план и изменении средств терапии.

Исследования на причины, побуждающие пациентов отказываться от следования предписаниям врача продолжаются до сих пор. Тут имеет место как и отношение больного к собственному заболеванию, так и его отношение к врачу, методам лечения, а также выздоровлению (Priest R. G., Baldwin D., 1994).

Степень комплаентности непосредственно связана с характером заболевания, а также с его проявлениями и следствиями, такими как нетрудоспособность, последствия неправильного лечения. Комплаенс пациента может уменьшаться когда врач оказывается недоступен пациенту по первому «зову» и когда налаженный контакт с врачом внезапно прерывается (Priest R. G., Baldwin D., 1994). В том случае, если препаратное лечение заметно усложняется, то есть возникают изменения в дозировках, расписании приема, а также если возникают побочные эффекты и так далее, пациент может начать сопротивляться лечению и игнорировать предписания врача, несмотря на осознание необходимости самого процесса.

Еще одним исследованием, подчеркнувшим определяющее значение комплаенса является исследование Tye L. (1998) в котором были получены данные, свидетельствующие о том, что пожилые пациенты штата Нью-Джерси в США не принимали 40% прописанных антиатеросклеротических лекарств, которые в большинстве случаев были предоставлены бесплатно. Отказ больные мотивировали тем, что не обнаружив положительной динамики в самочувствии спустя пару дней они прекращали прием, считая лекарство неэффективным. В данном случае на комплаенс повлиял недостаток информации, которую не предоставили врачи. В данном конкретном случае его можно было бы повысить, рассказав пациентам, что механизм действия препаратов предусматривает постепенное действие и предупреждение дальнейшего развития заболевания, различных осложнений. Подобные факторы необходимо учитывать, чтобы повышать эффективность взаимодействия врача и пациента и

влиять на исход лечения соответственно. Таким образом, неустойчивость степени комплаенса по сей день остается серьезной проблемой в медицинской работе.

1.9 Психологические особенности медицинских работников

Работа медицинского работника неразрывно связана на отношениях между врачом и объектом его деятельности, в данном случае, человеком. Отношение к себе, к другим, к работе, определяет профессиональное будущее специалиста и влияет на его психоэмоциональное состояние, в том числе на развитие профессионального выгорания и появление других психотравмирующих факторов (Абрамова Г.С, Юдчиц Ю.А., 1998).

Работа врача зачастую связана с эмоциональными перегрузками, стрессовыми ситуациями, дефицитом времени, с необходимостью принимать важные решения при ограниченной информации. Важно отметить, что врач имеет дело с высокой частотой и интенсивностью межличностного взаимодействия. Среди копинг-механизмов представителей медицинской специальности можно отметить следующие ресурсы (Маслова О.П., Калмыкова О.Ю., Хайкин М.Б., 2010):

1. *Эмпатия.* При завышенном уровне эмпатичности свойственно чрезвычайно тонкое реагирование на настроение собеседника, появляется чувство вины в связи с опасениями причинить другим людям беспокойство, повышенная уязвимость и ранимость. Все это препятствует профессиональной работе врача и наносит урон наиболее важным качествам в работе: решительность, настойчивость, целеустремленность, ориентация на перспективу играют огромную роль в лечебном процессе любого специалиста. Чрезмерная вовлеченность в переживания пациента может привести к эмоциональному выгоранию и как эмоциональному, так и физическому истощению.
2. *Аффилиация.* Это стремление принадлежать и относить себя к определенному сообществу, социальной группе, а также желание

находиться с другими людьми, общаться с ними, устанавливать эмоциональные связи и быть включенным в межличностное взаимодействие. Наличие этой черты способствует специалисту в установлении контакта и сохранении заинтересованного отношения к пациентам, стремления помогать и сотрудничать с ними, а также защищает от профессиональных деформаций, равнодушия и формализма.

3. *Эмоциональная стабильность.* Душевное равновесие врача, его эмоциональная стабильность являются незаменимым подспорьем в работе так как они способствуют созданию доверительной обстановки и вызывают у пациента чувство надежности. Зачастую сами пациенты не отличаются эмоциональной устойчивостью и проявляют неуверенность, агрессивность, вспыльчивость. В такой обстановке резкие реакции со стороны врача разрушают терапевтический процесс, в то время, как проявление стабильности поможет убедить пациента в важности совместной работы и установить доверие.
4. *Сенситивность к отвержению.* В своей работе специалисту медицинской специальности зачастую приходится сталкиваться с негативным отношением пациентов. Данное отношение может возникнуть на любом этапе лечения, как проявление сопротивления так и других реакций. В то время, как такие реакции действительно предоставляют некоторую «обратную связь», позволяющую корректировать свое поведение во взаимоотношениях с больными, бывает сложно отгородиться от переживаний. Именно поэтому чувствительность к к отвержению не должна быть слишком высокой. «В противном случае она способствует снижению самооценки врача, блокирует его аффилятивную потребность и в целом снижает адаптивные и компенсаторные возможности» (Маслова О.П., Калмыкова О.Ю., Хайкин М.Б., 2010, с. 451). Такая реакция может заставить специалиста сомневаться в своей профессиональной компетентности, что безусловно влияет на качество работы и принимаемые профессионалом решения.

Л. А. Лещинский (1987) обращает внимание на качества, которые важны для врачей-терапевтов: «увлеченность своей специальностью, активный гуманизм независимо от наличия антипатии, желание делать добро, чувство долга, способность к состраданию, доброта и любовь к людям; умение вызывать доверие у пациентов, готовность облегчить страдания, выдержка, терпимость по отношению к пациентам, коммуникативность, готовность к самопожертвованию, деловой педантизм, ответственность за результаты лечения, желание самосовершенствоваться в профессии, самокритика, умение помещать в центр своего сознания пациентов, развитое восприятие («клинический нюх», «клинический глаз»), устойчивая эмоциональная сфера, способность не поддаваться панике, опрятность, высокая психологическая культура, деликатность и тактичность по отношению к больным, оптимизм, способность подавлять в себе чувство брезгливости у постели больного» (Е. П. Ильин, 2016, с. 209).

В исследовании В. Дубровой и И. В. Малкиной были получены результаты, свидетельствующие о том, что студенты-медики включают в представление об «идеальном» враче такие характеристики как: жизнерадостность и оптимизм, уравновешенность, контроль над эмоциями, спокойствие, дисциплинированность, силу воли, уверенность в себе, автономность, интернальный локус контроля, способность к рефлексии, гибкий и острый ум, психологическую компетентность, готовность к сотрудничеству с больным (Дуброва В.П., Елкина И.В., 2003).

Зачастую в психологический портрет врачей-терапевтов и врачей-хирургов включают высокий самоконтроль, социальную нормативность поведения, общительность и эмоциональную стабильность.

Медицина как профессиональная сфера деятельности тесно связана с проявлением негативных эмоций. Пациенты зачастую ожидают сочувствия к себе, проявления эмпатии со стороны врача. Данный фактор влияет на общепринятое мнение о том, что врач должен быть человеком с высоким уровнем эмпатии так как он сможет лучше соотнести себя с пациентом и

понять, что тот испытывает. Подобные обстоятельства вынуждают врачей укреплять собственные психологические защиты, которые отгородят их от пациента. Данные защиты снижают уровень эмпатии чтобы уменьшить угрозу эмоционального выгорания (И. Харди, 1988).

В итоге получается, что требования, предъявляемые к психологическим и личностным характеристикам врачей зачастую вступают в конфликт и противоречие. Эмпатичности должна сопутствовать эмоциональная устойчивость, при том обе характеристики в крайнем их состоянии могут осложнить работу врача, повлиять на скорость принятия важных решений.

Подобные изменения начинают проявляться уже во время обучения. В исследовании А. П. Васильковой выявлено, что расслабленность и беспечность постепенно сменяется на тревожность и напряженность. У студентов, которые приступают к первой работе и контакту с больными характерно развитие эмпатичности, при этом, по данным И. В. Грошева у студентов-медиков уровень эмпатии менее выражен, чем у студенток (Дуброва В.П., Елкина И.В., 2003).

Психика медицинского работника подвержена многочисленным стрессам, связанным с огромной ответственностью за жизнь и здоровье пациентов, длительным пребыванием в «поле» отрицательных переживаний страдания, боли, отчаяния, раздражения и т. д., которые так или иначе по механизму эмоционального заражения передаются врачам и специалистам.

Необходимо помнить о том, что зачастую работа предписывает непредсказуемый режим работы с ночными сменами, который может нарушать процессы внутри организма и лишать полноценного отдыха, а также снижать адаптационные механизмы. Такие факторы как оплата труда изредка соотносятся по объему со степенью ответственности, что может быть причиной стрессов и личностных переживаний и приводить к чувству неудовлетворенности своей профессией.

В исследовании наиболее значимых профессиональных качеств в 2005 году Л. А. Верещагина и А. Перова выделили такие значимые качества, как

наблюдательность, развитые мнемические свойства (быстрота запоминания, его прочность и полнота), высокая концентрация внимания, ответственность, эмпатия. При опросе военных хирургов со стажем не менее 20 лет было выделено 9 профессионально важных качеств: ответственность и профессиональная компетентность; мыслительные свойства (умение принять правильное решение при недостатке информации, умение понять суть взаимосвязей, присущих проблеме, и пр.); свойства внимания (умение подмечать незначительные изменения в исследуемом объекте, умение сосредоточивать внимание на одном объекте и др.); эмпатия (сопереживание, сочувствие); психомоторные качества (быстрота и точность движений пальцев рук); память; воля; острота зрения; коммуникативность.

ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1. Описание выборки исследования.

В исследовании приняли участие 45 врачей-психиатров, проходящих курсы повышения квалификации в СЗГМУ им. И.И. Мечникова. Испытуемые были разделены на две группы: 21 врач-психиатр; 24 психиатра-нарколога (табл. 1).

Таблица 1

Возраст испытуемых

Выборка	N	Min	Max	Среднее (M _x)	Стд. отклонение (σ _x)
Психиатры	21	25	61	38,71	12,1
Психиатры-наркологи	24	25	59	42,96	8,2

Статистически значимых различий в возрасте представителей изучаемых групп не обнаружено ($p > 0,05$).

Ниже представлено распределение представителей обеих выборок по полу (табл. 2).

Таблица 2

Распределение испытуемых по полу

Пол	Психиатры	Психиатры-наркологи	Всего
мужской	10	10	20
женский	11	14	25

Различия по основным социальным и демографическим показателям между врачами изучаемых групп отсутствовали.

2.2. Методы исследования.

Экспериментально-психологические методы были направлены на выявление субъективной оценки собственных индивидуально-психологических свойств у врачей-психиатров и психиатров-наркологов, а также на выявление аналогичных свойств пациентов, субъективно воспринятых врачами.

При помощи методик выявлялись такие характеристики, как адекватность самооценки, субъективное представление человека о своей социальной репутации, уровень самоуважения и уважения пациента, социальные способности и другие.

Использованные методики были направлены на выявление различий между восприятием пациента врачами-психиатрами и психиатрами-наркологами в отношении таких характеристик, как замкнутость, развитие волевых сторон личности и уважение пациента.

На основании данных факторов потом можно было оценить различия между выборками и выявить факторы, которые могут свидетельствовать о наличии взаимосвязи между самооценкой врачей и их восприятию пациента, говоря о субъективно присвоенных ему личных характеристиках.

В исследовании применялись следующие методы:

2.2.1 Методика личностного дифференциала в адаптации НИИ им. В.М.Бехтерева (Фетискин Н.П., Козлов В.В., Мануйлов Г.М., 2002). Данная методика (Приложение А) проводится в формате опросника и предназначена для измерения 3-х факторов семантического дифференциала, к которым относятся прилагательные из репрезентативной выборки слов современного русского языка, описывающих черты личности. Данные термины приобретаются естественным образом в ходе социального взаимодействия и приобретения языкового опыта. С помощью опросника выявляются показатели по 3 шкалам:

- Шкала Оценки. Значения данного фактора говорят об уровне самоуважения.
- Шкала Силы. Значения данного фактора свидетельствуют об уровне привлекательности, симпатии, которым обладает один человек в восприятии другого.
- Шкала Активности. Значения данного фактора говорят о развитии волевых сторон личности и о том, каким образом данные черты осознаются испытуемым.

В данной версии методики опросник состоит из бланка, в котором представлена 21 личностная черта. Данные черты были отобраны как в наибольшей степени характеризующие полюса 3-х классических факторов семантического дифференциала. Испытуемым предлагалось оценить сначала самих себя по представленным на бланке чертам личности, выбирая соответствующую их восприятию самих себя оценку в баллах. После чего испытуемым предлагался второй бланк, в котором предлагалось отметить степень выраженности качеств, которые по их мнению свойственны их типичному пациенту, то есть, тому пациенту, который им наиболее часто встречается по мнению испытуемых.

Также для заполнения предлагался третий бланк, в котором те же самые качества испытуемые отмечали по субъективной степени выраженности у их «идеальных пациентов», то есть, пациентов, с которыми испытуемый не обязательно встречался, но хотел бы работать именно с ним.

Данный опросник был выбран для данного исследования так как для его выполнения требуется 10-15 минут и он удобен для быстрого и структурированного применения при опросе большого количества испытуемых одновременно. Он также отличается простотой и краткостью, а его направленность на самосознание помогает выявить значимые различия между выборками психиатров и психиатров-наркологов.

Интерпретация результатов:

- Шкала Оценки. Высокие показатели по данной шкале этого фактора свидетельствуют о том, что испытуемый воспринимает себя как личность, имеет склонность к осознанию себя как носителя социально желательных и позитивных характеристик, в определенном смысле удовлетворен собой. Низкие показатели данного фактора указывают на критическое отношение человека к самому себе, его неудовлетворенность собственным поведением, уровнем принятия самого себя. Особо низкие значения данной шкалы говорят о возможных невротических или иных проблемах, связанных с ощущением своей незначительности, малой

ценности своей личности. При интерпретации оценок типичного и идеального пациента, полученные в этой шкале данные свидетельствуют об уровне привлекательности или симпатии, которым обладает типичный или идеальный пациент в восприятии испытуемого. В данном случае положительные (+) значения этого фактора соответствуют предпочтению, оказываемому объекту оценки, отрицательные (–) – его отвержению.

- Шкала Силы. Высокие показатели по данной шкале говорят о независимости испытуемого, его уверенности в своих силах, склонности рассчитывать на самого себя в трудных ситуациях. Низкие показатели по данной шкале позволяют говорить о недостаточной степени самоконтроля, неспособности придерживаться принятой линии поведения, а также о зависимости от внешних обстоятельств и оценок извне. Особенно низкие оценки свидетельствуют об астенизации и тревожности. При оценке испытуемым типичного и идеального пациента результаты данной шкалы выявляют отношения доминирования – подчинения и говорят о том, как они воспринимаются субъектом оценки по мнению испытуемого.
- Шкала Активности. Результаты, полученные по данной шкале свидетельствуют о степени экстраверсии или интроверсии личности. В данном случае положительные (+) значения этого фактора соответствуют высокой активности, общительности, импульсивности; отрицательные (–) – интровертированности, определенной пассивности, а также свойственным индивиду спокойным эмоциональным реакциям. При оценке испытуемыми типичного и идеального пациента данная шкала свидетельствует о восприятии испытуемым личностных особенностей пациента.

2.2.2 Гиссенский личностный опросник в русскоязычной адаптации (Бодалев А.А., Столин В.В., 1987). Гиссенский личностный опросник (Приложение Б) направлен на создание психологического автопортрета, в

котором испытуемый описывает свои взаимоотношения с окружающими и свой внутренний мир. Он сфокусирован на особенностях личности, которые являются специфичными для внутренней структуры и психосоциальных связей испытуемого (Карвасарский Б.Д., Голынкина Е.А., Исурина Г.Л., et al., 1993).

Гиссенский личностный опросник был выбран для данного исследования так, как проведение методики занимает около 20 минут, что позволяет использовать его при групповом обследовании. Также данный тест пригоден для разных возрастных групп, что являлось важным фактором для данного исследования. Отличием данного опросника от других тестов является то, что он в значительной степени учитывает социальные установки и реакции личности. Данный фактор делает его пригодным не только для исследования личности, но и для анализа социальных отношений, в особенности межличностных отношений в малых группах.

Опросник состоит из двух вариантов бланков, в каждом из которых содержится 40 биполярных утверждений (они повторяются в обоих бланках), касающихся поведения и особенностей самого испытуемого, а также конкретного человека. В данном исследовании использовалась модификация опросника – формулировка на втором бланке была изменена с «определенного человека» на «типичного пациента» и «идеального пациента». Таким образом, испытуемым были предоставлены для заполнения три различных бланка: о самом себе, о своем типичном пациенте и о своем идеальном пациенте.

Варианты Гиссенского личностного опросника приспособлены для получения независимой характеристики испытуемого; сравнение данных самохарактеристики с независимой характеристикой расширяет возможности индивидуальной диагностики.

С помощью данного опросника выявляются результаты по 6 независимым друг от друга шкалам:

- Шкала социального одобрения. Показатели по данной шкале позволяют оценить способность к успешному взаимодействию с окружающими, определенный аспект социальной роли.

- Шкала доминантности. Данная шкала показывает присущие испытуемому психосоциальные защитные формы поведения. В вопросах данной шкалы противопоставляются друг другу такие качества, как агрессивность или же неспособность к агрессии, импульсивность или терпеливость, притязания на первенство или склонность к подчинению.
- Шкала преобладающего настроения. Вопросы этой шкалы связывают преобладающее настроение с основным для личности направлением развития агрессии (вовне или против собственного «Я»).
- Шкала контроля. Данная шкала выявляет степень контроля, свойственного индивиду с диапазоном от недостаточного контроля до избыточного контроля.
- Шкала открытости — замкнутости. Данная шкала выявляет основные свойства социальных контактов и социального поведения, которые развиваются из первичного доверия или первичного недоверия.
- Шкала социальных способностей. В данной шкале отражены качества, которые позволяют судить о степени зрелости личности, уровне ее самостоятельности, творчестве, уверенности, и так далее. Оригинальным названием шкалы является социальная потентность.

Помимо основных 6 шкал учитываются также результаты по 2 оценочным шкалам, показатели которых говорят о том, насколько часто испытуемый прибегает к крайним оценкам, либо к средним оценкам. Показатели данных двух шкал применяются при переводе баллов в стандартные.

Интерпретация результатов:

Каждое утверждение опросника оценивается по 7-балльной шкале. Данные баллы проходят преобразование в стандартные баллы, используя нормативные данные русскоязычной выборки.

- Шкала социального одобрения. Показатели на нижнем полюсе иллюстрируют субъективное представление человека о своей социальной репутации, непривлекательности, неуважении окружающих, неумении

добиваться поставленной цели, непопулярности. Показатели на верхнем полюсе свойственны людям, уверенным в своей положительной социальной репутации, привлекательности, популярности, способности добиваться поставленной цели, уважении и высокой оценке других людей.

- Шкала доминантности. Показатели на нижнем полюсе говорят о преобладании таких качеств, как властолюбие, нетерпение, желание настоять на своем. Показатели на верхнем полюсе говорят о таких качествах, как послушание, уступчивость, терпение.
- Шкала контроля (недостаточный контроль — избыточный контроль). Для нижнего полюса свойственны неаккуратность, склонность к беззаботному поведению, непостоянство, легкомысленные поступки, неумение распоряжаться деньгами. Для избыточного контроля характерны усердие, правдивость до фанатичности, педантичность, отсутствие склонности к легкомысленному, беззаботному поведению.
- Шкала преобладающего настроения. Нижний полюс — гипоманиакальный. Данным лицам свойственно редко испытывать подавленность, они не склонны к рефлексии, критическому отношению к себе, не скрывающие раздражения, независимые. Верхний полюс — депрессивный. Данным лицам свойственно часто быть в подавленном состоянии, они склонны к рефлексии, робкие, зависимые, скрывающие досаду, очень самокритичные.
- Шкала открытости — замкнутости. На низшем полюсе находятся индивиды, которым свойственно оценивать себя как доверчивых, открытых перед другими людьми, обладающих большой потребностью в любви, откровенностью. На верхнем полюсе показателей находятся испытуемые, характеризующие себя как недоверчивых, замкнутых и отстраненных от других людей, стремящихся скрывать собственную потребность в любви.

- Шкала социальных способностей. На низшем полюсе находятся качества, характеризующие испытуемого как активную, общительную, непринужденную конкурентоспособную личность с богатым воображением и способностью на сильные чувства. На противоположном полюсе находится социальная слабость, которая характеризуется необщительностью, слабой способностью к самоотдаче, неспособностью к длительным привязанностям, бедной фантазией. Качества данной шкалы позволяют судить о степени зрелости личности.

2.2.3 Методика «Кто Я?» Куна - Макпартленда в модификации Т.В. Румянцевой (Румянцева Т.В., 2006).

Данная методика (Приложение В) является проективной и чрезвычайно проста в исполнении, что повлияло на ее выбор для данного исследования. В данном исследовании испытуемым предлагались два различных бланка, в одном из которых испытуемый на чистом листе должен составить список характеристик самого себя и выразить своё отношение к данным характеристикам при помощи знаков «+», «-» либо «+-», «?» если данная характеристика вызывает у испытуемого смешанное или неопределенное отношение. Второй бланк был предназначен для составления списка характеристик, свойственных по мнению испытуемого для его пациента и соответственной оценки своего отношения к данным характеристикам с помощью указанных выше знаков.

Исполнение методики в модификации Т.В. Румянцевой предполагает форму нестандартизированного самоописания с открытой формой и отсутствием жёсткой регламентации количества ответов. Для получения необходимого для анализа материала испытуемым в инструкции рекомендовалось давать не менее 10 ответов. Необходимо отметить, что формат данной методики предполагает, что испытуемым свойственно давать социально желательные стереотипные ответы, но в данном случае давая ответы исходя из идеальных представлений о себе, испытуемый предоставляет

большой пласт информации о своем самовосприятии, так как представления о том, каким человек хочет быть в глазах окружающих, дают важные сведения о его личности (А.А. Бодалев, В.В. Столин, 1987). Чтобы минимизировать проявления стереотипных ответов в инструкции проговаривается, что в данном задании нет неправильных или правильных ответов. Выполнение данной методики занимает около 10 минут.

Интерпретация результатов:

Интерпретация самооценки и оценки отношения к пациенту производилась при помощи подсчета количества положительно оцениваемых качеств по отношению к отрицательно оцениваемым качествам. Таким образом, выделялись 4 категории:

- Адекватная самооценка или адекватное восприятие пациента, при которой испытуемый воспринимает оцениваемые качества как с положительной, так и с отрицательной стороны, но с перевесом в положительную сторону;
- Неадекватно завышенная самооценка, при которой испытуемый воспринимает качества с преимущественно положительной стороны, практически не отмечая недостатков;
- Неадекватно заниженная самооценка, при которой испытуемый воспринимает качества с преимущественно отрицательной стороны, практически не отмечая достоинств;
- Неустойчивая самооценка, при которой испытуемый не может определиться с отношением к воспроизведенным ими качествам либо в равной степени отмечает положительные и отрицательные стороны. Данное состояние неопределенности зачастую носит временный характер так как является неустойчивым и несет дискомфорт.

Интерпретация ответов, данных испытуемым, производится путем соотнесения их с 7 ключевыми обобщенными показателями-компонентами идентичности, которые в общей сложности подразделяются на 24 показателя. В

данном исследовании выделены все 7 показателей-компонентов, а также наиболее часто встречающиеся категории показателя «Социальное Я»:

1. «Социальное Я» включает 7 показателей:
 - прямое обозначение пола (юноша, девушка; женщина);
 - сексуальная роль (любовник, любовница);
 - учебно-профессиональная ролевая позиция (студент, учусь в институте, врач, специалист);
 - семейная принадлежность, проявляющаяся через обозначение семейной роли (дочь, сын, брат, жена и т. д.);
 - этническо-региональная идентичность включает в себя этническую идентичность, гражданство (русский, татарин, гражданин, россиянин и др.) и локальную, местную идентичность (из Ярославля, Костромы, сибирячка и т. д.);
 - мировоззренческая идентичность: конфессиональная, политическая принадлежность (христианин, мусульманин, верующий);
 - групповая принадлежность: восприятие себя членом какой-либо группы людей (коллекционер, член общества).
2. «Коммуникативное Я» — включает в себя такие описания, как «друг, у меня много друзей, хожу в гости, люблю общаться с людьми; умею выслушать людей» и др.
3. «Материальное Я» — включает в себя такие аспекты, как:
 1. описание своей собственности (имею дом, одежду, автомобиль);
 2. оценку своей обеспеченности, отношение к материальным благам (бедный, богатый, состоятельный, люблю деньги);
 3. отношение к внешней среде (люблю море, не люблю зиму).
4. «Физическое Я» включает в себя описание своей внешности и физических характеристик и данных (сильный, приятный,

привлекательный), болезненных проявлений, пристрастий, вредных привычек.

5. «Деятельное Я» — включает в себя описания занятий, интересов, увлечения, деятельности, либо оценку способности к ней, оценку знаний, достижений (хорошо бегаю, умный; работоспособный, знаю испанский).
6. «Перспективное Я» — включает в себя пожелания, намерения, мечты, связанные различными сферами жизни, а также оценку стремлений (много желаю, стремящийся или целеустремленный человек).
7. «Рефлексивное Я» — включает в себя описания персональной идентичности, то есть личностные качества, особенности характера, описание стиля поведения (честный, замкнутая, иногда привередливый, иногда нетерпеливый и т. д.), персональные характеристики (кличка, гороскоп, имя и т. д.); эмоциональное отношение к себе (я классный, «хороший»), а также утверждения, которые глобальны и неконкретны (человек разумный, моя сущность).

Для анализа данной методики все данные испытуемыми характеристики были сопоставлены с релевантным показателем-компонентом, а также учтено отношение к ним самим испытуемым.

2.3. Процедура исследования.

Исследование производилось в учебных аудиториях СЗГМУ ИМ.И.И. Мечникова в присутствии исследователя, в комфортных для обследуемых условиях в очной форме. Испытуемым предъявлялись бланки методик и опросников, перед заполнением которых исследователь зачитывал инструкцию, подробно отвечая на вопросы, если таковые возникали. Работа с каждым испытуемым в среднем занимала около 50 минут.

2.4. Математико-статистические методы обработки данных.

Статистическая обработка данных производилась с помощью пакета SPSS for Windows. Для оценки различий между группами использовался критерий t-Стьюдента для метрических переменных, а также в частных случаях непараметрический критерий U-Манна-Уитни, предназначенный для исследования зависимых выборок, рассчитывали непараметрический критерий Хи-квадрат Пирсона, рассчитывали парные коэффициенты корреляции Спирмена, а также производился многомерный дисперсионный анализ.

Для каждого количественного признака рассчитывали: M – выборочное среднее, σ – стандартное отклонение, p – уровень статистической достоверности различий.

Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

ГЛАВА 3. РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В данной главе представлены результаты статистической обработки данных, полученных в ходе исследования.

3.1 Социально-демографическая характеристика изученной группы испытуемых.

В исследование включались врачи мужского и женского пола европеоидной расы в возрасте от 25 до 61 года (таблица 3). Средний возраст исследуемой группы психиатров составил $38,71 \pm 12,1$ лет, группы психиатров-наркологов – $42,96 \pm 8,3$ лет ($p > 0,05$).

Средний стаж работы исследуемой группы психиатров составил $11,15 \pm 6,7$ лет ($M \pm SD$), группы психиатров-наркологов – $15,04 \pm 7,0$ лет ($M \pm SD$).

Таблица 3

Стаж работы испытуемых

Выборка	N	Среднее (M_x)	Стд. отклонение (σ_x)
Психиатры	21	11,15	6,7
Психиатры-наркологи	24	15,04	7,0

Статистически значимых различий в возрасте представителей изучаемых групп не обнаружено ($p > 0,05$).

3.2 Средние групповые результаты экспериментальных методик.

Результаты, полученные по методике личностного дифференциала представлены в таблице 4.

Результаты, полученные по опроснику личностного дифференциала

Врачебная специальность		Среднее (M_x)	Стд. отклонение (σ_x)	р-уровень значимости
Оценка Я	психиатр	10,09	6,84	> 0.05
	нарколог	9,16	6,37	
Сила Я	психиатр	9,19	7,00	0.028**
	нарколог	5,25	5,58	
Активность Я	психиатр	8,04	4,75	> 0.05
	нарколог	5,91	5,43	
Оценка Типичного Пациента	психиатр	2,04	9,31	0.010**
	нарколог	-5,79	9,52	
Сила Типичного Пациента	психиатр	-1,38	5,50	0.013**
	нарколог	-5,16	5,97	
Активность Типичного Пациента	психиатр	-,33	7,54	> 0.05
	нарколог	-1,2	5,68	
Оценка Идеального Пациента	психиатр	12,85	5,57	> 0.05
	нарколог	8,91	9,42	
Сила Идеального Пациента	психиатр	3,95	6,11	> 0.05
	нарколог	4,83	6,39	
Активность Идеального Пациента	психиатр	5,38	4,06	> 0.05
	нарколог	5,5	4,31	

Примечание: статистическая достоверность различий между группами (U-Манна-Уитни): * - $p < 0.05$, ** - $p < 0.01$

По полученным данным можно сделать вывод, что врачи-психиатры статистически достоверно отличаются от психиатров-наркологов по

показателям шкал «Сила Я», «Оценка Типичного Пациента», а также «Сила Типичного Пациента».

Таким образом, различия по шкале «Сила Я» позволяют говорить о том, что врачи психиатры по сравнению с врачами психиатрами-наркологами оценивают себя как более уверенных и независимых, менее склонных подчиняться давлению внешних обстоятельств.

Несмотря на то, что по шкалам «Оценка Типичного Пациента» и «Сила Типичного Пациента» показатели находятся на низком уровне, заметна разница между психиатрами и наркологами.

Данные свидетельствуют о том, что врачи психиатры по сравнению с врачами психиатрами-наркологами в большей степени склонны принимать своего «типичного пациента» как личность и рассматривать его как носителя позитивных, социально желательных характеристик. При этом, психиатрам-наркологам свойственно оценивать своих «типичных пациентов» критически, скорее как имеющих малую личностную ценность.

Различия между группами по шкале «Сила Типичного Пациента» позволяют говорить о том, что в этом исследовании врачи психиатры по сравнению с врачами психиатрами-наркологами оценивают своих «типичных пациентов» как более уверенных и волевых.

Результаты, полученные по методике «Личностный дифференциал» направлены на изучение различий между «Я» и «Типичный пациент» по факторам Оценка, Сила и Активность представлены в таблице 5.

Таблица 5

Различия «Я» и «Типичного пациента» по результатам методики «Личностный дифференциал»

Исследуемый фактор		Среднее (M_x)	Стд. отклонение (σ_x)	р-уровень значимости
Сила	психиатр	10,57	10,75	> 0.05
	нарколог	10,42	10,24	
Оценка	психиатр	8,05	11,44	0.045*

Исследуемый фактор		Среднее (M_x)	Стд. отклонение (σ_x)	р-уровень значимости
	нарколог	14,96	13,29	
Активность	психиатр	8,39	10,5	> 0.05
	нарколог	7,12	8,52	

Примечание: статистическая достоверность различий между группами (U-Манна-Уитни): * - $p < 0.05$, ** - $p < 0.01$

По полученным данным можно сделать вывод, что врачи-психиатры статистически достоверно отличаются от психиатров-наркологов по показателю шкалы «Оценка». Это говорит о том, что показатели по фактору «Оценка» между «Я» и «Типичный пациент» у психиатров менее различаются по сравнению с врачами психиатрами-наркологами.

Менее различающиеся показатели по данному фактору позволяют психиатрам в большей степени, нежели психиатрам-наркологам, чувствовать близость к своим пациентам, воспринимать их «как равных» и испытывать по отношению к ним эмпатию.

Результаты, полученные по оценке «Я» при помощи Гиссенского личностного опросника представлены в таблице 6. Для анализа шкал «Социального одобрения» и «Преобладающего настроения» потребовалась дополнительная проверка критерием U-Манна-Уитни.

Таблица 6

Результаты, полученные по Гиссенскому личностному опроснику

Врачебная специальность		Среднее (M_x)	Стд. отклонение (σ_x)	р-уровень значимости
Оценка «Я»				
Доминантность	психиатр	45,38	9,89	> 0.05
	нарколог	50,25	7,45	
Контроль	психиатр	49,23	9,79	> 0.05
	нарколог	54,16	6,86	

Врачебная специальность		Среднее (M_x)	Стд. отклонение (σ_x)	р-уровень значимости
Открытость	психиатр	52,71	9,38	> 0.05
	нарколог	54,83	10,96	
Социальные способности	психиатр	50,66	13,54	> 0.05
	нарколог	52,33	10,81	
Социальное одобрение	психиатр	52,23	11,86	< 0.000**
	нарколог	31,91	16,14	
Преобладающее настроение	психиатр	52,23	11,86	> 0.05
	нарколог	31,91	16,14	

Примечание: статистическая достоверность различий между группами (U-Манна-Уитни): * - $p < 0.05$, ** - $p < 0.01$

По полученным данным можно сделать вывод, что врачи-психиатры статистически достоверно различаются от психиатров-наркологов по шкале социального одобрения. Согласно вышеприведенным данным, психиатры в сравнении с врачами психиатрами-наркологами показали себя как более уверенные в своей положительной социальной репутации, привлекательности, популярности, способности добиваться поставленной цели, уважения и высокой оценки других людей.

В целом, психиатры оценивают себя как более способных успешно взаимодействовать с другими людьми, нежели психиатры-наркологи.

Результаты, полученные по оценке «Типичного пациента» при помощи Гиссенского личностного опросника представлены в таблице 7.

Таблица 7

Результаты, полученные по Гиссенскому личностному опроснику

Врачебная специальность		Среднее (M_x)	Стд. отклонение (σ_x)	р-уровень значимости
Оценка «Типичный пациент»				
Социальное	психиатр	33,61	15,43	> 0.05

Врачебная специальность		Среднее (M_x)	Стд. отклонение (σ_x)	р-уровень значимости
одобрение	нарколог	30,95	15,05	
Доминантность	психиатр	41,14	11,59	> 0.05
	нарколог	37,08	8,72	
Контроль	психиатр	51,85	9,49	> 0.05
	нарколог	48,58	8,87	
Преобладающее настроение	психиатр	54,9	9,54	> 0.05
	нарколог	51,37	7,29	
Открытость	психиатр	66,09	10,44	> 0.05
	нарколог	63,5	9,78	
Социальные способности	психиатр	64,71	12,74	> 0.05
	нарколог	64,33	11,41	

Примечание: статистическая достоверность различий между группами (U-Манна-Уитни): * - $p < 0.05$, ** - $p < 0.01$

Согласно вышеприведенным результатам, различия в оценке типичного пациента по 6 основным шкалам опросника не достигают уровня статистической значимости.

Результаты, полученные по оценке «Идеального пациента» при помощи Гиссенского личностного опросника представлены в таблице 8.

Таблица 8

Результаты, полученные по Гиссенскому личностному опроснику

Врачебная специальность		Среднее (M_x)	Стд. отклонение (σ_x)	р-уровень значимости
Оценка «Идеальный пациент»				
Социальное одобрение	психиатр	46,8	12,64	> 0.05
	нарколог	48,12	14,89	
Доминантность	психиатр	56,71	9,38	> 0.05

Врачебная специальность		Среднее (M_x)	Стд. отклонение (σ_x)	р-уровень значимости
	нарколог	54,25	9,63	
Контроль	психиатр	53,76	6,45	> 0.05
	нарколог	51,25	7,41	
Преобладающее настроение	психиатр	45,90	12,45	> 0.05
	нарколог	46,79	10,71	
Открытость	психиатр	51,09	11,35	> 0.05
	нарколог	52,04	10,4	
Социальные способности	психиатр	55,28	9,46	> 0.05
	нарколог	55,91	10,18	

Примечание: статистическая достоверность различий между группами (U-Манна-Уитни): * - $p < 0.05$, ** - $p < 0.01$

Согласно вышеприведенным результатам, различия в оценке идеального пациента по 6 основным шкалам опросника не достигают уровня статистической значимости.

Результаты, полученные по оценке «Кто Я?» при помощи теста Куна-Макпартленда представлены в таблице 9.

Таблица 9

Результаты, полученные по тесту Куна-Макпартленда

Врачебная специальность		Среднее (M_x)	Стд. отклонение (σ_x)	р-уровень значимос ти
Оценка «Кто Я?»				
Социальное Я Пол	психиатр	.24	.436	> 0.05
	нарколог	.29	.464	
Социальное Я	психиатр	.05	.218	> 0.05

Врачебная специальность		Среднее (M_x)	Стд. отклонение (σ_x)	р-уровень значимос ти
сексуальная роль	нарколог	.08	.282	
Социальное Я профессиональная позиция	психиатр	.67	.796	> 0.05
	нарколог	.92	1.060	
Социальное Я семейная принадлежность	психиатр	1.00	1.140	> 0.05
	нарколог	1.25	1.073	
Социальное Я этническо- региональная идентичность	психиатр	.19	.512	> 0.05
	нарколог	.08	.282	
Социальное Я мировоззренческая идентичность	психиатр	.19	.512	> 0.05
	нарколог	.04	.204	
Социальное Я групповая принадлежность	психиатр	.14	.359	> 0.05
	нарколог	.17	.482	
Коммуникативное Я	психиатр	.67	.913	> 0.05
	нарколог	.83	.761	
Материальное Я	психиатр	.14	.655	> 0.05
	нарколог	.04	.204	
Физическое Я	психиатр	.33	.577	> 0.05
	нарколог	.58	.776	
Деятельное Я	психиатр	1.14	1.352	> 0.05

Врачебная специальность		Среднее (M_x)	Стд. отклонение (σ_x)	р-уровень значимос ти
	нарколог	1.13	1.296	
Перспективное Я	психиатр	.10	.301	> 0.05
	нарколог	.08	.282	
Рефлексивное Я	психиатр	5.38	2.598	> 0.05
	нарколог	4.83	2.496	
Число характеристик	психиатр	10.24	.539	> 0.05
	нарколог	10.33	.816	

Примечание: статистическая достоверность различий между группами (U-Манна-Уитни): * - $p < 0.05$, ** - $p < 0.01$

Необходимо отметить, что наибольшее количество данных характеристик, как психиатрами, так и наркологами относилось к категории «Рефлексивное Я», а также к категории «Социальное Я, семейная принадлежность». Несмотря на это, полученные различия не достигли уровня статистической значимости.

Результаты, полученные по оценке «Кто мой пациент?» при помощи теста Куна-Макпартленда представлены в таблице 10.

Таблица 10

Результаты, полученные по тесту Куна-Макпартленда

Врачебная специальность		Среднее (M_x)	Стд. отклонение (σ_x)	р-уровень значимос ти
Оценка «Кто мой пациент?»				
Социальное Я Пол	психиатр	.29	.561	> 0.05
	нарколог	.42	.717	
Социальное Я	психиатр	0.00	,000 ^a	> 0.05

Врачебная специальность		Среднее (M_x)	Стд. отклонение (σ_x)	р-уровень значимос ти
сексуальная роль	нарколог	0.00	,000 ^a	
Социальное Я профессиональная позиция	психиатр	.52	.928	> 0.05
	нарколог	.29	.751	
Социальное Я семейная принадлежность	психиатр	.62	1.396	> 0.05
	нарколог	.83	1.435	
Социальное Я этно-региональная идентичность	психиатр	0.00	0.000	> 0.05
	нарколог	.04	.204	
Социальное Я мировоззренческая идентичность	психиатр	0.00	,000 ^a	> 0.05
	нарколог	0.00	,000 ^a	
Социальное Я групповая принадлежность	психиатр	.33	.796	> 0.05
	нарколог	.33	.761	
Коммуникативное Я	психиатр	.52	.680	> 0.05
	нарколог	.46	.658	
Материальное Я	психиатр	.05	.218	> 0.05
	нарколог	.04	.204	
Физическое Я	психиатр	1.76	1.670	> 0.05
	нарколог	1.63	1.135	
Деятельное Я	психиатр	.43	.507	> 0.05
	нарколог	.54	.833	

Врачебная специальность		Среднее (M_x)	Стд. отклонение (σ_x)	р-уровень значимос ти
Перспективное Я	психиатр	.24	.889	> 0.05
	нарколог	.13	.338	
Рефлексивное Я	психиатр	5.48	2.874	> 0.05
	нарколог	5.58	2.394	
Число характеристик	психиатр	10.24	.944	> 0.05
	нарколог	10.29	.690	

Примечание: статистическая достоверность различий между группами (U–Манна-Уитни): * - $p < 0.05$, ** - $p < 0.01$

Необходимо отметить, что наибольшее количество данных характеристик как психиатрами, так и наркологами относилось к категории «Рефлексивное Я» и «Физическое Я». Тем не менее, по всем исследованным шкалам теста Куна-Макпартленда полученные различия не достигли уровня значимости.

3.3 Результаты корреляционного анализа.

В соответствии с рис. 1, по результатам корреляционного анализа методики Личностного дифференциала по шкалам «Оценки», «Силы» и «Активности» Я, типичного и идеального пациента у психиатров обнаруживаются положительные связи между «Силой» и «Активностью» Я ($r = 0.44$, $p = 0.046$), «Оценкой» и «Силой» типичного пациента ($r = 0.86$, $p < 0.001$), «Оценкой» и «Активностью» типичного пациента ($r = 0.72$, $p < 0.001$), «Силой» и «Активностью» типичного пациента ($r = 0.60$, $p = 0.04$), а также между «Силой» типичного и «Силой» идеального пациента ($r = 0.49$, $p = 0.024$). Отрицательные связи обнаруживаются между «Силой» Я и «Силой» типичного пациента ($r = -0.46$, $p = 0.037$), а также «Активностью» Я и «Силой» типичного пациента ($r = -0.53$, $p = 0.014$).



Рис. 1 Результаты корреляционного анализа по методике Личностного дифференциала у врачей-психиатров

В соответствии с рис. 2, корреляционный анализ показателей «Оценки», «Силы» и «Активности» Я, типичного и идеального пациента у психиатров-наркологов выявил следующие положительные статистически достоверные взаимосвязи: между «Оценкой» и «Силой» Я ($r = 0.38, p = 0.011$), «Оценкой» и «Активностью» Я ($r = 0.43, p = 0.003$), «Силой» и «Активностью» Я ($r = 0.43, p = 0.003$); между «Оценкой» и «Силой» ($r = 0.71, p < 0.001$), «Оценкой» и «Активностью» ($r = 0.62, p < 0.001$), «Силой» и «Активностью» ($r = 0.54, p < 0.001$) типичного пациента; между «Оценкой» и «Силой» ($r = 0.60, p < 0.001$), «Оценкой» и «Активностью» ($r = 0.53, p < 0.001$), «Силой» и «Активностью» ($r = 0.47, p = 0.001$) идеального пациента, а также между «Оценкой» типичного и идеального пациента ($r = 0.29, p = 0.050$). Помимо этого наблюдается статистически достоверная отрицательная взаимосвязь между «Силой» Я и «Силой» типичного пациента ($r = -0.32, p = 0.030$).

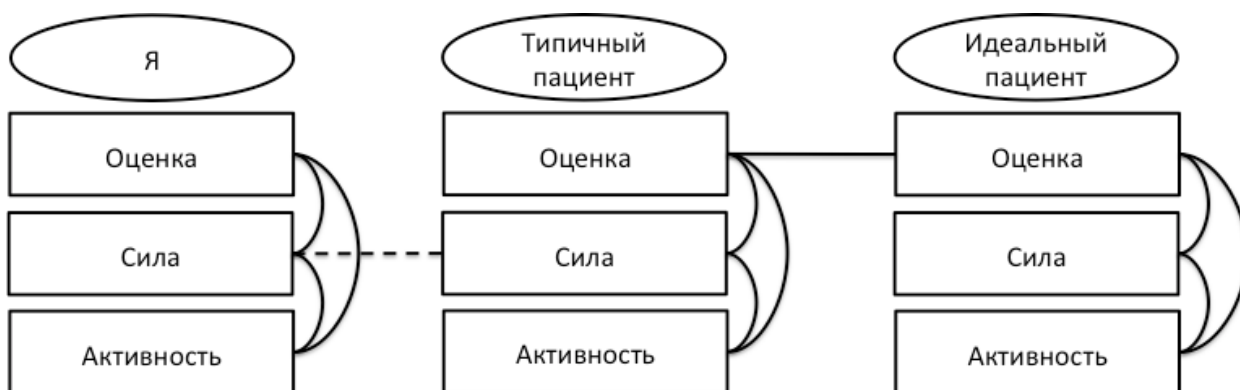


Рис. 2 Результаты корреляционного анализа по методике Личностного дифференциала у психиатров-наркологов

Корреляционный анализ психиатров по шкалам Гиссенского личностного опросника согласно бланкам Я, типичного и идеального пациента выявил следующие статистически достоверные взаимосвязи в соответствии с рис. 3.

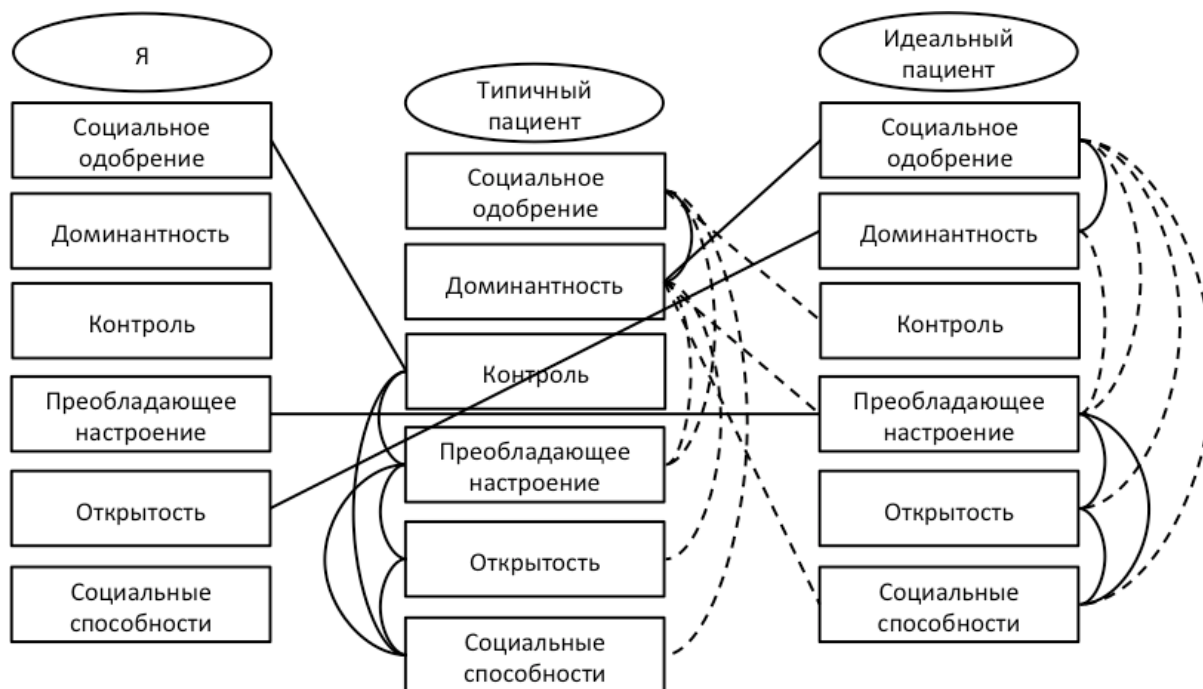


Рис. 3 Результаты корреляционного анализа врачей-психиатров по Гиссенскому личностному опроснику

По данным анализа коэффициента корреляции Спирмена (r) с учетом уровня значимости (p) были получены следующие данные:

Положительные взаимосвязи обнаруживаются между социальным одобрением Я и контролем типичного пациента ($r = 0.46$, $p = 0.036$), преобладающим настроением Я и преобладающим настроением идеального пациента ($r = 0.47$, $p = 0.031$), открытостью Я и доминантностью идеального пациента ($r = 0.56$, $p = 0.08$), социальным одобрением и доминантностью типичного пациента ($r = 0.55$, $p = 0.10$), контролем и преобладающим настроением типичного пациента ($r = 0.46$, $p = 0.036$), контролем и социальными способностями типичного пациента ($r = 0.44$, $p = 0.045$), между преобладающим настроением и открытостью типичного пациента ($r = 0.49$, $p = 0.026$), преобладающим настроением и социальными способностями типичного пациента ($r = 0.58$, $p = 0.006$), открытостью и социальными способностями

типичного пациента ($r = 0.49$, $p = 0.026$), а также между доминантностью типичного пациента и социальным одобрением идеального пациента ($r = 0.44$, $p = 0.045$), а также между социальным одобрением и доминантностью идеального пациента ($r = 0.51$, $p = 0.020$), между преобладающим настроением и открытостью идеального пациента ($r = 0.47$, $p = 0.033$), преобладающим настроением и социальными способностями идеального пациента ($r = 0.52$, $p = 0.015$), а также открытостью и социальными способностями идеального пациента ($r = 0.85$, $p < 0.001$).

Отрицательные связи обнаруживаются между социальным одобрением и преобладающим настроением типичного пациента ($r = -0.66$, $p = 0.001$), социальным одобрением и социальными способностями типичного пациента ($r = -0.69$, $p = 0.001$), между социальным одобрением типичного и контролем идеального пациента ($r = -0.45$, $p = 0.040$), доминантностью и преобладающим настроением типичного пациента ($r = -0.44$, $p = 0.046$), между доминантностью и открытостью типичного пациента ($r = -0.45$, $p = 0.042$), между доминантностью типичного и преобладающим настроением идеального пациента ($r = -0.48$, $p = 0.026$), доминантностью типичного пациента и социальными способностями идеального пациента ($r = -0.51$, $p = 0.017$), а также социальным одобрением и преобладающим настроением идеального пациента ($r = -0.76$, $p < 0.001$), социальным одобрением и открытостью идеального пациента ($r = -0.76$, $p < 0.001$), между социальным одобрением и социальными способностями идеального пациента ($r = -0.77$, $p < 0.001$), доминантностью и преобладающим настроением идеального пациента ($r = -0.45$, $p = 0.038$).

Корреляционный анализ психиатров-наркологов по шкалам Гиссенского личностного опросника согласно бланкам Я, типичного и идеального пациента выявил следующие статистически достоверные взаимосвязи в соответствии с рис. 4.

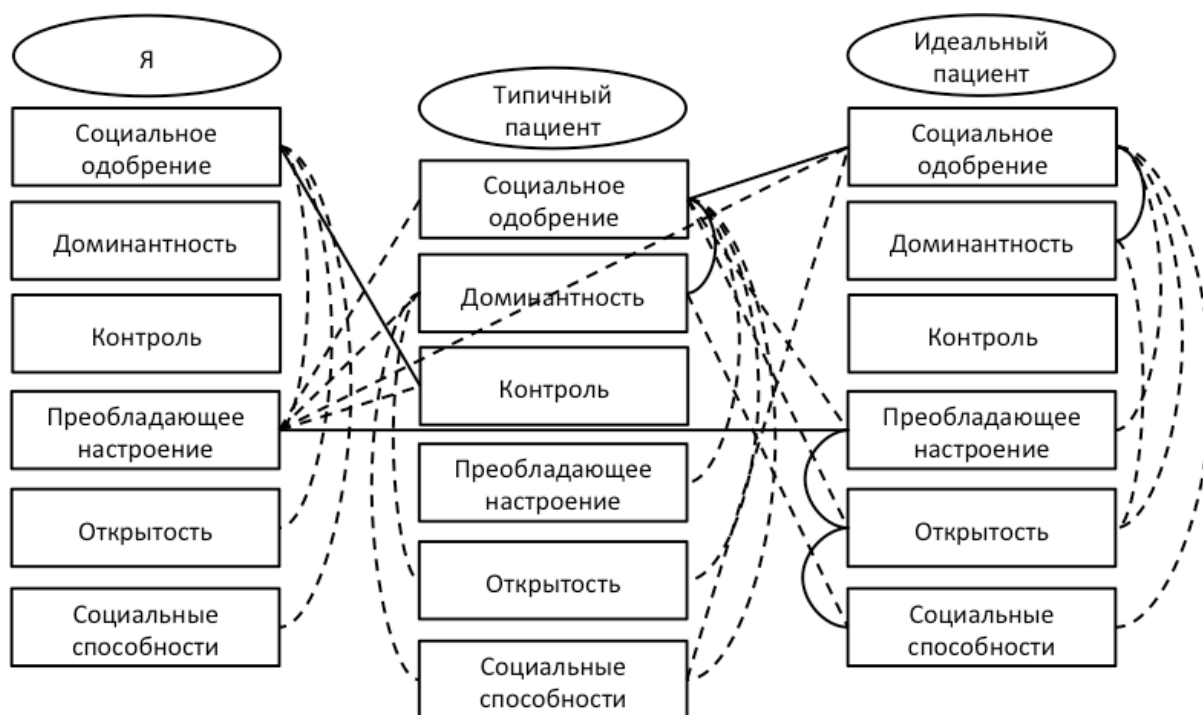


Рис. 4 Результаты корреляционного анализа психиатров-наркологов по Гиссенскому личностному опроснику

По данным анализа коэффициента корреляции Спирмена (r) с учетом уровня значимости (p) были получены следующие данные:

В выборке врачей-наркологов обнаруживаются следующие статистически достоверные взаимосвязи. Положительные связи: социальное одобрение Я связано с контролем типичного пациента ($r = 0.45$, $p = 0.002$), между преобладающим настроением Я и идеального пациента ($r = 0.39$, $p = 0.009$), между социальным одобрением и доминантностью типичного пациента ($r = 0.50$, $p = 0.001$), между социальным одобрением типичного и социальным одобрением идеального пациента ($r = 0.32$, $p = 0.034$), между социальным одобрением и доминантностью идеального пациента ($r = 0.39$, $p = 0.008$), преобладающим настроением и открытостью идеального пациента ($r = 0.35$, $p = 0.017$), а также открытостью и социальными способностями идеального пациента ($r = 0.67$, $p < 0.001$).

Отрицательные связи обнаруживаются между социальным одобрением и преобладающим настроением Я ($r = -0.36$, $p = 0.017$), социальным одобрением и открытостью Я ($r = -0.39$, $p = 0.008$), социальным одобрением и социальными

способностями Я ($r = -0.30$, $p = 0.045$), между преобладающим настроением Я и социальным одобрением типичного пациента ($r = -0.36$, $p = 0.016$), преобладающим настроением Я и доминантностью типичного пациента ($r = -0.45$, $p = 0.002$), преобладающим настроением Я и контролем типичного пациента ($r = -0.35$, $p = 0.018$), между социальным одобрением и преобладающим настроением типичного пациента ($r = -0.48$, $p = 0.001$), социальным одобрением и открытостью типичного пациента ($r = -0.48$, $p = 0.001$), социальным одобрением и социальными способностями типичного пациента ($r = -0.56$, $p < 0.001$), между социальным одобрением типичного и преобладающим настроением идеального пациента ($r = -0.37$, $p = 0.012$), социальным одобрением типичного и открытостью идеального пациента ($r = -0.31$, $p = 0.041$), доминантностью типичного и социальными способностями идеального пациента ($r = -0.34$, $p = 0.023$), социальными способностями типичного и социальным одобрением идеального пациента ($r = -0.33$, $p = 0.027$), а также между социальным одобрением и преобладающим настроением идеального пациента ($r = -0.55$, $p < 0.001$), социальным одобрением и открытостью идеального пациента ($r = -0.67$, $p < 0.001$), социальным одобрением и социальными способностями идеального пациента ($r = -0.63$, $p < 0.001$), доминантностью и открытостью идеального пациента ($r = -0.55$, $p < 0.001$).

В соответствии с рис. 5, корреляционный анализ образа Я и образа типичного пациента у психиатров по методике Куна-Макпартленда выявил следующие статистически достоверные взаимосвязи.

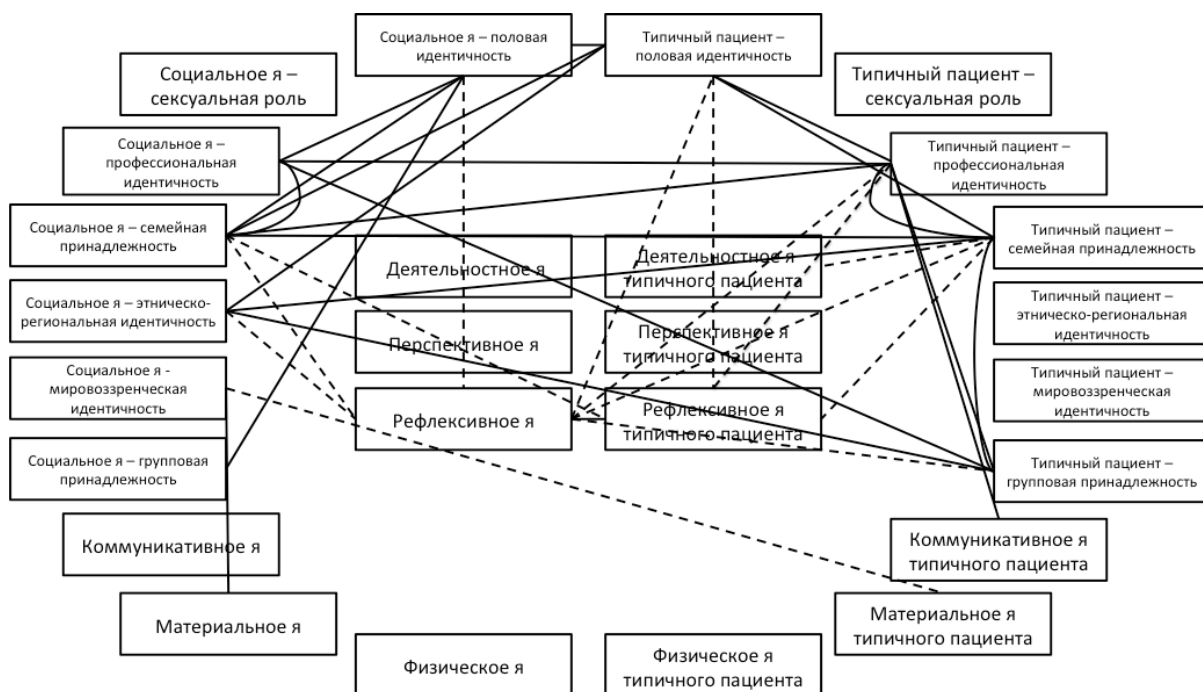


Рис. 5 Результаты корреляционного анализа по методике Куна-Макпартленда у психиатров

По данным анализа коэффициента корреляции Спирмена (r) с учетом уровня значимости (p) были получены следующие данные:

Положительные связи обнаруживаются между половой идентичностью Я и типичного пациента ($r = 0.50$, $p = 0.017$), половой и профессиональной идентичностью Я ($r = 0.46$, $p = 0.037$), половой идентичностью и семейной принадлежностью Я ($r = 0.60$, $p = 0.004$), половой идентичностью и групповой принадлежностью Я ($r = 0.73$, $p < 0.001$), профессиональной идентичностью Я и профессиональной идентичностью типичного пациента ($r = 0.52$, $p = 0.016$), профессиональной идентичностью и семейной принадлежностью Я ($r = 0.55$, $p = 0.010$), профессиональной принадлежностью Я и групповой принадлежностью типичного пациента ($r = 0.55$, $p = 0.010$), между семейной принадлежностью Я и половой идентичностью типичного пациента ($r = 0.61$, $p = 0.003$), семейной принадлежностью Я и профессиональной идентичностью типичного пациента ($r = 0.79$, $p < 0.001$), семейной принадлежностью Я и типичного пациента ($r = 0.74$, $p < 0.001$), между этническо-региональной идентичностью Я и половой идентичностью типичного пациента ($r = 0.46$, $p = 0.030$), этническо-региональной идентичностью Я и семейной принадлежностью типичного ($r =$

0.44, $p = 0.044$), этническо-региональной идентичностью Я и групповой принадлежностью типичного пациента ($r = 0.49$, $p = 0.025$), мировоззренческой идентичностью и материальным Я ($r = 0.61$, $p = 0.004$), между половой принадлежностью и профессиональной идентичностью типичного пациента ($r = 0.57$, $p = 0.007$), половой идентичностью и семейной принадлежностью типичного пациента ($r = 0.52$, $p = 0.017$), профессиональной принадлежностью и семейной принадлежностью типичного пациента ($r = 0.86$, $p < 0.001$), профессиональной принадлежностью и групповой принадлежностью типичного пациента ($r = 0.54$, $p = 0.011$), профессиональной принадлежностью и коммуникативным Я типичного пациента ($r = 0.44$, $p = 0.046$), а также между семейной принадлежностью и групповой принадлежностью типичного пациента ($r = 0.64$, $p = 0.002$) и рефлексивным Я врача и типичного пациента ($r = 0.65$, $p = 0.001$).

Отрицательные взаимосвязи обнаруживаются между половой принадлежностью Я и рефлексивным Я ($r = -0.51$, $p = 0.017$), семейной принадлежностью Я и рефлексивным Я типичного пациента ($r = -0.70$, $p < 0.001$), семейной принадлежностью Я и рефлексивным Я ($r = -0.53$, $p = 0.014$), этническо-региональной идентичностью Я и рефлексивным Я ($r = -0.60$, $p = 0.004$), мировоззренческой идентичностью Я и материальным Я типичного пациента ($r = -0.45$, $p = 0.040$), половой идентичностью типичного пациента и рефлексивным Я врача ($r = -0.55$, $p = 0.009$), половой принадлежностью и рефлексивным Я типичного пациента ($r = -0.54$, $p = 0.012$), профессиональной идентичностью типичного пациента и рефлексивным Я врача ($r = -0.56$, $p = 0.008$), профессиональной идентичностью и рефлексивным Я типичного пациента ($r = -0.75$, $p < 0.001$), семейной принадлежностью и деятельным Я типичного пациента ($r = -0.48$, $p = 0.028$), семейной принадлежностью типичного пациента и рефлексивным Я ($r = -0.56$, $p = 0.008$), семейной принадлежностью и рефлексивным Я типичного пациента ($r = -0.63$, $p = 0.002$), а также групповой принадлежностью типичного пациента и рефлексивным Я врача ($r = -0.49$, $p = 0.026$).

В соответствии с рис. 6, корреляционный анализ взаимосвязей между характеристиками Я врача и типичного пациента у психиатров-наркологов по методике Куна-Макпартленда выявил следующие статистически достоверные взаимосвязи.

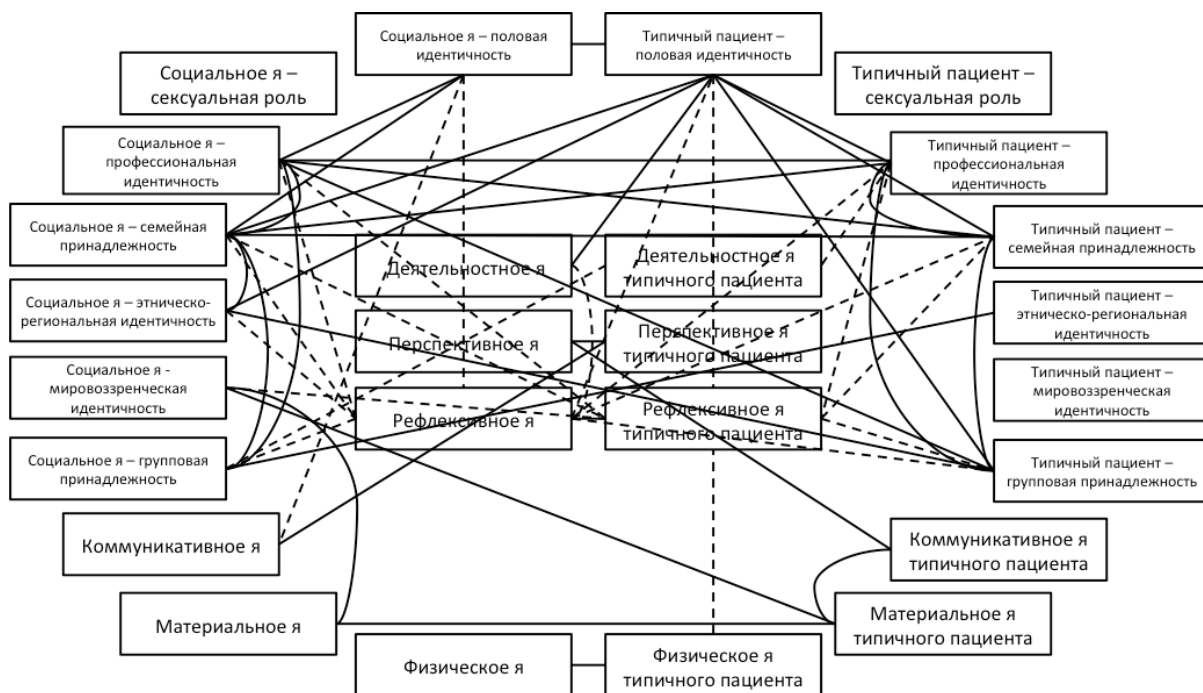


Рис. 6 Результаты корреляционного анализа по методике Куна-Макпартленда у наркологов

По данным анализа коэффициента корреляции Спирмена (r) с учетом уровня значимости (p) были получены следующие данные:

Положительные взаимосвязи обнаруживаются между половой и профессиональной идентичностью Я ($r = 0.32$, $p = 0.033$), половой идентичностью и семейной принадлежностью Я ($r = 0.33$, $p = 0.027$), а также между половой идентичностью врача и типичного пациента ($r = 0.45$, $p = 0.002$), профессиональной идентичностью Я и профессиональной идентичностью типичного пациента ($r = 0.36$, $p = 0.014$), профессиональной идентичностью Я и семейной принадлежностью типичного пациента ($r = 0.34$, $p = 0.024$), половой идентичностью и групповой принадлежностью типичного пациента ($r = 0.48$, $p = 0.001$), профессиональной идентичностью и семейной принадлежностью Я ($r = 0.46$, $p = 0.001$), профессиональной идентичностью и групповой

принадлежностью Я ($r = 0.39$, $p = 0.008$), семейной принадлежностью Я и половой идентичностью типичного пациента ($r = 0.41$, $p = 0.005$), семейной принадлежностью Я и профессиональной идентичностью типичного пациента ($r = 0.42$, $p = 0.004$), семейной принадлежностью Я и типичного пациента ($r = 0.56$, $p < 0.001$), семейной принадлежностью Я и этническо-региональной идентичностью Я ($r = 0.35$, $p = 0.019$), семейной и групповой принадлежностью Я ($r = 0.39$, $p = 0.011$), этническо-региональной идентичностью Я и половой идентичностью типичного пациента ($r = 0.32$, $p = 0.035$), этническо-региональной идентичностью Я и групповой принадлежностью типичного пациента ($r = 0.36$, $p = 0.014$), мировоззренческой идентичностью Я и материальным Я ($r = 0.35$, $p = 0.020$), между мировоззренческой идентичностью Я и материальным Я типичного пациента ($r = 0.34$, $p = 0.036$), между материальным Я врача и типичного пациента ($r = 0.49$, $p = 0.001$), перспективным Я врача и типичного пациента ($r = 0.38$, $p = 0.011$), рефлексивным Я врача и типичного пациента ($r = 0.62$, $p < 0.001$), половой и профессиональной идентичностью типичного пациента ($r = 0.34$, $p = 0.024$), половой идентичностью и семейной принадлежностью типичного пациента ($r = 0.39$, $p = 0.08$), половой принадлежностью типичного пациента и деятельностным Я врача ($r = 0.35$, $p = 0.020$), профессиональной идентичностью и семейной принадлежностью типичного пациента ($r = 0.55$, $p < 0.001$), профессиональной идентичностью и групповой принадлежностью типичного пациента ($r = 0.57$, $p < 0.001$), семейной и групповой принадлежностью типичного пациента ($r = 0.48$, $p = 0.001$), а также между коммуникативным и материальным Я типичного пациента ($r = 0.31$, $p = 0.041$).

Отрицательные взаимосвязи обнаруживаются между половой идентичностью Я и рефлексивным Я ($r = -0.44$, $p = 0.002$), половой идентичностью Я и коммуникативным Я ($r = -0.30$, $p = 0.044$), профессиональной идентичностью врача и рефлексивным Я типичного пациента ($r = -0.35$, $p = 0.019$), профессиональной идентичностью и рефлексивным Я врача ($r = -0.52$, $p < 0.001$), семейной принадлежностью врача

и рефлексивным Я типичного пациента ($r = -0.47$, $p = 0.001$), семейной принадлежностью и рефлексивным Я врача ($r = -0.70$, $p < 0.001$), этническо-региональной идентичностью и рефлексивным Я ($r = -0.48$, $p = 0.001$), мировоззренческой идентичностью врача и рефлексивным Я типичного пациента ($r = -0.34$, $p = 0.022$), групповой принадлежностью и рефлексивным Я врача ($r = -0.40$, $p = 0.007$), групповой принадлежностью врача и деятельностным Я типичного пациента ($r = -0.31$, $p = 0.036$), деятельностным и рефлексивным Я врача ($r = -0.46$, $p = 0.001$), половой идентичностью типичного пациента и рефлексивным Я врача ($r = -0.48$, $p = 0.001$), половой идентичностью и рефлексивным Я типичного пациента ($r = -0.45$, $p = 0.002$), профессиональной идентичностью типичного пациента и рефлексивным Я врача ($r = -0.38$, $p = 0.011$), профессиональной идентичностью и деятельным Я типичного пациента ($r = -0.32$, $p = 0.031$), профессиональной идентичностью и рефлексивным Я типичного пациента ($r = -0.64$, $p < 0.001$), семейной принадлежностью и рефлексивным Я типичного пациента ($r = -0.67$, $p < 0.001$), семейной принадлежностью типичного пациента и рефлексивным Я врача ($r = -0.58$, $p < 0.001$), групповой принадлежностью и рефлексивным Я типичного пациента ($r = -0.51$, $p < 0.001$), рефлексивным и физическим Я типичного пациента ($r = -0.35$, $p = 0.019$).

3.4 Результаты частотного анализа по тесту Куна-Макпартленда.

С помощью непараметрического критерия Хи-квадрат Пирсона мы сравнивали частоты ответов по шкалам «Самооценки» и «Оценки типичного пациента» в зависимости от врачебной специальности и пола врача.

На таблице 11 представлены результаты анализа частот ответов по шкале «Самооценки» бланка «Кто Я» в зависимости от врачебной специальности.

**Результаты анализа частот ответов по шкале «Самооценки» теста
Куна-Макпартленда**

		Самооценка – «Кто я»		
		адекватная	неадекватно завышенная	неустойчивая
Врачебная специальность	психиатр	10	8	3
	нарколог	11	5	8

Несмотря на то, что сравнительное большее количество психиатров в выборке имеют неадекватно завышенную самооценку, а врачи-наркологи – неустойчивую, эти различия не достигают уровня статистической значимости ($p > 0.005$).

На таблице 12 представлены результаты анализа частот ответов по шкале «Оценки типичного пациента» бланка «Кто пациент» в зависимости от врачебной специальности.

**Результаты анализа частот ответов по шкале «Оценка типичного
пациента» теста Куна-Макпартленда**

	Оценка типичного пациента – «Кто пациент»			
	адекватная	неадекватно завышенная	неадекватно заниженная	неустойчивая
психиатр	3	5	6	7
нарколог	3	8	9	4

Несмотря на то, что сравнительное большее количество наркологов в выборке имеют неадекватно завышенную и неадекватно заниженные оценки, типичного пациента, а врачи-психиатры – неустойчивую, эти различия не достигают уровня статистической значимости ($p > 0.005$).

На таблице 13 представлены результаты анализа частот ответов по шкале «Самооценки» бланка «Кто Я» в зависимости от пола.

Несмотря на то, что сравнительное большее количество врачей-женщин, в сравнении с мужчинами, имеют адекватную самооценку, эти различия не достигают уровня статистической значимости ($p > 0.005$).

В таблице 14 представлены результаты анализа частот ответов по шкале «Оценки типичного пациента» бланка «Кто пациент» в зависимости от пола.

Таблица 13

Результаты анализа частот ответов по шкале «Самооценки» теста Куна-Макпартленда

		Самооценка – «Кто я»		
		адекватная	неадекватно завышенная	неустойчивая
Пол	м	8	6	6
	ж	13	7	5

Таблица 14

Результаты анализа частот ответов по шкале «Оценка типичного пациента» теста Куна-Макпартленда

		Оценка типичного пациента – «Кто пациент»			
		адекватная	неадекватно завышенная	неадекватно заниженная	неустойчивая
Пол	м	1	7	6	6
	ж	5	6	9	5

Несмотря на то, что сравнительное большее количество врачей-женщин, в сравнении с мужчинами, имеют адекватную оценку типичного пациента, а врачи-мужчины – неадекватно заниженную, эти различия не достигают уровня статистической значимости ($p > 0.005$).

Таким образом, по самооценке и оценке типичного пациента в выборке врачей не различаются между собой оценки врачей разного пола и специальностей.

3.5 Результаты многомерного дисперсионного анализа.

С помощью многомерного дисперсионного анализа мы предприняли попытку оценить влияние пола, стажа работы на исследуемые показатели, причем пол был взят в качестве межгруппового фактора, а выраженный в метрической шкале стаж – в качестве ковариаты. В результате нами было обнаружено, что ни фактор пол ($F(1,42) = 3.736, p > 0.005$), ни стаж работы ($F(1,42) = 0.582, p > 0.005$) не оказывают статистически достоверного влияния на изучаемые показатели, что говорит о том, что пол и стаж не влияют на личностные характеристики и оценки себя и пациентов у исследуемых специалистов.

ВЫВОДЫ

1) Были выявлены значимые различия по шкале «Сила Я» методики личностного дифференциала, которые говорят о том, что врачи психиатры оценивают себя как более уверенных и независимых, менее склонных подчиняться давлению внешних обстоятельств по сравнению с врачами психиатрами-наркологами.

2) И врачам психиатрам, и врачам психиатрам-наркологам свойственно воспринимать своих пациентов астеничными, тревожными, с низкой развитостью волевых сторон личности, что отражено в низких показателях шкалы «Сила – типичный пациент» методики личностного дифференциала.

3) Врачи психиатры-наркологи имеют более низкий уровень уважения по отношению к своим типичным пациентам, в то время как врачи психиатры находят своих пациентов более уверенными, волевыми и самостоятельными. Психиатры по сравнению с психиатрами-наркологами в большей степени склонны принимать своего «типичного пациента» как личность и рассматривать его как носителя позитивных, социально желательных характеристик, что подтверждается соответствующими статистически значимыми различиями показателей по шкалам «Оценка – типичный пациент» и «Сила – типичный пациент» методики личностного дифференциала. Данные результаты отражают особенности работы с зависимыми пациентами и компонент большей социальной стигматизации данной категории больных.

4) Подтвердилась гипотеза о том, что психиатры более высоко оценивают свою социальную репутацию по сравнению с психиатрами-наркологами. Данные исследования по Гиссенскому личностному опроснику показывают более высокие значения по шкале «Социального одобрения» у психиатров. Эти данные говорят о том, что психиатры больше испытывают уверенность в своей положительной социальной репутации, привлекательности, популярности, способности добиваться поставленной цели,

уважения и высокой оценки других людей по сравнению с психиатрами-наркологами.

5) Подтвердилась гипотеза о наибольшей выраженности различий при сопоставлении субъективной Оценки образа «Я» и образа своего типичного пациента в группе врачей психиатров-наркологов, нежели в группе психиатров. При сравнении различий «Я» и «Типичного пациента» по методике Личностного дифференциала в группах психиатров и психиатров-наркологов были получены данные, которые свидетельствуют о менее выраженных различиях у врачей психиатров, что позволяет им в большей степени почувствовать близость к своим пациентам, воспринимать их «как равных» и испытывать по отношению к ним эмпатию по сравнению с врачами психиатрами-наркологами.

6) При помощи корреляционного анализа удалось установить достоверную положительную взаимосвязь между показателем преобладающего настроения Я и преобладающим настроением Идеального пациента в группе наркологов. При этом, также была установлена отрицательная связь между преобладающим настроением Я и социальным одобрением у Идеального пациента. Данные показатели позволяют говорить о связи между формированием образа идеального пациента и эмоциональным настроением и состоянием врачей-наркологов.

7) Так, при помощи корреляционного анализа методики Личностного дифференциала удалось обнаружить положительные связи между «Силой» и «Активностью» Я, что говорит о взаимосвязи уверенности в себе и степени экстравертированности у психиатров. Отрицательные связи между «Силой» Я и типичного пациента говорят о взаимосвязи показателей независимости и самоконтроля как у психиатров, так и у их пациентов. Отрицательные связи между «Активностью» Я и «Силой» типичного пациента говорят о взаимосвязи показателя экстравертированности психиатров и субъективной оценки развития волевых сторон личности у их пациентов.

8) По результатам данной методики были установлены положительные связи между всеми тремя шкалами «Оценки», «Силы» и «Активности» типичного пациента, что может свидетельствовать о целостном восприятии психиатрами своих пациентов. Так, и связь между показателем «Силы» типичного пациента и идеального пациента говорит о прямом влиянии образа типичного пациента на формирование образа идеального пациента.

9) При помощи корреляционного анализа по тесту Куна-Макпартленда также удалось установить прямую взаимосвязь между показателем профессиональной идентичности наркологов и профессиональной идентичностью типичного пациента, семейной принадлежностью наркологов и семейной принадлежностью типичного пациента, а также установить положительную связь между коммуникативным Я наркологов и перспективным Я типичного пациента, а также коммуникативным Я типичного пациента и перспективным Я наркологов. По полученным данным можно сделать вывод о влиянии профессионального, коммуникативного и семейного образа Я у наркологов на выстроение образа пациента.

10) Также по результатам данного теста удалось установить взаимосвязь между показателем профессиональной идентичности психиатров и профессиональной идентичностью типичного пациента, семейной принадлежностью психиатров и профессиональной идентичностью типичного пациента. По этим данным можно сделать вывод о влиянии семейной и профессиональной идентичности психиатров на выстраивание данных характеристик в образе типичного пациента, что помогает выявить точки фокуса для дальнейшего исследования особенностей формирования образа Я у врачей психиатров и психиатров-наркологов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Формирование образа пациента у медицинских специалистов в целом и у психиатров и наркологов в частности является важным объектом исследования, поскольку взаимодействие врача с пациентом оказывает непосредственное влияние как на процесс лечения, комплаенса пациента, а также на развитие эмоционального и профессионального выгорания у специалистов. По данным литературы, модель взаимодействия с пациентом во многом способствует или наоборот, препятствует эффективному лечению (Юдин Б.Г., 1998). Образ пациента, сформированный лечащим специалистом может быть использован для формирования программы препятствия профессиональному выгоранию, с апеллированием к образу Я, который формируется у различных лечащих специалистов. Именно это определило цель настоящего исследования, которая состояла в сравнительном анализе психологического образа пациента у врачей психиатров и психиатров-наркологов.

Исследование показало, что существуют различия в характеристиках самооценки между группой психиатров и наркологов, а также в уровне уважения, испытываемого по отношению к типичному пациенту и его социального одобрения.

В результате корреляционного анализа были выявлены определенные взаимосвязи между некоторыми психологическими характеристиками, такими как преобладающее настроение идеального пациента и Я, социальным одобрением, контролем у наркологов; у психиатров – доминантностью Я, открытостью Я, преобладающим настроением Я и идеального пациента и социальным одобрением Я с контролем типичного пациента, социальным одобрением Я идеального пациента с доминантностью типичного пациента и так далее.

Также удалось установить достоверную взаимосвязь между показателем преобладающего настроения Я и преобладающим настроением Идеального пациента в группе наркологов. При этом, также была установлена обратная

связь между преобладающим настроением Я и социальным одобрением у Идеального пациента. Данные показатели позволяют говорить о связи между формированием образа идеального пациента и эмоциональным настроением и состоянием врачей-наркологов.

В данном исследовании удалось выявить различия в оценке «Я» и «Типичный пациент» среди врачей психиатров и психиатров-наркологов. Полученные данные показали, что психиатрам в большей степени, нежели психиатрам-наркологам, удастся чувствовать близость к своим пациентам, воспринимать их «как равных» и испытывать по отношению к ним эмпатию.

Таким образом, в результате проведенного исследования и анализа полученных данных, были установлены различия в уровне уважения по отношению к пациентам со стороны психиатров и наркологов, социальной репутации врачей, тем самым подтверждая ключевые гипотезы исследования.

Полученные результаты могут быть полезными для определения более точных факторов и сужения поля исследования для формирования программ и структуры взаимодействия с врачами представленных специальностей.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Абрамова Г.С., Юдчиц Ю.А. Психология в медицине. М., ЛПА "Кафедра-М", 1998. - 272 с.
2. Ананьев Б.Г. Психодиагностические методы в комплексном лонгитюдном исследовании студентов. Л.: ЛГУ, 1976, гл. XIV, 1976.
3. Бёрнс Р. Б. Что такое Я-концепция // Бёрнс Р. Б. Развитие Я-концепции и воспитание: пер. с англ. — М. : Прогресс, 1986. — С. 30-66.
4. Большакова Н. Л. Опыт деятельности социальных служб по профилактике и коррекции эмоционального выгорания у социальных работников // Сборники конференций НИЦ Социосфера. 2015. № 38. С. 33-38.
5. Водопьянова Н.Е. Противодействие синдрому выгорания в контексте ресурсной концепции человека // Вестник Санкт-Петербургского университета. Серия 16. Психология. Педагогика. 2011. № 2. С. 38-50.
6. Городнова М.Ю. Эмпатические способности и синдром эмоционального выгорания у специалистов психиатрического профиля: факторы риска и коррекции // вестник Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова. 2014. Т. 6. № 4. С. 63-70.
7. Гуреева И. Л. Качество жизни и "эмоциональное выгорание" у медицинских работников // Ананьевские чтения - 2005. Материалы научно-практической конференции. СПб., 2005. С. 304-306
8. Данилов Д.С. Комплаенс в медицине и методы его оптимизации (клинические, психологические и психотерапевтические аспекты) // Психиатрия и психофармакотерапия. 2008. Т.10. No 1. С. 13—20.

9. Дуброва В.П., Елкина И.В. Представления студентов высшей медицинской школы об "идеальном" враче // Возрастная, педагогическая и коррекционная психология. Сборник научных трудов. Вып. 4. Минск, 2003. С. 149-154
10. Ильин Е. П. Психология помощи. Альтруизм, эгоизм, эмпатия, 2013. - 510 с.
11. Ильин Е. П. Дифференциальная психология профессиональной деятельности. 2016 г. "Издательский дом «»Питер"
12. Карвасарский Б.Д., Голынкина Е.А., Исурина Г.Л., Кайдановская Е.В., Малкова Л.Д., Мелик-Парсаданов М.В., Подсадный С.А., Трегубов И.Б. Гиссенский личностный опросник (использование в психодиагностике для решения дифференциально-диагностических и психотерапевтических задач). Методическое пособие. – СПб.: ПНИИ им. В.М. Бехтерева, 1993. – с.18.
13. Климов Е.А. Психология профессионала. — М.: Изд-во «Институт практической психологии», Воронеж: НПО «МОДЭК», 1996. — 400 с.
14. Кон И. С. Открытие «Я» // Политиздат, 1978. 367 с.
15. Кунц Л.И. Образ профессиональной деятельности в контексте профессионального самосознания личности // Философия образования. 2012. Т. 43. № 4. С. 167-173.
16. Кучер В.С., Водопьянова Н.Е. Психологическое сопровождение как комплексный подход к профилактике и коррекции профессионального выгорания медицинского персонала // Ученые записки СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова. 2014. Т. XXI. № 1. С. 92-94.
17. Лапин И.П. Личность и лекарство. Введение в психологию фармакотерапии. – СПб., 2001, С. 204-217
18. Леонтьев А.Н. Деятельность. Сознание. Личность. М., 1975.
19. Лещинский Л. А. Деонтология в практике терапевта. М., 1989

20. Лукьянов В.В., Водопьянова Н.Е., Орел В.Е., Посадный С.А., Юрьева Л.Н., Игумнов С.А. Современные проблемы исследования синдрома выгорания у специалистов коммуникативных профессий: коллективная монография. Курский государственный университет. Курск, 2008. 336 с.
21. Маслова О.П., Калмыкова О.Ю., Хайкин М.Б. Социально-психологическая составляющая трудового потенциала медицинского работника // Известия Самарского научного центра Российской академии наук, т. 12, №5(2), 2010, с. 450-455
22. Мельников А.В., Семенов Д.А. Синдром эмоционального выгорания у работников отделений реанимации и анестезии // Ананьевские чтения - 2005. Материалы научно-практической конференции. СПб., 2005. С. 325-327
23. Митина Л.М. Психологическое сопровождение выбора профессии: научно-методическое пособие – Москва : МПСИ : Флинта, 1998. – 184 с.
24. Одерышева Е.Б. Эмоциональные и коммуникативные свойства личности врачей - преподавателей медицинского вуза. СПб., 2000. – 184 с.
25. Орел, В.Е. Синдром психического выгорания личности в современной психологии: состояние, проблемы, перспективы // Проблемы исследования синдрома «выгорания» и пути его коррекции у специалистов «помогающих» профессий (в медицинской, психологической и педагогической практике) / под ред. В.В. Лукьянова и С.А. Подсадного. – Курск: Курск. гос. ун-т, 2007.
26. Поддубная Т.В. Проблематика эмпатии в исследованиях психологических аспектов профессиональной медицинской деятельности. Консультативная психология и психотерапия, 2015, No 2.

27. Поддубная Т. К. Становление целостности образа «Я» личности в процессе профессионализации в ВУЗЕ // Журнал прикладной психологии. - 2004. - №4-5 - С. 11-20
28. Румянцева Т.В. Тест Куна. Тест «Кто Я?» (М.Кун, Т.Макпартленд; модификация Т.В.Румянцевой) // Психологическое консультирование: диагностика отношений в паре – СПб., 2006. С.82-103.
29. Синюкова Е.М., Житлова Д.К. Синдром эмоционального выгорания личности: его сущность и детерминанты // Paradigmata poznani. 2014. № 2. С. 150-155.
30. Столин В. В. Самосознание личности. – М.: Изд-во Моск. университета, 1983. – 284 с.
31. Фетискин Н.П., Козлов В.В., Мануйлов Г.М. Методика личностного дифференциала (вариант, адаптированный в НИИ им. В.М.Бехтерева) // Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп. - М., 2002. С.20-21.
32. Харди И. Врач, сестра, больной. Психология работы с больными. Будапешт, 1988
33. Харьковская Т.П. Образ «Я» и стратегии поведения личности в трудных жизненных ситуациях // Вестник Адыгейского государственного университета. Серия 3: Педагогика и психология. 2011. № 3. С. 207-212.
34. Юдин Б.Г., Тищенко П.Д. Введение в биоэтику. М. 1998
35. Carty M. A., Everitt D. E. Basic principles of prescribing for geriatric out-patients // Geriatrics. 1989. V. 44. No. 6. P. 85-98.
36. Carmel S., Glick S.M. Compassionate empathic physicians: personality traits and social organizational factors that enhance or inhibit this behavior pattern // SocSci Med. 1996. Vol. 43. No 8. Pp. 1253—1261.
37. Ezekiel J. Emanuel and Linda L. Emanuel JAMA, The Journal of the American Medical Association April 22, 1992 v267 n16 p2221(6) p. 1.

38. Fedder D.O., Managing Medication and Compliance: Physician–Pharmacist–Patient Interactions, *Journal of the American Geriatrics Society*, Volume 30, Issue Supplement S11, pages S113–S118, November 1982
39. Frank, J.D., Gliedman, L.H., imber, S.B., et al. 1957. Why patients leave psychotherapy. *Archives of Neurology and Psychiatry*. 77:283
40. Herbert J. Freudenberger, Staff burn-out // *Journal of Social Issues*. — 1974. — Vol. 30, no. 1. — P. 159—165.
41. James, W. (1890). *The Principles of Psychology*, pub. Henry Holt and Company
42. Kondo K. Burnout syndrome // *Asian Medical* 1. Kondo K. Burnout syndrome // *Asian Medical J.* – 1991. – . – 1991. – №34 (11). 34(11).
43. La Monica E.L., Wolf R.M., Madea A.R., Oberst M.T. Empathy and nursing care outcomes // *Scholarly Inquiry for Nursing Practice*. 1987. Vol 1. No 3. Pp. 197—213.
44. Lehmann E. D. Et al., 1996 *Clinical Science* №90, p. 433-434
45. Maslach, C., Jackson, S. E. The measurement of experienced burout. *Journal of Occupational Behavior*, 1981, 2, 99-113.
46. Paul S. Appelbaum, MD; Loren H. Roth, MD. Patients Who Refuse Treatment in Medical Hospitals, *MPH JAMA*. 1983 September 9, 1983, Vol 250, No. 10 1296-1301.
47. Priest R. G., Baldwin D. S. *Depression and anxiety*. — London: Martin Dunitz, 1994.
48. Rosenberg M. *Society and the Adolescent Self-image*. Princeton, 1965.
49. Thomas M.R., Dyrbye L.N., Huntington J.L., Lawson K.L., Novotny P.J., Sloan J.A., Shanafelt T.D. How do distress and wellbeing relate to medical student empathy? A multicenter study. *J Gen Intern Med*. 2007. Vol. 22. No 2. Pp. 177—183.

Приложение А

Методика личностного дифференциала.

В предложенном бланке представлены наиболее распространенные качества человека. Пожалуйста, **отметьте свои качества**, которые есть у вас и определите степень проявления качеств по баллам:

- 3 — проявляется очень сильно и очень часто;
 2 — выражено достаточно заметно и часто встречается;
 1 — проявляется иногда и слабо;
 0 — трудно сказать, есть и то, и другое.

Обведите соответствующую цифру в таблице. Помните, что положительные и отрицательные качества людей, приведенные в таблице, постоянно меняются местами. Поэтому будьте внимательны в своих оценках.

1.	Обаятельный	3	2	1	0	1	2	3	Непривлекательный
2.	Слабый	3	2	1	0	1	2	3	Сильный
3.	Разговорчивый	3	2	1	0	1	2	3	Молчаливый
4.	Безответственный	3	2	1	0	1	2	3	Добросовестный
5.	Упрямый	3	2	1	0	1	2	3	Уступчивый
6.	Замкнутый	3	2	1	0	1	2	3	Открытый
7.	Добрый	3	2	1	0	1	2	3	Эгоистичный
8.	Зависимый	3	2	1	0	1	2	3	Независимый
9.	Деятельный	3	2	1	0	1	2	3	Пассивный
10.	Черствый	3	2	1	0	1	2	3	Отзывчивый
11.	Решительный	3	2	1	0	1	2	3	Нерешительный
12.	Вялый	3	2	1	0	1	2	3	Энергичный
13.	Справедливый	3	2	1	0	1	2	3	Несправедливый
14.	Расслабленный	3	2	1	0	1	2	3	Напряженный
15.	Суегливый	3	2	1	0	1	2	3	Спокойный
16.	Враждебный	3	2	1	0	1	2	3	Дружелюбный
17.	Уверенный	3	2	1	0	1	2	3	Неуверенный
18.	Нелюдимый	3	2	1	0	1	2	3	Общительный
19.	Честный	3	2	1	0	1	2	3	Неискренний
20.	Несамостоятельный	3	2	1	0	1	2	3	Самостоятельный
21.	Раздражительный	3	2	1	0	1	2	3	Невозмутимый

Пожалуйста, отметьте качества, которые на ваш взгляд свойственны **вашему типичному пациенту**, такому, который часто вам встречается.

3 — качество проявляется очень сильно и очень часто;

2 — выражено достаточно заметно и часто встречается; 1 — проявляется иногда и слабо; 0 —

трудно сказать, есть и то, и другое.

1.	Обаятельный	3	2	1	0	1	2	3	Непривлекательный
2.	Слабый	3	2	1	0	1	2	3	Сильный
3.	Разговорчивый	3	2	1	0	1	2	3	Молчаливый
4.	Безответственный	3	2	1	0	1	2	3	Добросовестный
5.	Упрямый	3	2	1	0	1	2	3	Уступчивый
6.	Замкнутый	3	2	1	0	1	2	3	Открытый
7.	Добрый	3	2	1	0	1	2	3	Эгоистичный
8.	Зависимый	3	2	1	0	1	2	3	Независимый
9.	Деятельный	3	2	1	0	1	2	3	Пассивный
10.	Черствый	3	2	1	0	1	2	3	Отзывчивый
11.	Решительный	3	2	1	0	1	2	3	Нерешительный
12.	Вялый	3	2	1	0	1	2	3	Энергичный
13.	Справедливый	3	2	1	0	1	2	3	Несправедливый
14.	Расслабленный	3	2	1	0	1	2	3	Напряженный
15.	Суевливый	3	2	1	0	1	2	3	Спокойный
16.	Враждебный	3	2	1	0	1	2	3	Дружелюбный
17.	Уверенный	3	2	1	0	1	2	3	Неуверенный
18.	Нелюдимый	3	2	1	0	1	2	3	Общительный
19.	Честный	3	2	1	0	1	2	3	Неискренний
20.	Несамостоятельный	3	2	1	0	1	2	3	Самостоятельный
21.	Раздражительный	3	2	1	0	1	2	3	Невозмутимый

Пожалуйста, отметьте качества, которые на ваш взгляд свойственны **идеальному пациенту**. 3 — качество проявляется очень сильно и очень часто; 2 — выражено достаточно заметно и часто встречается; 1 — проявляется иногда и слабо; 0 — трудно сказать, есть и то, и другое.

1.	Обаятельный	3	2	1	0	1	2	3	Непривлекательный
2.	Слабый	3	2	1	0	1	2	3	Сильный
3.	Разговорчивый	3	2	1	0	1	2	3	Молчаливый
4.	Безответственный	3	2	1	0	1	2	3	Добросовестный
5.	Упрямый	3	2	1	0	1	2	3	Уступчивый
6.	Замкнутый	3	2	1	0	1	2	3	Открытый
7.	Добрый	3	2	1	0	1	2	3	Эгоистичный
8.	Зависимый	3	2	1	0	1	2	3	Независимый
9.	Деятельный	3	2	1	0	1	2	3	Пассивный
10.	Черствый	3	2	1	0	1	2	3	Отзывчивый
11.	Решительный	3	2	1	0	1	2	3	Нерешительный
12.	Вялый	3	2	1	0	1	2	3	Энергичный
13.	Справедливый	3	2	1	0	1	2	3	Несправедливый
14.	Расслабленный	3	2	1	0	1	2	3	Напряженный
15.	Суевливый	3	2	1	0	1	2	3	Спокойный
16.	Враждебный	3	2	1	0	1	2	3	Дружелюбный
17.	Уверенный	3	2	1	0	1	2	3	Неуверенный
18.	Нелюдимый	3	2	1	0	1	2	3	Общительный
19.	Честный	3	2	1	0	1	2	3	Неискренний
20.	Несамостоятельный	3	2	1	0	1	2	3	Самостоятельный
21.	Раздражительный	3	2	1	0	1	2	3	Невозмутимый

Приложение Б

Гиссенский личностный опросник

Медицинская специальность _____

Пол _____

Дата рождения _____

Стаж работы по специальности _____

Дата исследования _____

В этом опроснике речь идет о том, как Вы сами себя видите и оцениваете. Пожалуйста, **отметьте свое мнение о себе**, обведя соответствующую цифру в шкале. Центр шкалы — 0, вправо и влево она простирается от 1 до 3. «0» означает, что Вы считаете свое поведение не отличающимся от поведения других людей. Например, в пункте 1: если у Вас такое впечатление, что Вы в сравнении с другими людьми ни нетерпеливы, ни терпеливы, то обведите, пожалуйста, кружком «0». Если Ваше поведение отклоняется в ту или иную сторону, то обведите, пожалуйста, соответственно 1, 2 или 3.

1.	У меня впечатление, что я скорее нетерпеливый человек	3	2	1	0	1	2	3	скорее терпеливый человек
2.	Я полагаю, что я скорее стремлюсь к общению	3	2	1	0	1	2	3	скорее избегаю общения
3.	Я считаю, что я скорее предпочитаю руководить другими людьми	3	2	1	0	1	2	3	предпочитаю, чтобы мною руководили
4.	Я думаю, что изменение внешних условий моей жизни очень сильно повлияло бы на мое душевное состояние	3	2	1	0	1	2	3	очень мало повлияло бы на мое душевное состояние
5.	У меня впечатление, что я довольно редко	3	2	1	0	1	2	3	довольно часто обеспокоен своими внутренними проблемами
6.	Мне кажется, что я скорее склонен (склонна) подавлять гнев и досаду	3	2	1	0	1	2	3	склонен (склонна) проявлять гнев и досаду
7.	Мне кажется, что для меня очень важно	3	2	1	0	1	2	3	почти совсем не важно в чем-то превосходить других людей
8.	Я считаю себя совсем не склонным к тревоге человеком	3	2	1	0	1	2	3	очень склонным к тревоге человеком
9.	У меня впечатление, что другие, в общем, скорее высоко оценивают результаты моей работы	3	2	1	0	1	2	3	скорее невысоко оценивают
10.	Я полагаю, что к другим людям я скорее испытываю полное доверие	3	2	1	0	1	2	3	у меня скорее очень мало доверия к другим людям
11.	У меня впечатление, что я проявляю большую	3	2	1	0	1	2	3	необходимую потребность в любви
12.	Я полагаю, что скорее избегаю	3	2	1	0	1	2	3	скорее ищу тесных контактов
13.	Я полагаю, что по сравнению с другими я скорее хорошо умею	3	2	1	0	1	2	3	скорее плохо умею обращаться с деньгами
14.	Я редко чувствую себя подавленным(ой)	3	2	1	0	1	2	3	часто чувствую себя подавленным(ой)
15.	У меня впечатление, что, в общем, я очень откровенен (откровенна)	3	2	1	0	1	2	3	мало откровенен (откровенна)
16.	Я считаю, что мне скорее трудно	3	2	1	0	1	2	3	легко понравиться другим людям
17.	Я полагаю, что мне скорее легко	3	2	1	0	1	2	3	скорее трудно долгое время быть связанным(ой) с другим человеком
18.	Я полагаю, что с правдой я скорее обращаюсь достаточно свободно	3	2	1	0	1	2	3	скорее сверхточно
19.	У меня впечатление, что я, как правило, легко	3	2	1	0	1	2	3	как правило, трудно выхожу из себя

20.	Я полагаю, что по сравнению со своими сверстниками произвожу впечатление человека более молодого	3	2	1	0	1	2	3	более старого
21.	У меня впечатление, что я скорее не очень аккуратный человек	3	2	1	0	1	2	3	скорее слишком аккуратный и упорядоченный
22.	Я считаю, что у меня очень часто	3	2	1	0	1	2	3	очень редко бывают конфликты с другими людьми
23.	Я полагаю, что привык(ла) к тому, что меня скорее мало ценят	3	2	1	0	1	2	3	скорее высоко ценят
24.	У меня впечатление, что я скорее сам (а) усложняю себе жизнь	3	2	1	0	1	2	3	скорее облегчаю себе жизнь
25.	Я думаю, что чувствую себя скорее очень далеким (ой) от других людей	3	2	1	0	1	2	3	скорее очень близким(ой) к другим людям
26.	Я полагаю, что по сравнению с другими я скорее очень склонен (склонна) к фантазиям	3	2	1	0	1	2	3	я совсем не склонен (склонна) к фантазиям
27.	Я полагаю, что совсем не придаю значения	3	2	1	0	1	2	3	придаю очень большое значение тому, чтобы хорошо выглядеть
28.	У меня впечатление, что мне скорее трудно	3	2	1	0	1	2	3	скорее легко работать в тесном контакте с другими людьми
29.	Я думаю, что редко	3	2	1	0	1	2	3	часто упрекаю сам(а) себя
30.	Я полагаю, что способен (способна) очень сильно любить	3	2	1	0	1	2	3	не способен (способна) очень сильно любить
31.	Я полагаю, что по сравнению с другими я более покладист(а)	3	2	1	0	1	2	3	я более упрям(а)
32.	Я полагаю, что я сравнительно редко	3	2	1	0	1	2	3	сравнительно часто беспокоюсь о других людях
33.	У меня впечатление, что мне скорее плохо	3	2	1	0	1	2	3	скорее хорошо удается отстаивать свои интересы в жизненной борьбе
34.	Я полагаю, что по сравнению с другими я способен (способна) очень сильно любить	3	2	1	0	1	2	3	не способен (способна) очень сильно любить
35.	Я думаю, что у меня очень хорошие	3	2	1	0	1	2	3	очень плохие актерские способности
36.	Я полагаю, что меня как правило, считают сильным человеком	3	2	1	0	1	2	3	как правило, считают слабым человеком
37.	У меня впечатление, что мне очень трудно	3	2	1	0	1	2	3	очень легко быть привлекательным (ой) для других
38.	Я полагаю, что по сравнению с другими мне скорее легко	3	2	1	0	1	2	3	скорее трудно не отвлекаться от дела
39.	Я полагаю, что мне очень трудно	3	2	1	0	1	2	3	очень легко вести себя непринужденно
40.	Я чувствую себя свободно в общении с лицами другого пола	3	2	1	0	1	2	3	очень скованно

В этом опроснике речь идет о том как, **вы видите своего типичного пациента**, такого, каким он наиболее часто встречается.

Пожалуйста, отметьте свое впечатление на шкале, обведя соответствующую цифру в шкале аналогично предыдущему листу.

1.	У меня впечатление, что он скорее нетерпеливый	3	2	1	0	1	2	3	скорее терпеливый человек
2.	Я полагаю, что он скорее стремится к общению	3	2	1	0	1	2	3	скорее избегает общения
3.	Я считаю, что он скорее предпочитает руководить другими людьми	3	2	1	0	1	2	3	предпочитает, чтобы им руководили
4.	Я думаю, что изменение внешних условий его жизни очень сильно повлияло бы на его душевное состояние	3	2	1	0	1	2	3	очень мало повлияло бы на его душевное состояние
5.	У меня впечатление, что он довольно редко	3	2	1	0	1	2	3	довольно часто обеспокоен своими внутренними проблемами
6.	Мне кажется, что он скорее склонен подавлять гнев и досаду	3	2	1	0	1	2	3	склонен проявлять гнев и досаду
7.	Мне кажется, что для него очень важно	3	2	1	0	1	2	3	почти совсем не важно в чем-то превосходить других людей
8.	Я думаю, что он считает себя совсем не склонным к тревоге человеком	3	2	1	0	1	2	3	очень склонным к тревоге человеком
9.	У меня впечатление, что другие, в общем-то, высоко оценивают результаты его работы	3	2	1	0	1	2	3	скорее невысоко оценивают
10.	Я полагаю, что к другим людям он скорее испытывает полное доверие	3	2	1	0	1	2	3	у него скорее очень мало доверия к другим людям
11.	У меня впечатление, что он проявляет большую	3	2	1	0	1	2	3	небольшую потребность в любви
12.	Я полагаю, что он скорее избегает	3	2	1	0	1	2	3	скорее ищет тесных контактов
13.	Я полагаю, что по сравнению с другими он скорее хорошо умеет	3	2	1	0	1	2	3	скорее плохо умеет обращаться с деньгами
14.	Мне кажется, что он редко чувствует себя подавленным	3	2	1	0	1	2	3	часто чувствует себя подавленным
15.	У меня впечатление, что, в общем, он очень откровенен	3	2	1	0	1	2	3	мало откровенен
16.	Я считаю, что ему скорее трудно	3	2	1	0	1	2	3	легко понравиться другим людям
17.	Я полагаю, что ему скорее легко	3	2	1	0	1	2	3	скорее трудно долгое время быть связанным с другим человеком
18.	Я полагаю, что с правдой он скорее обращается достаточно свободно	3	2	1	0	1	2	3	скорее сверхточно
19.	У меня впечатление, что он, как правило, легко	3	2	1	0	1	2	3	как правило, трудно выходит из себя

20.	Я полагаю, что по сравнению со своими сверстниками он производит впечатление человека более молодого	3	2	1	0	1	2	3	более старого
21.	У меня впечатление, что он скорее не очень аккуратный человек	3	2	1	0	1	2	3	скорее слишком аккуратный и упорядоченный
22.	Я считаю, что у него очень часто	3	2	1	0	1	2	3	очень редко бывают конфликты с другими людьми
23.	Я полагаю, что он привык к тому, что его скорее мало ценят	3	2	1	0	1	2	3	скорее высоко ценят
24.	У меня впечатление, что он скорее сам усложняет себе жизнь	3	2	1	0	1	2	3	скорее облегчает себе жизнь
25.	Я думаю, что он чувствует себя скорее очень далеким от других людей	3	2	1	0	1	2	3	скорее очень близким к другим людям
26.	Я полагаю, что по сравнению с другими он скорее очень склонен к фантазиям	3	2	1	0	1	2	3	совсем не склонен к фантазиям
27.	Я полагаю, что он совсем не придаёт значения	3	2	1	0	1	2	3	придаёт очень большое значение тому, чтобы хорошо выглядеть
28.	У меня впечатление, что ему скорее трудно	3	2	1	0	1	2	3	скорее легко работать в тесном контакте с другими людьми
29.	Я думаю, что он редко	3	2	1	0	1	2	3	часто упрекает себя
30.	Я полагаю, что он способен очень сильно любить	3	2	1	0	1	2	3	не способен очень сильно любить
31.	Я полагаю, что по сравнению с другими он более покладист	3	2	1	0	1	2	3	более упрям
32.	Я полагаю, что он сравнительно редко	3	2	1	0	1	2	3	сравнительно часто беспокоится о других людях
33.	У меня впечатление, что ему скорее плохо	3	2	1	0	1	2	3	скорее хорошо удается отстаивать свои интересы в жизненной борьбе
34.	Я полагаю, что по сравнению с другими он способен очень сильно любить	3	2	1	0	1	2	3	не способен очень сильно любить
35.	Я думаю, что у него очень хорошие	3	2	1	0	1	2	3	очень плохие актерские способности
36.	Я полагаю, что его как правило, считают сильным человеком	3	2	1	0	1	2	3	как правило, считают слабым человеком
37.	У меня впечатление, что ему очень трудно	3	2	1	0	1	2	3	очень легко быть привлекательным для других
38.	Я полагаю, что по сравнению с другими ему скорее легко	3	2	1	0	1	2	3	скорее трудно не отвлекаться от дела
39.	Я полагаю, что ему очень трудно	3	2	1	0	1	2	3	очень легко вести себя непринужденно
40.	Я думаю, что он чувствует себя свободно в общении с лицами другого пола	3	2	1	0	1	2	3	очень скованно

В этом опроснике речь идет о том, **как вы видите своего идеального пациента**. Такой пациент не обязательно встречался вам, но с ним вам хотелось бы работать. Пожалуйста, отметьте свое впечатление на шкале, обведя соответствующую цифру в шкале, так же как в предыдущем листе.

1.	У меня впечатление, что он скорее нетерпеливый	3	2	1	0	1	2	3	скорее терпеливый человек
2.	Я полагаю, что он скорее стремится к общению	3	2	1	0	1	2	3	скорее избегает общения
3.	Я считаю, что он скорее предпочитает руководить другими людьми	3	2	1	0	1	2	3	предпочитает, чтобы им руководили
4.	Я думаю, что изменение внешних условий его жизни очень сильно повлияло бы на его душевное состояние	3	2	1	0	1	2	3	очень мало повлияло бы на его душевное состояние
5.	У меня впечатление, что он довольно редко	3	2	1	0	1	2	3	довольно часто обеспокоен своими внутренними проблемами
6.	Мне кажется, что он скорее склонен подавлять гнев и досаду	3	2	1	0	1	2	3	склонен проявлять гнев и досаду
7.	Мне кажется, что для него очень важно	3	2	1	0	1	2	3	почти совсем не важно в чем-то превосходить других людей
8.	Я думаю, что он считает себя совсем не склонным к тревоге человеком	3	2	1	0	1	2	3	очень склонным к тревоге человеком
9.	У меня впечатление, что другие, в общем скорее, высоко оценивают результаты его работы	3	2	1	0	1	2	3	скорее невысоко оценивают
10.	Я полагаю, что к другим людям он скорее испытывает полное доверие	3	2	1	0	1	2	3	у него скорее очень мало доверия к другим людям
11.	У меня впечатление, что он проявляет большую	3	2	1	0	1	2	3	небольшую потребность в любви
12.	Я полагаю, что он скорее избегает	3	2	1	0	1	2	3	скорее ищет тесных контактов
13.	Я полагаю, что по сравнению с другими он скорее хорошо умеет	3	2	1	0	1	2	3	скорее плохо умеет обращаться с деньгами
14.	Мне кажется, что он редко чувствует себя подавленным	3	2	1	0	1	2	3	часто чувствует себя подавленным
15.	У меня впечатление, что, в общем, он очень откровенен	3	2	1	0	1	2	3	мало откровенен
16.	Я считаю, что ему скорее трудно	3	2	1	0	1	2	3	легко понравиться другим людям
17.	Я полагаю, что ему скорее легко	3	2	1	0	1	2	3	скорее трудно долгое время быть связанным с другим человеком
18.	Я полагаю, что с правдой он скорее обращается достаточно свободно	3	2	1	0	1	2	3	скорее сверхточно
19.	У меня впечатление, что он, как правило, легко	3	2	1	0	1	2	3	как правило, трудно выходит из себя

20.	Я полагаю, что по сравнению со своими сверстниками он производит впечатление человека более молодого	3	2	1	0	1	2	3	более старого
21.	У меня впечатление, что он скорее не очень аккуратный человек	3	2	1	0	1	2	3	скорее слишком аккуратный и упорядоченный
22.	Я считаю, что у него очень часто	3	2	1	0	1	2	3	очень редко бывают конфликты с другими людьми
23.	Я полагаю, что он привык к тому, что его скорее мало ценят	3	2	1	0	1	2	3	скорее высоко ценят
24.	У меня впечатление, что он скорее сам усложняет себе жизнь	3	2	1	0	1	2	3	скорее облегчает себе жизнь
25.	Я думаю, что он чувствует себя скорее очень далеким от других людей	3	2	1	0	1	2	3	скорее очень близким к другим людям
26.	Я полагаю, что по сравнению с другими он скорее очень склонен к фантазиям	3	2	1	0	1	2	3	совсем не склонен к фантазиям
27.	Я полагаю, что он совсем не придаёт значения	3	2	1	0	1	2	3	придаёт очень большое значение тому, чтобы хорошо выглядеть
28.	У меня впечатление, что ему скорее трудно	3	2	1	0	1	2	3	скорее легко работать в тесном контакте с другими людьми
29.	Я думаю, что он редко	3	2	1	0	1	2	3	часто упрекает себя
30.	Я полагаю, что он способен очень сильно любить	3	2	1	0	1	2	3	не способен очень сильно любить
31.	Я полагаю, что по сравнению с другими он более покладист	3	2	1	0	1	2	3	более упрям
32.	Я полагаю, что он сравнительно редко	3	2	1	0	1	2	3	сравнительно часто беспокоится о других людях
33.	У меня впечатление, что ему скорее плохо	3	2	1	0	1	2	3	скорее хорошо удается отстаивать свои интересы в жизненной борьбе
34.	Я полагаю, что по сравнению с другими он способен очень сильно любить	3	2	1	0	1	2	3	не способен очень сильно любить
35.	Я думаю, что у него очень хорошие	3	2	1	0	1	2	3	очень плохие актерские способности
36.	Я полагаю, что его как правило, считают сильным человеком	3	2	1	0	1	2	3	как правило, считают слабым человеком
37.	У меня впечатление, что ему очень трудно	3	2	1	0	1	2	3	очень легко быть привлекательным для других
38.	Я полагаю, что по сравнению с другими ему скорее легко	3	2	1	0	1	2	3	скорее трудно не отвлекаться от дела
39.	Я полагаю, что ему очень трудно	3	2	1	0	1	2	3	очень легко вести себя непринужденно
40.	Я думаю, что он чувствует себя свободно в общении с лицами другого пола	3	2	1	0	1	2	3	очень скованно

