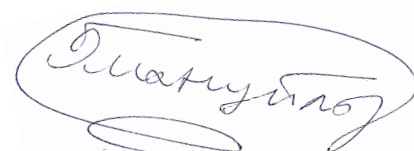


Федеральное государственное автономное
образовательное учреждение высшего образования
«Южно-Уральский государственный университет
(национальный исследовательский университет)»

На правах рукописи



Мануйлов Геннадий Валерьевич

**ОСОБЕННОСТИ ЭМПАТИИ И РЕФЛЕКСИИ ЛИЧНОСТИ НА РАЗНЫХ
ЭТАПАХ ОСВОЕНИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ**

Специальность 19.00.01 – «Общая психология,
психология личности, история психологии»

Диссертация на соискание ученой степени
кандидата психологических наук

Научный руководитель:
доктор психологических наук
профессор Горелова Г.Г.

Челябинск, 2019

Оглавление

ВВЕДЕНИЕ.....	3
Глава 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ЭМПАТИИ И РЕФЛЕКСИИ ЛИЧНОСТИ.....	12
1.1 Эмпатия и рефлексия в личности и общении.....	12
1.2 Комплексный подход к пониманию эмпатии и рефлексии как психологических явлений	29
1.2 Эмпатия и рефлексия в учебной и трудовой (на примере медицинской) деятельности	38
Выводы по главе 1	50
ГЛАВА 2. ОРГАНИЗАЦИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ ЭМПАТИИ И РЕФЛЕКСИИ ЛИЧНОСТИ НА РАЗНЫХ ЭТАПАХ ОСВОЕНИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ	52
2.1 Цель, задачи, объект, предмет и гипотезы исследования	52
2.2 Общая характеристика выборки и организация исследования	53
2.3 Методы и методики эмпирического исследования	54
ГЛАВА 3. ИССЛЕДОВАНИЕ ЭМПАТИИ И РЕФЛЕКСИИ ЛИЧНОСТИ В ПРОЦЕССЕ СТАНОВЛЕНИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ.....	60
3.1 Особенности проявления эмпатии и рефлексии личности на разных этапах освоения учебной и трудовой (профессиональной) деятельности	60
3.2 Особенности индивидуально-психологических свойств и коммуникативного поведения в процессе адаптации к деятельности	71
3.3 Взаимосвязь эмпатии, рефлексии, индивидуально-психологических свойств и коммуникативного поведения субъектов	83
3.4 Особенности проявления эмпатии и рефлексии врачей с различным профилем деятельности и стажем работы	96
3.5 Особенности личностных свойств и коммуникативного поведения врачей с разным профилем и стажем работы	104
Выводы по главе 3	118
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	123
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:.....	125
ПРИЛОЖЕНИЯ	141

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность исследования. В условиях модернизации и оптимизации социальных и экономических структур и процессов, происходящих в обществе, решающую роль играют не столько сами по себе технологические достижения, сколько субъекты, принимающие решения в любом виде деятельности и организующие межличностное взаимодействие.

Центром психологической регуляции деятельности выступает направленность личности субъектов. В связи с этим, встает проблема изучения характеристик направленности личности, способствующих продуктивному общению и деятельности.

В психологии проблема влияния личностных характеристик субъекта на продуктивность его общения изучалась в трудах Г. Айзенка, Н.А. Батурина, А.А. Бодалева, В.В. Бойко, Т.П. Гавриловой, Е.П. Ильина, Е.А. Климова, Д.А. Цириг, Ю.А. Токаревой, К. Юнга и др. [7, 10, 12, 26, 48, 59, 122, 128]. Рассмотрено влияние отдельных личностных свойств как на сам процесс общения, так и на его эффективность. Так, продуктивному общению способствуют экстравертированность, толерантность, мобильность, а затрудняют процесс общения интровертированность, властность, конфликтность, агрессивность, застенчивость, робость, ригидность. Вместе с тем, в работах недостаточно представлены психологические механизмы и структуры, влияющие на личностные ресурсы субъектов в различных видах деятельности.

Особенно это актуально для социоэкономических видов деятельности (управленческая, педагогическая, спортивно-тренировочная и др.), объектом которых является человек, для установления взаимодействия с которым требуется психологически инструментованное общение. Эти требования в наиболее концентрированном виде относятся к субъектам медицинской деятельности, оказывающим влияние не только на телесную, но и психологическую организацию и стабильность человека. Поскольку личность врача является одним из главнейших

инструментов его деятельности (М. Боухал, Г.Г. Горелова, Р. Конечный, В.Д. Менделевич, Л.С. Рычкова, Е.Л. Солдатова, S. Woodhead и др.) [32, 48, 79, 83, 85, 109, 172], возникает необходимость в изучении тех особенностей личности, которые играют ведущую роль в организации контакта с пациентом, что необходимо для комплаенса (приверженности лечению). Поскольку, в современных условиях подготовки к медицинской деятельности акцент делается на компетентностном подходе, определяющем готовность к реализации регламентированных технологий деятельности (совершенствование клинических умений и навыков) и экономическом подходе, фактически обезличивающим пациента, возникает опасность распространения и закрепления технократического и прагматического стилей взаимодействия врача с пациентом. Для предупреждения и преодоления возможных на этой почве межличностных барьеров и конфликтов необходимо изучать и развивать те психологические структуры субъекта, которые играют ключевую роль в установлении контакта и доверительных отношений. Большинство исследователей относят к этим характеристикам эмпатию и рефлексивность. В работах по социальной психологии (Г.М. Андреева, В.А. Лабунская и др.) [32, 91, 117] они выступают в качестве психологических механизмов, проявляющихся в общении. В общей психологии их рассматривают в качестве наличных устойчивых свойств личности и, как правило, изолированно друг от друга (А.В. Карпов, Т.П. Гаврилова, J. Hall, и др.) [26, 52]. Когда же речь идет о коммуникативно нагруженных видах совместной деятельности, детерминация, генезис и функции этих психологических структур существенно изменяются.

Степень научной разработанности проблемы. Эмпатия в психологических исследованиях рассматривалась с различных позиций: как свойство личности (В.М. Варганян, Т.П. Гаврилова, и др.) [18, 26], как социально-психологический механизм (А.А. Бодалев, К. Роджерс и др.) [10, 12, 165] и как психический процесс (А.Э. Ахметзянова, И.М. Юсупов, G.T. Barrett-Lennard и др.) [5, 133, 135, 139]. Рефлексивность, в свою очередь, также широко изучалась с социально-психологических позиций (Г.М. Андреева, А.А. Бодалев и др.) [3, 12, 13], как личностное свойство (Н.И. Гуткина, В.В. Знаков, В.А. Петровский, И.Н. Семёнов, С.Ю. Степанов и др.)

[37, 47, 97, 98, 118] и как психический процесс (Д.А. Леонтьев, Е.Н. Осин и др.) [72]. Однако остается малоизученным взаимное влияние эмпатии и рефлексии друг на друга и на процессы общения и деятельности, в том числе и профессиональной.

В последние десятилетия наметилась тенденция изучения психологических аспектов деятельности, все это привело к активизации исследовательской работы в отношении социально значимых механизмов, проявляющихся в общении, таких как эмпатия (А.П. Василькова, 1998), (О.Ю. Богачева, 2014) и рефлексия (Л.Н. Молчанова, 2012). Результатом исследования эмпатии (О.Ю. Богачева, 2014; А.П. Василькова, 1998 и др.) стало определение её места в структуре профессионально значимых свойств личности субъекта медицинской деятельности, динамики её развития в процессе подготовки в медицинском ВУЗе и возможности прогностической оценки данного свойства в целях профессионального отбора специалистов. Устанавливались взаимосвязи между эмпатией и уровнем интеллекта, эмпатией и общительностью. Намечена тенденция в рассмотрении эмпатии в качестве прогностического фактора для определения успешности установления контактов в диаде врач – пациент (А.П. Василькова, 1998). Проводилось исследование влияния эмпатии на эффективность деятельности врачей определенных специальностей (терапевтов и хирургов) (О.Ю. Богачева, 2014). Рефлексия исследовалась как механизм ценностно-смысловой регуляции состояния психического выгорания у врачей определенных специальностей – терапевтов и хирургов (Л.Н. Молчанова, 2012).

Уже на примере этого вида социономической деятельности обнаруживается **противоречие** между рассмотрением эмпатии и рефлексии как изолированных устойчивых свойств личности, с одной стороны, а, с другой – исключительно как механизмов социальной перцепции. Между тем рефлексия и эмпатия в форме рефлексивности и эмпатичности как изолированных устойчивых свойств личности в силу их индивидуальной представленности не могут быть положены в основу психологически обусловленного профессионального общения, например, при профотборе. Необходимо рассматривать их в качестве психологических

компонентов формирования коммуникативных навыков и компетенций в рамках общей психологии, что требует изучения их во взаимосвязи друг с другом.

Исходя из вышеизложенного, **проблемой** нашего исследования стало изучение эмпатии и рефлексии личности, формирующихся и проявляющихся в социономических видах деятельности, эффективность которых во многом определяется характером общения, в частности на примере медицинской деятельности.

Исходя из вышеизложенного, мы выбрали следующую тему исследования:

«Особенности эмпатии и рефлексии личности на разных этапах освоения деятельности».

Целью стало изучение особенностей эмпатии и рефлексии личности в процессе освоения учебной и трудовой (на примере медицинской) деятельности.

Для достижения поставленной цели необходимо решить следующие **задачи**:

1. Провести теоретический анализ проблемы эмпатии и рефлексии как свойств личности, проявляющихся в учебной и трудовой (на примере медицинской) деятельности.

2. На основе эмпирического исследования определить уровни развития эмпатии и рефлексии личности на разных этапах освоения учебной и трудовой деятельности.

3. Выявить различия в проявлении эмпатии и рефлексии личности на разных этапах освоения деятельности.

4. Установить взаимосвязи между выявленными уровнями развития эмпатии и рефлексии личности в процессе освоения различных видов деятельности.

5. Определить особенности проявления индивидуально-психологических свойств и коммуникативного поведения личности на разных этапах освоения деятельности.

6. Изучить взаимосвязи эмпатии и рефлексии с индивидуально-психологическими свойствами и самооценкой коммуникативного поведения личности в разных видах и на разных этапах деятельности.

Объект исследования: эмпатия и рефлексия как психологические конструкты.

Предмет исследования: особенности эмпатии и рефлексии личности в процессе освоения деятельности.

Гипотезы исследования:

1. Существуют различия в проявлении эмпатии и рефлексии личности в разных видах и на разных этапах освоения деятельности.

2. Имеются различия в уровне развития эмпатии и соотношении типов рефлексии у субъектов с различным опытом и специализацией в профессиональной деятельности

3. Эмпатия и рефлексия взаимосвязаны с определенными индивидуально-психологическими особенностями личности и типами потребностей в межличностном взаимодействии, обуславливающими коммуникативное поведение.

4. При рассмотрении эмпатии и рефлексии в деятельности между этими психологическими конструктами возможна тесная взаимосвязь.

Теоретико-методологические основы исследования. Основными концепциями являются субъектно-деятельностный подход (А.Н. Леонтьев, С.Л. Рубинштейн и др.) [69, 107], коммуникативный подход (А.А. Леонтьев, А.В. Брушлинский и др.), личностный подход (Б.Г. Ананьев, Д.А. Леонтьев и др.) [1, 2, 72, 73], теория личности А.В. Петровского [95].

Частные концепции: интегративный подход к пониманию эмпатии (Н.И. Сарджвеладзе, И.М. Юсупов) [111, 135], структурно-динамическая модель эмпатии (Н.Н. Обозов) [90], коммуникативный подход к пониманию рефлексии (Г.М. Андреева, А.А. Бодалёв и др.) [3, 12], когнитивный или интеллектуальный подход к пониманию рефлексии (А.В. Брушлинский, Т.В. Корнилова, И.Н. Семёнов и др.) [15, 66, 112, 118].

Методы исследования: теоретический анализ и теоретическое моделирование, тестирование, методы статистической обработки данных.

Методики: методика диагностики уровня поликоммуникативной эмпатии И.М. Юсупова, опросник «дифференциальный тип рефлексии» Д.А. Леонтьева, методика уровня выраженности и направленности рефлексии М. Гранта, опросник межличностных отношений (FIRO) в адаптации А.А. Рукавишникова, Калифорнийский психологический опросник (CPI).

Этапы исследования. I этап (2016 г.) – теоретическое исследование основных подходов и определение методологических основ проблемы, постановка целей и задач исследования, формулирование гипотез, анализ существующих методов исследования данной проблемы.

II этап (2017 – 2018 гг.) – сбор, обобщение и интерпретация эмпирических данных.

III этап (2018 – 2019 гг.) – подведение итогов эмпирического исследования, уточнение отдельных теоретических положений. Оформление результатов исследования.

Эмпирическая база исследования. Общий объем выборки составил 384 человека: студенты медицинского университета I курса (59 человек), III курса (52 человека), VI курса (58 человек), врачи со стажем до 10 лет – 108 человек, врачи со стажем более 10 лет – 107 человек. Также врачебные группы были поделены по профилям специальности: на терапевтические (145 человек) и хирургические (70 человек); далее деление на группы осуществлялось по профилям учреждений и стажу работы.

Положения, выносимые на защиту:

1. Рефлексия и эмпатия на разных уровнях личности проявляются в виде следующих психологических конструктов: на интериндивидуальном уровне – в функции психологических механизмов социальной перцепции; интраиндивидуальном – как свойств личности, связанных с интеллектом; деятельностном – как способности к социально ориентированным видам деятельности.

2. Особенности эмпатии и рефлексии личности на разных этапах освоения деятельности заключаются в возрастании общего уровня эмпатии и рефлексии от одного этапа к последующему при одновременном поэтапном

перераспределении значений эмпатии с одной формы ее направленности на другую; повышении уровня продуктивного типа рефлексии – системной – с низкого (на начальных этапах обучения) до более высоких уровней (с увеличением опыта в трудовой деятельности).

3. Эмпатия и рефлексия имеют различия в уровне развития у субъектов с различным опытом и специализацией в видах деятельности. Специалисты с большим стажем обнаруживают более высокий уровень эмпатии и системной рефлексии и низкий уровень непродуктивных типов рефлексии. Различаются по своим значениям показатели эмпатии и рефлексии в зависимости от вида деятельности (на примере терапевтической и хирургической деятельности), условий деятельности (работа в условиях поликлиники или стационара).

4. Существует взаимосвязь между определенными типами потребностей личности в межличностном взаимодействии и рефлексивными процессами. Непродуктивные типы рефлексии (интроспекция и квазирефлексия) взаимосвязаны с неудовлетворенными потребностями контроля и включения как в области выраженного, так и требуемого поведения, что является предиктором внутриличностного конфликта.

5. В процессе нейросетевого анализа результатов исследования эмпатии и рефлексии субъектов выявляется тесная взаимосвязь между эмпатией и системной рефлексией. Связь эмпатии с непродуктивными типами рефлексивных процессов не прослеживается.

Научная новизна. Раскрыта роль эмпатии и рефлексии, когда кроме их традиционной роли в установлении контактов в межличностном взаимодействии, показано их значение в формировании самосознания и направленности личности в процессе социально ориентированных видов деятельности.

Определены особенности эмпатии и рефлексии личности, которые заключаются в возрастании общего уровня эмпатии и рефлексии от одного этапа к последующему при одновременном поэтапном перераспределении значений эмпатии с одной формы ее направленности на другую; повышении уровня продуктивного типа рефлексии – системной – с низкого (на начальных этапах

обучения) до более высоких уровней (с увеличением опыта в трудовой деятельности).

Установлена взаимосвязь между системным рефлексивным процессом и эмпатией. Выявлено, что общий уровень эмпатии находится в отрицательной взаимосвязи с ее базовым личностным потенциалом. Определены те из потребностей индивида в межличностном общении, которые, будучи неудовлетворёнными, формируют интроспекцию и квазирефлексию, такими потребностями являются контроль и включение как в области выраженного, так и в области требуемого поведения. Установлено, что уровень эмпатии и системной рефлексии субъектов зависит от стажа, условий работы и специализации в профессиональной деятельности. Специалисты с большим стажем обнаруживают более высокий уровень эмпатии и системной рефлексии и низкий уровень непродуктивных типов рефлексии.

Теоретическая значимость исследования. В результате теоретического исследования установлено, что эмпатия и рефлексия на разных уровнях личности проявляются в виде следующих психологических конструктов: на интериндивидном уровне – в функции психологических механизмов социальной перцепции; интраиндивидном – как свойств личности, связанных с интеллектом; деятельностном – как способности к социально ориентированным видам деятельности.

Практическая значимость исследования заключается в возможности использования полученных данных в стратегии и содержании образовательного и воспитательного процессов в гуманитарных и медицинских вузах, а также в системе повышения квалификации и непрерывного медицинского образования на основе дополнительно разработанных рекомендаций и специально ориентированных на личность субъектов социэкономических профессий, учебных циклов, занятий и тренингов.

Соответствие диссертации паспорту научной специальности. Отраженные в диссертации научные положения соответствуют пунктам специальности 19.00.01 «Общая психология, психология личности, история

психологии»: п. 13 «Психологические проблемы общения и коммуникации», п. 18 «Рефлексивные процессы», п. 23 «Деятельность, ее генезис, структура, динамика и регуляция. Виды деятельности», п. 32 «Индивид, личность, индивидуальность».

Глава 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ЭМПАТИИ И РЕФЛЕКСИИ ЛИЧНОСТИ

1.1 Эмпатия и рефлексия в личности и общении

Отечественная психология последних десятилетий рассматривает эмпатию и рефлексия личности с различных позиций и взглядов, поэтому в контексте личностного подхода необходимо уточнить его методологию.

В.В. Козлов выделил основные принципы современной методологии исследования личности [62]:

1. Принцип целостности заключается в понимании личности как сложной, открытой, многокомпонентной системы, способной поддерживать гомеостаз и адаптироваться к новой среде, саморазвивающейся и генерирующей новые структуры и подсистемы в соответствии со сложившейся ситуацией и новыми условиями существования.

2. Генетический принцип или принцип развития выражается в том, что личность имеет множество потенциальных направлений своего развития, определяющихся в критических точках или точках кризиса, в которых она делает свой выбор в отношении дальнейшего пути.

3. Принцип обусловленности подразумевает существование не только линейных причинно-следственных связей, но и акаузальных взаимосвязей как внутри психики, так и между событиями внешнего мира.

4. Принцип позитивности выражается в необязательности страдания для того, чтобы жить в соответствии со своими потребностями и способствует формированию установки на преодоления кризиса.

5. Принцип соотнесенности заключается в необходимости соотнесения своих действий с уровнем психологических возможностей индивида в кризисном состоянии.

6. Принцип потенциальности подразумевает раскрытие потенциала личности ее возможностей для дальнейшего развития.

7. Принцип многомерности истины отражает высокую динамичность индивидуальной психологической реальности и межличностных отношений, их изменчивость и развитие, т.е. любое объяснение и понимание индивидуальной психической реальности, а также социально-психологических закономерностей групп и сообществ всегда будет неполным, а значит и неистинным.

Наряду с представлением о личности в современной психологии, используется понятие субъектной реальности. Субъектной реальностью является индивидуальное и уникальное восприятие – представление о внутренней и внешней реальности, формирующееся в процессе социализации и являющееся интегративным образованием, определяющим эмоциональные, когнитивные и поведенческие особенности реагирования индивида на стимульное содержание внутренней и внешней среды. Субъектность обеспечивает базовое свойство личности быть субъектом активности, наполнять субъектную реальность смыслом, отношением и переживанием, проявляясь в витальности, деятельности, общении, самосознании как тенденции к самовоспроизводству и саморазвитию личности перед миром и собой [63]. Субъектом является индивид или группа как источник познания и преобразования действительности, носитель активности, осуществляющий изменение в других людях и в себе самом. Действия субъекта фактически всегда являются актами и процессами взаимодействия с объектом. Условием формирования и развития субъекта является деятельность. И здесь на первый план выходит категория общения.

Для общей психологии важное значение имеет изучение роли общения в формировании и развитии индивидуального сознания, различных форм и уровней психического отражения, в психическом развитии субъекта и склада его личности, особенно анализ того, как он овладевает исторически сложившимися средствами и способами общения и какое влияние оно оказывает на психические процессы, состояния и свойства. Общение выступает как специфическая форма взаимодействия субъектов. Однако речь идет не просто о действии, не просто о

воздействии одного субъекта на другого (хотя этот момент и не исключается) [75, 91, 130].

Проблеме общения посвящены исследования (Б.Ф. Ломов, А.А. Бодалев, Н.Н. Обозов, Е.П. Ильин, Н.С. Ефимова и др.) [11, 12, 13, 45, 48, 75, 90], которые не только раскрывают его основные стороны и функции, но и выявляют его взаимосвязь с деятельностью (А.Н. Леонтьев, Г.М. Андреева) [3, 69]. Успешность деятельности зависит от общения, а оно, в свою очередь, предполагает реализацию важнейших механизмов межличностного восприятия, ведущими из которых являются эмпатия и рефлексия. Эмпатия в исследованиях рассмотрена с разных позиций: с позиции теории децентрации Ж. Пиаже [163], интегративного и комплексного подхода к ее пониманию (Н.И. Сарджвеладзе, И.М. Юсупов) [111, 135], с позиции построения ее структурно-динамической модели (Н.Н. Обозов) [90]. Рефлексия также изучается с разных сторон: с позиции коммуникативного подхода к ее пониманию (Г.М. Андреева, А.А. Бодалёв и др.) [3, 13], когнитивного или интеллектуального подхода (А.В. Брушлинский, И.Н. Семёнов, М.К. Тутушкина и др.) [15, 102, 118].

Вопрос о связи общения и деятельности является основным. Методологический принцип раскрытия этой взаимосвязи заключается в идее единства общения и деятельности. Исходя из него, под общением понимается реальность человеческих взаимоотношений, предполагающая любые формы совместной деятельности людей. Общение и деятельность рассматриваются как две стороны социального бытия человека; в других случаях общение понимается как элемент или особый вид деятельности, а деятельность – условие общения. Общение также может выступить в роли предпосылки, условия, внешнего или внутреннего фактора деятельности, и наоборот [3, 33, 36, 69, 104].

Структура общения представляет собой единство трех его сторон: перцептивной, предполагающей восприятие и понимание партнерами друг друга в процессе общения; коммуникативной, обеспечивающей обмен информацией между субъектами общения; интерактивной, обеспечивающей взаимодействие

общающихся субъектов, сюда относятся позиции, стили, стратегии, которые используют партнеры по общению [14, 49, 129].

Ведущий компонент общения – межличностное познание. Именно от него зависит во многом успешность решения задач, поставленных субъектами общения в процессе взаимодействия друг с другом. Межличностное познание играет ведущую роль в социономических профессиях [13, 32, 33, 46]. В случае общения объектом познаваемой реальности является другой человек. При этом межличностное познание рассматривается с одной стороны, как отражение в сознании взаимодействующих субъектов целей, мотивов, эмоций, установок друг друга, а с другой – как принятие этих целей, позволяющих устанавливать взаимоотношения. Поэтому в общении целесообразно говорить не вообще о социальной перцепции, а о межличностной перцепции или восприятии [36, 104]. Наиболее распространенными механизмами межличностного восприятия являются идентификация, эмпатия, децентрация, рефлексия, аттракция, каузальная атрибуция. Децентрация – психологический механизм учета и координации индивидом точек зрения других людей со своей собственной. Идентификация представляет собой такой способ познания другого, при котором предположение о его внутреннем состоянии строится на основе попытки поставить себя на его место. Аттракция – это возникновение при восприятии одного человека другим его привлекательности для субъекта восприятия. Каузальная атрибуция – это универсальный механизм интерпретации мотивов и причин поступков другого человека [13, 45, 104, 117]. Содержание понятий эмпатии и рефлексии будут рассмотрены более подробно.

Понятие «эмпатия» впервые было введено в психологическую терминологию Э. Титченером в 1909 году и происходит от греческого «*empathēia*» (*em* – «в», *pathos* – «страсть, сильное чувство, страдание»), что означает сопереживание. Однако сегодня эмпатия имеет гораздо больше оттенков значения и смыслов, которые представлены в разных философских и психологических научных школах [30].

Изначально эмпатия трактовалась исключительно как эмоциональный процесс, содержащий в себе только аффективный компонент. В этом случае эмпатию определяли, как эмоциональное переживанием в ответ на эмоциональное состояние другого субъекта общения. Однако в последнее время появилась тенденция рассматривать эмпатию как системное образование, например, Л.П. Выговская выделила три взаимодействующих компонента: когнитивный (мыслительные операции); аффективный (эмоциональные реакции); конативный (действенный) (моторные реакции). По мнению N. Feshach «именно когнитивный компонент является предпосылкой возникновения эмпатии, он заключается в умении идентифицировать эмоциональные состояние других людей, отделять одно эмоциональное состояние от другого и способность принять роль другого человека, все это отражает высокий уровень развития когнитивных способностей» [6, 23, 30, 151].

Все вышеперечисленные компоненты составляют структурно-динамическую модель эмпатии, которую предложил Н.Н. Обозов, они же являются формами эмпатии (когнитивной, эмоциональной и действенной) (рис. 1) и располагаются от простейшей до высшей формы. «Основу эмпатии, возникающей и формирующейся в общении людей, составляет механизм осознанной и неосознанной идентификации, выступающий результатом сравнения субъектом общения себя, своей личности и поведения с другими субъектами». Однако в то же время эмпатия может носить избирательный характер [41, 90].

С точки зрения культурно-исторической теории о высших психических функциях Л.С. Выготского, эмпатия опосредуется развитием интеллекта, в том числе и эмоционального, а также становлением поведения [25].

Анализируя существующие трактовки термина в отечественной и зарубежной психологии, Т.П. Гаврилова выделяет четыре наиболее часто встречающиеся: «1) эмпатия как понимание чувств, потребностей другого; 2) эмпатия как вчувствование в событие, объект искусства, природу; 3) эмпатия как аффективная связь с другими, разделение состояния другого или группы; 4) эмпатия как свойство психотерапевта. В первых трех определениях эмпатию

рассматривают как процесс, а в четвертом – как свойство». Т.П. Гаврилова и Ю.А. Менджерицкая описали механизмы эмпатии и выстроили их возникновения в онтогенезе: «сначала возникают эмоциональное подражание и заражение, затем присоединяются идентификация, понимание эмоций других и рефлексия. Эмоциональное подражание и заражение являются необходимым условием для установления контакта с окружающими, они выступают предпосылкой для эмоционального обмена и формирования поведенческого репертуара, а также для восприятия и умения отражать экспрессивные особенности поведения другого. Идентификация обеспечивает эмоциональную связь между субъектом и воспринимаемым объектом, что позволяет принимать ценности и нормы другого человека как свои» [26, 30, 94].

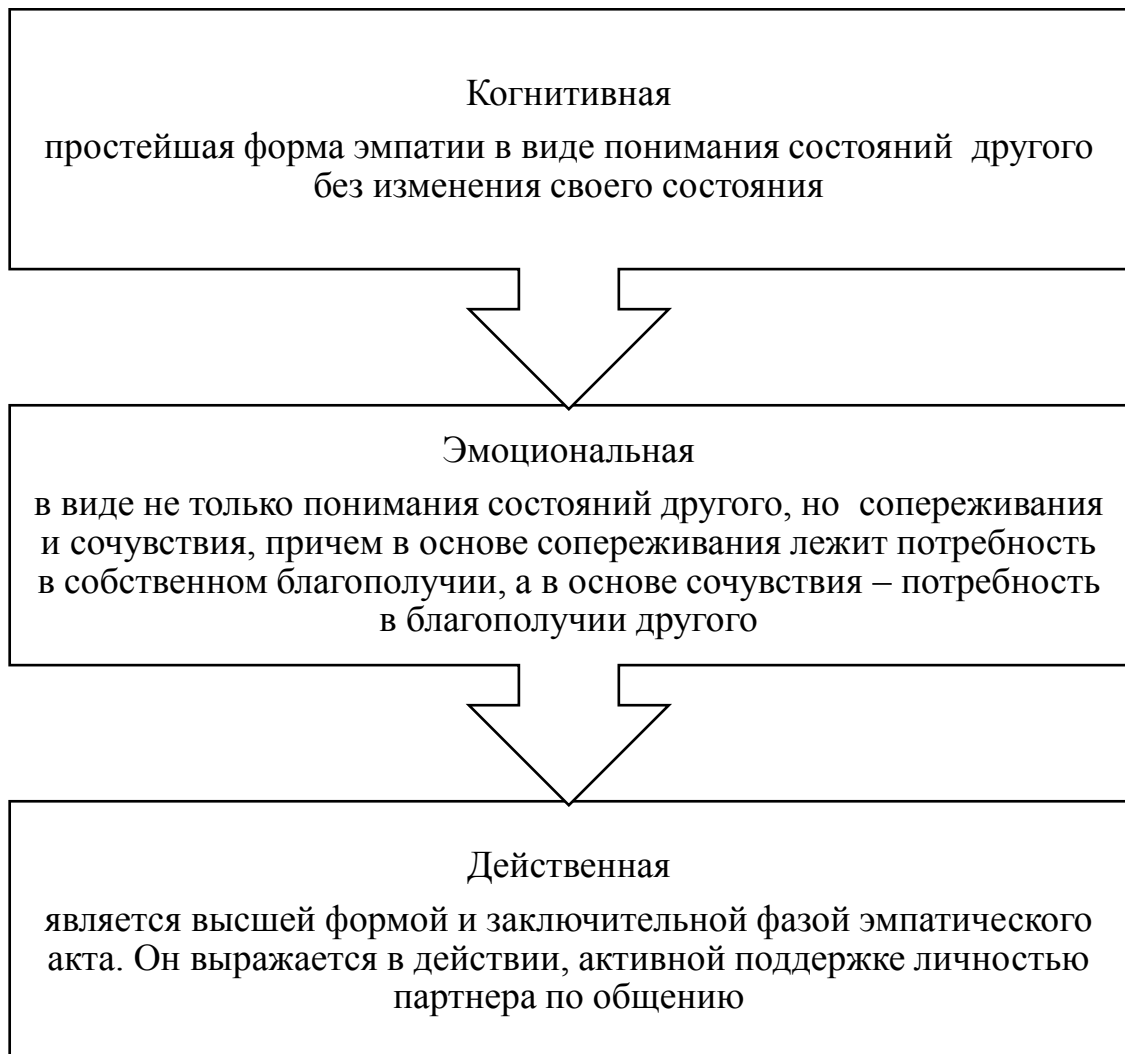


Рис. 1. Иерархическая структурно-динамическая модель эмпатии (по Н.Н. Обозову)

Эмпатия, совместно с другими социально-психологическими механизмами (децентрацией, рефлексией, идентификацией), аккумулирует в себе способность личности переживать чувства другого субъекта общения и является выражением психологического принятия его. С позиции А.А. Бодалева, «возможность возникновения эмпатии при межличностном контакте между субъектами общения зависит от оценочно-познавательного итога данного взаимодействия». Децентрация и рефлексия определяют ход и результаты познания человеком самого себя и других субъектов общения, а также оказывают влияние на поведение субъектов во время межличностного взаимодействия. Они определяют будет ли у субъектов общения возникать чувство эмпатии по отношению друг к другу, т.к. это влияет на дальнейшее течение процесса межличностного взаимодействия, порождая у его участников идентификацию [4, 12, 41]. Все эти процессы, выстраиваясь в единую цепочку, в конечном итоге формируют механизмы эмпатии на интраиндивидуальном уровне личности.

С позиции Н.И. Сарджвеладзе, «эмпатия является особым психическим актом, целостным образованием когнитивных, эмоциональных и моторных компонентов, которое включено в качестве особой формы в социальное взаимодействие» [94, 111]. Главными ее механизмами он считает заражение и идентификацию. Помимо этого, Н.И. Сарджвеладзе выделяет проекцию и интроекцию в качестве составных частей механизма идентификации. Он подчеркивает, что «адекватное отражение человеком внутреннего мира другого субъекта обуславливается балансом проекции и интроекции». Н.И. Сарджвеладзе понимает проекцию как «перенесение личностью своих свойств, устремлений, побуждений и чувств на других людей, в связи с этим, он выделяет две ее формы, характерные для начального этапа идентификации». Первой формой является проекция собственного «Я» индивида. Вторая форма представляет собой уподобление индивидуальных свойств и психологических состояний, субъектов ранее возникшим у них идеалам, образам, взглядам. Эти формы проекции очень важны, однако сами по себе они не являются процессом эмпатии, потому что в эмпатическом взаимодействии, кроме проецирования, имеет место интроекция

образа или состояния другого. Интроекция, в данном случае, понимается как присваивание человеком себе качеств, потребностей и чувств, создание внутренней схемы личностных свойств и психологических состояний других субъектов общения, участвующих в процессе взаимодействия. Результатом ее выступают определенные изменения и корректировки первичного образа другого, сформировавшегося в процессе проекции. Идентификация, имеющая большое значение в эмпатическом процессе, образуется от совместного взаимодействия проекции и интроекции [94, 111].

В.М. Вартамян считает эмпатию «перцептивно-рефлекторной способностью, определяющей возможность проникновения субъекта общения в индивидуальное своеобразие личности объекта общения и понимание при этом самого себя». Она полагает, что индивидуально-психологические свойства (например, высокий деловой статус) личности оказывают влияние на эмпатию, способствуя повышению ее уровня. В.М. Вартамян выделяет функции эмпатии: способность к созданию условий для продуктивного межличностного взаимодействия, обеспечение морально-нравственного роста личности, и приобретение ею коммуникативной компетентности, уменьшение эффекта искажения восприятия другого субъекта общения, рождаемого атрибутивными процессами, и сопровождаемого формированием более точного первого впечатления [18, 41].

Психологическую структуру эмпатии (как процесса) в своем исследовании А.Э. Ахметзянова определила следующим образом: «на основе ориентации на эмоциональное состояние другого человека, т. е. испытывание сходного с ним чувства, происходит оказание ему поддержки с использованием различных средств коммуникации». Она выделила механизмы эмпатии, которыми являются децентрация, интерпретация, эмоциональное заражение и идентификация, реализующиеся на разных уровнях эмпатийного реагирования [5, 41].

В зарубежной психологии понятие «эмпатия» отмечено К. Роджерсом в контексте психотерапевтической работы консультанта с клиентом. Эмпатия у него трактуется как первая по важности в триаде необходимых условий для личностного роста, а также важнейший процесс в терапии, и «практическая философия» любых

развивающихся человеческих отношений – «способ бытия» с Другим. Он и его последователи отмечают моменты, составляющие основу представлений об эмпатии: «эмпатия – процесс, включающий чувствительность к состоянию другого, сопереживание, разделение чувств, осмысление, когнитивное переструктурирование материала эмоциональных явлений, установку, мотивирующую на помощь другому, особую заботу и действие». «Эмпатия способствует установлению контакта клиента с терапевтом и формированию доверия в терапевтических отношениях» [17, 28, 41, 58, 165].

Два типа эмпатии выделяет П. Фресс. «Первый возникает в том случае если ситуация вызывает у одного, а затем у нескольких индивидов одинаковую реакцию страха, гнева или радости. Второй тип более специфичен и проявляется в том, что эмоции овладевают человеком, хотя ситуация его не затрагивает. Все, что облегчает идентификацию усиливает заразительность эмоций, в том числе и типичные или видотипичные схемы внешнего выражения определенных переживаний. Типичные схемы могут быть заученными, социализированными способами проявления чувств, подлежащих произвольному контролю. Однако механизм заражения не обеспечивает адекватность эмпатического реагирования и оправдывает себя только в случае незрелости более сложных форм эмпатии, как, например, у маленьких детей. У них имеют место сравнительно простые и ярко выраженные эмоции, внешне подобные эмоциям переживающего. Эмпатические реакции обладают свойством избирательности, чаще всего их вызывают близкие родственники или хорошо знакомые люди, то есть те, к кому есть нежная привязанность или любовь. В связи с этим он отметил, что люди помогают чаще и охотнее тем, кто больше всего на них похож или больше всего от них зависим. Это значит, что существуют факторы, облегчающие возникновение эмпатического реагирования и синхронизацию чувств и отношений». П. Фресс предположил существование закономерности соответствия силы выражения переживания индивида силе вовлечения окружающих в эмоциональное соучастие [94].

Все виды межличностного общения являются базовой социально-психологической средой, в которой эмпатия зарождается, развивается и

проявляется. Роль эмпатии в коммуникации заключается в предоставлении особого способа получения, обработки и проверки достоверности информации, основанного на вчувствовании. Эмпатия влияет на сбор и анализ информации о субъекте общения, мотивируя индивида на её получение с целью усиления собственной вовлеченности в процесс общения и действует в качестве обратной связи на уже собранную информацию. В интеракции эмпатия выступает регулятором межличностного взаимодействия, обеспечивая оценки и прогноз наиболее адекватных способов поведения в соответствии с эмоциональным состоянием участников общения. Эмпатия корректирует выбранные способы взаимодействия на основе обратной связи в сторону наиболее комфортных и наименее дистрессирующих [7, 21, 30, 40, 60, 93, 117].

Таким образом, на основании всего вышеизложенного, можно сделать вывод об обилии и разнообразии трактовок понятия эмпатии и ее механизмов. Большинство исследователей (Л.П. Выговская, N. Feshach, Н.Н. Обозов, Н.И. Сарджвеладзе, И.М. Юсупов, А.Э. Ахметзянова и др.) признается трёхкомпонентная структура эмпатии, которая ложится в основу ее структурно-динамической модели. В то же время каждый автор дает свое определение эмпатии, выдвигая на первый план те составляющие, которые он считает главными. В свою очередь, Т.П. Гаврилова, анализируя трактовки данного термина в отечественной и зарубежной психологии, пришла к выводу, что в одних исследованиях эмпатия трактуется как процесс, в других – как свойство личности. В своих исследованиях Л.С. Выготский и N. Feshach объясняют генез эмпатии с позиции уровня развития интеллекта, иными словами высокий уровень когнитивного функционирования отражает высокий уровень эмпатии. Разногласия между авторами встречаются в объяснении механизмов эмпатии, Н.И. Сарджвеладзе, Т.П. Гаврилова и Ю.А. Менджерицкая считают главными механизмами эмпатии заражение и идентификацию, А.Э. Ахметзянова – интерпретацию, идентификацию, децентрацию и эмоциональное заражение, в свою очередь, И.М. Юсупов предлагает термин эмпатийное понимание и выделяет четыре процесса эмпатии. Подытожив все вышеизложенное, можно сделать вывод о том, что эмпатия

является процессом, который опосредуется развитием интеллекта, является целостным образованием когнитивных, эмоциональных и моторных компонентов и включает в себя чувствительность к состоянию другого человека, сопереживание и разделение его чувств, осмысление, когнитивное переструктурирование материала эмоциональных явлений, установку, мотивирующую на помощь другому, особую заботу и действие.

Проблематика феномена рефлексии активно исследуется на протяжении последних десятилетий [4, 22, 39, 74, 116]. В развитии представлений о рефлексии можно выделить две линии. Первая линия ориентирована на естественнонаучный подход, отрицающий понятие рефлексии как излишний для объяснения психических явлений конструкт. А. Буземан выделил психологию рефлексии, как отдельную область психологической науки. Согласно его определению, «рефлексия – это любое перенесение переживания с внешнего мира на самого себя». Гуманистическая и когнитивная психология не отказываются от понятия рефлексии, но редко используют его как объяснительное понятие. С точки зрения Ж. Пиаже, «рефлексия – логический процесс, характеризующийся знанием о необходимой связи между объектом и воздействием на него, который в дальнейшем концептуализируется в понятие». Другая линия изучения рефлексии характерна для отечественной психологии. «Рефлексия в данном случае выступает как объяснительный принцип развития самосознания и психики в целом». Подчеркиваются связи рефлексии с мышлением, оно является её необходимым компонентом и само становится её объектом [2, 24, 73, 100, 107, 121].

В современной психологии отсутствует однозначная трактовка понятия рефлексия, в виду наличия большого объема методологического содержания, ее многофункциональности, богатого спектра свойств и признаков, которые сложно объединить в одном понятии. Проанализировав исследовательские работы по психологии можно выделить ряд наиболее важных аспектов в понимании рефлексии. «Рефлексия в теоретическом и концептуальном плане выступает как форма активного переосмысления человеком тех или иных содержаний индивидуального сознания, деятельности, общения». В практическом смысле она

является составной частью развитого интеллекта и рассматривается как способность субъекта к самоанализу и переосмыслению своих социально-предметных отношений с окружающим миром.

Рефлексия соотносится с самосознанием личности и направлена на раскрытие содержания собственного внутреннего мира. «Рефлексия как метакогнитивный процесс раскрывается как принцип человеческого мышления, направленный на осмысление и осознание собственных форм и предпосылок, критический анализ содержания, методов и результатов познания, или как способность думать об основаниях собственного мышления». А.Н. Леонтьев считает, что «рефлексия является механизмом, связывающим смыслы личности субъекта и операционально-предметную сторону его мышления». Б.Ф. Ломов и С.В. Кондратьева считают, что в «сфере человеческой личности рефлексия охватывает процессы коммуникации, самосознания и самоосмысления, а также она определяет качества личности, определяющие взаимодействие партнеров по общению (проницательность, отзывчивость, терпимость и др.)» [64, 70, 104].

И.Н. Семенов и С.Ю. Степанов выделили четыре типа рефлексии: кооперативную, коммуникативную, личностную, интеллектуальную. Кооперативная рефлексия отвечает за обеспечение согласованной совместной деятельности субъектов общения. Коммуникативная, в свою очередь, является основой для продуктивного межличностного взаимодействия и понимается как процесс отражения одним человеком внутреннего мира другого человека, а также осознанием того, как индивид воспринимается другим субъектом общения. Она выполняет ряд функций – познавательную, регулятивную и функцию развития, которые выражаются в смене представлений о другом субъекте на более адекватные для данной ситуации. Личностная рефлексия позволяет понять свой внутренний мир. Она осуществляется в несколько этапов: «первый этап – переживание тупика и осмысление задачи, ситуации как не решаемой; второй этап – апробирование личностных стереотипов (шаблонов действия) и их дискредитация; третий этап – переосмысление личностных стереотипов, проблемно-конфликтной ситуации и самого себя в ней заново». Процесс

переосмысления выражается в изменении отношения субъекта к самому себе и к собственному «я», он реализуется в виде соответствующих поступков и в изменении отношения субъекта к своим знаниям и умениям. При этом конфликт не подавляется, а обостряется и приводит к мобилизации ресурсов «я» для достижения решения задачи. С помощью интеллектуальной рефлексии происходит соотнесение собственных действий и конкретной ситуации. Она рассматривается преимущественно в связи с проблемами организации когнитивных процессов переработки информации и разработки средств обучения решению типовых задач [68, 73, 84, 118].

В работах А.А. Бодалева выделены следующие виды рефлексии: «социально-перцептивная рефлексия, направленная на переосмысление субъектом своих собственных представлений о человеке; личностная рефлексия, способствующая общению и взаимодействию субъекта и других людей; коммуникативная рефлексия, состоящая в представлении субъекта о том, как его оценивают и воспринимают окружающие люди; метарефлексия, заключающаяся в представлении человека о самом себе» [10].

Роль и функционирование рефлексии в процессах переработки информации, заключается в представлении в сознании человека форм и механизмов произвольного контроля над генерацией новой информации и развития, и функционирования этой генерации. В.Я. Буторин классифицирует рефлексию по «временному» параметру, выделяя три формы: ретроспективную, ситуативную или актуальную и перспективную. Ретроспективная рефлексия способствует анализу своей выполненной деятельности и уже случившихся событий. Перспективная рефлексия обеспечивает планирование субъектом своего будущего. Ситуативная рефлексия заключается в способности осознавать себя и свое состояние «здесь и сейчас», осмысливая и анализируя при этом текущую ситуацию. Для этого субъект должен соотносить свои действия и координировать их согласно меняющимся условиям и собственным состояниям [16, 105].

«Рефлексия – это механизм отражения личностных смыслов и принципов действий посредством установления связей между конкретной ситуацией и

мировоззрением личности, лежащий в основе самоконтроля и саморегуляции личности в общении и в деятельности». Такой позиции придерживается М.К. Тутушкина и поэтому выделяет две формы рефлексии – предметную и социально-психологическую. Социально-психологическая рефлексия помогает разобраться почему возникла данная ситуация, а предметная, в свою очередь, позволяет принять решение, как следует действовать, для разрешения этой ситуации. Она выделяет две функции рефлексии – конструктивную и контрольную. С позиции конструктивной функции рефлексия является процессом поиска и установления взаимосвязей между существующей ситуацией и мировоззрением личности в данной области. С позиции контрольной функции рефлексия – это процесс налаживания, проверки и использования связей между существующей ситуацией и мировоззрением личности в данной области [102].

Три вида рефлексии выделил А.В. Карпов: ситуативную, ретроспективную и перспективную. Ситуативная рефлексия обеспечивает самоконтроль поведения человека в актуальной ситуации и анализ происходящего, а также координацию своих действий в соответствии с изменяющимися условиями и собственным состоянием. В поведении этот вид рефлексии проявляется время анализа субъектом своей текущей деятельности. Ретроспективная рефлексия проявляется в склонности к анализу уже свершившихся событий. В этом случае предметами рефлексии являются предпосылки, мотивы и причины произошедшего, а также его результативные параметры (допущенные ошибки). Данный вид рефлексии выражается, во времени и скорости анализа субъектом произошедших события. Перспективная рефлексия заключается в анализе предстоящей деятельности и ее планирования, а также прогнозирования вероятных исходов и др. Ее основными поведенческими характеристиками являются тщательность планирования деталей своего поведения, частота обращения к будущим событиям и ориентация на будущее. Также были выделены четыре уровня рефлексии, в зависимости от степени сложности рефлектируемого содержания: «первый уровень включает оценку личностью актуальной ситуации (своего поведения и поведения другого человека); второй уровень предполагает построение субъектом суждения о

чувствах другого человека в той же ситуации; третий уровень включает представление мыслей другого человека о том, как он воспринимается субъектом, а также представление о том, как другой человек воспринимает мнение субъекта о самом себе; четвертый уровень заключает в себе представление о восприятии другим человеком мнения субъекта по поводу мыслей другого о поведении субъекта в той или иной ситуации» [50, 51, 52, 53, 54, 55].

В ходе своих экспериментов Н.И. Гуткина выделила следующие виды рефлексии: «логическую рефлексию, происходящую в области мышления, предметом которой является деятельность индивида; личностную рефлексию, наблюдающуюся в аффективной сфере личности и связанную с развитием самосознания человека; межличностную рефлексию, возникающую по отношению к другим людям и направленную на изучение межличностной коммуникации» [37].

«Рефлексию в общении» как сложную систему взаимоотношений, возникающих и формирующихся в ходе межличностного взаимодействия, описывает Е.В. Лушпаева. Она выделяет в этой структуре рефлексии несколько компонентов: «лично-коммуникативную рефлексию (рефлексия «Я»), социально-перцептивную рефлексию (рефлексия другого «Я») и рефлексию ситуации, то есть взаимодействия с личностью другого человека» [76].

Наиболее развернуто, на наш взгляд, механизмы интраиндивидуального уровня рефлексии раскрыты в дифференциальной модели рефлексии, предложенной Д.А. Леонтьевым и соавторами, в основе которой лежит идея о том, что понятие «рефлексия» содержит в себе два принципиальных момента: механизм произвольного манипулирования идеальными содержаниями в умственном плане, основанный на переживании дистанции между своим сознанием и его интенциональным объектом, и направленность этого процесса на самого себя как на объект рефлексии. Именно благодаря единству данных аспектов формируется полноценное рефлексивное отношение [72, 131].

Д.А. Леонтьевым и соавторами были предложены три качественно специфические формы рефлексии: интроспекция (самокопание), связанная с сосредоточенностью на собственных переживаниях и состояниях; системная

рефлексия, связанная с самодетерминированием и самодистанцированием, позволяющая одновременно охватить полюс субъекта и объекта; квазирефлексия, направленная на объект, не имеющий отношения к актуальной жизненной ситуации, и происходящая в отрыве от актуального бытия в мире (уход в посторонние размышления о прошлом, будущем и т.д.). Данным формам рефлексии противопоставляется арефлексия как отсутствие самоконтроля, сосредоточенность на внешнем интенциональном объекте деятельности [72, 130].

Системная рефлексия является наиболее адаптивной, так как только она связана с механизмом самодетерминации. Интроспекция в такой же мере односторонняя, как и арефлексия, и, как следует, в ситуациях практической деятельности интроспективная «ориентация на состояние» проигрывает арефлексивной «ориентации на действие», хотя в контексте психотерапии она может быть весьма продуктивна. Квазирефлексия, являющаяся формой психологической защиты через уход от неприятной ситуации в резонерские спекуляции и беспочвенные фантазии. Системная рефлексия оказывается наиболее объемной и многогранной, именно она позволяет видеть как саму ситуацию взаимодействия во всех ее аспектах, включая и полюс субъекта, и полюс объекта, так и альтернативные возможности [72, 131].

Таким образом, на основании всего вышеизложенного, можно сделать вывод об обилии и разнообразии трактовок понятия рефлексия и ее механизмов. Существует две точки зрения на определение рефлексии, согласно первой – рефлексия является механизмом отражения личностных смыслов (А.Н. Леонтьев, М.К. Тутушкина), согласно второй – логическим процессом (Ж. Пиаже). Д.А. Леонтьев, в свою очередь, определяет рефлексия в единстве двух аспектов: механизме произвольного манипулирования идеальными содержаниями в умственном плане и направленностью этого процесса на самого себя как на объект рефлексии. Каждый из авторов предложил свои формы рефлексии, однако систематизировав информацию, можно выделить несколько общих направлений рефлексии: на себя; на партнера по общению; на ситуацию. Подытожив, можно сделать следующие выводы, что рефлексия является высшим психическим

процессом личности, который опосредуется развитием интеллекта и характеризуется знанием о необходимой связи между объектом и воздействием на него. Она тесно связана с процессом мышления и направлена на осмысление и анализ собственного поведения. Также она выступает определяет качества личности, которые играющие важнейшую роль в межличностном взаимодействии, такие как проницательность, отзывчивость, терпимость, принятие и понимание других людей.

Изложенный выше материал можно представить в виде схемы (рис. 2).



Рис. 2. Роль эмпатии и рефлексии личности в общении и деятельности

Данная схема также показывает, что такие психические механизмы, как эмпатия и рефлексия, проявляются в общении в каждой из сторон и в реализации всех его функций. Вместе с тем, они опосредуются развитием интеллекта, в связи с этим можно говорить о них как о способностях личности, которые формируются и развиваются в процессе деятельности. Общение и деятельность взаимосвязаны: общение – элемент деятельности, в свою очередь, деятельность – это условие общения. Именно поэтому, успешность взаимодействия субъектов

социономических профессий зависит от построения эффективных коммуникаций, ведущую роль в развитии которых играют процессы межличностного восприятия, такие как эмпатия и рефлексия.

1.2 Комплексный подход к пониманию эмпатии и рефлексии как психологических явлений

Основная идея комплексного подхода заключается в необходимости целостного изучения личности как системы, каждый элемент которой находится во взаимосвязи и взаимозависимости друг с другом. Поэтому как выделение, так и изучение каких-либо элементов по отдельности становится возможным лишь в абстракции. Согласно данному подходу, высшая конкретная форма органической целостности – человеческая личность, а стержень ее функционирования – индивидуальное свободное сознание [62].

Комплексный подход заключается в понимании психики как единой системы, несущей отражательную, регуляторную и коммуникативную функцию [62, 133, 134]. Его стратегией является постижение природы человека через сопровождаемое критической рефлексией интегрирование, синтез различных традиций, подходов, логик, диагностического и психотехнического инструментария, при сохранении их автономии в последующем развитии. Суть его заключается в многоплоскостном, многомерном, многоуровневом, разновекторном анализе, создающем возможность качественно иного исследования, предполагающего включение в плоскость анализа аспектов множественности, диалогичности, многомерности психического феномена [62].

Результатом интеграции всей внутренней психической реальности является субъект. Личность, в свою очередь является инструментом субъекта. Акты действия и познания предполагают наличие у субъекта активности и сознания, без

которых невозможно целенаправленное действие и осознанное отражение. В процессе взаимодействия субъект и объект изменяются, следовательно, изменяются и отношения между ними. Субъект не только познает, но и познается. Таким образом, можно сказать, что субъект – это действующий и испытывающий воздействия, познающий и познаваемый человек, носитель активного познания [27]. Деятельность – условие формирования и развития субъекта, а также условие общения.

В общении выделяются три основные функции: информационно-коммуникативная, регуляционно-коммуникативная и аффективно-коммуникативная функции общения. Информационно-коммуникативная функция общения заключается в любом виде обмена информацией между субъектами общения. Обмен информацией в общении имеет свою специфику. Во-первых, каждая сторона общения является активным субъектом. Во-вторых, обмен информацией предполагает взаимодействие мыслей, чувств и поведения субъектов общения. В-третьих, субъекты должны обладать единой или сходной системой декодификации сообщений.

Регуляционно-коммуникативная (интерактивная) функция общения заключается в регуляции поведения и организации совместной деятельности личностей в процессе их взаимодействия. В процессе общения как межличностном взаимодействии субъект может воздействовать на мотивы, цели, программы принятия решений, на выполнение и контроль действий, т. е. на все составляющие деятельности своего партнера, включая взаимную стимуляцию и коррекцию поведения. Аффективно-коммуникативная функция общения связана с регуляцией эмоциональной сферы человека. Общение является важнейшей детерминантой эмоциональных состояний человека. Весь спектр человеческих эмоций возникает и развивается в условиях общения людей, в результате чего происходит либо сближение субъектов, либо их поляризация, т.е. взаимное усиление или ослабление [73, 87, 91, 104].

В общении каждый из партнеров «продуцирует» процессы эмпатии и рефлексии, исходя из присущих ему индивидуально-психологических

особенностей (свойств темперамента, интеллекта и пр.). С другой стороны, процессы рефлексии и эмпатии, будучи регулярно переживаемыми личностью в общении и деятельности, закрепляясь в форме состояний, могут переходить в её личностные свойства.

Анализ данных конструктов приобретает особую актуальность, когда мы ставим своей целью рассмотреть их генезис в личности субъектов социномических профессий, акцентируя внимание на том, что личность является основным инструментом деятельности и, главным образом, ее направленность и особенно в социномических профессиях.

Одна из линий исследования эмпатии раскрывает её как определенную способность субъекта. Согласно бихевиористской и когнитивистской традиции, такие способности, как эмоциональное подражание и заражение, служат для установления контакта с окружающими, выступая предпосылкой для эмоционального обмена, формирования поведенческого репертуара, восприятия и умения отражать экспрессивные особенности поведения другого.

Основная функция эмпатии заключается в синхронизации взаимоотношений субъектов межличностного взаимодействия и создании состояния доверительности. Познавательная функция связана с пониманием эмоционального состояния другого субъекта общения и мотивацией помогающего поведения, в том числе и его психотерапевтического действия, которое влечет за собой снижение эмоционального напряжения и формирование взаимопонимания между переживающим и сочувствующим ему индивидом, о чем писал К. Роджерс [94].

На индивиальном уровне личности механизмами эмпатии являются децентрация, интерпретация, эмоциональное заражение и идентификация, которые, в свою очередь реализуются на разных уровнях эмпатийного реагирования (рис. 3) [5, 41]. Все эти механизмы, выстраиваясь в единую цепочку обеспечивают эмпатии роль регулятора межличностного взаимодействия, способствуя оценке и прогнозу наиболее адекватных способов поведения, в соответствии с эмоциональным состоянием личности.

На интраиндивидуальном уровне роль эмпатии заключается в предоставлении особого, основанного на вчувствовании способа получения, обработки и проверки достоверности информации. Эмпатия влияет на сбор и анализ информации, мотивируя личность на её получение с целью усиления собственной вовлеченности в процесс общения и действуя в качестве обратной связи на уже собранную информацию.

I уровень

(когнитивная эмпатия)

- На этом уровне реализуется механизм понимания, в процессе которого происходит интерпретация субъектом эмоционального состояния объекта эмпатии без изменения своего состояния.



II уровень (эмоциональная эмпатия)

- На этом уровне реализуются механизмы проекции и интроекции, обеспечивающие идентификацию субъекта с эмпатируемым объектом. Обязательным условием полноценной эмпатии является децентрация как ориентация на эмпатируемый объект, благодаря которой субъект оказывается способен стать в позицию другого и осознанно отождествить себя с объектом и сопереживать ему



III уровень (когнитивная, эмоциональная и действенная эмпатия)

- На этом уровне включается механизм эмоционального заражения, который выражает межличностную идентификацию («воспринимаемую», «понимаемую», «сопереживаемую» и «действенную»). Субъект оказывает помощь и поддержку объекту эмпатии

Рис. 3. Уровни эмпатийного реагирования (по А.Э. Ахметзяновой)

Эмпатия, с позиции комплексного подхода, является целостным феноменом, связующим между собой сознательную и подсознательную инстанции психики, целью которого является «проникновение» во внутренний мир другого человека.

Феномен эмпатии имеет социально – психологическое происхождение и многоуровневую структуру с психофизиологическими, психологическими и социально-психологическими уровнями и предстает в ипостасях процесса, свойства и состояния. Одним из составляющих процессов эмпатии является эмпатийное понимание, имеющее свою специфику. Эмпатийное понимание рассматривается как продукт социализации личности и формируется во взаимодействии аффективных, когнитивных и действенных компонентов.

Комплексная модель эмпатии, основанная на понимании единства психики как системы, несущей отражательную, регуляторную и коммуникативную функции была предложена И.М. Юсуповым. Он выделил четыре основных процесса эмпатии, которые протекают в различных формах (областях) и выполняют определенную функцию:

1. Область аффективного (реактивного) регулирования включает в себя сочетание аттракции, синтонии и сопереживания;
2. Область подсознательного отражения включает в себя сочетание интроекции, социальной сенситивности и сочувствия;
3. Область опережающего отражения включает в себя сочетание проекции, атрибуции и интуиции;
4. Область произвольного регулирования включает в себя сочетание интеракции, рефлексии и содействия [58, 134, 135].

Эмпатия, с позиции комплексного подхода, является процессом понимания и отклика на переживание другого, основанном на сопереживании и ориентированном относительно внутренней феноменологической перспективы другого [58].

Рефлексия реализуется, на наш взгляд, по принципу маятника – суксесивно и симультанно на двух уровнях, на интериндивидном – от отражения себя через самооценку, на интраиндивидном – до познания себя и своих действий сквозь

призму их отражения партнером, каждый раз изменяя амплитуду движения (последующая корректировка поведения). В структуре сознания и самосознания рефлексия выступает как свойство направленности личности в таких её проявлениях, как пронизательность, отзывчивость, терпимость, безоценочное принятие и понимание других людей.

Процессы рефлексивного взаимоотражения реализуются не только в общении. Способность человека занять рефлексивную позицию по отношению к себе есть результат интериоризации личностью социальных отношений между субъектами общения. «Лишь на основе взаимодействия с другими субъектами, человек старается понять их мысли и действия, и когда он оценивает себя глазами этого другого, он оказывается в состоянии рефлексивно отнестись и к самому себе» [68].

В процессе общения, благодаря рефлексии, человек выступает в четырех лицах: каким он является на самом деле; каким он себя видит; каким его видит партнер; каким ему представляется свой образ в сознании партнера. В ходе взаимного отражения участников общения рефлексия является обратной связью, способствующей формированию стратегии поведения субъектов общения, и коррекции их понимания особенностей внутреннего мира друг друга. Так, с помощью исследований было установлено, что существует зависимость между изменениями в содержании и структуре рефлексии и степенью постижения человеком требований субъективно значимой для него деятельности.

Особенности и характер рефлексивных процессов, отмечаемых у человека, в большей мере определяется его статусно-ролевыми позициями в обществе. Интенсивность и полнота коммуникативной рефлексии зависят от степени субъективной значимости для него лиц, во взаимодействии с которыми он вступает. Профессиональные, возрастные, половые и индивидуально-психологические характеристики личности сказываются на особенностях рефлексивной деятельности конкретного человека, в частности, что он подвергает анализу в первую очередь и насколько правильно оценивает свои личностные качества, а какие анализу не подвергает. То же следует сказать и о субъективных

детерминантах содержания и точности прогнозирования личностью понимания ее психических свойств субъективно значимыми для нее лицами [13, 48, 127].

Каждый субъект межличностного взаимодействия обладает особенной структурой рефлексивного механизма, формирующейся в течение всей его жизни в двух основных видах (предметном и социально-психологическом) и по принципу уровневой организации. Освоение высшего уровня рефлексии возможно только при освоении предыдущего, как в предметной, так и в социально-психологической сфере и всегда идет по встречным направлениям. В предметной сфере субъект сначала осваивает определенные образцы взаимодействия с объектами, учится сверяться с ними, контролировать себя в соответствии с этими образцами, а проанализировав их, начинает конструировать свои собственные. В социально-психологической сфере работа рефлексивного механизма связана с познанием самого себя и представлением о собственной личности, анализом собственного жизненного опыта и обучением управлению и контролю своего взаимодействия с другими субъектами общения, поверяя их самостоятельно сконструированными законами и правилами. Таким образом, в предметной сфере субъект движется от применения контрольной функции к конструктивной, а в социально-психологической – от конструктивной к контрольной [102].

Формы рефлексии подразделяются на внутри- и межсубъектные. Внутрисубъектными формами рефлексии являются избирательная, корректирующая и дополняющая рефлексия. Корректирующая рефлексия адаптирует используемый способ деятельности субъекта к новым или изменяющимся условиям. Избирательная рефлексия помогает выбрать один или несколько способов для решения различных задач. Дополняющая рефлексия, в свою очередь, усложняет выбранный способ действий путем добавления к нему новых элементов. Среди форм взаимодействия между субъектами выделены состязательная, кооперативная и противодействующая рефлексия. Кооперативная рефлексия объединяет субъектов для достижения общей цели. Состязательная рефлексия организует субъектов в моменты их соревнования или борьбы между

ними. Противодействующая рефлексия служит средством борьбы субъектов за доминирование в конкретной ситуации [67, 105].

С позиции комплексного подхода, рефлексия является процессом, обеспечивающим связь общесистемных психических процессов [50, 52]. Она дифференцирует психику на качества, подвластные осознанию, а также последующему произвольному контролю и коррекции. В этом проявляется генеративно-порождающий потенциал рефлексии, раскрывающий ее как качество субъекта, суть которого состоит в его способности к экспликации, в выявлении, «распознании» и в формировании других свойств и качеств. Рефлексия тесно связана с процессом мышления и направлена на осмысление и анализ собственного поведения и поведения партнера, она является обратной связью, способствующей формированию стратегии поведения субъектов общения, их коррекции и понимания особенностей внутреннего мира друг друга. Вместе с тем рефлексия выполняет интегративную функцию, объединяя, согласуя все элементы дифференцированных частей и предоставляя целостную информацию субъекту [62].

Эмпатия и рефлексия формируются и проявляются в общении, межличностном взаимодействии и совместной деятельности и в то же время успешность этих последних определяется тем, насколько они будут развиты в личности. Данные психологические конструкты пронизывая всю структуру деятельности и общения личности, формируют её особую направленность, которая играет ведущую роль в межличностном взаимодействии.

Эмпатия обеспечивает идентификацию эмоциональных состояний других людей и, как следствие, реализует помогающее поведение, без которого невозможна успешная совместная деятельность. Рефлексия реализуется функционально в качестве обратной связи в целях коррекции стратегии поведения для дальнейшей адаптации в межличностном взаимодействии с последующим возможным выходом на более продуктивные направления совместной деятельности. За счет согласованности этих механизмов и достигается продуктивный межличностный контакт и взаимопонимание.

В формировании свойств направленности личности, продуктивных в общении, интериндивидный контекст более ярко проявляется в развитии эмпатичности личности, в то время как рефлексивность связывается с реализацией внутриличностных познавательных потребностей, конкретизируемых в потребности в осмыслении ситуации общения и взаимодействия.

Изложенный выше материал можно представить в виде схемы (рис. 4).



Рис. 4. Подходы к представлению об эмпатии и рефлексии как о психологических конструктах

Итак, процессы эмпатии, рефлексии и общения выстраиваются в единую согласованную систему сущностных связей между различными элементами, ориентированными на целостность личности как на результат. Данный подход аккумулирует в себе, кроме традиционного интериндивидуального подхода, в котором эмпатия и рефлексия представлены как психологические механизмы общения, интраиндивидуальный (личностный) подход, при котором эмпатия и рефлексия играют роль индивидуально-психологических свойств личности, входящих в структуру ее коммуникативных способностей, и субъектно-деятельностный подход, в соответствии с которым эмпатия и рефлексия рассмотрены в роли коммуникативных способностей, формирующихся по мере освоения социально-ориентированной профессиональной деятельности.

1.2 Эмпатия и рефлексия в учебной и трудовой (на примере медицинской) деятельности

Учебная деятельность в вузе нацелена на превращение студента из объекта педагогических воздействий в субъекта профессионального образования и создание условий для развития личности на всех этапах освоения деятельности. Подготовка к профессии включает в себя стратегию адаптации студента к профессиональной среде и развитие индивидуально-психологических свойств личности, таких как эмпатия и рефлексия, формирующих, в свою очередь, ценностно-нравственное отношение к жизни и личности другого человека [32]. Главной чертой профессии, связанной с межличностным общением, является познание другого человека, поскольку основное содержание деятельности сводится к взаимодействию между людьми [19]. Исходя из этого, стержнем

личности будущего специалиста должны быть свойства, направленные на гуманизацию социальных отношений; высокий уровень рефлексивности; способность понимать и принимать других людей, объединять их для решения актуальных задач; способность предвидеть последствия своих поступков и действий [32]. Важнейшим условием, позволяющим студенту обрести профессию, является достижение некоторого определенного уровня личностного и профессионального самосознания. Психологическим фундаментом личности будущего профессионала выступают такие базовые характеристики, как личностная направленность, поведенческая гибкость и профессиональная компетентность. Все это позволит будущему профессионалу реализовать особенные ценностные эталоны. Развитие личности (ее интегральных характеристик) определяет подготовку к профессии и вместе с тем развитие той или иной профессиональной деятельности определяет стратегию развития личности [32].

В своем исследовании О.В. Минакова проанализировала компетенции, представленные в государственных стандартах по различным направлениям подготовки врачей, и установила, что овладение некоторыми из них в полном объеме возможно только в процессе аналитико-рефлексивной деятельности. Таковыми компетенциями выступают: способность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (ОК-1); готовность к саморазвитию, самореализации, самообразованию, использованию творческого потенциала (ОК-5); способность и готовность анализировать результаты собственной деятельности для предотвращения профессиональных ошибок (ОПК-5); готовность к анализу и публичному представлению медицинской информации на основе доказательной медицины (ПК-20). Овладение данными компетенциями подразумевает усвоение обучающимися знаний, умений и опыта проведения анализа, самоанализа, и как следствие развитие рефлексивных процессов и системного мышления в профессиональной деятельности врача [86].

Социономическая деятельность – особая сфера, требующая от субъекта специальных коммуникативных и индивидуально-психологических особенностей.

В связи с этим, встает вопрос о том, является ли способность к эмпатии интегральной устойчивой личностной характеристикой или же её показатели со временем изменяются в процессе деятельности. Различные исследования по данной тематике представляют противоречивые данные, а характерным объектом изучения динамики эмпатического процесса зачастую оказываются студенты, в процессе учебной деятельности [101].

В исследовании А.П. Васильковой доказана прямая связь между выраженностью профессиональной направленности на социэкономические профессии и альтруистической мотивацией к выбору профессии и высоким уровнем эмпатии. Кроме того, она считает эмпатию устойчивой личностной характеристикой, не зависящей от этапов обучения [19].

Исследуя эмпатию у студентов медицинских вузов D. Chen , выявил, что к окончанию обучения, несмотря на общее снижение эмпатии, её показатели остаются высокими у студентов, декларирующих себя как социально-ориентированных в противовес технологически-ориентированным, отдающим предпочтение научным инновациям, а не выздоровлению больного. Схожую точку зрения имеет D.H. Novak, который постулирует о том, что «эмпатия в процессе медицинского образования оказывается ненужным атрибутом врача, а коммуникация в диаде с больным давно подменена инструментальными способами диагностики и лечения». Однако были получены и противоположные результаты в лонгитюдном исследовании, проведенном P. Costa и соавторами, в котором они обследовали студентов на этапе поступления, а также доклинической и клинической фазах обучения и отметили рост общего уровня эмпатии, при этом она оказалась выше у представительниц женского пола, однако выраженность ее незначительно снижалась на этапе клинической фазы обучения в связи с усилением тревожности испытуемых [144, 145, 161].

Психологические основы медицинской деятельности изучались в трудах (А.П. Васильковой, 1997; Р. Конечного и М. Боухала, 1974; В.Д. Менделевича, 2008; В.А. Ташлыкова, 1964; и др.) [19, 85, 120]. Для эффективного и бесконфликтного взаимодействия пациента с медицинскими работниками

необходима коммуникативная компетентность. Она определяется способностью устанавливать и поддерживать межличностные контакты с другими субъектами общения, что способствует достижению взаимопонимания между партнерами по общению и лучшему пониманию ситуации. «В первую очередь, коммуникативная компетентность является профессионально значимой характеристикой врача. Однако, несмотря на то, что в условиях клиники пациент вынужден обращаться за помощью к врачу, она важна для обеих сторон. Это связано с тем, что некомпетентность в общении хотя бы с одной стороны способна нарушить диагностический и лечебный процесс и привести к нежелательным результатам. Неумение пациента наладить контакт с врачом столь же опасно, сколь нежелание врача установить эффективный контакт с любым пациентом» [8, 108, 114, 123, 137].

Типологии коммуникативной деятельности, выделенные С.И. Самыгиным и Л.Д. Столяренко [85, 110], присутствуют в практике врачебной работы. Речь идет о следующих видах общения: «контакт масок», примитивное общение, формально-ролевое общение, деловое общение, духовное межличностное общение, манипулятивное общение. «Контакт масок» подразумевает собой формальное общение, проявляющееся при малой заинтересованности одного из субъектов общения. Примитивный уровень общения встречается в случаях, когда целью обращения к врачу является получение какой-либо выгоды (справки, листка нетрудоспособности и др.) Формально-ролевой уровень регламентирует содержание и средства общения с позиции знания социальной роли субъекта. Деловой уровень общения учитывает особенности личности собеседника и нацелен на результат, однако, существует риск директивного отношения врача к пациенту. Духовный уровень общения подразумевает достаточно тесный межличностный контакт врача и пациента, выражающийся в возможности поделиться любыми проблемами и нюансами личной жизни. Манипулятивный уровень общения, как и примитивный направлен на извлечение выгоды с помощью специальных приёмов, например, демонстрация необходимости дополнительных исследований со стороны врача с целью получения вознаграждения [85, 110]. Общение врача и пациента является вынужденным, т.к. основным мотивом встречи становится

появление у одного из субъектов взаимодействия проблем со здоровьем. Со стороны врача вынужденность выбора субъекта общения обусловлена его профессией. Если обращение пациента к врачу диктуется поиском помощи, то заинтересованность врача в пациенте, прежде всего, объясняется соображениями профессионального и личностного роста, а также материального благополучия. [85, 137].

Психологическая установка играет важную роль в процессе взаимодействия врача и пациента. Различают три типа психологических установок: позитивную, негативную и адекватную. Позитивная установка на того или иного врача часто связана с мнением окружающих, профессиональным статусом (ученая степень, высшая врачебная категория и т.д.). Негативная установка выражается в недоверчивости, подозрительности, она также может быть связана с мнением окружающих. Адекватная установка принимает во внимание возможность сочетания в одном и том же человеке как положительных, так и отрицательных качеств.

В.А. Ташлыковым описано четыре психологических типа врача в зависимости от стиля общения, составляющих альтернативные пары: «сопереживающий» или «эмоционально-нейтральный», «директивный» или «недирективный». «Сопереживающий» врач прежде всего отличается высоким уровнем эмпатии. «Эмоционально-нейтральный» врач, сочетает в себе эмоциональную дистанцированность и технократический подход к лечению. «Директивный» врач, выступает в роли учителя, указующего как что делать в ситуации болезни и не склонного дискутировать с пациентом на профессиональные темы. В своей деятельности он руководствуется патерналистской моделью медицины. «Недирективный» врач ориентирован на партнерство, склонен принимать к рассмотрению точку зрения пациента как при диагностике, так и при выборе методов и способов лечения. Представленные пары качеств врача могут составлять четыре психологических типа: «сопереживающий недирективный», «сопереживающий директивный», «эмоционально-нейтральный недирективный» и «эмоционально-нейтральный директивный». Ориентация пациента на тот или

иной эталон типа врача связана с личным опытом взаимодействия с рядом авторитетных лиц в различные периоды жизни. Таким образом, «эксpekтации пациента – опосредуются личностными особенностями, опытом общения и его пристрастиями. Он имеет право выбора врача в соответствии с собственными мотивами и ценностями. Другой же участник взаимодействия – врач – поставлен в иные условия. Он ограничен в выборе пациента и должен быть подготовлен к общению с любым человеком» [85, 121].

Изучая взаимоотношения между медицинскими работниками и пациентами, американский философ и биоэтик Р. Витч выделил четыре базовые модели: инженерную, патерналистскую, коллегиальную, контрактную. Инженерная модель связана с технократическим подходом врача к пациенту. В данном случае продуктивный межличностный контакт становится затруднительным. Патерналистская модель основана на отношении врача к пациенту как наставника к подопечному. Недостаток данной модели в том, что пациент оказывается отстраненный от принятия жизненно важных решений. Однако, следует отметить, что патернализм является естественной и адекватной формой отношения врачей к больным детям и другим пациентам с ограниченной дееспособностью. Коллегиальная модель реализует принцип равноправия врача и пациента, т.е. врач сообщает наиболее полную информацию о состоянии здоровья пациенту, а тот, в свою очередь, принимает окончательное решение. Контрактная модель осуществляется на принципах общественного договора между врачом и пациентом, по условиям которого каждая сторона несет определенные обязательства.

Из вышеизложенного следует, что данные модели неравноценны по своему моральному значению и представляют собой иерархию от наименее морально обоснованной инженерной модели к наиболее обоснованной – контрактной. Следует отметить, что каждая из рассмотренных выше моделей редко реализуется в чистом виде. Также модели взаимоотношений врача и пациента можно различать по тому, каким – монологичным или диалогичным – представляется в них взаимодействие между врачом и пациентом. Монологичной можно считать такую

модель, в которой общение между врачом и пациентом выстраивается как монолог специалиста с невежественным слушателем (пациенту нечего сказать врачу о сущности заболевания и выборе лечения). Диалогичной моделью считается такая, при которой взаимодействие врача и пациента разворачивается как диалог равноправных партнеров, дополняющих познания друг друга для более точного отображения истинного положения дел [8].

Медицинская деятельность требует не только профессиональных знаний, навыков в диагностике и лечении, но и высокоразвитого интеллекта, коммуникативной компетентности и способности к эмпатии. По мнению S.S. Aronfreed, эмпатия является «специфическим способом и формой социальной перцепции, а также одним из мотивов альтруистического поведения» [19, 138]. В современной клинической медицине, несмотря на усовершенствование инструментальных способов и методов диагностики и, как следствие этого, тенденцию к минимизации межличностного взаимодействия с пациентом, ведущим остается постулат о важности эмпатического контакта врача и пациента. Неадекватная их коммуникация сопряжена с риском судебных разбирательств с медицинскими работниками, частой смене врачей, соматизации пациентов, аггравации симптомов болезни. Процесс реабилитации при этом часто превращается в перманентную диагностику и госпитализации, обозначаемые как тенденция «doctor shopping» [101, 141, 142].

Эмпатии в медицинской деятельности были посвящены работы О.Ю. Богачевой, А.П. Васильковой, Н.В. Козиной, В.А. Корзунина, Chen D., Gowans M.C., Novak D.H., Suchman A.L., и др. [9, 19, 61, 65, 140, 146, 148, 149, 163, 168]. В данном исследовании планируется детально изучить динамику эмпатического процесса не только на этапе обучения в медицинском вузе, но и в практическом здравоохранении.

В своих исследованиях А.П. Василькова доказала, что эмпатия является одним из ведущих профессионально значимых качеств врача и оказывает решающее влияние на социально-перцептивную и коммуникативную сферы в системе межличностных отношений между врачом и пациентом. Она также

установила взаимосвязь между эмпатией и высоким уровнем интеллекта; эмпатией и высоким уровнем общительностью.

Были проведены исследования эмпатии у медицинских работников различного профиля. О.Ю. Богачева показала, что эмпатия выше у врачей терапевтического профиля, чем хирургического. Также она выявила еще одну закономерность, что чем меньше выражена эмпатия у хирургов, тем выше эффективность их деятельности и чем выше выражена у терапевтов эмпатия, тем выше эффективность их деятельности.

В исследованиях В.А. Корзунина обнаружена динамика эмпатии в процессе профессионализации военного врача: «после окончания обучения и на этапе вступления в должность снижается значимость эмпатии и основных психических процессов, кроме мышления». Gowans M.C. вместе с соавторами доказали, что эмпатия занимает ведущие позиции в психологическом профиле врачей-психиатров. Исследования эмпатии среди врачей-онкологов показывают, что они опасаются реагировать на страдания больных, занижая интенсивность их переживаний. Трудность в эмпатической реакции онкологов подтверждается и тем, что минимум сопереживания больные получают именно на самое интенсивное переживание – страх [9, 65, 153, 157].

Проанализировав вербальные высказывания медиков и больных по аудиозаписям и стенограммам бесед, Suchman A.L. и соавторы выявили 7 способов выражения пациентами собственного эмоционального состояния, а также реакции врачей, которые легли в основу разработанной ими модели эмпатической коммуникации в медицинском интервью (рис. 5) [101, 168].

В своих исследованиях Morse J.M. приходит к выводу о неадекватном заимствовании феномена эмпатии в медицине из психотерапевтической практики, поскольку врач, в отличие от психолога иногда вынужден причинять человеку боль, так как медицинская деятельность непосредственно сопряжена с тесным контактом одного человека с другим, а значит, и эмпатические реакции врача должны отличаться от тех же реакций психолога. В связи с этим, для характеристики соматических ответов на физические страдания других, он

предлагает термин «коэмпатия», являющийся аналогом эмпатии на физиологическом уровне. Спектр таких проявлений достаточно широк и варьируется от неясных телесных ощущений до физических проявлений. Коэмпатические реакции бывают трех видов: идентичные (боль в руке матери, находящейся рядом во время укола ребенку); инициированные, менее интенсивные (ощущение тошноты около пациента с рвотой); перенесенные, более интенсивные (ощущение боли при наблюдении за травмированным пациентом). Различные коэмпатические реакции преобразованы и кардинально отличаются локализацией своих проявлений. Врачу в процессе работы необходимо учиться «экранировать» их, сохраняя при этом контакт с пациентом, для того чтобы оказывать адекватную медицинскую помощь [101, 160].

Несмотря на неоднозначные ответы на вопросы о необходимости наличия высоких показателей эмпатии для успешной медицинской деятельности и необходимости сознательного контроля эмпатических реакций, в профессиональном сообществе межличностному взаимодействию в диаде «врач – пациент» отдается все же важная роль и основным инструментом развития эмпатии являются специально разработанные тренинги и занятия на основе различных психотерапевтических методов, эффективность которых подтверждена исследованиями Butow P.N. и La Monica E.L. [101, 143, 147, 150, 158].

Одной из базовых составляющих профессиональной деятельности врача является рефлексия. Медицина сочетает в себе как фундаментальные, так и прикладные научно-исследовательские задачи. При этом единство фундаментального и прикладного проявляется как на уровне научно-медицинского знания в целом, так и на уровне отдельных дисциплин. Равенство этих уровней определяется их принадлежностью к единой системе «наука – практика» в медицине, а различие – местом и ролью их в этой системе. Если первый уровень связан с познанием закономерностей развития болезни и способов ее диагностики, лечения и профилактики в их абстрактной, классической, надличностной форме, то второй, наоборот, ориентирован именно на данный случай, на конкретного больного. В этом смысле медицинское познание и обслуживающая его рефлексия

призваны обеспечить выполнение главной постулата современной медицины – лечить не болезнь, а больного [119].



Рис. 5. Модель эмпатической коммуникации в медицинском интервью (по Suchman A.L. и соавт.)

Практически все виды рефлексивных процессов, рассмотренные нами выше, находят свое отражение в тех или иных врачебных действиях, таких как, анализ и оценка анамнестических данных, выделение ведущих патогномоничных симптомов и синдромов заболевания, составление плана обследования пациента, анализ и оценка данных физикальных, клинических, лабораторных и инструментальных методов обследования, проведение дифференциального диагноза с другими заболеваниями, постановка и обоснование окончательного диагноза, планирование лечебно-диагностических и коррекционно-реабилитационных мероприятий [86, 114].

Проанализировав всю вышеизложенную информацию, мы можем предложить схему (см. рис. 6), которая отражает роль эмпатии и рефлексии в медицинской деятельности.

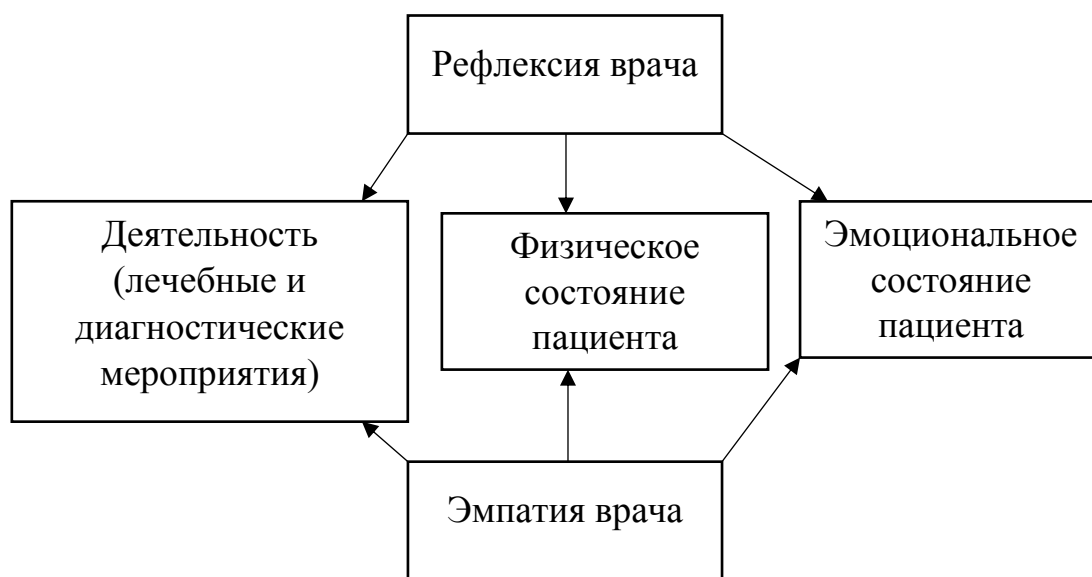


Рис. 6. Роль эмпатии и рефлексии в медицинской деятельности

Данная схема показывает, что профессиональная рефлексия врача отличается от рефлексии в быту и обыденном общении, она обладает симультанной направленностью на 3 объекта: на практическую деятельность врача, играя значимую роль в познании медицинской деятельности в силу ее исследовательского характера, а также на физическое и эмоциональное состояние пациента, позволяя их анализировать и с учетом этого применять лечебные и

диагностические мероприятия. Эмпатия, в свою очередь, благодаря своей трёхкомпонентной структуре позволяет не только сопереживать пациенту, но и понять основную проблему и принять соответствующие меры по ее устранению. Исходя из этого, эмпатия и рефлексия являются взаимодополняющими друг друга процессами.

Таким образом, коммуникативная компетентность является профессионально значимой характеристикой врача, она рассматривается как система внутренних ресурсов, необходимых для построения эффективной коммуникации в определенном круге ситуаций межличностного взаимодействия. В структуре взаимодействия врача и пациента эмпатия играет важную роль, она оказывает решающее влияние на социально-перцептивную и коммуникативную сферы в системе межличностных отношений, ориентируя их субъектов на установление партнёрских взаимоотношений, обеспечивая, во многом, успех лечения. Благодаря своей трёхкомпонентной структуре эмпатия позволяет не только сопереживать пациенту, но и понять основную проблему и принять соответствующие меры по ее устранению. Профессиональная рефлексия врача обладает симультанной направленностью на 3 объекта: на практическую деятельность врача, играя значимую роль в познании медицинской деятельности, а также на физическое и эмоциональное состояние пациента, позволяя их анализировать и с учетом этого применять лечебные и диагностические мероприятия. Совместное влияние этих процессов на медицинскую деятельность обеспечивает выполнение главного постулата современной медицины – лечить не болезнь, а больного. В связи с этим необходимо рассматривать данные психологических конструкты с позиции комплексного подхода, заключающегося в понимании личности как целостной системы, и как следствие, объединению различных подходов к ее изучению и включению в анализ различных аспектов одного и того же рассматриваемого феномена.

Выводы по главе 1

Проанализировав основные аспекты проблемы эмпатии, рефлексии личности, проявляющихся в учебной и трудовой (на примере медицинской) деятельности, можно сделать следующие выводы:

1. Эмпатия и рефлексия личности являются условиями не только эффективной с точки зрения установления контактов коммуникативной деятельности, но и развития направленности личности в процессе учебной и учебно-профессиональной деятельности, а также эффективного функционирования субъектов социально-ориентированных видов деятельности.

2. В интраиндивидуальном плане эмпатия и рефлексия, являясь психологическими механизмами социальной перцепции, формируются и развиваются в процессе коммуникации, включенной в структуру совместных видов деятельности; на интраиндивидуальном уровне они закрепляются в структуре сознания и самосознания, преобразовываясь в свойства направленности личности.

3. Эмпатия личности в деятельности опосредуется развитием интеллекта, поскольку благодаря ее трехкомпонентной структуре происходит идентификация эмоциональных состояний, разграничение их друг от друга и, как следствие, понимание позиции другого человека, а также определение тактики дальнейшего взаимодействия с ним. Тем самым она реализуется во всех функциях коммуникативной стороны деятельности, играя определяющую роль в установлении межличностного взаимодействия (выступая как его регулятор) и в формировании помогающего поведения.

4. Рефлексия личности также опосредуется развитием интеллекта, формируется и развивается в процессе деятельности и характеризуется знанием о необходимой связи между объектом и воздействием на него. Она тесно связана с процессом мышления и направлена на осмысление и анализ собственного поведения и поведения партнера, определяет партнерские качества личности, является обратной связью, способствующей формированию стратегии поведения

субъектов общения, их коррекции и понимания особенностей внутреннего мира друг друга.

5. В рамках деятельностного подхода психологические конструкты эмпатии и рефлексии выстраиваются в единую согласованную систему сущностных связей между различными элементами в качестве основного инструмента в социально-ориентированных видах деятельности. И если в трудовой деятельности на передний план выходит интериндивидуальный контекст эмпатии и рефлексии личности, то в учебной деятельности – интраиндивидуальный.

6. Коммуникативная компетентность, подразумевающая хорошо выраженные процессы эмпатии и рефлексии, является профессионально значимой характеристикой врача, она рассматривается как система внутренних ресурсов, необходимых для построения эффективной коммуникации в определенном круге ситуаций межличностного взаимодействия.

7. Профессиональная рефлексия врача в отличие от повседневной обладает симультанной направленностью на три объекта: на его практическую деятельность, играя значимую роль в познании медицинской деятельности в силу ее исследовательского характера, а также на физическое и эмоциональное состояние пациента, позволяя анализировать их, и с учетом этого применять лечебные и диагностические мероприятия. Эмпатия, в свою очередь, благодаря трёхкомпонентной структуре позволяет не только сопереживать пациенту, но и понять основную проблему и принять соответствующие меры по ее устранению. Исходя из этого, эмпатия и рефлексия являются взаимодополняющими друг друга процессами и обеспечивают выполнение главного постулата современной медицины – лечить не болезнь, а больного.

ГЛАВА 2. ОРГАНИЗАЦИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ ЭМПАТИИ И РЕФЛЕКСИИ ЛИЧНОСТИ НА РАЗНЫХ ЭТАПАХ ОСВОЕНИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

2.1 Цель, задачи, объект, предмет и гипотезы исследования

Целью стало изучение особенностей эмпатии и рефлексии личности в процессе освоения учебной и трудовой (на примере медицинской) деятельности.

Задачи эмпирического исследования:

1. На основе эмпирического исследования определить уровень развития эмпатии и рефлексии личности на разных этапах освоения учебной и трудовой деятельности.
2. Выявить различия в проявлении эмпатии и рефлексии личности на разных этапах освоения деятельности.
3. Установить взаимосвязи между выявленными уровнями развития эмпатических и рефлексивных свойств личности в процессе освоения различных видов деятельности.
4. Определить особенности проявления индивидуально-психологических свойств и коммуникативного поведения личности на разных этапах освоения деятельности.
5. Изучить взаимосвязи эмпатии и рефлексии с индивидуально-психологическими свойствами и самооценкой коммуникативного поведения личности в разных видах и на разных этапах деятельности.

Объект исследования: эмпатия и рефлексия как психологические конструкты.

Предмет исследования: особенности эмпатии и рефлексии личности на разных этапах освоения учебной и трудовой деятельности.

Гипотезы исследования:

1. Существуют различия в проявлении эмпатии и рефлексии личности в разных видах и на разных этапах освоения деятельности.
2. Имеются различия в уровне развития эмпатии и соотношении типов рефлексии у субъектов с различным опытом и специализацией в профессиональной деятельности
3. Эмпатия и рефлексия взаимосвязаны с определенными индивидуально-психологическими особенностями личности и типами потребностей в межличностном взаимодействии, обуславливающими коммуникативное поведение.
4. При рассмотрении эмпатии и рефлексии в деятельности между этими психологическими конструктами возможна тесная взаимосвязь

2.2 Общая характеристика выборки и организация исследования

Общая характеристика выборки:

В исследовании приняли участие 384 человека в возрасте от 17 до 76 лет: среди них 169 студентов медицинских вузов и 215 врачей стационарных и амбулаторно-поликлинических учреждений Челябинской области. Студенты медицинских вузов были поделены на 3 группы: студенты I курса – 59 человек, III курса – 52 человека, VI курса – 58 человек. Врачи были поделены на 2 группы: врачи со стажем до 10 лет – 108 человек, врачи со стажем более 10 лет – 107 человек. Также врачебные группы изучались по профилям специальности: терапевтический (145 человек) и хирургический (70 человек); по профилям учреждений: на врачи-терапевты и хирурги амбулаторно-поликлинических учреждений (71 и 39 человек соответственно) и терапевты и хирурги стационаров (74 и 31 человек); по стажу работы: терапевты поликлиник со стажем до 10 и более 10 лет (34 и 37 человек) и хирурги поликлиник со стажем до 10 и более 10 лет (23 и 16 человек), терапевты стационаров со стажем до 10 и более 10 лет (38 и 36

человек) и хирурги стационаров со стажем до 10 и более 10 лет (13 и 18 человек).
Схема эмпирического исследования представлена в Приложении 1.

Этапы исследования:

Первый этап (2016 г.) – теоретическое исследование основных подходов и определение методологических основ проблемы, постановка целей и задач исследования, формулирование гипотез, анализ существующих методов исследования данной проблемы.

Второй этап (2017 – 2018 гг.) – сбор, обобщение и интерпретация эмпирических данных.

Третий этап (2018 – 2019 гг.) – подведение итогов эмпирического исследования, уточнение отдельных теоретических положений. Оформление результатов исследования.

2.3 Методы и методики эмпирического исследования

Основными методами эмпирического исследования являлись тестирование и статистическая обработка данных. В соответствии с поставленными целями и задачами исследования были использованы следующие методики.

Методика диагностики уровня поликоммуникативной эмпатии

И.М. Юсупова

Методика направлена на получение количественных показателей эмпатии и ее уровня. Единая адаптированная интервальная шкала позволяет, пользуясь ключом-дешифратором, получить характеристику эмпатии на основании данных, которые представляют все диагностические шкалы и дают характеристику отдельных составляющих эмпатии.

Опросник содержит 6 диагностических шкал эмпатии, выражающих отношение к родителям, животным, пожилым людям, детям, героям художественных произведений, знакомым и незнакомым людям. В опроснике 36

утверждений, по каждому из которых испытуемый должен выразить свое согласие или несогласие в определенной мере, используя 6 вариантов ответов: «не знаю», «никогда или нет», «иногда», «часто», «почти всегда», «всегда или да». Каждому варианту ответа соответствует числовое значение: 0, 1, 2, 3, 4, 5.

Общий уровень эмпатии согласно количеству набранных баллов, оценивается как очень высокий (82–90 баллов), высокий (63–81 баллов), средний (37–62 баллов), низкий (12–36 баллов) и очень низкий (5–11 баллов). Уровень эмпатии по отдельным шкалам оценивается как очень высокий (15 баллов), высокий (13–14 баллов), средний (5–12 баллов), низкий (2–4 баллов) и очень низкий (0–1 баллов) [124].

Опросник «дифференциальный тип рефлексии»

Опросник «Дифференциальный тип рефлексии» – психодиагностическая методика, разработанная с целью диагностики различных типов рефлексии. Разработана Д.А. Леонтьевым, Е.М. Лаптевой, Е.Н. Осиным и А.Ж. Салиховой в 2009 году.

В основе методики находится дифференциальная модель рефлексии, представляющая собой три качественно различных процесса: интроспекцию, системную рефлекссию, квазирефлексию.

Опросник состоит из 30 утверждений, оцениваемых по 4-балльной шкале Ликкерта (нет – 1 балл, скорее нет, чем да – 2 балла, скорее да, чем нет – 3 балла, да – 4 балла). Пункты группируются в три шкалы, не имеющие общих пунктов. Значение шкалы равно сумме баллов пунктов, в неё входящих. Уровни различных типов рефлексии по числу набранных баллов в соответствии с данной методикой оцениваются в сравнении со средними нормативными значениями (М) для каждого типа рефлексии: для системной рефлексии они составляют 39,58, для интроспекции – 25,11, для квазирефлексии – 27,39 [72].

Методика уровня выраженности и направленности рефлексии М. Гранта

М. Грантом разработан исследовательский опросник, который позволяет оценить уровень выраженности и направленность рефлексии субъекта. Он рассматривает рефлексию, с одной стороны, как специфическую для человека

способность (свойство личности) к анализу внутреннего и внешнего мира, с другой стороны, как коммуникативный процесс, обеспечивающий понимание себя и другого, формирование образов своего и чужого «Я». Процесс рефлексии включает, таким образом, анализ собственного мышления, а также общения с другими людьми, рассуждение за другое лицо и понимание другого. В связи с этим М. Грант выделяет две формы рефлексии: рефлексии собственной деятельности (ауторефлексию) и рефлексии внутреннего мира другого человека (социорефлексию). Опросник состоит из двух шкал — ауторефлексии и социорефлексии. Каждая шкала содержит 10 прямых и обратных утверждений, оцениваемых по 6 балльной шкале: 1 – абсолютно не согласен, 2 – не согласен, 3 – скорее не согласен, 4 – скорее согласен, 5 – согласен, 6 – абсолютно согласен. Таким образом, в результате диагностики получаются два показателя – ауторефлексии и социорефлексии, варьирующиеся от 10 до 60 баллов. Анализируется соотношение двух форм рефлексии. Наиболее адаптированным считается средний уровень ауторефлексии и высокий или выше среднего уровень социорефлексии. В процентном соотношении это выражается следующим образом: 0 – 20% низкий показатель; 21 – 40% пониженный показатель; 41 – 60% средний показатель; 61 – 80% повышенный показатель; 81 – 100% высокий показатель [154].

Опросник межличностных отношений (FIRO) в адаптации

А.А. Рукавишникова

Опросник межличностных отношений (ОМО) является русскоязычной версией опросника FIRO (Fundamental Interpersonal Relations Orientation), разработанного американским психологом В. Шутцем. Автор адаптируемой версии А.А. Рукавишников. Методика направлена на диагностику различных аспектов межличностных отношений и изучение коммуникативного поведения личности. Главной идеей данной методики является теория В. Шутца, основным положением которой считается утверждение о том, что каждый индивид имеет характерный способ социальной ориентации по отношению к другим людям, и эта ориентация определяет его межличностное поведение. Опросник предназначен для

оценки поведения человека в трех основных областях межличностных потребностей: «включения» (I), «контроля» (C) и «аффекта» (A). Внутри каждой из областей имеются два направления межличностного поведения: выраженное поведение индивида (e), т.е. мнение индивида об интенсивности собственного поведения в данной области, и поведение, требуемое индивидом от окружающих (w), интенсивность которого является оптимальной для него. Методика содержит шесть шкал, каждая из которых, в сущности, содержит утверждение, девятикратно повторяющееся с некоторыми изменениями. Всего опросник состоит из 54 утверждений, каждое из которых требует от тестируемого, выбора одного из ответов в рамках шестибальной оценочной шкалы. В результате оценивания ответов тестируемого психолог получает баллы по шести основным шкалам: Ie, Iw, Ce, Cw, Ae, Aw, на основе которых затем составляется характеристика особенностей межличностного поведения тестируемого. Количество баллов, которое может быть набрано по каждой из шести шкал опросника, колеблется от 0 до 9. Исходя из величины набранных баллов дается характеристика поведения субъекта: экстремально низкие (0-1) и экстремально высокие баллы (8-9), при этом поведение индивида приобретает компульсивный характер; низкие (2-3) и высокие баллы (6-7), поведение индивида может быть описано в соответствующем направлении. Пограничные баллы (4-5) и в поведении человека могут наблюдаться тенденции, характерные как для высокого, так и для низкого уровня, они интерпретируются с учетом стандартных отклонений. Опросник можно использовать как индивидуально, так и в группе [124, 166].

Калифорнийский психологический опросник (CPI)

Калифорнийский психологический опросник (англ. California Psychological Inventory, сокр. CPI) представляет собой многомерный личностный опросник, созданный на основе MMPI (Миннесотский многоаспектный личностный опросник (Minnesota Multiphasic Personality Inventory, MMPI)), но в меньшей степени ориентированный на клинические и в большей – на социально-психологические аспекты личности. CPI включает в себя 20 стандартизированных шкал: доминирование (Do), способность к статусу (Cs), общительность (Sy), социальное

присутствие (Sp), самопринятие (Sa), независимость (In), эмпатия (Em), ответственность (Re), социализация (So), самоконтроль (Sc), хорошее впечатление (Gi), обычность (Cm), чувство благополучия (Wb), толерантность (To), достижение через подчинение (Ac), достижение через независимость (Ai), интеллектуальная эффективность (Ie), психологический склад ума (Py), гибкость (Fx), женственность/мужественность (F/m). Каждая шкала предназначена для оценки одной важной грани межличностной психологии, а их совокупный набор нацелен на проведение всестороннего изучения индивида с точки зрения социальной интеракции. Данные шкалы сгруппированы по четырем объединяющим категориям (классам). При этом, в основе объединения лежала логика интерпретационная, а не факторная, т.е. эти четыре категории не обязательно выделяются с помощью психометрических методов. I класс шкал (Do, Cs, Sy, Sp, Sa, In, Em) измеряет самоуверенность, уравновешенность, влияние, сформированность социальных навыков и эффективность в межличностном взаимодействии. II класс шкал (Re, So, Sc, Gi, Cm, Wb, To) измеряет зрелость личности и ее ценности, самоконтроль и чувство ответственности. III класс шкал (Ac, Ai, Ie) направлен на определение общего интеллектуального уровня и ориентированности на достижения. IV класс шкал (Py, Fx, Fe/m) направлен на оценку интересов, образа жизни или стиля жизни личности, насколько они соответствуют полоролевым характеристикам данной личности.

Испытуемым предлагается ряд высказываний, касающихся разнообразных сторон жизни, с каждым из них они могут согласиться или не согласиться. Объективизации выводов способствует предусмотренный в методике перевод сырых баллов в T-баллы. После этого возможна интерпретация как отдельных шкал, так и их возможных сочетаний [103].

В соответствии с логикой исследования и с целью проверки выдвинутых гипотез для математической обработки и анализа полученных данных использовались стандартизованные программные статистические пакеты:

- Statistica 10;
- Microsoft Excel 2016.

В исследовании использовались следующие методы обработки эмпирических данных:

1. Для первичного анализа данных использовались описательные статистики (среднее арифметическое). Для проверки плотности выборки были использованы стандартные отклонения.

2. Для сравнения трех или более выборок, также малых выборок ($n < 30$) проверки гипотез и оценки значимости и достоверности различий между выборками был использован критерий Краскела-Уоллиса.

3. Для оценки тесноты связи между изучаемыми признаками, а также в качестве первого этапа проверки взаимосвязей был проведен корреляционный анализ с помощью коэффициента ранговой корреляции τ -Кендалла.

4. Для выявления взаимосвязей между изучаемыми признаками и влияния их друг на друга были построены автоматизированные нейронные сети на архитектуре многослойного персептрона (MLP) по типу регрессионного анализа. Выбор нейронных сетей в качестве инструмента для поиска взаимосвязей продиктован их высокой мощностью, универсальностью в решении поставленных задач, нелинейностью (в отличие от стандартного регрессионного анализа), обучаемостью и возможностью работы с неоднородными данными и прогнозированием самых сложных взаимосвязей [89], поэтому выявленные корреляционные зависимости были перепроверены с их помощью. Стандартное отклонение ошибки прогноза к стандартному отклонению обучающих данных было меньше единицы и равнялось 0,1, что говорит о хорошем качестве регрессии.

ГЛАВА 3. ИССЛЕДОВАНИЕ ЭМПАТИИ И РЕФЛЕКСИИ ЛИЧНОСТИ В ПРОЦЕССЕ СТАНОВЛЕНИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

В соответствии с программой исследования (см. главу 2), эмпирическое исследование включает в себя выявление эмпатии и рефлексии личности, закономерностей и динамики их развития в процессе социализации и освоения учебной и трудовой (на примере медицинской) деятельности, а также их возможной взаимосвязи друг с другом.

3.1 Особенности проявления эмпатии и рефлексии личности на разных этапах освоения учебной и трудовой (профессиональной) деятельности

Уровень эмпатии, согласно методике И.М. Юсупова, может оцениваться не только в целом, но и в частных показателях, характеризующих отношение к представителям разных социальных групп, различающихся по степени близости и вовлеченности в личные контакты, а также к животным и литературным героям. По результатам исследования была построена таблица средних значений различных форм эмпатии на разных этапах освоения деятельности (табл. 1), также были определены стандартные отклонения, представленные в Приложении 2.

Общий уровень эмпатии в группах врачей выше, чем в группах студентов. Во всех студенческих группах он имеет среднее значение, у врачей со стажем до 10 лет наблюдается высокий уровень, а у врачей со стажем более 10 лет наблюдается очень высокий уровень эмпатии. Это связано с большим накопленным опытом общения с разными пациентами и объемом медицинских знаний, которым обладают врачи, благодаря этому они регулируют свои взаимоотношения с пациентом. Следует отметить, что субъекты с очень высоким уровнем эмпатии подвержены риску эмоционального выгорания, которое может привести к

профессиональной непригодности, поэтому необходима коррекция этих показателей (см табл. 1).

Таблица 1

Средние значения различных форм эмпатии на разных этапах освоения учебной и трудовой (медицинской) деятельности

Формы проявления эмпатии	Студенты I курса (n=59)	Студенты III курса (n=52)	Студенты VI курса (n=58)	Врачи со стажем до 10 лет (n=108)	Врачи со стажем более 10 лет (n=107)
Общий уровень эмпатии	49,28*	55,82*	58,84*	77,06*	88,07*
Эмпатия к родителям	10,84*	10,13*	10,89*	10,33*	8,35*
Эмпатия к животным	7,15*	6,09*	6,86*	6,05*	6,80*
Эмпатия к пожилым людям	8,08*	9,00*	8,39*	7,27*	10,49*
Эмпатия к детям	9,61*	9,65*	9,50*	7,05*	10,32*
Эмпатия к героям художественных произведений	6,71*	6,50*	6,72*	5,46*	6,84*
Эмпатия к незнакомым или малознакомым людям	8,71*	9,90*	9,15*	6,91*	7,67*

*– различия статистически достоверны ($p < 0,05$)

Оценивая отношения испытуемых к различным социальным группам, таким как родители, с одной стороны, и незнакомые люди, с другой, которые чаще всего являются их пациентами, можно прийти к выводу, что все студенты и врачи более эмпатичны по отношению к родителям, что вполне естественно. Несмотря на то, что все эти показатели соответствуют среднему уровню, можно заключить, что наиболее эмпатичными по отношению к родителям являются студенты VI и I курсов – их показатели 10,89 и 10,84 соответственно, наименее – врачи со стажем более 10 лет – их показатель 8,35. Уровень эмпатии по отношению к незнакомым и малознакомым людям наиболее выражен у студентов 3 курса – их показатель 9,90,

наименее – у врачей стажем до 10 лет – их показатель 6,91. В целом данные показатели находятся на среднем уровне.

Сравнивая отношения респондентов к разным возрастным группам, таким как дети и пожилые люди, можно прийти к выводу, что студенты наиболее эмпатичны по отношению к детям, а врачи – к пожилым людям. Однако следует отметить, что все значения находятся на среднем уровне.

Показатели эмпатии по отношению к животным и героям художественных произведений находятся на среднем уровне у всех респондентов, следует отметить, что достоверные различия в группах сравнения по отношению к животным отсутствуют и отмечается низкая степень однородности выборки.

Следует отметить, что выборки по всем показателям эмпатии и во всех группах испытуемых имеют достаточно высокую плотность, подтвержденную низкими значениями стандартных отклонений (Приложение 2).

Следующим этапом исследования эмпатии стало выявление влияния различных форм эмпатии на ее общий показатель. Для решения этой задачи построены автоматизированные нейронные сети по типу регрессии на архитектуре многослойного персептрона (табл. 2, 3). Из множества нейронных сетей выбрана одна сеть для каждой группы респондентов с наибольшей производительностью на обучающей и контрольной выборках.

Таблица 2

Конфигурации автоматизированных нейронных сетей

№ сети, архитектура	Производительность			Алгоритм обучения	Функция активации	
	На обучающей выборке	На контрольной выборке	На тестовой выборке		скрытых нейронов	выходных нейронов
1. MLP 6-3-1	0,857944	0,950202	0,902705	BFGS 108	Гиперболическая	Гиперболическая
2. MLP 6-2-1	0,954974	0,960001	0,901000	BFGS 176	Гиперболическая	Гиперболическая
3. MLP 6-4-1	0,910457	0,912329	0,890012	BFGS 118	Гиперболическая	Логистическая
4. MLP 6-3-1	0,999998	0,998998	0,989999	BFGS 158	Логистическая	Логистическая
5. MLP 6-3-1	0,999898	0,998999	0,999999	BFGS 104	Гиперболическая	Гиперболическая

Условные обозначения: номер сети обозначает группу респондентов: 1. Студенты I курса, 2. Студенты III курса, 3. Студенты VI курса, 4. Врачи со стажем до 10 лет, 5. Врачи со стажем более 10 лет.

Как следует из таблицы 2, безошибочность диагностики на обучающих выборках составила от 85 до 99%, а на контрольном множестве – 91 – 99%. Исходя из этого был проведен глобальный анализ чувствительности вышеуказанных нейронных сетей, по результатам которого было выявлено влияние различных форм эмпатии на ее общий уровень на разных этапах профессионализации (табл. 3).

Таблица 3

Влияние различных форм эмпатии на ее общий уровень на разных этапах профессионализации

№ Сети* / Архитектура	Эмпатия					
	к родителям	к животным	к пожилым людям	к детям	к героям художественных произведений	к незнакомым людям
1. MLP 6-3-1	2,501374	2,643249	3,637380	2,213025	3,051185	8,128789
2. MLP 6-2-1	8,024440	3,994713	8,014994	3,997776	8,006808	8,056653
3. MLP 6-4-1	1,772523	2,956947	1,250125	3,122933	2,899572	2,450858
4. MLP 6-3-1	1,623858	1,708354	3,236028	8,836455	1,754690	2,478430
5. MLP 6-3-1	1,707616	5,128184	6,501015	2,246643	3,072056	5,976406

Условные обозначения: номер сети обозначает группу респондентов: 1. Студенты I курса, 2. Студенты III курса, 3. Студенты VI курса, 4. Врачи со стажем до 10 лет, 5. Врачи со стажем более 10 лет.

На I курсе медицинского университета на общий уровень эмпатии, главным образом, оказывает влияние показатель эмпатии к незнакомым и малознакомым людям, так как удельный вес этой категории самый большой (8,128789), это можно объяснить альтруистической мотивацией к выбору профессии (см табл. 3). На III курсе самыми значимыми объектами эмпатии стали незнакомые и малознакомые люди (8,056653), родители (8,024440), пожилые люди (8,014994) и герои художественных произведений (8,006808). На VI курсе рост общего показателя эмпатии обеспечивается за счет эмпатии к детям (3,122933), также она (8,836455) способствует росту общего уровня эмпатии у врачей со стажем до 10 лет. У врачей со стажем более 10 лет увеличению общего уровня эмпатии способствует эмпатия к пожилым людям (6,501015).

В Калифорнийском психологическом опроснике эмпатия представлена как свойство личности, исходя из этого, по результатам тестирования была построена таблица средних значений (табл. 4) показателя эмпатии для каждой группы респондентов, кроме этого были определены стандартные отклонения, представленные в Приложении 3.

Таблица 4

Средние значения личностного показателя эмпатии

Шкала Em (эмпатия)	Студенты I курса (n=59)	Студенты III курса (n=52)	Студенты VI курса (n=58)	Врачи со стажем до 10 лет (n=108)	Врачи со стажем более 10 лет (n=107)
Средний показатель эмпатии	52,32*	56,78*	52,13*	43,20*	40,99*

*— различия статистически достоверны

Наибольший показатель эмпатии выявляется у студентов III курса (56,78), это означает, что они легко устанавливают социальные контакты, дружелюбны, адаптивны и воспринимаются другими как наблюдательные (см. табл. 4). Прежде всего это связано с тем, что в этот период происходит установление своих первых контактов с пациентами и попытки проникновения их в суть проблемы каждого пациента. Показатели студентов I (52,32) и VI (52,13) курсов находятся в зоне не интерпретации. У врачей со стажем до 10 и более 10 лет, показатели эмпатии составляют 43,20 и 40,99 соответственно. Это говорит о том, что данные люди несколько отстранены, иногда робки и не всегда демонстрируют готовность понять, отчего в глазах других могут выглядеть неотзывчивыми. Такие значения могут быть связаны с профессиональной деятельностью участников исследования, так как их непосредственная работа связана с оказанием помощи большому числу людей, то некоторая отдаленность может служить свидетельством защитной реакции, усталости или начальной стадии профессионального выгорания.

Следует отметить, что выборки по личностному показателю эмпатии во всех группах имеют достаточно высокую плотность, подтвержденную низкими значениями стандартных отклонений (Приложение 3).

Таким образом, можно заключить, что общий уровень эмпатии выше во врачебных группах, чем в студенческих, и в особенности у лиц с большим стажем. Однако следует отметить, что субъекты с очень высоким уровнем эмпатии подвержены риску эмоционального выгорания, что может привести к профессиональной непригодности, поэтому необходима коррекция этих показателей. Отношения к разным социальным и возрастным группам характеризуются преобладанием эмпатии по отношению к родителям, чем к незнакомым людям – у всех групп респондентов, в то же время все группы студентов наиболее эмпатичны по отношению к детям, а группы врачей – к пожилым людям.

Глобальный анализ чувствительности нейронных сетей, по результатам которого было выявлено влияние различных форм эмпатии на ее общий уровень, показал, что на I курсе медицинского университета на общий уровень эмпатии, главным образом, оказывает влияние показатель эмпатии к незнакомым и малознакомым людям, т.к. удельный вес этой категории самый большой, это можно объяснить альтруистической мотивацией к выбору профессии. На III курсе самыми значимыми объектами эмпатии стали незнакомые и малознакомые люди, родители, пожилые люди и герои художественных произведений. На VI курсе рост общего показателя эмпатии обеспечивается за счет эмпатии к детям, также она способствует росту общего уровня эмпатии у врачей со стажем до 10 лет. У врачей со стажем более 10 лет увеличению общего уровня эмпатии способствует эмпатия к пожилым людям.

Показатели эмпатии как личностной характеристики высоки у студентов III курса (это связано с тем, что в этот период происходит установление своих первых контактов с пациентами и попытки проникновения их в суть проблемы каждого пациента), в остальных студенческих группах они находятся в зоне не интерпретации, респонденты врачебных групп демонстрируют низкие баллы

(такие значения могут быть связаны с профессиональной деятельностью участников исследования, так как их непосредственная работа связана с оказанием помощи большому числу людей, то некоторая отдаленность может служить свидетельством защитной реакции, усталости или начальной стадии профессионального выгорания).

Исследование рефлексивных процессов осуществлялось согласно методике дифференциальной модели рефлексии, предложенной Д.А. Леонтьевым и соавторами. По результатам которого, были определены средние значения различных типов рефлексии у респондентов (табл. 5), также были определены стандартные отклонения, представленные в Приложении 4.

Таблица 5

Средние значения уровней различных типов рефлексии (по Д.А. Леонтьеву) на разных этапах освоения медицинской деятельности

Группы	Системная рефлексия	Интрорспекция	Квазирефлексия
студенты I курса	27,25*	32,93*	34,57*
студенты III курса	35,98*	32,00*	24,05*
студенты VI курса	34,86*	23,46*	23,46*
врачи со стажем до 10 лет	33,82*	23,41*	23,87*
врачи со стажем более 10 лет	36,59*	24,86*	19,21*

* – различия статистически достоверны ($p < 0,05$)

Уровни различных типов рефлексии по числу набранных баллов в соответствии с данной методикой оцениваются в сравнении со средними нормативными значениями (M), для системной рефлексии они составляют 39.58, для интрорспекции – 25.11, для квазирефлексии – 27.39.

Уровень системной рефлексии выше в группах врачей и студентов старших курсов, в то же время интрорспекция и квазирефлексия выше в группах студентов младших курсов (см табл. 5). У студентов первого курса медицинского

университета структура рефлексивного процесса представляет собой направленность на посторонние объекты, не актуальные для данной жизненной ситуации, и сосредоточенность на собственных переживаниях, а также размышления на отвлеченные темы. Все эти переживания связаны с процессом адаптации в медицинском вузе, который включает в себя принятие строгих правил обучения и дисциплины, развитие навыка работы с большим объемом учебного материала. Важно отметить, что нередко в этот период перед студентами встает вопрос о правильности выбора вуза. Студенты третьего курса демонстрируют достаточно высокий уровень системной рефлексии, не достигающий, однако, нормативных значений, но все же преобладающий над непродуктивными типами рефлексий. В этот период происходит знакомство студентов с клинической медициной и первая самостоятельная встреча с пациентом, итогом которой является написание своей первой истории болезни. Несмотря на высокий уровень интроспекции, студенты третьего курса уже не имеют склонности к уходу от актуальной ситуации и способны самодистанцироваться и видеть себя со стороны, что является важным при общении с пациентом. Студенты шестого курса и врачи (независимо от стажа) демонстрируют полное преобладание системной рефлексии над ее непродуктивными формами. Однако важно сказать, что ее уровень у них также не достигает нормативных значений и подлежит коррекции.

Следует отметить, что выборки по всем показателям рефлексии и во всех группах, имеют достаточно высокую плотность, подтвержденную низкими значениями стандартных отклонений (Приложение 4).

Согласно исследованиям М. Гранта, процесс рефлексии в общении рассматривается как анализ собственного мышления (ауторефлексия) и анализ внутреннего мира других людей (социорефлексия). Однако стоит отметить, что ауторефлексия представляет собой не только анализ своего собственного внутреннего мира, но и анализ собственной деятельности, в частности, механизмов восприятия, принятия решений и эмоционального реагирования. Все вышеперечисленное является необходимым условием для выбора стратегии лечения и построения моделей возможных исходов лечебно-диагностических

мероприятий. Социорефлексия, согласно М. Гранту, подразумевает собой анализ внутреннего мира других людей, т.е. стремление к пониманию их чувств, мыслей, мнений, убеждений, отношения к окружающим. Все вышеперечисленное является условием для успешного построения межличностных коммуникаций. Важно отметить, что анализируются не только отдельные виды рефлексии, но и соотношение их форм. Наиболее адаптированным считается средний уровень ауторефлексии и высокий или выше среднего уровень социорефлексии. Исходя из этого, было определено их процентное соотношение (табл. 6).

Таблица 6

Процентное соотношение различных типов рефлексии (по М. Гранту) на разных этапах освоения деятельности

Группы	Ауторефлексия (%)	Социорефлексия (%)
студенты I курса	50,47*	55,53*
студенты III курса	73,33*	55,57*
студенты VI курса	67,70*	59,25*
врачи со стажем до 10 лет	64,02*	62,17*
врачи со стажем более 10 лет	69,32*	67,00*

*– различия статистически достоверны ($p < 0,05$)

Уровень ауторефлексии оценивается как повышенный у всех групп респондентов, кроме студентов I курса, у которых этот показатель находится на среднем уровне (50,47%) (см. табл. 6). Самый высокий показатель ауторефлексии наблюдается у студентов III курса (73,33%), это связано со спецификой этого этапа профессионализации, заключающегося в первой встрече с реальным пациентом, которая требует четкого осознания собственных действий для последующего построения правильных поведенческих шаблонов. Уровень социорефлексии оценивается как повышенный только во врачебных группах, особенно у лиц с большим стажем, в студенческих группах этот показатель представлен на среднем уровне. Высокие показатели социорефлексии в группах врачей со стажем до 10 лет (62,17%) и более 10 лет (67,00%) связаны с ежедневным опытом общения с

разными пациентами, в результате которого происходит развитие рефлексивных механизмов и, как следствие, улучшение качества и уровня межличностных коммуникаций между врачом и пациентом.

Соотношение форм рефлексии в различных группах следующее: у студентов I курса оба показателя представлены на среднем уровне, у студентов III и VI курса превалирует ауторефлексия, которая оценивается на уровне выше среднего, как и социорефлексия. У всех врачей независимо от стажа оба показателя обнаруживаются на уровне выше среднего. Исходя из вышеперечисленного, можно заключить, что оптимального соотношения форм рефлексии не наблюдается ни в одной группе испытуемых, а значит, данные показатели у вышеперечисленных лиц подлежат психологической коррекции.

Для выявления возможных связей между показателями рефлексии был проведен корреляционный анализ с использованием коэффициента ранговой корреляции τ -Кендалла (табл. 7).

Таблица 7

Корреляции между показателями рефлексии

	Системная рефлексия	Интроспекция	Квазирефлексия
Ауторефлексия	$\tau=0,54^*$	$\tau=-0,06$	$\tau=-0,08$
Социорефлексия	$\tau=0,35^*$	$\tau=-0,22$	$\tau=-0,03$

* – статистически значимые и достоверные корреляции ($p < 0,05$)

τ – коэффициент корреляции Кендалла

В ходе корреляционного анализа были обнаружены прямые и умеренной силы взаимосвязи ауто- и социорефлексии с системной рефлексией (см. табл. 7). Далее для проверки состоятельности данных коэффициентов корреляции были построены автоматизированные нейронные сети на архитектуре многослойного персептрона по типу регрессии (табл. 8).

Основные результаты обучения и конфигурации автоматизированных нейронных сетей (для поиска взаимосвязей между системной рефлексией и другими типами рефлексии)

№ сети, архитектура	Производительность			Алгоритм обучения	Функция активации	
	На обучающей выборке	На контрольной выборке	На тестовой выборке		скрытых нейронов	выходных нейронов
2. MLP 2-6-1	0,975130	0,955839	0,868325	BFGS 71	Логистическая	Логистическая
3. MLP 2-3-1	0,897312	0,851323	0,851044	BFGS 27	Логистическая	Тождественная
4. MLP 2-6-1	0,962432	0,962150	0,874154	BFGS 76	Экспонента	Логистическая
5. MLP 2-6-1	0,967452	0,921433	0,855193	BFGS 67	Логистическая	Гиперболическая

Безошибочность диагностики на обучающей выборке составляет 89 – 99%, а на контрольном множестве – 85 – 98% (см. табл. 8). Для поиска взаимосвязей между системной рефлексией и другими типами рефлексивных процессов была выбрана сеть № 1, потому что она обладает наибольшей производительностью. Исходя из этого был проведен локальный анализ чувствительности различных типов рефлексивных процессов по отношению к системной рефлексии (табл. 9).

Таблица 9

Анализ чувствительности различных типов рефлексии по отношению к системной рефлексии

Сеть	Ауторефлексия	Социорефлексия
MLP 2-9-1	19,57495	3,884635

Наибольшее влияние на системную рефлексия оказывает ауторефлексия, тем самым подтверждается состоятельность коэффициента корреляции между этими процессами (см. табл. 9). В то же время удельный вес влияния социорефлексии на системную рефлексия остается низким, что указывает на несостоятельность коэффициента корреляции между этими параметрами.

Следует отметить, что М. Грант в своей методике не подразделяет рефлексии на продуктивные и непродуктивные, его классификация строится на объекте

рефлексивного процесса, в частности собственных переживаниях и переживания другого человека. Показатель системной рефлексии по Д.А. Леонтьеву характеризует ее продуктивный тип, связанный с механизмом самодетерминации и самодистанцирования. Функции системной рефлексии отчасти отражаются в ауторефлексии, за счет способности к анализу своих действий и механизмов принятия решений. Исходя из всего вышеизложенного, можно заключить, что системная рефлексия находится во взаимосвязи с ауторефлексией благодаря совместному выполнению вышеперечисленных функций.

Таким образом, можно заключить, что у студентов первого курса медицинского университета структура рефлексивных процессов представляет собой направленность на посторонние объекты, не актуальные для данной жизненной ситуации, и сосредоточенность на собственных переживаниях, а также размышления на отвлеченные темы. Студенты третьего, шестого курса и врачи демонстрируют достаточно высокий уровень системной рефлексии, не достигающий нормативных значений и подлежащий коррекции. Также у студентов третьего курса отмечается повышенная склонность к самокопанию. Оптимального соотношения ауторефлексии и социорефлексии не наблюдается ни в одной группе респондентов, а значит, данные показатели подлежат коррекции. Системная рефлексия находится во взаимосвязи с ауторефлексией, за счет совместного выполнения функции анализа своих действий и механизмов принятия решений.

3.2 Особенности индивидуально-психологических свойств и коммуникативного поведения в процессе адаптации к деятельности

Изучение коммуникативного поведения на разных этапах медицинской деятельности осуществлялось с помощью опросника межличностных отношений (ОМО), который основан на постулатах трехмерной теории межличностных отношений В. Шутца. Согласно этой теории, каждый индивид имеет характерный

способ социальной ориентации по отношению к другим людям, и эта ориентация определяет его межличностное поведение. Таким образом, методика позволяет спрогнозировать поведение индивида в межличностных ситуациях и дает возможность для коррекции возникших нарушений. В связи с этим были построены психограммы способов социальной ориентации студентов (рис. 7) и врачей (рис. 8).

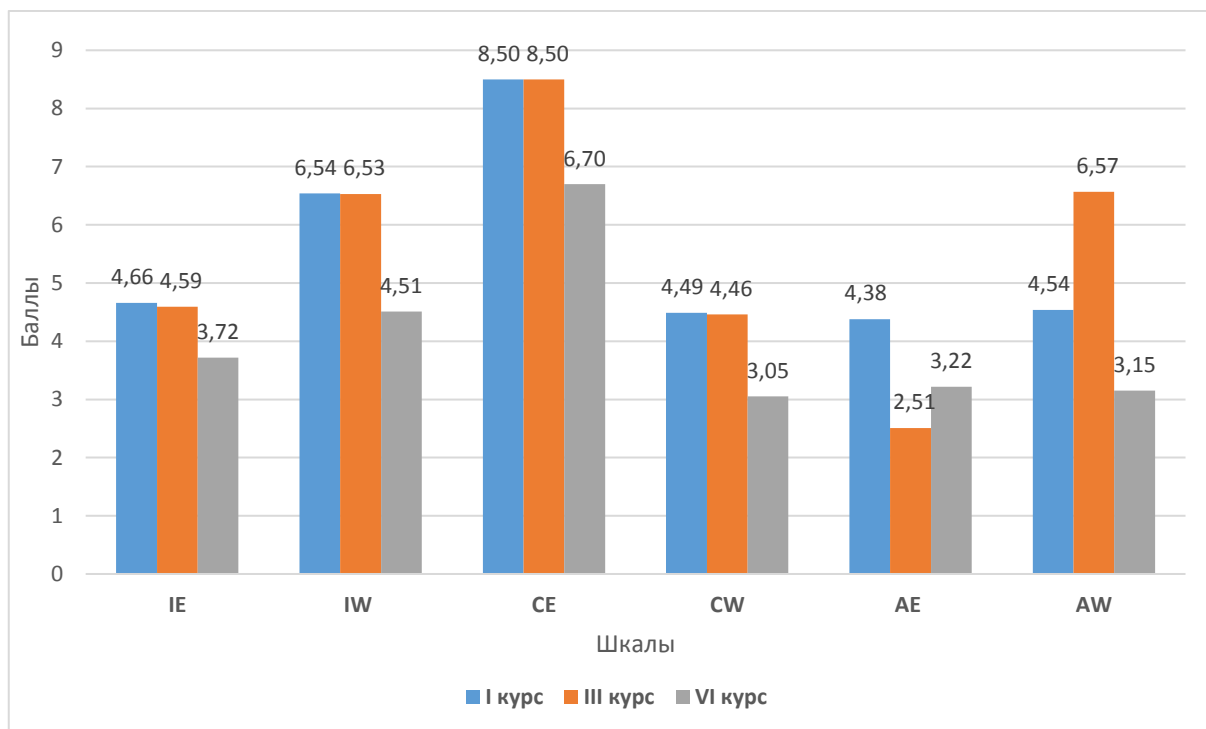


Рис. 7. Психограммы самооценки коммуникативного поведения (способов социальной ориентации) студентов

Условные обозначения: IE – Включение (выраженное поведение), IW – Включение (требуемое поведение), CE – Контроль (выраженное поведение), CW – Контроль (требуемое поведение), AE – Аффект (выраженное поведение), AW – Аффект (требуемое поведение).

Помимо высоких (6-9) и низких (0-3) баллов имеются пограничные баллы (4-5), интерпретация которых осуществляется с помощью стандартных отклонений (см. рис. 7). Исходя из того, были определены стандартные отклонения для пограничных баллов (табл. 10). Следует отметить, что различия показателей между выборками статистически достоверны.

Стандартные отклонения для пограничных баллов по шкалам психогрaмм
способов социальной ориентации студентов

Группа	Шкала	Значение	Стандартное отклонение	Значения с учетом стандартного отклонения
I курс	IE	4,66	0,82	5,48 3,84
	CW	4,49	0,77	5,26 3,72
	AE	4,38	0,41	4,79 3,97
	AW	4,54	0,59	5,13 3,95
III курс	IE	4,59	0,69	5,28 3,90
	CW	4,46	0,75	5,21 3,71
VI курс	IW	4,51	0,82	5,33 3,69

Исходя из полученных выше данных и трактовке баллов методики следует, что значения 4-5 баллов являются пограничными и не могут быть использованы в интерпретации результатов исследования, поэтому с учётом стандартных отклонений будут использованы значения до 4 баллов.

Далее были посчитаны индексы противоречивости межличностного поведения (e – W) внутри и между отдельными областями межличностных потребностей (табл. 11).

Таблица 11

Индексы противоречивости межличностного поведения у студентов

Межличностные потребности	I курс	III курс	VI курс
Включение (IE-IW)	-2,70	-2,63	0,03
Контроль (CE-CW)	4,78	4,79	3,65
Аффект (AE-AW)	0,02	-4,06	0,07

Проанализировав психogramмы способов социальной ориентации студентов медицинских вузов, таблицы стандартных отклонений и индексов противоречивости межличностного поведения можно сделать следующие выводы.

Показатели потребности включения у I и III курсов от индивида к другим людям (IE) практически тождественны и составляют 3,84 и 3,90 соответственно, что трактуется как склонность к избеганию людей. Показатели включения от других людей к индивиду (IW) у I и III курсов также практически идентичны и составляют 6,54 и 6,53 соответственно, это означает, что индивид имеет сильную потребность быть принятым другими людьми. В обеих группах наблюдаются отрицательные индексы противоречивости межличностного поведения -2,70 для I курса и -2,63 для III курса. В связи с этим наблюдается конфликт между нежеланием быть среди людей, с одной стороны, и выраженной потребностью быть принятым ими, с другой, который может привести к фрустрации. Студенты VI курса демонстрируют низкий уровень включения по обоим показателям (IE – 3,72, IW – 3,69), и выявляется положительный индекс противоречивости межличностного поведения (0,03). Однако это характеризует данную группу лиц как стремящихся избегать контактов и общаться с малым количеством людей. На осознанном уровне они создают дистанцию, мотивируя это стремлением сохранить свою индивидуальность, на бессознательном – имеет место страх отвержения, одиночества и изоляции. Все это может привести к снижению мотивации к жизни, энтузиазма и упорства в достижении поставленных целей.

В области контроля у студентов I и III курсов (CE – 8,50 баллов у обеих групп) наблюдается компульсивно выраженная тенденция влиять на окружающих, брать на себя ответственность, с одной стороны, и при этом не принимать контроля над собой, с другой стороны (CW – 3,72 у I курса и 3,71 у III курса). Компульсивно выраженные тенденции поведения могут способствовать социальной дезадаптации и проблемам установления межличностных контактов. Студенты VI курса также демонстрируют высокие оценки выраженного поведения в области контроля (6,70) и низкие оценки требуемого поведения (3,05), что также характеризует их как авторитарных личностей. Индекс противоречивости межличностного поведения

в области контроля у всех групп респондентов положительный, что свидетельствует об отсутствии конфликтов. В области аффекта у студентов I и VI курсов идентичные тенденции как выраженного поведения (АЕ – 3,97 у I курса и 3,22 у VI курса), проявляющиеся в большой осторожности и избирательности в установлении близких эмоциональных контактов, так и требуемого поведения (АВ – 3,95 у I курса и 3,15 у VI курса), проявляющиеся в осторожности при выборе лиц, с которыми индивид создает глубокие эмоциональные отношения. Индекс противоречивости межличностного поведения у данных групп респондентов положительный, что свидетельствует об отсутствии внутриличностных конфликтов. В области аффекта студенты III курса демонстрируют, с одной стороны, низкие оценки выраженного поведения (2,51), характеризующие их как людей избирательных в установлении близких чувственных отношений, с другой – высокие оценки требуемого поведения (6,57), которые говорят о потребности индивида в том, чтобы окружающие стремились устанавливать с ним близкие эмоциональные отношения. Индекс противоречивости межличностного поведения равен -4,06, что указывает на наличие внутриличностного конфликта.

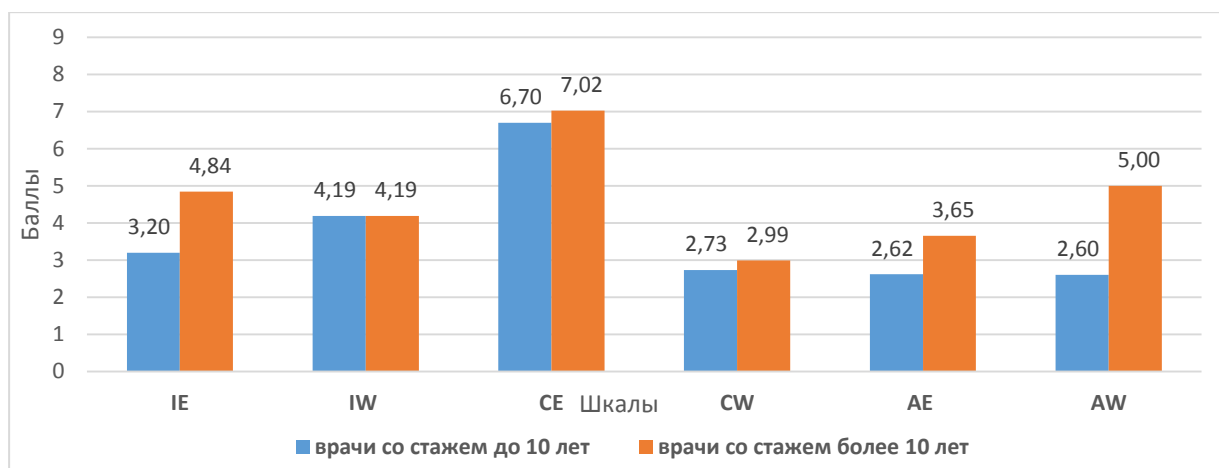


Рис. 8. Психограммы способов социальной ориентации специалистов

Условные обозначения: IE – Включение (выраженное поведение), IW – Включение (требуемое поведение), SE – Контроль (выраженное поведение), CW – Контроль (требуемое поведение), AE – Аффект (выраженное поведение), AW – Аффект (требуемое поведение).

Помимо высоких (6-9) и низких (0-3) баллов имеются пограничные баллы (4-5), интерпретация которых осуществляется с помощью стандартных отклонений

(см. рис. 8). Исходя из этого, были определены стандартные отклонения для пограничных баллов (табл. 12). Следует отметить, что различия показателей между выборками статистически достоверны.

Таблица 12

Стандартные отклонения для пограничных баллов по шкалам психogramm
способов социальной ориентации врачей

Группа	Шкала	Значение	Стандартное отклонение	Значения с учетом стандартного отклонения
Врачи со стажем до 10 лет	IW	4,19	0,99	5,18 3,20
Врачи со стажем более 10 лет	IE	4,84	0,90	5,74 3,94
	IW	4,19	0,87	5,06 3,32
	AW	5,00	1,00	6,00 4,00

Исходя из полученных выше данных и трактовке баллов методики следует, что значения 4-5 баллов являются пограничными и не могут быть использованы в интерпретации результатов исследования, поэтому с учётом стандартных отклонений будут использованы значения до 4 и свыше 6 баллов.

Далее были посчитаны индексы противоречивости межличностного поведения (e – W) внутри и между отдельными областями межличностных потребностей (табл. 13).

Таблица 13

Индексы противоречивости межличностного поведения у врачей

Межличностные потребности	Врачи со стажем до 10 лет	Врачи со стажем более 10 лет
Включение (IE-IW)	0	0,62
Контроль (CE-CW)	3,97	4,03
Аффект (AE-AW)	0,02	-2,35

Проанализировав психogramмы способов социальной ориентации врачей, таблицы стандартных отклонений и индексов противоречивости межличностного поведения, можно сделать следующие выводы.

Показатели потребности включения у врачей со стажем до 10 лет и более 10 от индивида к другим людям (IE) практически тождественны и составляют 3,20 и 3,94 соответственно, что трактуется как склонность к избеганию людей. Показатели включения от других людей к индивиду у обеих групп врачей также практически идентичны и составляют 3,20 и 3,32 соответственно, что трактуется как склонность общаться с небольшим количеством людей. Индекс противоречивости межличностного поведения в данных группах положительный, что свидетельствует об отсутствии внутриличностных конфликтов. Вышеуказанные оценки характеризуют обе группы врачей как социально дефицентную группу, характеризующуюся избеганием контактов с людьми, стремлением сохранить свою индивидуальность путем сохранения дистанции между собой и окружающими, однако на бессознательном уровне имеется страх быть отвергнутым. Все это может привести к снижению мотивации к жизни, энтузиазма и упорства в достижении поставленных целей. В области контроля у врачей со стажем до 10 лет и более 10 лет (CE – 6,70 баллов у врачей со стажем до 10 лет и 2,73 у врачей со стажем более 10 лет) наблюдаются выраженная тенденция влиять на окружающих, брать на себя ответственность, с одной стороны, и при этом не принимать контроля над собой, с другой стороны (CW – 3,72 у врачей со стажем до 10 лет и 3,71 у врачей со стажем более 10 лет). Все это характеризует их как авторитарных личностей, склонных к доминантному межличностному поведению. Индекс противоречивости межличностного поведения в области контроля у всех групп респондентов положительный, что свидетельствует об отсутствии внутренних конфликтов. В области аффекта у врачей со стажем до 10 лет выраженное поведение (AE – 2,62) проявляется в большой осторожности и избирательности в установлении близких эмоциональных контактов, требуемое поведение (AW – 2,60) – в осторожности при выборе лиц, с которыми индивид создает глубокие эмоциональные отношения. Индекс противоречивости

межличностного поведения данной группы респондентов положительный, что свидетельствует об отсутствии внутренних конфликтов. В области аффекта врачи со стажем более 10 лет демонстрируют, с одной стороны, низкие оценки выраженного поведения ($AE - 3,65$), характеризующие их как людей избирательных в установлении близких чувственных отношений, с другой – высокие оценки требуемого поведения ($AW - 6,00$), которые говорят о потребности индивида в том, чтобы окружающие стремились устанавливать с ним близкие эмоциональные отношения. Индекс противоречивости межличностного поведения равен $-2,35$, что свидетельствует о внутреннем конфликте.

Таким образом, проанализировав коммуникативное поведение у респондентов всех групп, можно сделать следующие выводы. У студентов I и III курсов наблюдается внутриличностный конфликт, характеризующийся нежеланием быть среди людей, с одной стороны, и сильной потребностью быть принятым ими, с другой. Также у них наблюдается компульсивно выраженное авторитарное поведение со стремлением установить контроль над решениями окружающих людей, они проявляют большую осторожность в установлении близких отношений. Однако студенты III курса отличаются от студентов I курса потребностью в том, чтобы окружающие стремились устанавливать с ними близкие и глубокие эмоциональные отношения, именно поэтому возникает внутриличностный конфликт. Студенты VI курса и врачи независимо от стажа работы характеризуются нежеланием быть среди людей, склонностью избегать их, и имеют тенденцию общаться с небольшим количеством людей, поведение у них авторитарное. Студенты VI курса и врачи со стажем до 10 лет стремятся избегать близких отношений с окружающими, проявляют осторожность в установлении близких эмоциональных отношений. Врачи со стажем более 10 лет, с одной стороны, характеризуются как люди избирательные в установлении близких чувственных отношений, с другой – как люди, нуждающиеся в том, чтобы окружающие стремились устанавливать с ними близкие эмоциональные отношения, это свидетельствует о внутриличностном конфликте. Исходя из всего вышеизложенного, можно сделать вывод о необходимости корректировки

дезадаптирующих форм поведения и помощи в решении внутриличностных конфликтов респондентов.

Следующим этапом стало изучение индивидуально-психологических свойств личности респондентов, по результатам которого, была построена таблица средних значений (см. табл. 14), кроме этого были определены стандартные отклонения, представленные в Приложении 5.

Таблица 14

Средние значения показателей индивидуально-психологических свойств личности респондентов

Шкалы	I курс	III курс	VI курс	Врачи со стажем до 10 лет	Врачи со стажем более 10 лет
Do Доминирование	46,78*	50,03*	51,96*	44,24*	54,34*
Cs Способность к статусу	43,38*	46,23*	43,12*	41,11*	37,63*
Sy Общительность	47,30*	49,90*	52,77*	45,73*	41,47*
Sp Социальное присутствие	45,20*	48,15*	44,37*	43,91*	39,54*
Sa Самопринятие	49,59*	48,48*	48,84*	45,02*	39,79*
In Независимость	40,32*	61,92*	53,24*	49,55*	50,39*
Em Эмпатия	49,32*	56,78*	52,13*	43,20*	40,99*
Re Ответственность	40,79*	37,53*	39,60*	40,62*	43,69*
So Социализация	43,57*	45,15*	44,58*	47,52*	52,84*
Sc Самоконтроль	41,30*	43,32*	48,86*	48,49*	50,43*

продолжение таблицы 14

Gi Хорошее впечатление	47,98*	44,94*	47,79*	45,37*	47,58*
Сm Обычность	23,96*	28,53*	34,12*	37,93*	35,74*
Wb Чувство благополучия	38,91*	47,59*	46,01*	42,89*	43,45*
To Толерантность	40,10*	42,96*	40,82*	42,95*	39,69*
Ac Достижение через подчинение	42,27*	44,28*	48,36*	43,98*	46,08*
Ai Достижение через независимость	44,61*	47,17*	49,36*	47,08*	44,14*
Ie Интеллектуальная эффективность	39,28*	41,25*	44,58*	44,12*	49,13*
Pu Психологический склад ума	49,27*	48,96*	48,18*	46,26*	49,42*
Fx Гибкость	47,03*	46,05*	44,34*	42,67*	39,64*
F/m Женственность/ мужественность	46,94*	45,53*	48,05*	51,34*	57,80*

*– различия статистически достоверны ($p < 0,05$)

Исходя из полученных данных, можно сделать следующие выводы. Психологический профиль студентов I курса можно охарактеризовать следующим образом. Респонденты данной группы сдержаны, достаточно низко социально ориентированы, испытывают стеснение при межличностных контактах, однако, в то же время решительные, склонные к риску и свободные от сдерживающих факторов. Они внимательны, осторожны и рациональны, предпочитают

стабильность переменам, тем не менее не желают идти по прямой, считают, что сила превышает ума.

Студенты III курса демонстрируют целеустремленность, активность, уверенность в себе, дисциплинированность и независимость в своем поведении, также они, обладают даром убеждения, быстро адаптируются, легко устанавливают социальные контакты и, как следствие, эффективно взаимодействуют с другими людьми. В то же время, следует отметить, их импульсивность, отчужденность, подозрительность, не обеспокоенность чужим мнением со склонностью к осуждению других людей, непоследовательность в осуществлении чего-либо, неспособность выполнять рутинную работу, особенно связанную с построением долгосрочных планов, ориентированность прежде всего на действие, а не на размышление.

Студентов VI курса можно охарактеризовать как лиц, надеющихся на себя скорее из-за чувства недоверия к другим людям, чем из-за собственной самоуверенности, в то же время, склонных к аффилиации, ищущих успех через конформность. Респонденты данной группы стараются избегать соперничества и ответственности за что-либо, вместе с тем они достаточно осмотрительны и внимательны, ориентированы на действие, а не на размышление, предпочитают иметь дело с конкретными задачами, а не с абстрактными проблемами. Также студенты 6 курса обладают достаточно сильными убеждениями, могут проявлять бунтарские тенденции в поведении, плохо реагируют на критику, помимо всего прочего, они обладают хорошо развитыми навыками межличностного взаимодействия со склонностью к манипуляции другими людьми, медленно приспосабливаются к переменам и чувствуют себя некомфортно перед лицом неопределенности.

Группу врачей со стажем до 10 лет можно охарактеризовать как лиц, надеющихся на себя из-за чувства недоверия к другим людям, чем из-за самоуверенности, в то же время, стремящихся быть в обществе и ищущих успех через конформность. Они достаточно робкие, не склонные к доминированию, избегающие соперничества и ответственности, отрицательно относящиеся к

переменам, подозрительные и не всегда отзывчивые к потребностям и чувствам других людей, но в то же время не стереотипные, с хорошо развитыми навыками межличностного взаимодействия со склонностью к манипуляции другими людьми. Кроме этого, они не всегда последовательны в осуществлении поставленных задач, сопротивляются сложившейся системе и подвергают сомнениям авторитеты, однако проявляют настойчивость в реализации планов и ориентированы преимущественно на действие, а не на размышление.

Психологический профиль врачей со стажем более 10 лет можно охарактеризовать следующим образом. Респонденты данной группы демонстрируют неуверенность в себе, и как следствие, зависимость от других, также они склонны к аффилиации и ищут успех через конформность. Следует отметить их робость в поведении, избегание соперничества, осмотренность к своим поступкам, подозрительность, сдержанность в социальных контактах и стремление к уединению, но в то же время чувствительность и терпимость по отношению к другим людям. Помимо всего прочего, они достаточно старательны, практичны и настойчивы, обладают хорошо развитыми навыками межличностного взаимодействия и склонны к манипуляции другими людьми.

Выборки по всем личностным показателям и во всех группах испытуемых, имеют достаточно высокую плотность, подтвержденную низкими значениями стандартных отклонений (Приложение 5).

Таким образом, психологические и коммуникативные профили студентов медицинских вузов и врачей, представляют собой, с одной стороны, целостную характеристику, с другой – набор качеств, которые вступают в противоречие друг с другом и впоследствии становятся причиной внутриличностных конфликтов, что ведет к социальной дезадаптации и фрустрации.

3.3 Взаимосвязь эмпатии, рефлексии, индивидуально-психологических свойств и коммуникативного поведения субъектов

Следующим этапом исследования стало изучение взаимосвязей между процессами эмпатии, рефлексии, индивидуально-психологическими свойствами и коммуникативным поведением студентов и специалистов. Для этого был проведен корреляционный анализ на всей генеральной совокупности между вышеуказанными конструктами, после чего были выделены наиболее значимые корреляции (см. табл. 15).

Таблица 15

Значимые корреляции между процессами эмпатии, рефлексии и самооценкой коммуникативного поведения личности

	Системная рефлексия	Интрорспекция	Квазирефлексия	Социорефлексия
Общий уровень эмпатии	0,30*	-0,30*		0,42*
Ie		0,33*	0,30*	
Iw		0,39*		-0,30*
Се		0,36*	0,39*	
Cw		0,49*	0,32*	-0,31*
Aw		0,31*		

Условные обозначения: Ie – Включение (выраженное поведение), Iw – Включение (требуемое поведение), Се – Контроль (выраженное поведение), Cw – Контроль (требуемое поведение), Aw – Аффект (требуемое поведение), * – статистическая значимость корреляций ($p < 0,05$)

Из таблицы 15 следует, что все представленные корреляции статистически значимы. Общий уровень эмпатии имеет прямую умеренную связь с системной рефлексией и социорефлексией и обратную связь с интрорспекцией. Показатели включения Ie (выраженное поведение) и Iw (требуемое поведение), показатели контроля Се (выраженное поведение) и Cw (требуемое поведение), а также показатель аффекта Aw (требуемое поведение) оказываются прямо и умеренно связанными с интрорспекцией. С квазирефлексией положительную и умеренную

связь имеют показатель включения I_e и показатели контроля C_e и C_w . Кроме того, показатель контроля C_w и показатель включения I_w имеют отрицательную связь с социорефлексией.

Далее, для выявления взаимосвязей и проверки полученных коэффициентов корреляции, между вышеуказанными процессами и показателями были построены автоматизированные нейронные сети по типу регрессии (см. табл. 16, 18, 20, 22). Из множества построенных сетей были выбраны сети с наибольшей чувствительностью и специфичностью, т.е. с высокими диагностическими значениями на обучающей и контрольной выборках, они имели архитектуру по типу многослойного персептрона (MLP). Стандартное отклонение ошибки прогноза к стандартному отклонению обучающих данных было меньше единицы и равнялось 0,1, что говорит о хорошем качестве регрессии.

Таблица 16

Основные результаты обучения и конфигурации автоматизированных нейронных сетей (для поиска взаимосвязей между эмпатией и рефлексией)

№ сети, архитектура	Производительность			Алгоритм обучения	Функция активации	
	На обучающей выборке	На контрольной выборке	На тестовой выборке		скрытых нейронов	выходных нейронов
1. MLP 5-5-1	0,952395	0,910759	0,892954	BFGS 101	Гиперболическая	
2. MLP 5-4-1	0,964041	0,913365	0,926082	BFGS 100	Гиперболическая	
3. MLP 5-3-1	0,946179	0,897431	0,925175	BFGS 65	Гиперболическая	
4. MLP 5-3-1	0,933009	0,883369	0,876607	BFGS 51	Гиперболическая	
5. MLP 5-11-1	0,909892	0,833493	0,872812	BFGS 50	Гиперболическая	

Безошибочность диагностики на обучающей выборке составляет более 90%, а на контрольном множестве более 80% (см табл. 16). Для поиска взаимосвязей между процессами эмпатии и рефлексии была выбрана сеть № 2, потому что она обладает наибольшей производительностью. Исходя из этого, был проведен

локальный анализ чувствительности различных типов рефлексии по отношению к эмпатии (табл. 17).

Таблица 17

Анализ чувствительности типов рефлексии по отношению к эмпатии

Сеть	Системная рефлексия	Квазирефлексия	Социорефлексия	Интрорспекция
MLP 5-4-1	14,70797	4,094806	3,060434	1,435716

Наибольшее влияние на общий уровень эмпатии оказывает системная рефлексия, тем самым подтверждается состоятельность коэффициента корреляции между этими процессами (см табл. 17). В тоже время остальные рефлексивные процессы практически не оказывают влияние на общий уровень эмпатии, следовательно, корреляции между общим уровнем эмпатии и интрорспекцией, а также общим уровнем эмпатии и социорефлексией не состоятельны.

Таблица 18

Основные результаты обучения и конфигурации автоматизированных нейронных сетей (для поиска взаимосвязей между интрорспекцией и коммуникативным поведением личности)

№ сети, архитектура	Производительность			Алгоритм обучения	Функция активации	
	На обучающей выборке	На контрольной выборке	На тестовой выборке		скрытых нейронов	выходных нейронов
1. MLP 5-10-1	0,889887	0,960107	0,863769	BFGS 81	Гиперболическая	Тождественная
2. MLP 5-3-1	0,847620	0,936788	0,826366	BFGS 45	Гиперболическая	Экспонента
3. MLP 5-5-1	0,847497	0,929401	0,864603	BFGS 97	Логистическая	Логистическая
4. MLP 5-5-1	0,864440	0,950101	0,854260	BFGS 55	Экспонента	Гиперболическая
5. MLP 5-4-1	0,881026	0,959460	0,857765	BFGS 115	Логистическая	Гиперболическая

Безошибочность диагностики на обучающей выборке составляет более 80%, а на контрольном множестве – более 90% (см табл. 18). Для поиска взаимосвязей между интрорспекцией и коммуникативным поведением личности была выбрана сеть № 1, обладающая наибольшей производительностью. Исходя из этого, был проведен локальный анализ чувствительности показателей коммуникативного поведения личности по отношению к интрорспекции (табл. 19).

Таблица 19

Анализ чувствительности коммуникативного поведения личности по отношению к интроспекции

Сеть	I _w	C _e	A _w	C _w	I _e
MLP 5-10-1	13,57808	12,86411	6,598036	6,558416	4,358253

Наибольшее влияние на интроспекцию, оказывает показатель потребности включения от других людей к индивиду (I_w) и показатель потребности контроля от индивида к другим людям (C_e), тем самым подтверждается состоятельность коэффициента корреляции между этими параметрами (см табл. 19). Остальные показатели общения имеют значительно меньший удельный вес влияния на интроспекцию, следовательно, взаимосвязи между ними нет, и коэффициенты корреляции, указанные выше, оказываются несостоятельными.

Таблица 20

Основные результаты обучения и конфигурации автоматизированных нейронных сетей (для поиска взаимосвязей между квазирефлексией и коммуникативным поведением личности)

№ сети, архитектура	Производительность			Алгоритм обучения	Функция активации	
	На обучающей выборке	На контрольной выборке	На тестовой выборке		скрытых нейронов	выходных нейронов
1. MLP 3-3-1	0,813426	0,808351	0,766641	BFGS 90	Гиперболическая	Гиперболическая
2. MLP 3-3-1	0,816491	0,817935	0,757322	BFGS 74	Гиперболическая	Гиперболическая
3. MLP 3-4-1	0,813048	0,812187	0,743737	BFGS 122	Гиперболическая	Гиперболическая
4. MLP 3-4-1	0,827701	0,816795	0,790956	BFGS 161	Гиперболическая	Гиперболическая
5. MLP 3-4-1	0,827017	0,816423	0,786409	BFGS 77	Гиперболическая	Гиперболическая

Безошибочность диагностики на обучающей и контрольной выборках составляет более 80% (см табл. 20). Для поиска взаимосвязей между квазирефлексией и коммуникативным поведением личности была выбрана сеть № 4, так как она обладает наибольшей производительностью. Исходя из этого, был

проведен локальный анализ чувствительности показателей коммуникативного поведения личности по отношению к интроспекции (табл. 21).

Таблица 21

Анализ чувствительности коммуникативного поведения личности по отношению к квазирефлексии

Сеть	Cw	Ce	Ie
MLP 3-4-1	2,20548277	1,75400347	1,2104085

Наибольшее влияние на квазирефлексию, оказывает показатель потребности контроля от других людей к индивиду (Cw), тем самым подтверждается состоятельность коэффициента корреляции между этими параметрами (см табл. 21). Показатели потребности контроля от индивида к другим людям (Ce) и потребности включения от индивида к другим людям (Ie) имеют меньший удельный вес влияния на квазирефлексию, однако разрыв составляет не более единицы, следовательно, данные корреляционные зависимости состоятельны.

Таблица 22

Основные результаты обучения и конфигурации автоматизированных нейронных сетей (для поиска взаимосвязей между социорефлексией и коммуникативным поведением личности)

№ сети, архитектура	Производительность			Алгоритм обучения	Функция активации	
	На обучающей выборке	На контрольной выборке	На тестовой выборке		скрытых нейронов	выходных нейронов
1. MLP 2-9-1	0,856729	0,822459	0,734204	BFGS 69	Гиперболическая	Логистическая
2. MLP 2-7-1	0,856581	0,813196	0,731222	BFGS 86	Гиперболическая	Логистическая
3. MLP 2-6-1	0,856259	0,813823	0,726567	BFGS 117	Гиперболическая	Тождественная
4. MLP 2-4-1	0,846340	0,803010	0,728334	BFGS 155	Экспонента	Логистическая
5. MLP 2-3-1	0,862362	0,829164	0,744958	BFGS 50	Логистическая	Гиперболическая

Безошибочность диагностики на обучающей выборке составляет, в основном, более 85%, а на контрольном множестве – более 80% (см табл. 21). Для поиска взаимосвязей между социорефлексией и коммуникативным поведением личности была выбрана сеть № 5, обладающая наибольшей производительностью. Исходя из

этого, был проведен локальный анализ чувствительности показателей коммуникативного поведения личности по отношению к социорефлексии (табл. 23).

Таблица 23

Анализ чувствительности коммуникативного поведения личности по отношению к социорефлексии

Сеть	Cw	Iw
MLP 2-3-1	7,43835872	3,77211009

Наибольшее влияние на социорефлексию, оказывает показатель потребности контроля от других людей к индивиду (Cw), тем самым подтверждается состоятельность коэффициента корреляции между этими параметрами (см табл. 23). Показатель потребности включения от других людей к индивиду (Iw) имеет низкий удельный вес влияния на социорефлексию, следовательно, взаимосвязи между ними нет, и коэффициент корреляции, указанный выше, оказывается несостоятельным.

Подводя итог, подтвержденные нейросетевым анализом взаимосвязи между вышеуказанными конструктами были схематично отображены на рисунке 9.

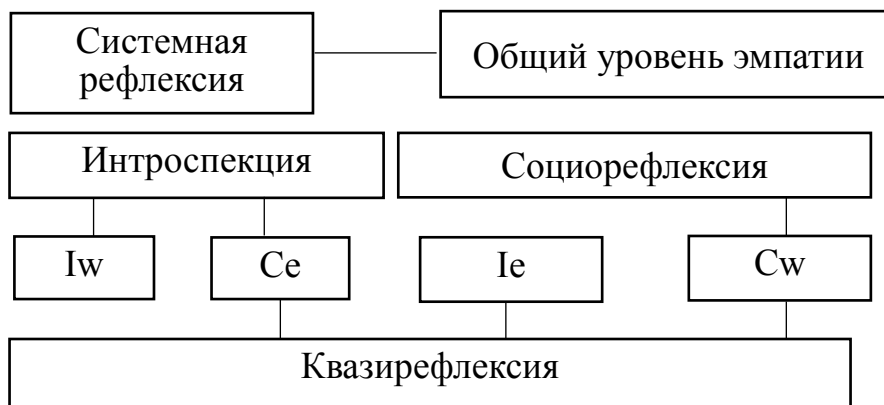


Рис. 9. Взаимосвязи между эмпатией, рефлексией и самооценкой коммуникативного поведения личности

Условные обозначения: Ie – Включение (выраженное поведение), Iw – Включение (требуемое поведение), Ce – Контроль (выраженное поведение), Cw – Контроль (требуемое поведение).

Таким образом, проанализировав все вышеизложенное, можно заключить, что уровень квазирефлексии находится во взаимосвязи с потребностями контроля

как в области выраженного, так и в области требуемого поведения, а также зависит от выраженного поведения в области включения. Высокие оценки потребности контроля по обоим локусам предполагают высокий уровень принятия на себя ответственности, но в то же время отражают зависимость индивида от других людей в принятии решений. Кроме того, высокие оценки потребности включения от индивида к другим людям предполагают, что индивид будет осуществлять активный поиск межличностных контактов. Все вышеизложенное ведет к внутриличностному противоречию, разрешением которого и является уход от реальной ситуации через резонерство и беспочвенные фантазии, формой которого и является квазирефлексия. Потребность контроля в области выраженного поведения и потребность включения в области требуемого поведения оказывают влияния на интроспекцию. Высокие оценки, полученные по данным шкалам, свидетельствуют, с одной стороны, о высоком уровне ответственности индивида и желании его играть ведущую роль, с другой – о сильном желании быть принятым группой. В этом случае также возникает внутренний конфликт, разрешением которого является интроспекция как форма самокопания. Показатели контроля в области требуемого поведения находятся в отрицательной взаимосвязи с социорефлексией, следовательно, возрастающая потребность в зависимости при принятии решений от других людей, снижает понимание внутреннего мира других людей и затрудняет анализ их чувств, мыслей и убеждений, что негативно сказывается на установлении межличностных контактов.

В процессе нейросетевого анализа результатов обнаружена тесная взаимосвязь между эмпатией и системной рефлексией. Тем самым подтверждается теоретический вывод о том, что эмпатия и рефлексия являются взаимодополняющими друг друга процессами. Связь эмпатии с непродуктивными типами рефлексивных процессов не подтверждена.

На следующем этапе исследования были изучены взаимосвязи между индивидуально-психологическими свойствами и коммуникативным поведением личности, а также процессами эмпатии и рефлексии. Для этого был проведен корреляционный анализ на всей генеральной совокупности между индивидуально-

психологическими свойствами личности, общим уровнем эмпатии, различными видами рефлексии и коммуникативным поведением личности, после чего были выделены наиболее значимые корреляции (см. табл. 24).

Таблица 24

Значимые корреляции между индивидуально-психологическими свойствами, коммуникативным поведением и эмпатией и рефлексией личности

	Do	In	Em	Sc	To
Системная рефлексия	0,38				
Квазирефлексия			0,32		
Ауторефлексия	0,30	0,34			
Социорефлексия	0,31				
Ie				-0,41	-0,38
Се	0,35				

Условные обозначения: Ie – включение (выраженное поведение), Се – контроль (выраженное поведение), Do – доминирование, In – независимость, Em – эмпатия, Sc – самоконтроль, To – толерантность.

Отрицательные связи по отношению к показателю включенности от индивида к другим людям выявлены у параметров самоконтроля и толерантности (см табл. 24). Системная рефлексия, ауторефлексия, социорефлексия и показатель контроля от индивида к другим людям имеют прямую положительную связь с показателем доминирования. Ауторефлексия также прямо и положительно коррелирует с показателем независимости, а квазирефлексия – с эмпатией. Связи между всеми признаками в данной группе умеренные.

Далее для выявления взаимосвязей между вышеуказанными процессами и проверки полученных коэффициентов корреляции, показателями были построены автоматизированные нейронные сети по типу регрессии (см. табл. 25, 27, 29, 31). Из множества построенных сетей были выбраны сети с наибольшей чувствительностью и специфичностью, т.е. с высокими диагностическими значениями на обучающей и контрольной выборках, они имели архитектуру по типу многослойного персептрона. Стандартное отклонение ошибки прогноза к

стандартному отклонению обучающих данных было меньше единицы и равнялось 0,1, что говорит о хорошем качестве регрессии.

Таблица 25

Основные результаты обучения и конфигурации автоматизированных нейронных сетей (для поиска взаимосвязей между личностным показателем эмпатии по методике СРІ и квазирефлексией)

№ сети, архитектура	Производительность			Алгоритм обучения	Функция активации	
	На обучающей выборке	На контрольной выборке	На тестовой выборке		скрытых нейронов	выходных нейронов
1. MLP 2-9-1	0,800648	0,863688	0,838659	BFGS 108	Логистическая	Экспонента
2. MLP 2-10-1	0,808702	0,878484	0,855916	BFGS 176	Логистическая	Экспонента
3. MLP 2-13-1	0,805814	0,835715	0,633726	BFGS 118	Логистическая	Экспонента
4. MLP 2-15-1	0,797612	0,866636	0,815906	BFGS 158	Логистическая	Экспонента
5. MLP 2-15-1	0,796595	0,809520	0,883268	BFGS 104	Логистическая	Экспонента

Безошибочность диагностики на обучающей и контрольной выборках достигает 80% (см табл. 25). Для поиска взаимосвязей между личностным показателем эмпатии и квазирефлексией была выбрана сеть № 2, так как она обладает наибольшей производительностью. Исходя из этого, был проведен локальный анализ чувствительности квазирефлексии по отношению к личностному показателю эмпатии (табл. 26).

Таблица 26

Анализ чувствительности квазирефлексии по отношению к личностному показателю эмпатии

Сеть	Квазирефлексия
MLP 2-10-1	0,000001

Удельный вес влияния квазирефлексии на эмпатию крайне низкий (практически близок к нулю), следовательно, данная корреляция несостоятельна (см табл. 26).

Таблица 27

Основные результаты обучения и конфигурации автоматизированных нейронных сетей (для поиска взаимосвязей между личностным показателем доминирования, показателями рефлексии и контроля (от индивида к другим людям))

№ сети, архитектура	Производительность			Алгоритм обучения	Функция активации	
	На обучающей выборке	На контрольной выборке	На тестовой выборке		скрытых нейронов	выходных нейронов
2. MLP 4-9-1	0,825354	0,768806	0,703861	BFGS 57	Логистическая	Логистическая
3. MLP 4-5-1	0,820736	0,763231	0,685631	BFGS 84	Экспонента	Гиперболическая
4. MLP 4-6-1	0,828075	0,801352	0,721761	BFGS 549	Экспонента	Логистическая
5. MLP 4-10-1	0,817334	0,788094	0,698923	BFGS 71	Экспонента	Гиперболическая

Безошибочность диагностики на обучающей выборке составляет более 80%, на контрольном множестве находится в пределах 75 – 80% (см табл. 27). Для поиска взаимосвязей между личностным показателем доминирования, ее показателями рефлексии и контроля была выбрана сеть № 4, так как она обладает наибольшей производительностью. Исходя из этого, был проведен локальный анализ чувствительности показателей рефлексии и контроля по отношению к личностному показателю доминирования (табл. 28).

Таблица 28

Анализ чувствительности показателей рефлексии и контроля по отношению к показателю доминирования личности

Сеть	Се	Ауторефлексия	Системная рефлексия	Социорефлексия
MLP 4-6-1	5,67782665	2,29266622	1,92111718	1,61678025

Наибольшее влияние на личностный показатель доминирования оказывает показатель контроля межличностного общения от индивида к другим людям, следовательно, коэффициент корреляции между ними состоятелен (см табл. 28). Это означает то, что чем выше стремления индивида брать на себя ответственность и играть ведущую роль в коллективе, тем настойчивее он стремится к власти и доминированию. Различные формы рефлексии имеют малый удельный вес влияния

(в сравнении с параметром контроля) на личностный показатель доминирования, поэтому коэффициенты корреляции между ними несостоятельны.

Таблица 29

Основные результаты обучения и конфигурации автоматизированных нейронных сетей (для поиска взаимосвязей между ауторефлексией и личностными показателями доминирования и независимости)

№ сети, архитектура	Производительность			Алгоритм обучения	Функция активации	
	На обучающей выборке	На контрольной выборке	На тестовой выборке		скрытых нейронов	выходных нейронов
1. MLP 2-6-1	0,830868	0,812402	0,752291	BFGS 162	Логистическая	Логистическая
2. MLP 2-7-1	0,821629	0,802316	0,745365	BFGS 184	Логистическая	Логистическая
3. MLP 2-9-1	0,813878	0,759703	0,674195	BFGS 110	Логистическая	Логистическая
4. MLP 2-10-1	0,810195	0,771580	0,740614	BFGS 67	Логистическая	Логистическая
5. MLP 2-9-1	0,804208	0,763912	0,811936	BFGS 199	Гиперболическая	Логистическая

Безошибочность диагностики на обучающей выборке составляет более 80%, на контрольном множестве находится в пределах 75 – 80% (см табл. 29). Для поиска взаимосвязей между ауторефлексией и личностными показателями доминирования и независимости была выбрана сеть № 1, так как она обладает наибольшей производительностью. Исходя из этого, был проведен локальный анализ чувствительности личностных характеристик доминирования и независимости по отношению к ауторефлексии (табл. 30).

Таблица 30

Анализ показателей доминирования и независимости личности по отношению к ауторефлексии

Сеть	In (Независимость)	Do (Доминирование)
MLP 2-6-1	5,00999257	3,42882193

Наибольшее влияние на ауторефлексию оказывает показатель независимости, следовательно, коэффициент корреляции между этими параметрами состоятелен (см табл. 30). Это означает, что чем более индивид самодостаточен, чем более убедительно и уверенно он отстаивает свою позицию,

тем сильнее он анализирует собственные действия и поступки. Личностный показатель доминирования имеет малый удельный вес влияния на ауторефлексию (в сравнении с параметром независимости), поэтому корреляции между ними не состоятельны, кроме того, ауторефлексия также не влияет на личностный показатель доминирования (см. табл. 28).

Таблица 31

Основные результаты обучения и конфигурации автоматизированных нейронных сетей (для поиска взаимосвязей между показателем включенности (от индивида к другим людям) и показателями толерантности и самоконтроля личности)

№ сети, архитектура	Производительность			Алгоритм обучения	Функция активации	
	На обучающей выборке	На контрольной выборке	На тестовой выборке		скрытых нейронов	выходных нейронов
1. MLP 2-8-1	0,860009	0,899543	0,853207	BFGS 86	Логистическая	Логистическая
2. MLP 2-7-1	0,894011	0,911917	0,828060	BFGS 150	Логистическая	Логистическая
3. MLP 2-6-1	0,885685	0,913407	0,846719	BFGS 179	Логистическая	Тождественная
4. MLP 2-8-1	0,869312	0,919659	0,840878	BFGS 209	Гиперболическая	Тождественная
5. MLP 2-6-1	0,888346	0,898667	0,826287	BFGS 101	Гиперболическая	Логистическая

Безошибочность диагностики на обучающей выборке составляет более 85%, на контрольном множестве находится в пределах 89 – 91% (см табл. 31). Для поиска взаимосвязей между показателем включенности от индивида к другим людям и личностными показателями толерантности и самоконтроля была выбрана сеть № 2, так как она обладает наибольшей производительностью. Исходя из этого, был проведен локальный анализ чувствительности показателей толерантности и самоконтроля по отношению к показателю включенности (табл. 32).

Таблица 32

Анализ показателей толерантности и самоконтроля личности по отношению к показателю включенности

Сеть	Sc (Самоконтроль)	To (Толерантность)
MLP 2-7-1	6,96134128	4,03823464

Наибольшее влияние на показатель включенности от индивида к другим людям оказывает параметр самоконтроля, следовательно, отрицательная корреляция, полученная в ходе корреляционного анализа состоятельна (см табл. 32). Это означает, что чем выше уровень самоконтроля, планирования, дисциплинированности, тем более у индивида выражена склонность избегать большого количества людей. Личностный показатель толерантности имеет малый удельный вес влияния на показатель включенности (в сравнении с параметром самоконтроля), поэтому корреляции между ними несостоятельны.

Подводя итог, подтвержденные нейросетевым анализом взаимосвязи между вышеуказанными конструктами были схематично отображены на рисунке 10.

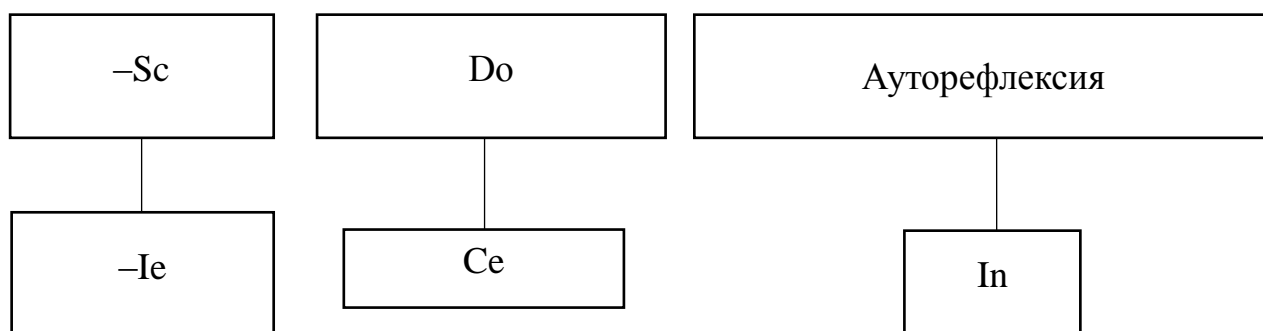


Рис. 10. Взаимосвязи между процессами эмпатии, рефлексии, индивидуально-психологическими свойствами и коммуникативным поведением личности

Условные обозначения: Ie – включение (выраженное поведение), Sc – самоконтроль, знак – показывает отрицательную взаимосвязь, Ce – контроль (выраженное поведение), Do – доминирование, In – независимость.

Таким образом, проанализировав все вышеизложенное, можно заключить, что обнаружена тесная взаимосвязь между эмпатией и системной рефлексией. Тем самым подтверждается тезис о том, что эмпатия и рефлексия являются взаимодополняющими друг друга процессами. Связь эмпатии с непродуктивными типами рефлексивных процессов не подтверждена. Ауторефлексия связана с показателем независимости, это означает, что чем выше уровень самодостаточности и независимости личности, тем сильнее выражен процесс анализа собственных решений и действий. Показатели включенности (от индивида к другим людям) и самоконтроля находятся в отрицательной взаимосвязи друг с другом. Это означает, что чем более личность склонна к самодисциплине и

планированию, тем более она избегает большого сообщества людей. Показатели доминирования и контроля (от индивида к другим людям) находятся в прямой положительной взаимосвязи друг с другом. Такая закономерность характеризует индивидов с высоким уровнем ответственности как настойчивых, властных и стремящихся играть ведущую роль.

3.4 Особенности проявления эмпатии и рефлексии врачей с различным профилем деятельности и стажем работы

В данном разделе эмпатия будет рассмотрена у врачей различного профиля, стажа работы и типа медицинских учреждений, в которых они работают. По результатам исследования была построена средних значений (см. табл. 33) основных форм эмпатии во врачебных группах терапевтического и хирургического профиля с разным стажем работы и работающих в медицинских учреждениях различного типа (амбулаторно-поликлинические и стационарные), также были определены стандартные отклонения (Приложения 6 и 7).

Общий показатель эмпатии в группе врачей-терапевтов стационарных учреждений и группе врачей-терапевтов амбулаторно-поликлинических учреждений со стажем до 10 лет находится на высоком уровне, а в группе врачей-терапевтов амбулаторно-поликлинических учреждений со стажем более 10 лет – на очень высоком уровне. В свою очередь, общий показатель эмпатии в группе врачей-хирургов амбулаторно-поликлинических учреждений и группе врачей стационарных учреждений со стажем до 10 лет находится на высоком уровне, а в группе врачей-хирургов стационарных учреждений со стажем более 10 лет – на очень высоком уровне. Сравнивая терапевтические и хирургические группы, можно заключить, что общий уровень эмпатии всегда выше в группах врачей со стажем более 10 лет, однако в группах врачей-терапевтов самый высокий общий

уровень эмпатии наблюдается у лиц, работающих в амбулаторно-поликлинических учреждениях, а в группах врачей-хирургов – у лиц, работающих в стационарах.

Таблица 33

Средние значения различных форм эмпатии у врачей терапевтического и хирургического профиля с разным стажем работы и условиями деятельности

Формы проявления эмпатии	Врачи – терапевты (n=145)				Врачи – хирурги (n=70)			
	амбулаторно-поликлинических учреждений (n=71)		стационарных учреждений (n=74)		амбулаторно-поликлинических учреждений (n=39)		стационарных учреждений (n=31)	
	продолжительность деятельности							
	до 10 лет (n=34)	более 10 лет (n=37)	до 10 лет (n=38)	более 10 лет (n=36)	10 лет (n=23)	более 10 лет (n=16)	до 10 лет (n=13)	более 10 лет (n=18)
Общий уровень эмпатии	77,52*	96,54*	73,47*	80,50*	80,65*	80,83*	80,00*	93,00*
Эмпатия к родителям	11,73*	6,97*	10,05*	10,50*	10,04*	6,25*	8,25*	9,30*
Эмпатия к животным	4,58	7,00	5,52	4,50	8,00	7,00	8,00	11,00
Эмпатия к пожилым людям	7,32*	11,97*	8,05*	10,00*	5,52*	11,00*	8,50*	8,50*
Эмпатия к детям	7,58*	13,91*	6,57*	6,50*	7,65*	11,20*	6,00*	10,00*
Эмпатия к героям художественных произведений	5,35	7,45	3,63	6,50	8,91	6,34	5,00	7,00
Эмпатия к незнакомым или малознакомым людям	9,02*	7,97*	5,26*	7,00*	7,04*	7,00*	6,00*	9,00*

* – различия статистически достоверны ($p < 0,05$)

Оценивая отношения респондентов к разным социальным группам можно прийти к выводу, что в терапевтических и хирургических группах врачей наблюдаются схожие тенденции. Показатели эмпатии к родителям всегда выше, чем к незнакомым людям, кроме групп врачей-терапевтов и хирургов поликлиник со стажем более 10 лет – у них превалирует показатель эмпатии к незнакомым людям. Важно отметить, что все значения в данных группах сравнения находятся на среднем уровне.

Сравнивая отношения респондентов к разным возрастным категориям, можно прийти к выводу, что врачи-терапевты и хирурги амбулаторно-поликлинических учреждений (независимо от стажа работы) и группа врачей-хирургов стационаров со стажем более 10 лет наиболее эмпатичны к детям, а врачи-терапевты стационаров и врачей-хирурги стационаров со стажем до 10 лет – к пожилым людям. Однако следует отметить, что практически все значения находятся на среднем уровне, кроме среднего показателя эмпатии к детям у врачей-терапевтов амбулаторно-поликлинических учреждений – в данном случае он высокий.

Показатели эмпатии по отношению к животным находятся на низком уровне у врачей-терапевтов поликлиник со стажем до 10 лет и врачей стационаров со стажем более 10 лет, в остальных терапевтических и хирургических группах врачей данные показатели выявлены на среднем уровне. Однако следует отметить, что достоверные различия в группах сравнения отсутствуют.

Показатели эмпатии к героям художественных произведений у врачей-терапевтов стационаров со стажем до 10 лет находятся на низком уровне, в остальных терапевтических и хирургических группах врачей данные показатели находятся на среднем уровне. Также следует отметить, что достоверные различия в группах сравнения отсутствуют.

Заметим, что выборки по всем показателям эмпатии и во всех группах испытуемых, имеют достаточно высокую плотность, подтвержденную низкими значениями стандартных отклонений (Приложения 6 и 7).

На следующем этапе исследования были определены средние значения личностного показателя эмпатии (см табл. 34), а также стандартные отклонения (Приложения 8 и 9).

Таблица 34

Средние значения личностного показателя эмпатии у врачей терапевтического и хирургического профилей с разным стажем работы и условиями деятельности

Шкала Em (эмпатия)	Терапевты (n=145)				Хирурги (n=70)			
	поликлиник (n=71)		стационаров (n=74)		поликлиник (n=39)		стационаров (n=31)	
	продолжительность деятельности							
	до 10 лет (n=34)	более 10 лет (n=37)	до 10 лет (n=38)	более 10 лет (n=36)	до 10 лет (n=23)	более 10 лет (n=16)	до 10 лет (n=13)	более 10 лет (n=18)
М	51,88*	38,10*	37,78*	35,00*	41,13*	42,00*	40,00*	58,00*

*– различия статистически достоверны ($p < 0,05$), М – среднее значение

Высокий средний балл эмпатии выявляется только у врачей-хирургов стационаров со стажем более 10 лет, это означает, что они легко устанавливают социальные контакты, дружелюбны и адаптивны. У врачей-терапевтов амбулаторно-поликлинических учреждений со стажем до 10 лет показатель эмпатии находится в зоне не интерпретации. Во всех остальных терапевтических и хирургических группах врачей личностные показатели эмпатии имеют низкие баллы, это характеризует данные группы врачей как людей робких, не всегда демонстрирующих готовность понять.

Выборки по личностному показателю эмпатии и во всех группах испытуемых, имеют достаточно высокую плотность, подтвержденную низкими значениями стандартных отклонений (Приложения 8 и 9).

Таким образом, проанализировав все вышеизложенное, можно прийти к выводу, что общий уровень эмпатии наиболее высокий у врачей со стажем более 10 лет независимо от специальности и типа учреждений, в которых они работают.

Этот тезис подтверждает гипотезу о зависимости эмпатического процесса от опыта общения и работы с разными пациентами. В группах врачей терапевтического и хирургического профиля общий уровень эмпатии не имеет существенных различий. Однако внутри этих групп наиболее эмпатичными, т.е. имеющими очень высокий уровень эмпатии, в группе терапевтов являются врачи поликлиник, а среди хирургов – врачи стационаров. Следует отметить, что субъекты с очень высоким уровнем эмпатии подвержены риску эмоционального выгорания, что может привести к профессиональной непригодности, поэтому необходима коррекция этих показателей.

В целом, наиболее эмпатичными по отношению к родителям являются врачи амбулаторно-поликлинических учреждений со стажем до 10 лет как терапевтического, так и хирургического профилей, однако следует отметить, что врачи-терапевты стационаров находятся на том же уровне. Эмпатия к детям и пожилым людям наиболее выражена у врачей со стажем работы более 10 лет. Это тезис также касается и эмпатии к животным.

Эмпатия к незнакомым людям наиболее сильно проявляется у врачей-терапевтов поликлиник со стажем до 10 лет и у врачей-хирургов стационаров – со стажем более 10 лет. Эмпатия к героям художественных произведений наиболее выражена у врачей терапевтического профиля со стажем более 10 лет и у врачей хирургического профиля со стажем до 10 лет.

Личностный показатель эмпатии практически во всех группах врачей терапевтического и хирургического профилей находится на низком уровне и лишь в группе врачей-хирургов стационаров со стажем более 10 лет – на высоком уровне.

На следующем этапе была изучена рефлексия у врачей различного профиля, в зависимости от стажа работы и типа медицинских учреждений, в которых они работают. По результатам исследования были определены средние значения различных форм рефлексии (см. табл. 35, 36), во врачебных группах терапевтического и хирургического профиля с разным стажем работы, а также посчитаны стандартные отклонения (Приложения 10 и 11).

Средние значения различных форм рефлексивных процессов (по методике Д.А. Леонтьева) в группах врачей, объединенных по признакам специализации, стажа и условий деятельности

Формы рефлексивных процессов	Терапевты (n=145)				Хирурги (n=70)			
	поликлиник (n=71)		стационаров (n=74)		поликлиник (n=39)		стационаров (n=31)	
	продолжительность деятельности							
	до 10 лет (n=34)	более 10 лет (n=37)	до 10 лет (n=38)	более 10 лет (n=36)	до 10 лет (n=23)	более 10 лет (n=16)	до 10 лет (n=13)	более 10 лет (n=18)
Системная рефлексия	40,47*	39,62*	31,52*	35,00*	30,52*	26,00*	29,00*	43,00*
Интроспекция	25,01*	27,81*	21,63*	24,50*	28,56*	21,00*	15,00*	23,00*
Квазирефлексия	29,38*	23,72*	21,63*	12,50*	23,30*	14,00*	17,00*	28,00*

*– различия статистически достоверны ($p < 0,05$)

Уровень системной рефлексии выше в группах врачей-терапевтов амбулаторно-поликлинических учреждений (независимо от стажа работы), чем в группах врачей-терапевтов стационаров, кроме того, он достигает и даже превосходит нормативные значения и поэтому не нуждается в коррекции. Среди врачей-хирургов уровень системной рефлексии достигает нормативных значений только в группе врачей стационарных учреждений со стажем более 10 лет, в остальных группах – он находится на низком уровне и поэтому нуждается в коррекции. Следует отметить, что в группе врачей-хирургов поликлиник со стажем более 10 лет и в группе врачей-хирургов стационаров со стажем до 10 лет наблюдается самый низкий уровень системной рефлексии, в связи с этим возможны затруднения при принятии решений в сложных клинических ситуациях, поэтому необходима его коррекция.

Уровень интроспекции превосходит нормативные значения у врачей-терапевтов амбулаторно-поликлинических учреждений со стажем более 10 лет, отражая склонность респондентов к самокопанию. Врачи-хирурги поликлиник учреждений со стажем до 10 лет также демонстрируют высокий уровень интроспекции, который практически достигает уровня системной рефлексии, следовательно, он может оказывать значительное негативное влияние на клиническое мышление специалистов и поэтому подлежит коррекции.

Квазирефлексия превосходит нормативные значения в группе врачей-терапевтов поликлиник со стажем до 10 лет, отражая их направленность на объект, не имеющий отношения к актуальной жизненной ситуации. В группе врачей-хирургов стационаров со стажем более 10 лет также высок уровень квазирефлексии, здесь он также превосходит нормативные значения в отличие от других групп, однако превалирование системной рефлексии может компенсировать негативные стороны непродуктивных рефлексивных процессов.

Выборки по всем показателям рефлексии и во всех группах испытуемых, имеют достаточно высокую плотность, подтвержденную низкими значениями стандартных отклонений (Приложения 10 и 11).

На следующем этапе были определены процентные соотношения различных форм рефлексивных процессов (согласно методике М. Гранта) у врачей терапевтического и хирургического профиля с разным стажем работы и занятых в различных типах медицинских учреждений (табл. 36).

В группах врачей-терапевтов амбулаторно-поликлинических учреждений уровень ауторефлексии выше, чем в группах врачей-терапевтов стационаров и находится на отметке выше среднего уровня (см. табл. 36). В группах врачей стационаров выше среднего показатель аутофрефлексии имеет только группа врачей со стажем более 10 лет, а в группе врачей со стажем до 10 лет – этот показатель выявляется на среднем уровне. Показатели социорефлексии во всех терапевтических группах находятся на среднем уровне. В хирургических группах уровень ауторефлексии определяется на среднем уровне в группах врачей амбулаторно-поликлинических учреждений, в группах врачей стационаров – он

выше среднего у лиц со стажем до 10 лет и высокий у лиц со стажем более 10 лет. Показатели социорефлексии находятся на среднем уровне в группах врачей-хирургов поликлиник и в группе врачей-хирургов стационаров со стажем до 10 лет, выше среднего этот показатель в группе врачей стационаров со стажем более 10 лет. Исходя из вышеперечисленного, можно заключить, что оптимального соотношения форм рефлексии не наблюдается ни в одной группе респондентов, а, значит, данные показатели нуждаются в коррекции.

Таблица 36

Процентные соотношения различных форм рефлексивных процессов (согласно методике М. Гранта) у врачей терапевтического и хирургического профиля с разным стажем работы и занятых в различных типах медицинских учреждений

Формы рефлексивных процессов	Терапевты (n=145)				Хирурги(n=70)			
	поликлиник (n=71)		стационаров (n=74)		поликлиник (n=39)		стационаров (n=31)	
	продолжительность деятельности							
	до 10 лет (n=34)	более 10 лет (n=37)	до 10 лет (n=38)	более 10 лет (n=36)	до 10 лет (n=23)	более 10 лет (n=16)	до 10 лет (n=13)	более 10 лет (n=18)
Ауторефлексия (%)	69,10*	66,79*	54,74*	61,75*	58,09*	49,08*	61,75*	87,09*
Социорефлексия (%)	59,51*	55,64*	56,41*	54,37*	47,52*	50,84*	53,67*	69,20*

*– различия статистически достоверны ($p < 0,05$)

Таким образом, проанализировав все вышеизложенное, можно прийти к выводу, что уровень системной рефлексии в целом выше в терапевтических группах врачей, особенно у лиц, работающих в амбулаторно-поликлинических учреждениях, – в этом случае он не нуждается в коррекции; среди хирургических групп врачей высокий уровень системной рефлексии, не нуждающийся в коррекции, встречается у работников стационаров со стажем более 10 лет, во всех остальных группах – данный показатель необходимо корректировать. Высокий уровень интроспекции, отражающий склонность респондентов к излишнему самокопанию и подлежащий коррекции, отмечается только у врачей амбулаторно-

поликлинических учреждений, среди врачей-терапевтов это группа лиц со стажем до 10 лет, среди врачей хирургов – более 10 лет. Высокий показатель квазирефлексии, отражающий направленность на объект, не имеющий отношения к актуальной жизненной ситуации, и подлежащий коррекции, превосходит нормативные значения в группе врачей-терапевтов поликлиник со стажем до 10 лет и в группе врачей-хирургов стационаров со стажем более 10 лет.

Показатель ауторефлексии в группах врачей-терапевтов всегда выше среди лиц, работающих в амбулаторно-поликлинических учреждениях, чем в группах врачей-терапевтов стационаров и находится на отметке выше среднего уровня. В группах врачей стационаров показатель аутофрелексии выше среднего имеет только группа врачей со стажем более 10 лет, а в группе врачей со стажем до 10 лет – этот показатель находится на среднем уровне. В хирургических группах показатель ауторефлексии всегда выше среди лиц, работающих в стационарах, выше среднего он у лиц со стажем до 10 лет и высокий – у лиц со стажем более 10 лет, а во всех группах врачей-хирургов поликлиник он выявляется на среднем уровне. Показатели социорефлексии определяются на среднем уровне во всех терапевтических группах, в группах врачей-хирургов поликлиник и в группе врачей-хирургов стационаров со стажем до 10 лет, этот показатель выше среднего только в группе врачей-хирургов стационаров со стажем более 10 лет. Исходя из вышеизложенного, можно заключить, что оптимального соотношения форм рефлексии не наблюдается ни в одной группе респондентов, а значит, данные показатели подлежат коррекции.

3.5 Особенности личностных свойств и коммуникативного поведения врачей с разным профилем и стажем работы

В данном разделе рассматривается коммуникативная направленность врачей различного профиля, стажа работы и типа медицинских учреждений, в которых они

работают. По результатам исследования были построены психограммы способов социальной ориентации врачебных групп терапевтического (см. рис. 11) и хирургического профиля (см. рис. 12) с различным стажем работы.

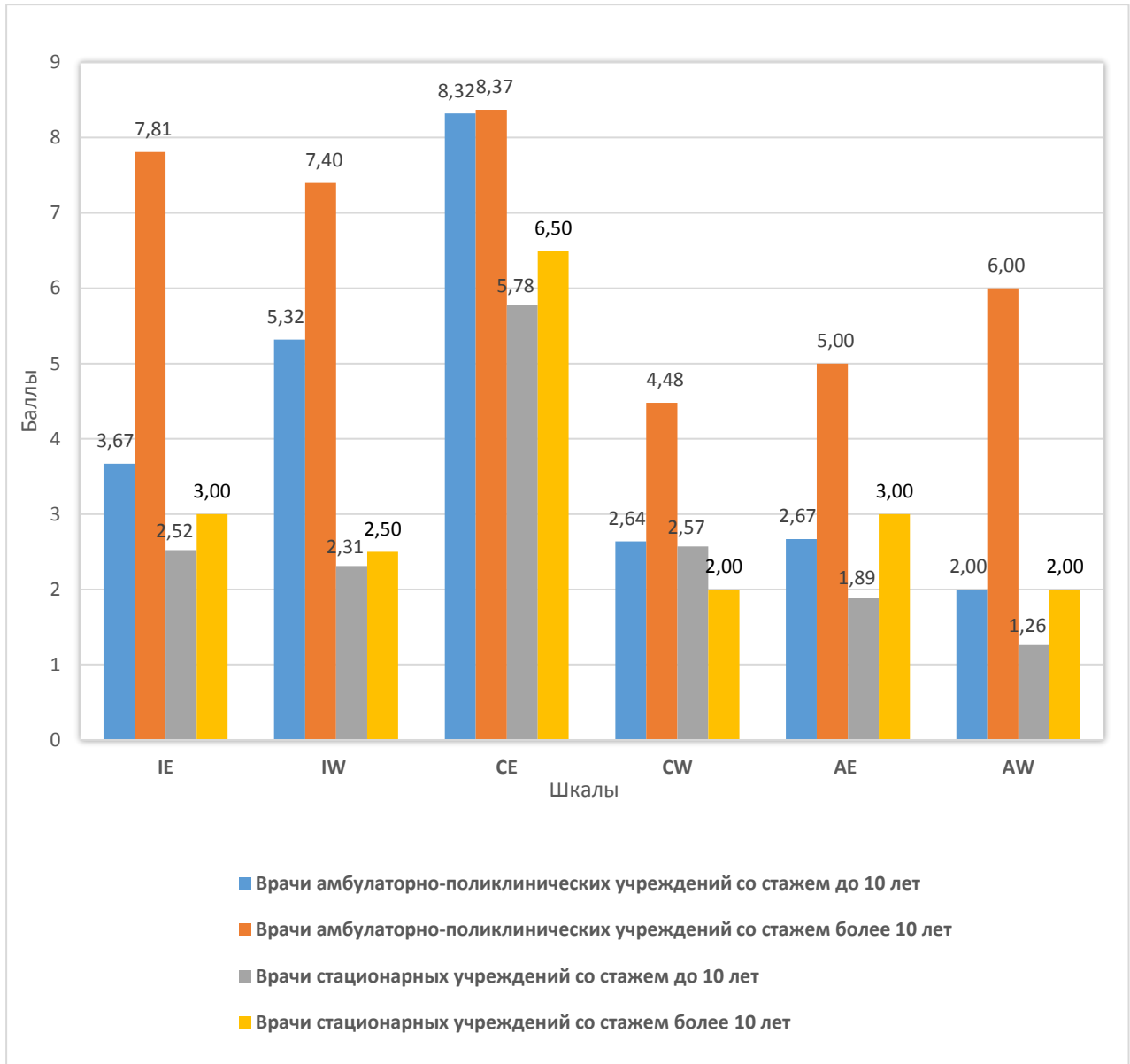


Рис. 11. Психограммы способов социальной ориентации врачей терапевтического профиля

Условные обозначения: IE – Включение (выраженное поведение), IW – Включение (требуемое поведение), CE – Контроль (выраженное поведение), CW – Контроль (требуемое поведение), AE – Аффект (выраженное поведение), AW – Аффект (требуемое поведение).

Помимо высоких (6-9) и низких (0-3) баллов имеются пограничные баллы (4-5), интерпретация которых осуществляется с помощью стандартных отклонений

(см. рис. 11). Исходя из этого, были определены стандартные отклонения для пограничных баллов (табл. 37). Следует отметить, что различия показателей между выборками статистически достоверны.

Таблица 37

Стандартные отклонения для пограничных баллов по шкалам психogramm способов социальной ориентации врачей терапевтического профиля

Группа	Шкала	Значение	Стандартное отклонение	Значения с учетом стандартного отклонения
Врачи амбулаторно-поликлинических учреждений со стажем до 10 лет	IW	5,32	1,24	6,56 4,08
	CW	4,48	1,50	5,98 2,98
Врачи амбулаторно-поликлинических учреждений со стажем более 10 лет	AE	5,00	1,00	6,00 4,00
	CE	5,78	1,73	7,51 4,05
Врачи стационарных учреждений со стажем до 10 лет				

Исходя из полученных выше данных и трактовки баллов в методике, следует, что значения 4-5 баллов являются пограничными и не могут быть использованы в интерпретации результатов исследования, поэтому с учётом стандартных отклонений будут использованы значения до 4 и свыше 6 баллов.

Далее были посчитаны индексы противоречивости межличностного поведения (e – W) внутри и между отдельными областями межличностных потребностей (табл. 38).

Индексы противоречивости межличностного поведения у врачей
терапевтического профиля

Межличностные потребности	Врачи амбулаторно-поликлинических учреждений		Врачи стационарных учреждений	
	со стажем до 10 лет	со стажем более 10 лет	со стажем до 10 лет	со стажем более 10 лет
Включение (IE-IW)	-2,89	0,41	0,21	0,50
Контроль (CE-CW)	5,68	5,39	4,94	4,50
Аффект (AE-AW)	0,67	0	0,63	1,00

Проанализировав психogramмы способов социальной ориентации врачей терапевтического профиля, таблицы стандартных отклонений и индексов противоречивости межличностного поведения можно сделать следующие выводы.

Показатель потребности включения от индивида к другим людям (IE) в группе врачей амбулаторно-поликлинических учреждений со стажем до 10 лет и в группах врачей стационарных учреждений низкий, что означает склонность к избеганию людей, а в группе врачей амбулаторно-поликлинических учреждений со стажем более 10 лет – высокий, что трактуется как склонность индивида к поиску новых социальных контактов. Показатель включения от других людей к индивиду (IW) у врачей поликлиник высокий, что характеризует их как лиц, имеющих сильную потребность быть принятым другими людьми. В группах врачей стационаров данный показатель низкий, что характеризует респондентов данных групп как лиц, имеющих тенденцию общаться с небольшим количеством людей. В группе врачей амбулаторно-поликлинических учреждений со стажем до 10 лет наблюдается отрицательный индекс противоречивости межличностного поведения -2,89. В связи с этим наблюдается внутриличностный конфликт между нежеланием быть среди людей, с одной стороны, и сильной потребностью быть принятым ими, с другой. Данный конфликт может привести к фрустрации. Индекс противоречивости межличностного поведения у остальных групп респондентов

положительный, что свидетельствует об отсутствии внутриличностных конфликтов.

В области контроля у всех групп врачей наблюдается выраженная тенденция влиять на окружающих, брать в свои руки руководство, с одной стороны, и при этом не принимать контроля над собой, с другой стороны. Следует отметить, что у врачей амбулаторно-поликлинических учреждений показатель контроля от индивида к другим людям (СЕ) имеет экстремально высокие значения, что отражает компульсивно выраженную тенденцию доминировать и брать в свои руки руководство, это способствует социальной дезадаптации и проблемам установления межличностных контактов. Индекс противоречивости межличностного поведения у данных групп респондентов положительный, что свидетельствует об отсутствии внутриличностных конфликтов.

В области аффекта у врачей поликлиник и стационаров со стажем до 10 лет отмечаются низкие показатели как выраженного поведения, проявляющиеся в большой осторожности и избирательности в установлении близких эмоциональных контактов, так и требуемого поведения, проявляющиеся в осторожности при выборе лиц, с которыми индивид создает глубокие эмоциональные отношения. В группе врачей амбулаторно-поликлинических учреждений показатели выраженного и требуемого поведения высокие, что характеризует их как лиц, устанавливающих близкие взаимоотношения с большим количеством людей. В группе врачей стационаров со стажем до 10 лет показатели выраженного и требуемого поведения экстремально низкие, что характеризует респондентов как лиц крайне избирательных в установлении близких взаимоотношений с другими людьми, такая тенденция способствует социальной дезадаптации и проблемам установления межличностных контактов. Индекс противоречивости межличностного поведения у данных групп респондентов положительный, что свидетельствует об отсутствии внутриличностных конфликтов.

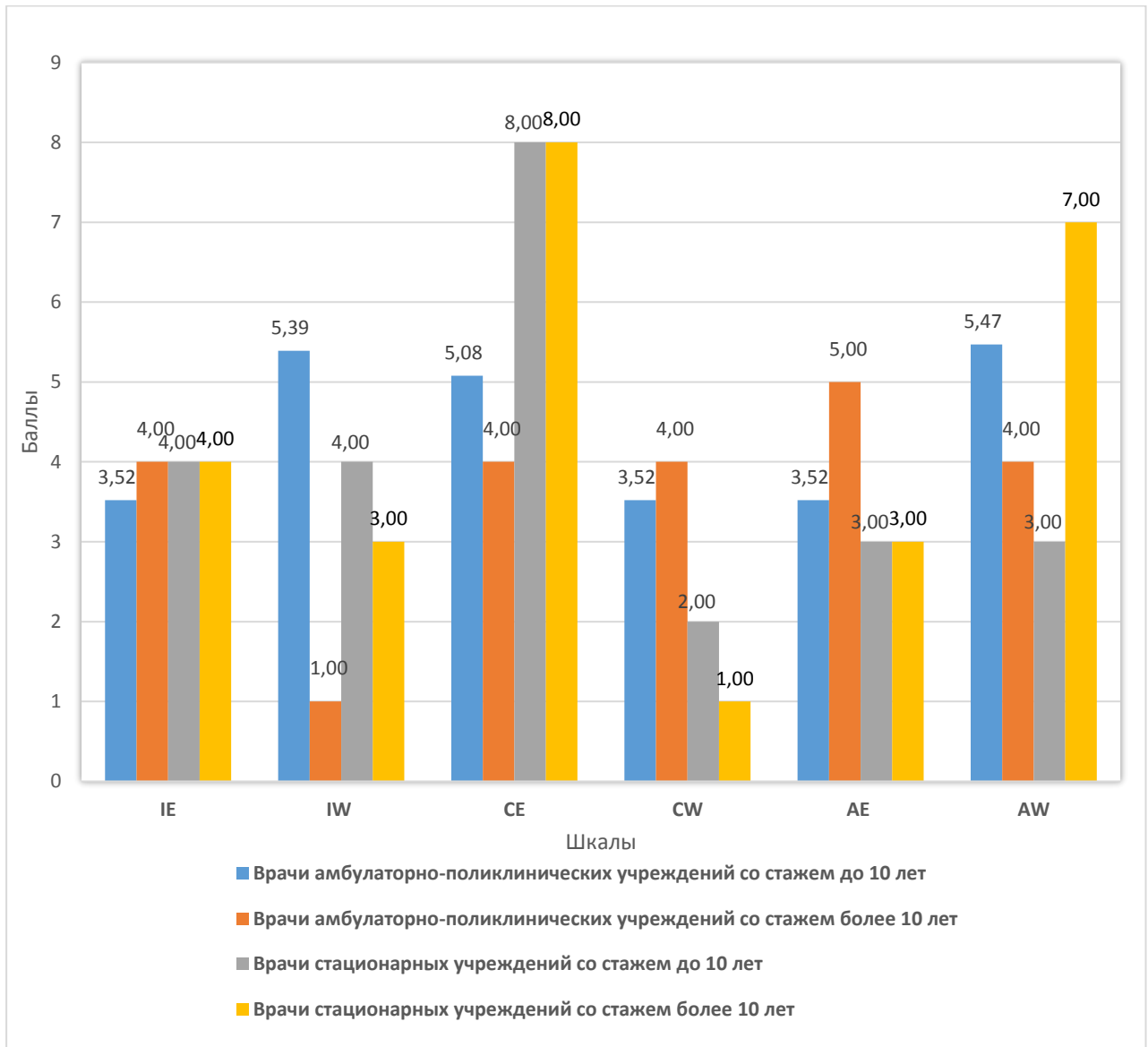


Рис. 12. Психогаммы способов социальной ориентации врачей хирургического профиля

Условные обозначения: IE – Включение (выраженное поведение), IW – Включение (требуемое поведение), CE – Контроль (выраженное поведение), CW – Контроль (требуемое поведение), AE – Аффект (выраженное поведение), AW – Аффект (требуемое поведение).

Из рисунка 12 следует, что помимо высоких (6-9) и низких (0-3) баллов имеются пограничные баллы (4-5), интерпретация которых осуществляется с помощью стандартных отклонений. Исходя из этого, были определены стандартные отклонения для пограничных баллов (табл. 39). Следует отметить, что различия показателей между выборками статистически достоверны.

Стандартные отклонения для пограничных баллов по шкалам психогрaмм
способов социальной ориентации врачей хирургического профиля

Группа	Шкала	Значение	Стандартное отклонение	Значения с учетом стандартного отклонения
Врачи амбулаторно-поликлинических учреждений со стажем до 10 лет	IW	5,39	1,25	6,64 4,14
	CE	5,08	1,04	6,12 4,04
	AW	5,47	0,54	6,01 4,93
Врачи амбулаторно-поликлинических учреждений со стажем более 10 лет	IE	4,00	1,00	5,00 3,00
	CE	4,20	1,00	5,20 3,20
	CW	4,00	1,00	5,00 3,00
	AE	5,00	1,00	6,00 4,00
	AW	4,00	1,00	5,00 3,00
Врачи стационарных учреждений со стажем до 10 лет	IE	4,35	1,00	5,35 3,35
	IW	4,00	1,00	5,00 3,00
Врачи стационарных учреждений со стажем более 10 лет	IE	4,00	1,00	5,00 3,00

Исходя из полученных выше данных и трактовки баллов в методике, следует, что значения 4-5 баллов являются пограничными и не могут быть использованы в интерпретации результатов исследования, поэтому с учётом стандартных отклонений будут использованы значения до 4 и свыше 6 баллов.

Далее были посчитаны индексы противоречивости межличностного поведения ($e - W$) внутри и между отдельными областями межличностных потребностей (табл. 40).

Таблица 40

Индексы противоречивости межличностного поведения у врачей хирургического профиля

Межличностные потребности	Врачи амбулаторно-поликлинических учреждений		Врачи стационарных учреждений	
	продолжительность деятельности			
	до 10 лет	более 10 лет	до 10 лет	более 10 лет
Включение (IE-IW)	-3,12	2,00	0,35	0
Контроль (CE-CW)	2,60	0,20	6,00	7,00
Аффект (AE-AW)	-2,49	3,00	0	-4,00

Проанализировав психogramмы способов социальной ориентации врачей хирургического профиля, таблицы стандартных отклонений и индексов противоречивости межличностного поведения можно сделать следующие выводы.

Показатель потребности включения от индивида к другим людям (IE) во всех группах имеет низкие значения, что означает склонность к избеганию людей. Показатель включения от других людей к индивиду (IW) у врачей амбулаторно-поликлинических учреждений со стажем до 10 лет – высокий, что характеризует их как лиц, имеющих сильную потребность быть принятым другими людьми. В остальных группах врачей стационаров данный показатель низкий, что характеризует респондентов данных групп как лиц, имеющих тенденцию общаться с небольшим количеством людей. Следует отметить, что в группе врачей амбулаторно-поликлинических учреждений со стажем более 10 лет показатель включения от других людей к индивиду (IW) экстремально низкий, что означает компульсивно выраженную тенденцию к сокращению межличностных контактов, это может способствовать социальной дезадаптации. В группе врачей амбулаторно-поликлинических учреждений со стажем до 10 лет наблюдается

отрицательный индекс противоречивости межличностного поведения -3,12. В связи с этим наблюдается внутриличностный конфликт между нежеланием быть среди людей, с одной стороны, и сильной потребностью быть принятым ими, с другой. Данный конфликт может привести к фрустрации. Индекс противоречивости межличностного поведения у остальных групп респондентов положительный, что свидетельствует об отсутствии внутриличностных конфликтов.

В области контроля показатель от индивида к другим людям (CE) у амбулаторно-поликлинических учреждений со стажем более 10 лет низкий, что характеризует их как людей, избегающих принятия серьезных решений и взятие на себя ответственности. Во всех остальных группах врачей данный показатель высокий, что характеризует их как ответственных людей, не боящихся принятия серьезных решений. Следует отметить, что у врачей стационаров показатель контроля от индивида к другим людям (CE) имеет экстремально высокие значения, что отражает компульсивно выраженную тенденцию доминировать и брать в свои руки руководство, это может способствовать социальной дезадаптации и проблемам при установлении межличностных контактов. Показатель контроля от других людей к индивиду (CW) находится на низком уровне во всех группах врачей, что характеризует их как лиц, не принимающих контроля над собой. Следует отметить, что у врачей стационаров со стажем более 10 лет данный показатель имеет экстремально низкое значение, вследствие чего поведение носит компульсивный характер, и это способствует социальной дезадаптации и проблемам установления межличностных контактов. Индекс противоречивости межличностного поведения у данных групп респондентов положительный, что свидетельствует об отсутствии внутриличностных конфликтов.

В области аффекта у врачей-хирургов поликлиник со стажем более 10 лет показатель выраженного поведения от индивида к другим людям (AE) высокий, что характеризует респондентов данной группы как лиц склонных к установлению близких отношений. В остальных группах данный показатель низкий, он проявляется в большой осторожности и избирательности в установлении близких

эмоциональных контактов. Показатель требуемого поведения от других людей к индивиду (AW) в группе врачей амбулаторно-поликлинических учреждений со стажем до 10 лет и в группе врачей стационаров со стажем более 10 лет – высокий, что раскрывает потребность респондентов данных групп в установлении близких взаимоотношений. В остальных группах данный показатель низкий, что означает осторожность при выборе лиц для установления близких эмоциональных контактов. В группах врачей амбулаторно-поликлинических учреждений со стажем до 10 лет и врачей стационаров со стажем более 10 лет наблюдаются отрицательные индексы противоречивости межличностного поведения – -2,49 и -4,00 соответственно. В связи с этим наблюдается внутриличностный конфликт между осторожным поведением при установлении близких взаимоотношений с людьми, с одной стороны, и сильной потребностью в установлении близких взаимоотношений по инициативе других людей. Индекс противоречивости межличностного поведения у остальных групп респондентов положительный, что свидетельствует об отсутствии внутриличностных конфликтов.

Таким образом, проанализировав коммуникативное поведение у респондентов всех групп, можно сделать следующие выводы. У врачей амбулаторно-поликлинических учреждений со стажем до 10 лет как терапевтического, так и хирургического профилей наблюдается внутриличностный конфликт, характеризующийся нежеланием быть среди людей, с одной стороны, и сильной потребностью быть принятым ими, с другой. Также в хирургических группах у врачей поликлиник со стажем до 10 лет и врачей стационаров со стажем более 10 лет наблюдается внутриличностный конфликт между осторожным поведением при установлении близких взаимоотношений с людьми, с одной стороны, и сильной потребностью в установлении близких взаимоотношений по инициативе других людей. Наличие данных конфликтов способствует социальной дезадаптации и проблемам установления межличностных контактов.

В области контроля от индивида к другим людям у врачей-терапевтов поликлиник и врачей-хирургов стационаров наблюдается компульсивно выраженное авторитарное поведение с тенденциями доминирования. Следует

отметить также, что в области контроля от других людей к индивиду у врачей-хирургов стационаров со стажем более 10 лет экстремально низкие баллы, вследствие чего поведение носит компульсивный характер с выраженными тенденциями неприятия каких-либо форм контроля над собой. Такие формы поведения также негативно сказываются на установлении межличностных контактов не только с пациентами, но и с коллегами по работе.

В области аффекта в группе врачей-терапевтов стационаров со стажем до 10 лет показатели выраженного и требуемого поведения экстремально низкие, что характеризует респондентов как лиц крайне избирательных в установлении близких взаимоотношений с другими людьми, такая тенденция также способствует социальной дезадаптации и проблемам установления межличностных контактов. Исходя из всего вышеизложенного, можно сделать вывод о необходимости корректировки дезадаптирующих форм поведения и помощи в решении внутриличностных конфликтов респондентов.

Следующим этапом стало изучение индивидуально-психологических свойств личности респондентов, по результатам которого, была построена таблица средних значений данных показателей (см. табл. 41), а также определены стандартные отклонения (Приложения 12 и 13).

Таблица 41

Средние значения показателей индивидуально-психологических свойств личности врачей с различным профилем и стажем работы

Шкалы	Терапевты (n=145)				Хирурги (n=70)			
	поликлиник (n=71)		стационаров (n=74)		поликлиник (n=39)		стационаров (n=31)	
	продолжительность деятельности							
	до 10 лет (n=34)	более 10 лет (n=37)	до 10 лет (n=38)	более 10 лет (n=36)	до 10 лет (n=23)	более 10 лет (n=16)	до 10 лет (n=13)	более 10 лет (n=18)
До Доминирование	60,05*	64,18*	40,21*	49,00*	29,91*	35,00*	40,00*	62,00*

продолжение таблицы 41

Cs Способность к статусу	46,91*	29,81*	38,47*	35,00*	35,26*	41,00*	44,00*	56,00*
Sy Общительность	57,00*	43,51*	44,05*	35,00*	35,65*	44,00*	39,00*	48,00*
Sp Социальное присутствие	53,41*	42,78*	43,00*	24,50*	30,21*	53,00*	46,00*	51,00*
Sa Самопринятие	56,82*	37,67*	39,73*	35,50*	29,56*	44,00*	57,00*	49,00*
In Независимость	57,11*	49,83*	47,57*	49,00*	35,73*	44,00*	60,00*	60,00*
Em Эмпатия	51,88*	38,10*	37,78*	35,00*	41,13*	42,00*	40,00*	58,00*
Re Ответственность	41,32*	39,05*	40,47*	50,00*	39,60*	41,00*	41,00*	43,00*
So Социализация	46,94*	48,59*	49,21*	55,00*	48,73*	52,00*	42,00*	58,00*
Sc Самоконтроль	43,91*	44,35*	53,00*	58,50*	50,34*	39,00*	44,00*	57,00*
Gi Хорошее впечатление	48,14*	47,72*	44,78*	50,50*	47,56*	38,00*	36,00*	50,00*
Cm Обычность	44,67*	30,89*	32,73*	31,00*	38,78*	45,00*	34,00*	47,00*
Wb Чувство благополучия	45,73*	40,21*	41,73*	42,50*	38,30*	48,00*	47,00*	48,00*
To Толерантность	43,55*	26,78*	43,78*	49,00*	42,91*	37,00*	39,00*	50,00*
Ac Достижение через подчинение	47,41*	43,81*	42,89*	52,00*	40,69*	37,00*	44,00*	47,00*
Ai Достижение через независимость	51,67*	38,70*	45,36*	44,50*	39,21*	46,00*	54,00*	53,00*
Ie Интеллектуальная эффективность	44,08*	44,72*	45,57*	44,50*	39,00*	53,00*	49,00*	64,00*
Pu Психологический склад ума	48,32*	49,24*	47,68*	51,50*	36,52*	40,00*	54,00*	54,00*
Fx Гибкость	42,91*	30,32*	43,15*	38,50*	40,21*	42,00*	45,00*	59,00*
F/m Женственность/мужественность	50,38*	53,21*	54,00*	59,50*	58,21*	61,00*	31,00*	61,00*

*– различия статистически достоверны ($p < 0,05$)

Исходя из полученных данных, можно сделать следующие выводы. Психологический профиль врачей-терапевтов амбулаторно-поликлинических учреждений со стажем до 10 лет можно охарактеризовать следующим образом. Респонденты данной группы демонстрируют ориентированность на

межличностное взаимодействие и общую компетентность в социальных взаимоотношениях. Они достаточно решительны, склонны к риску, но в то же время внимательны, осторожны и рациональны.

Врачей-терапевтов амбулаторно-поликлинических учреждений со стажем более 10 лет можно охарактеризовать как сильных, догматичных, упорных и последовательных, но в то же время спокойных лидеров, предпочитающих выражать свои волевые качества в мягкой манере и оставаться «в тени». Они сдержаны в социальных контактах, осмотрительны, стремятся к уединению и спокойствию, сомневаются в себе, в то же время, практичны, ориентированы на действие и предпочитают работу с более конкретными, а не абстрактными задачами. Помимо всего прочего, они достаточно дистанцированы по отношению к другим людям и критически настроены как к ним, так и к собственной личности.

Группа врачей-терапевтов стационарных учреждений со стажем до 10 лет характеризуются сдержанностью, внимательностью, низкой социальной ориентированностью, стремлением к рационализму и стабильности, отрицательному отношению к переменам и неспособностью отстаивать свои права. В то же время, респонденты данной группы достаточно решительны и склонны к риску.

Психологический профиль врачей-терапевтов стационарных учреждений со стажем более 10 лет можно охарактеризовать следующим образом. Респонденты данной группы демонстрируют неуверенность, сомневаются в себе и в своих силах, избегают соперничества и ответственности, сдержаны в социальных контактах, стремятся работать в одиночестве, практичны и ориентированных на действие, предпочитают работать с конкретными задачами и инструкциями, не склонны к поиску новых подходов и решений задач. Следует отметить отсутствие у них жажды власти и признания, а также нехватку настойчивости и энтузиазма. Однако, в то же время, врачи данной группы честные, дисциплинированные, соблюдающие социальные нормы и правила, чувствительные личности.

Группы врачей-хирургов амбулаторно-поликлинических учреждений со стажем до 10 и более 10 лет можно охарактеризовать как лиц, избегающих

социальной включенности и лидерской роли, предпочитающих работать в одиночестве, импульсивных и подверженных эмоциям при принятии решения, достаточно упрямых и чувствительных, зачастую нуждающихся в посторонней помощи, но в то же время осторожных, предпочитающих предсказуемость, следующих авторитетам и достаточно неконвенциональных и избирательных.

Психологический профиль врачей-хирургов стационарных учреждений со стажем до 10 лет можно охарактеризовать следующим образом. Респонденты данной группы достаточно робкие, зависимые личности, избегающие соперничества и сдержанные в социальных контактах. Однако, в то же время, они независимы и уверены в себе при принятии решений. Следует отметить, непоследовательность их поведения, сконцентрированность интересов, импульсивность, темпераментность, подозрительность и нетерпимость по отношению к другим людям.

Врачей-хирургов стационарных учреждений со стажем более 10 лет можно охарактеризовать как лиц, ориентированных на межличностное взаимодействие, достаточно компетентных в социальных взаимоотношениях, при этом дисциплинированных, организованных, изобретательных, гибких и адаптивных, соблюдающих социальные нормы, чувствительных к критике. Однако, в то же время импульсивных и неспособных выполнять рутинную работу.

Следует отметить, что выборки по всем личностным показателям и во всех группах испытуемых, имеют достаточно высокую плотность, подтвержденную низкими значениями стандартных отклонений.

Таким образом, психологические профили врачей различных специальностей представляют собой, с одной стороны, целостную характеристику отдельных профессиональных групп, с другой – набор качеств, которые вступают в противоречие друг с другом и впоследствии становятся причиной внутриличностных конфликтов, ведущих к социальной дезадаптации, фрустрации и профессиональному выгоранию.

Выводы по главе 3

1. На ранних этапах учебно-профессиональной деятельности (I курс) отмечается средний уровень развития эмпатии личности. В нем доминирует доля эмпатии к незнакомым и малознакомым лицам, что вероятно, связано с альтруистической мотивацией выбора социально-ориентированной профессии. На следующем из рассмотренных этапов обучения (III курсе), когда увеличивается объем практики, самыми значимыми объектами эмпатии становятся незнакомые и малознакомые люди, родители, пожилые люди и герои художественных произведений. Завершающий учебный процесс VI курс выделяется ростом общего показателя эмпатии, что обеспечивается за счет усиления эмпатии по отношению к детям, однако общий показатель эмпатии не дотягивает до высокого уровня, в частности, на уровне эмпатии к пожилым людям. На этапах трудовой (медицинской) деятельности для врачей со стажем до 10 лет рост общего показателя эмпатии обеспечивается за счет эмпатии к детям. У врачей со стажем более 10 лет прирост общего уровня эмпатии обеспечивает эмпатия к пожилым людям.

2. На ранних этапах профессионализации (I и III курса) у студентов преобладают непродуктивные типы рефлексии (квазирефлексия, интроспекция). Недостаточное развитие системной рефлексии отмечено у студентов VI курса и врачей независимо от стажа. Системная рефлексия находится во взаимосвязи с ауторефлексией, за счет совместного выполнения функции анализа своих действий и механизмов принятия решений. Оптимального соотношения ауторефлексии и социорефлексии также не наблюдается ни в одной группе респондентов, а значит, данные показатели необходимо корректировать.

3. Учебная деятельность, будучи социально вовлеченной, реализуется в условиях межличностного взаимодействия, что предполагает развитие эмпатических и рефлексивных способностей личности. Исследование способов социальной ориентации показало, что на начальных этапах обучения

внутриличностный конфликт, характеризующийся нежеланием быть среди людей, с одной стороны, и сильной потребностью быть принятым ими, с другой. Ситуация не меняется к заключительному этапу обучения и в профессиональной деятельности, т.е. присутствует тенденция общаться с небольшим количеством людей, на фоне авторитарного поведения. Так, у студентов 1 и 3 курсов наблюдается, на фоне компульсивно выраженного авторитарического поведения. Студенты 6 курса и врачи независимо от стажа работы характеризуются нежеланием быть среди людей, склонностью избегать их и Исходя из всего вышеизложенного, можно сделать вывод о необходимости корректировки дезадаптирующих форм поведения и помощи в решении внутриличностных конфликтов респондентов.

4. Системная рефлексия находится в тесной взаимосвязи с общим уровнем эмпатии. Уровень квазирефлексии взаимосвязан с потребностями контроля как в области выраженного, так и в области требуемого поведения, а также зависит выраженного поведения в области включения. Потребность контроля в область выраженного поведения и потребность включения в области требуемого поведения оказывают влияние на интроспекцию. Показатели контроля в области требуемого поведения находятся в отрицательной взаимосвязи с социорефлексией, следовательно, возрастающая потребность в зависимости при принятии решений от других людей снижает понимание внутреннего мира других людей и затрудняет анализ их чувств, мыслей и убеждений, что негативно сказывается на установлении межличностных контактов.

5. Ауторефлексия связана с показателем независимости. Это означает, что чем выше уровень самодостаточности и независимости личности, тем сильнее выражен процесс анализа собственных решений и действий. Показатели включенности (от индивида к другим людям) и самоконтроля находятся в отрицательной взаимосвязи друг с другом. Это означает, что чем более личность склонна к самодисциплине и планированию, тем более она избегает большого сообщества людей. Показатели доминирования и контроля (от индивида к другим людям) находятся в прямой положительной взаимосвязи друг с другом. Такая

закономерность характеризует индивидов с высоким уровнем ответственности как настойчивых, властных и стремящихся играть ведущую роль. Проанализировав способы социальной ориентации и психологические профили личности испытуемых, можно заключить, что, они представляют набор качеств, которые вступают в противоречие друг с другом и впоследствии становятся причиной внутриличностных конфликтов, приводящих к социальной дезадаптации и фрустрации.

6. Общий уровень эмпатии наиболее высок у врачей со стажем более 10 лет, независимо от специальности и типа учреждений, в которых они работают. Этот тезис подтверждает гипотезу о зависимости эмпатического процесса от опыта общения и работы с разными пациентами. В группах врачей терапевтического и хирургического профиля общий уровень эмпатии не имеет существенных различий. Однако внутри этих групп наиболее эмпатичными, из терапевтов являлись врачи поликлиник, а среди хирургов – врачи стационаров. Личностный показатель эмпатии практически во всех группах врачей терапевтического и хирургического профилей находится на низком уровне и лишь в группе хирургов стационаров со стажем более 10 лет – на высоком уровне.

7. Уровень системной рефлексии в целом выше в терапевтических группах врачей, особенно у лиц, работающих в амбулаторно-поликлинических учреждениях, среди хирургических групп высокий уровень системной рефлексии отмечается у работников стационаров со стажем более 10 лет, во всех остальных группах данный показатель необходимо корректировать. Высокий уровень интроспекции, отражающий склонность респондентов к излишнему самокопанию, отмечается только у врачей амбулаторно-поликлинических учреждений, среди терапевтов это группа лиц со стажем до 10 лет, среди хирургов – более 10 лет. Высокий показатель квазирефлексии, отражающий направленность на объект, не имеющий отношения к актуальной жизненной ситуации, выявляется в группах терапевтов поликлиник со стажем до 10 лет и хирургов стационаров со стажем более 10 лет. Показатель ауторефлексии в группах терапевтов всегда выше среди лиц, работающих в амбулаторно-поликлинических учреждениях, чем в группах

терапевтов стационаров и находится на отметке выше среднего уровня. В группах врачей стационаров выше среднего показатель аутофрефлексии имеет только группа врачей со стажем более 10 лет, а в группе врачей со стажем до 10 лет этот показатель находится на среднем уровне. В хирургических группах показатель ауторефлексии всегда выше среди лиц, работающих в стационарах, выше среднего он у лиц со стажем до 10 лет и высокий у лиц со стажем более 10 лет, а во всех группах хирургов поликлиник он находится на среднем уровне. Показатели социорефлексии находятся на среднем уровне во всех терапевтических группах, в группах хирургов поликлиник и в группе хирургов стационаров со стажем до 10 лет, выше среднего этот показатель только в группе хирургов стационаров со стажем более 10 лет. Исходя из вышеперечисленного, можно заключить, что оптимального соотношения форм рефлексии не наблюдается ни в одной группе респондентов, а значит, данные показатели подлежат коррекции.

8. У врачей амбулаторно-поликлинических учреждений со стажем до 10 лет как терапевтического, так и хирургического профилей наблюдается внутриличностный конфликт, характеризующийся нежеланием быть среди людей, с одной стороны, и сильной потребностью быть принятым ими, с другой. Также в хирургических группах у врачей поликлиник со стажем до 10 лет и врачей стационаров со стажем более 10 лет наблюдается внутриличностный конфликт между осторожным поведением при установлении близких взаимоотношений с людьми, с одной стороны, и сильной потребностью в установлении близких взаимоотношений по инициативе других людей. В области контроля от индивида к другим людям у терапевтов поликлиник и хирургов стационаров наблюдается компульсивно выраженное авторитарное поведение с тенденциями доминирования. Такие формы поведения также негативно сказываются на установлении межличностных контактов не только с пациентами, но и с коллегами по работе. В области аффекта в группе терапевтов стационаров со стажем до 10 лет показатели выраженного и требуемого поведения экстремально низкие, что характеризует респондентов как лиц крайне избирательных в установлении близких взаимоотношений с другими людьми, такая тенденция также способствует

социальной дезадаптации и проблемам установления межличностных контактов. Исходя из всего вышеизложенного, можно сделать вывод о необходимости корректировки дезадаптирующих форм поведения и помощи в решении внутриличностных конфликтов респондентов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В результате теоретического исследования установлено, что роль эмпатии и рефлексии личности заключается не только в установлении контактов в межличностном взаимодействии, как это доказано в социальной психологии, но и на личностном уровне – в формировании самосознания и направленности личности в учебной и трудовой деятельности, имеющей социальную ориентированность. Рефлексия и эмпатия на разных этапах уровнях личностей проявляются в виде следующих психологических конструктов: на интериндивидуальном уровне – в функции психологических механизмов социальной перцепции; интраиндивидуальном – как свойства личности, связанные с интеллектом; деятельностном – как способности к социально ориентированным видам деятельности.

Эмпирическое исследование выявило, что особенности эмпатии и рефлексии личности на разных этапах освоения деятельности заключаются в возрастании общего уровня эмпатии и рефлексии от одного этапа к последующему при одновременном поэтапном распределении значений эмпатии с одной формы ее направленности на другую; повышении уровня продуктивного типа рефлексии – системной – с низкого (на начальных этапах обучения) до более высоких уровней (с увеличением опыта в трудовой деятельности).

Установлены различия в уровне развития эмпатии и рефлексии у субъектов с различным опытом и специализацией в видах деятельности. Специалисты с большим стажем обнаруживают более высокий уровень эмпатии и системной рефлексии и низкий уровень непродуктивных типов рефлексии. Различаются по своим значениям показатели эмпатии и рефлексии в зависимости от вида деятельности (на примере терапевтической и хирургической деятельности), условий деятельности (работа в условиях поликлиники или стационара).

Определена взаимосвязь между определенными типами потребностей личности в межличностном взаимодействии и рефлексивными процессами. Непродуктивные типы рефлексии (интроспекция и квазирефлексия)

взаимосвязаны с неудовлетворенными потребностями контроля и включения как в области выраженного, так и требуемого поведения, что является предиктором внутриличностного конфликта. Данный внутриличностный конфликт осложняется взаимосвязью показателя включенности (от индивида к другим людям) с индивидуально-психологическими свойствами личности испытуемых, в частности с показателем самоконтроля. Это означает, что чем более личность склонна к самодисциплине и планированию, тем более она избегает большого сообщества людей. Внутриличностный конфликт, в результате которого формируются непродуктивные формы рефлексии, оказывающие негативное влияние на процесс общения, подлежит психологической коррекции в направлении разрешения выделенных противоречий.

В процессе нейросетевого анализа результатов исследования эмпатии и рефлексии субъектов выявляется тесная взаимосвязь между эмпатией и системной рефлексией. Связь эмпатии с непродуктивными типами рефлексивных процессов не подтверждена.

Таким образом, следует считать, что задачи исследования полностью выполнены, гипотезы подтверждены, цель достигнута.

Перспективы дальнейшей работы направлены на разработку рекомендаций для создания учебных циклов, занятий и тренингов, направленных на коррекцию внутриличностных конфликтов, профилактику эмоционального выгорания и снижению уровня непродуктивных типов рефлексии у субъектов медицинской деятельности.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Ананьев, Б.Г. О проблемах современного человекознания / Б.Г. Ананьев. – СПб.: Питер, 2001. – 272 с.
2. Ананьев, Б.Г. Человек как предмет познания / Б.Г. Ананьев. – СПб.: Питер, 2001. – 288 с.
3. Андреева, Г.М. Социальная психология / Г.М. Андреева. – М.: Аспект пресс, 1998. – 363 с.
4. Аникина, В.Г. Рефлексия в культурноисторической психологии / В.Г. Аникина. – М.: МАКСПресс, 2011. – 251 с.
5. Ахмедзянова, А.Э. Актуализация эмпатии личности средствами кинотренинга (на примере студентов гуманитарного профиля): дис. ... канд. психол. наук: 19.00.13 / Ахмедзянова Айгуль Эльвировна. – Казань, 2011. – 157 с.
6. Басова, А.Г. Понятие эмпатии в отечественной и зарубежной психологии / А.Г. Басова // Молодой ученый. – 2012. – № 8 (43). – С. 254 – 256.
7. Батулин, Н.А. Оценочная функция психики / Н.А. Батулин. – М.: Изд-во Института РАН, 1997. – 306 с.
8. Биоэтика. Вопросы и ответы / Сост. и отв. ред. Б.Г. Юдин, П.Д. Тищенко. – М., 2005. – 45 с.
9. Богачева, О.Ю. Эмпатия как профессионально важное качество врача (на примере врачей терапевтов и врачей хирургов): дисс. ... канд. психол. наук: 19.00.03 / Богачева Ольга Юрьевна. – Ярославль, 2014. – 168 с.
10. Бодалев, А.А. Личность и общение. Избранные психологические труды / А.А. Бодалев. – М.: Междунар. пед. акад., 1995. – 328 с.
11. Бодалев, А.А. Психологические условия гуманизации педагогического общения / А.А. Бодалев // Советская педагогика. – 1990. – № 12. – С. 65–71.
12. Бодалев, А.А. Психология межличностного общения / А.А. Бодалев. – Рязань: РВШ МВД РФ, 1994. – 90 с.

13. Бодалев, А.А. Психология общения / А.А. Бодалев. – М.: Изд-во «Институт практической психологии»; Воронеж: НПО «МОДЭК», 2002. – 320 с.
14. Болотова, А.К. Психология коммуникаций / А.К. Болотова, Ю.М. Жуков. – М.: Издательский дом «Высшей школы экономики», 2015. – 496 с.
15. Брушлинский, А.В. Психология субъекта / А.В. Брушлинский. – М.: Изд-во ИПРАН, 2003. – 272 с.
16. Буторин, В.Я. Философия, логика и методология науки и техники: методические указания по курсу «Философия и методология науки» для магистрантов 1-го года обучения всех специальностей / В.Я. Буторин. – Новосибирск: Изд-во НГТУ, 2001. – 140 с.
17. Ванершот, Г. Эмпатия как совокупность микропроцессов / Г. Ванершот // К. Роджерс и его последователи: психотерапия на пороге XXI века; под ред. Д. Брэзиера; пер. с англ. – М.: Когито-центр, 2005. – 315 с.
18. Вартамян, В.М. Эмпатия как ключевой фактор успешной профессиональной деятельности психолога / В.М. Вартамян // Современные психолого-педагогические проблемы высшей школы. – Л.: Изд-во ЛГУ, 1985. – Вып. 4. – С. 67 – 73.
19. Василькова, А.П. Эмпатия как один из специфических критериев профессиональной пригодности будущих специалистов-медиков: дис. канд. психол. наук: 19.00.03 / Василькова Алла Панфиловна. – М., 2003. – 166 с.
20. Веккер, Л.М. Психика и реальность: Единая теория психических процессов / Л.М. Веккер. – М.: Смысл, 1998. – 349 с.
21. Власова, Т.В. Эмпатия: от психологии к феноменологии / Т.В. Власова. – Владивосток: ДВГМА, 2000. – 84 с.
22. Вульфов, Б.З. Профессиональная рефлексия: потребность, сущность, управление / Б.З. Вульфов. – М.: Магистр, 1995. – 112 с.
23. Выговская, Л.П. Эмпатийные отношения младших школьников, воспитывающихся вне семьи: автореф. дис. ...канд. психол. наук: 19.00.07 / Выговская Лариса Петровна. – Киев, 1991. – 20 с.

24. Выготский, Л.С. История развития высших психических функций / Л.С. Выготский. – М.: Педагогика, 1983. – 359 с.
25. Выготский, Л.С. Психология развития человека / Л.С. Выготский – М.: Изд-во Смысл; Изд-во Эксмо, 2005. – 1136 с.
26. Гаврилова, Т.П. Понятие эмпатии в зарубежной психологии / Т.П. Гаврилова // Вопросы психологии. – 1975. – № 2. – С. 147–158.
27. Ганзен, В.А. Системные описания в психологии / В.А. Ганзен. – Л.: Изд-во ЛГУ, 1984. – 176 с.
28. Гиппенрейтер, Ю.Б. Психология мотивации и эмоций / Ю.Б. Гиппенрейтер, М.В. Фаликман. – М.: АСТ, 2009. – 704 с.
29. Гончарова, Н.В. Рефлексия как объект психологических исследований / Н.В. Гончарова // Психология и педагогика: методика и проблемы практического применения. – 2016. – №49(1). – С. 35 – 40.
30. Горбатова, Е.А. Эмпатия: психологическая структура и механизмы реализации / Е.А. Горбатова // Ученые записки Санкт-Петербургского государственного института психологии и социальной работы. – 2014. – Т. 21. № 2. – С. 23 – 29.
31. Горелова, Г.Г. Диагностика процессов эмпатии и рефлексии в общении / Г.Г. Горелова, Г.В. Мануйлов // Научный поиск: материалы 69-й научной конференции профессорско-преподавательского состава, аспирантов и сотрудников. Челябинск. – 2017. – С. 483 – 488.
32. Горелова, Г.Г. Личность в социальном управлении / Г.Г. Горелова, Г.В. Мануйлов, Е.Л. Солдатова. – Челябинск: Издательский центр ЮУрГУ, 2018. – 180 с.
33. Горелова, Г.Г. Личность и профессия / Г.Г. Горелова. – Челябинск: Изд-во ЧГПУ, 2002. – 402 с.
34. Горелова, Г.Г. Направленность рефлексивных процессов будущих врачей/ Г.Г. Горелова, Г.В. Мануйлов // Транспрофессионализм как предиктор социально-профессиональной мобильности молодежи: материалы Всероссийской

(с международным участием) научно-практической конференции. Под науч. ред. Э.Ф. Зеера, В.С. Третьяковой. Нижний Тагил, Екатеринбург. – 2019. – С. 145 – 147.

35. Горелова, Г.Г. Уровень эмпатии и рефлексии у врачей-терапевтов стационарных и амбулаторно-поликлинических учреждений / Г.Г. Горелова, Г.В. Мануйлов // Научный поиск: материалы 70-й научной конференции профессорско-преподавательского состава, аспирантов и сотрудников. Челябинск. – 2018. – С. 310 – 316.

36. Гулевич, О.А. Психология коммуникации / О.А. Гулевич. – М.: Московский психолого-социальный институт, 2007. – 384 с.

37. Гуткина, Н.И. Личностная рефлексия в подростковом возрасте: автореф. дис. ... канд. психол. наук / Гуткина Нина Иосифовна. – М., 1983. – 21 с.

38. да Сильва, Л.А. Развитие рефлексии как условие овладения интеллектуальными операциями: автореф. дис. ... канд. психол. наук: 19.00.07 / Ливио Антонио да Сильва. – М., 2010. – 25 с.

39. Давыдов, В.В. Проблемы рефлексии: Современные комплексные исследования / В.В. Давыдов, А.З. Зак. – Новосибирск: Наука, 1987. – 213 с.

40. Джрназян, Л.Н. Механизмы эмпатии в межличностных отношениях: дис. ... канд. психол. наук: 19.00.05 / Левон Нубарович Джрназян. – Тбилиси, 1984. – 162 с.

41. Долгова, В.И. Эмпатия / В.И. Долгова, Е.В. Мельник. – М.: Издательство «Перо», 2014. – 185 с.

42. Дорфман, Л.Я. Метаиндивидуальный мир: методологические и теоретические проблемы / Л.Я. Дорфман. – М.: Смысл, 1993. – 456 с.

43. Дударева, В.Ю. Феноменология рефлексии и направления ее изучения в современной зарубежной психологии / В.Ю. Дударева, И.Н. Семенов // Психология. Журнал Высшей школы экономики, 2008. – Т. 5, № 1. – С. 101–120.

44. Елисеев, В.К. Феномен рефлексии в зарубежных исследованиях / В.К. Елисеев, Е.Л. Ушакова // Проблемы современной науки. – №2, 2011. – С. 112 – 118.

45. Ефимова, Н.С. Психология общения. Практикум по психологии: учебное пособие / Н.С. Ефимова. – М.: ИД Форум – Инфра-М, 2012. – 192 с.
46. Зеер, Э.Ф. Психология профессий / Э.Ф. Зеер. – М.: Академический проект; Екатеринбург: Деловая книга, 2003. – 344 с.
47. Знаков, В.В. Психология понимания: Проблемы и перспективы / В.В. Знаков. – М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2005. – 448 с.
48. Ильин, Е.П. Психология общения и межличностных отношений / Е.П. Ильин. – СПб.: Питер, 2009. – 576 с.
49. Каган, М.С. Мир общения: Проблема межсубъектных отношений / М.С. Каган. – М.: Политиздат, 1988. – 319 с.
50. Карпов, А.В. Межсистемная гетерохрония: рефлексивные процессы в системе внутреннего мира человека / А.В. Карпов, Т.А. Климонтова // Известия Иркутского государственного университета. – 2016. – Т. 16. – С. 67 – 74.
51. Карпов, А.В. Психология рефлексивных механизмов деятельности / А.В. Карпов. – М.: Изд-во ИП РАН, 2004. – 424 с.
52. Карпов, А.В. Психология рефлексии / А.В. Карпов, И.М. Скитяева. – Ярославль: Аверс Пресс, 2004. – 203 с.
53. Карпов, А.В. Рефлексивность как психическое свойство и методика ее диагностики / А.В. Карпов // Психологический журнал. – 2003. – № 24(5). – С. 45– 57.
54. Карпов, А.В. Рефлексия в структуре сознания / А.В. Карпов // Вестник Ярославского государственного университета. – 2012. – № 1(19). – С. 6 – 12.
55. Карпов, А.В. Роль и место рефлексии в системе психических процессов / А.В. Карпов // Вестник Ярославского государственного университета. – 2007. – № 5. – С. 25 – 28.
56. Карягина, Т.Д. Проблема формирования эмпатии / Т.Д. Карягина // Консультативная психология и психотерапия. – 2010. – № 1. – С. 38 – 54.
57. Карягина, Т.Д. Философские и научные контексты проблемы эмпатии / Т.Д. Карягина // Московский психотерапевтический журнал. – 2009. – № 4. – С. 50 – 74.

58. Карягина, Т.Д. Эволюция понятия «эмпатия» в психологии: дис. ... канд. психол. наук: 19.00.01 / Карягина Татьяна Дмитриевна. – М., 2013. – 175 с.
59. Климов, Е.А. Психология профессионального самоопределения / Е.А. Климов. – Ростов-на-Дону, 1996. – 304 с.
60. Климова, И.В. Значение эмпатийного потенциала в регуляции поведения: автореф. дис. ... канд. психол. наук: 19.00.05 / Ирина Викторовна Климова. – СПб., 2002. – 21 с.
61. Козина, Н.В. Исследование эмпатии и ее влияния на формирование «синдрома эмоционального сгорания» у медицинских работников: автореф. дис. ... канд. психол. наук: 19.00.04 / Наталия Викторовна Козина. – СПб., 1998. – 25 с.
62. Козлов, В.В. Интегративная психология / В.В. Козлов. – М.: Изд-во Института Психотерапии, 2007. – 528 с.
63. Козлов, В.В. Роль рефлексии и субъектности в интегративных процессах личности / В.В. Козлов, С.Г. Ильчук // Вестник ЯрГУ. Серия Гуманитарные науки. – 2014. – № 1 (27). – С. 80 – 85.
64. Кондратьева, С.В. Учитель – ученик / С.В. Кондратьева. – М.: Педагогика, 1984. – 170 с.
65. Корзунин, В.А. Закономерности динамики профессионально важных качеств военных врачей в процессе профессионализации: дисс. ... докт. психол. наук: 19.00.04, 19.00.03 / Корзунин Владимир Александрович. – СПб., 2001. – 555 с.
66. Корнилова, Т.В. Методологические основы психологии / Т.В. Корнилова, С.Д. Смирнов. – СПб.: Питер, 2006. – 320 с.
67. Ладенко, И.С. Методологическая концепция рефлексии / И.С. Ладенко // Проблемы логической организации рефлексивных процессов. – Новосибирск, 1986. – 189 с.
68. Лаптева, О.И. Рефлексия как механизм формирования антикоррупционной устойчивости личности / О.И. Лаптева // Мир науки, культуры, образования. – 2010. – № 4(23). – С. 87–91.
69. Леонтьев, А.Н. Деятельность. Сознание. Личность / А.Н. Леонтьев. – М., 1975. – 352 с.

70. Леонтьев, А.Н. Потребности, мотивы, эмоции / А.Н. Леонтьев. – М.: Изд-во МГУ, 1971. – 40 с.
71. Леонтьев, А.Н. Проблемы развития психики / А.Н. Леонтьев. – М.: МГУ, 1985. – 575 с.
72. Леонтьев, Д.А. Рефлексия «хорошая» и «дурная»: от объяснительной модели к дифференциальной диагностике / Д.А. Леонтьев, Е.Н. Осин // Психология. Журнал Высшей школы экономики. – 2014. – № 11(4). – С. 110 – 135.
73. Леонтьев, Д.А. Феномен рефлексии в контексте проблемы саморегуляции / Д.А. Леонтьев, А.Ж. Аверина // Психологические исследования [электронный ресурс]. – 2011. – № 2(16). – Режим доступа: <http://psystudy.ru/index.php/num/2011n2-16/463-leontiev-averinal6.html>
74. Лефевр, В.А. Рефлексия / В.А. Лефевр. – М., 2003. – 436 с.
75. Ломов, Б.Ф. Методологические и теоретические проблемы психологии / Б.Ф. Ломов. – М.: Наука. – 1984. – 442 с.
76. Лушпаева, Е.В. Развитие рефлексии в общении средствами социально-психологического тренинга: автореф. дис. ... канд. психол. наук: 19.00.05 / Лушпаева Елена Владимировна. – М., 1989. – 25 с.
77. Мазиллов, В.А. Коммуникативная методология и интеграция психологического знания / В.А. Мазиллов // Ярославский педагогический вестник. – 2016. – № 3. – С. 181–191.
78. Мазиллов, В.А. Методология психологии: учебное пособие / В.А. Мазиллов. – Ярославль: МАПН, 2007. – 344 с.
79. Мануйлов, Г.В. Оценка уровня эмпатии и межличностных отношений молодых специалистов – врачей стационарных и амбулаторно-поликлинических учреждений / Г.В. Мануйлов, Г.Г. Горелова // Ученые записки университета имени П.Ф. Лесгафта. – 2017. – № 11(153). – С. 334-337.
80. Мануйлов, Г.В. Оценка уровня эмпатии и рефлексии у студентов медицинских вузов и врачей / Г.В. Мануйлов // Научный поиск: материалы десятой научной конференции аспирантов и докторантов. Челябинск. – 2018. – С. 137 – 141.

81. Мануйлов, Г.В. Процессы эмпатии и рефлексии у врачей стационарных и амбулаторно-поликлинических учреждений / Г.В. Мануйлов // Психология в меняющемся мире: проблемы, гипотезы, исследования: сборник материалов международной студенческой научно-практической конференции. Под ред. Е.Л. Солдатовой, А.С. Мальцевой. Челябинск. – 2018. – С. 105 – 111.

82. Мануйлов, Г.В. Эмпатические и рефлексивные процессы у врачей терапевтического и хирургического профиля / Г.В. Мануйлов // Общество: социология, психология, педагогика. – 2019. – № 3(59). – С. 104 – 107. DOI: 10.24158/spp.2019.3.17

83. Мануйлов, Г.В. Эмпатические и рефлексивные процессы у врачей-хирургов стационарных и амбулаторно-поликлинических учреждений с различным стажем работы / Г.В. Мануйлов, Г.Г. Горелова // Ученые записки университета имени П.Ф. Лесгафта. – 2019. – № 3(169). – С. 429 – 433.

84. Межличностное восприятие в группе / под ред. Г.М. Андреевой, А.И. Донцова. – М.: Изд-во МГУ, 1981. – 295 с.

85. Менделевич, В.Д. Клиническая и медицинская психология / В.Д. Менделевич. – М.: МЕДпресс-информ, 2008. – 592 с.

86. Минакова, О.В. Формирование аналитико-рефлексивной компетентности в процессе профессионально-личностного становления будущего врача / О.В. Минакова // Личностное и профессиональное развитие будущего специалиста: материалы XII Международной научно-практической конференции Internet-конференции. – Тамбов. – 2016. – С. 54 – 60.

87. Мясищев, В.Н. Психология отношений / В.Н. Мясищев. – М.: МПСИ, 2005. – 158 с.

88. Наследов, А.Д. Математические методы психологического исследования: анализ и интерпретация данных: учебное пособие / А.Д. Наследов. – СПб.: Речь, 2004. – 392 с.

89. Нейронные сети. STATISTICA Neural Networks: Методология и технологии современного анализа данных / под. ред. В.П. Боровикова. – М.: Горячая линия - Телеком, 2008. – 392 с.

90. Обозов, Н.Н. Межличностные отношения / Н.Н. Обозов. – Л.: Изд-во Ленинградского университета, 1979. – 150 с.
91. Общение и оптимизация совместной деятельности / под ред. Г.М. Андреевой и Я. Яноушека. – М.: МГУ, 1987. – 304 с.
92. Орлов, А.Б. Психология личности и сущности человека: парадигмы, проекции, практика / А.Б. Орлов. – М.: Издательский центр «Академия», 2002. – 272 с.
93. Орлов, А.Б. Феномены эмпатии и конгруэнтности / А.Б. Орлов, М.А. Хазанова // Вопросы психологии. – 1993. – № 4. – С. 68 – 73.
94. Пашукова, Т.И. Механизмы и функции эмпатии / Т.И. Пашукова, Е.А. Троицкая // Вестник МГЛУ. – 2010. – № 7(586). – С. 197–209.
95. Петровский, А.В. Личность. Деятельность. Коллектив / А.В. Петровский. – М.: Политиздат, 1982. – 254 с.
96. Петровский, А.В. Основы теоретической психологии / А.В. Петровский, М.Г. Ярошевский. – М.: ИНФРА-М, 1998. – 528 с.
97. Петровский, В.А. К пониманию психологии личности / В.А. Петровский // Вопросы психологии. – 1981. – № 2. – С. 40 – 46.
98. Петровский, В.А. Личность в психологии: парадигма субъектности / В.А. Петровский. – Ростов-на-Дону: Феникс, 1996. – 272 с.
99. Петровский, В.А. Состоятельность и рефлексия: модель четырех ресурсов / В.А. Петровский // Психология. Журнал Высшей школы экономики. – 2008. – Т. 5. – № 1. – С. 77 – 100.
100. Пиаже, Ж. Избранные психологические труды / Ж. Пиаже. – М.: Просвещение, 1969. – 659 с.
101. Поддубная, Т.В. Проблематика эмпатии в исследованиях психологических аспектов профессиональной медицинской деятельности (обзор) / Т.В. Поддубная // Консультативная психология и психотерапия. – 2015. – Т. 23. – № 2. – С. 9 – 36. doi:10.17759/cpp.2015230202
102. Практическая психология: учебник / под ред. М.К. Тутушкиной. – СПб.: Изд-во «Дидактика Плюс», 2001. — 368 с.

103. Практическое руководство по интерпретации СРІ / перевод Н.А. Графининой, под. общ. ред. Н.В. Тарабриной. – М.: Институт психологии РАН, Центр психологии и психотерапии, 1988. – 43 с.
104. Психология: учебник для гуманитарных вузов. 2-е изд. / Под общ. ред. В.Н. Дружинина. – СПб.: Питер, 2009. – 656 с.
105. Романова, М.В. Личностные факторы развития профессиональной рефлексии студентов, будущих педагогов-психологов, в процессе обучения в ВУЗе: дис. ... канд. психол. наук: 19.00.07 / Романова Марина Владимировна. – Курск, 2014. – 155 с.
106. Рубинштейн, С.Л. Основы общей психологии / С.Л. Рубинштейн. – СПб: Питер, 2002. – 720 с.
107. Рубинштейн, С.Л. Человек и мир / С.Л. Рубинштейн. – М., 1997. – 224 с.
108. Русина, Н.А. Компетентностный подход в системе высшего медицинского образования / Н. А. Русина // Высшее образование в России. – 2010. – № 2. – С. 54 – 58.
109. Рычкова, Л.С. Психогигиена и ментальная превентология в деятельности руководителей системы здравоохранения / Л.С. Рычкова, Т.А. Смирнова, О.Б. Конева, А.В. Силантьева // Вестник Совета молодых ученых и специалистов Челябинской области. – 2016. – Т. 1. – № 2 (13). – С. 77 – 82.
110. Самыгин, С.И. Психология управления: учебное пособие / С.И. Самыгин, Л.Д. Столяренко. – Ростов-на-Дону: Изд-во «Феникс», 1997. – 512 с.
111. Сарджвеладзе, Н.И. Бессознательное: Природа, функции, методы, исследования: в 3 т. / Н.И. Сарджвеладзе. – Тбилиси: Мецниереба, 1978. – 3 т.
112. Семенов, И.Н. Взаимодействие отечественной и зарубежной психологии рефлексии: история и современность / И.Н. Семенов // Психология. Журнал Высшей школы экономики. – 2008. – Т. 5. – № 1. – С. 64 – 76.
113. Семенов, И.Н. Рефлексивность самонаблюдения и персонология интроспекции: к онтологии и методологии рефлексивной психологии

индивидуальности / И.Н. Семенов // Вестник Московского университета. Серия 14. Психология. – 2015. – № 3. – С. 22 – 39.

114. Серов, В.В. Диагноз: понятие и проблема / В.В. Серов // Врач. – 1997. – № 6. – С. 2 – 6.

115. Сидоренко, Е.В. Методы математической обработки в психологии / Е.В. Сидоренко. – СПб.: Речь, 2002. – 350 с.

116. Скитяева, И.М. Закономерности структурно–функциональной организации рефлексии и их роль в формировании личности: дис. ... канд. психол. наук: 19.00.07, 19.00.01 / Ирина Михайловна Скитяева. – Ярославль, 2002. – 224 с.

117. Социальная психология личности в вопросах и ответах: учебное пособие для студентов высших учебных заведений по специальности «Психологические науки» / под. ред. В.А. Лабунской. – М.: Гардарики, 1999. – 397 с.

118. Степанов, С.Ю. Психология рефлексии: проблемы и исследования / С.Ю. Степанов, И.Н. Семенов // Вопросы психологии. –1985. – № 3. – С. 31–40.

119. Сысоева, О.В. Рефлексия – один из факторов, определяющих качество медицинской деятельности / О.В. Сысоева // Альманах современной науки и образования. – 2008. – № 10 (17). – Ч. 2. – С. 171 – 173.

120. Ташлыков, В.А. Психология лечебного процесса / В.А. Ташлыков. – Л.: Медицина, 1984. – 192 с.

121. Тихомиров, О.К. Психология мышления: учебное пособие / О.К. Тихомиров. – М.: Академия, 2002. – 288 с.

122. Токарева, Ю.А. Коммуникативная компетентность специалиста, как фактор профессиональной эффективности / Ю.А. Токарева, А.М. Доценко // Теория и практика приоритетных научных исследований: сборник научных трудов по материалам III Международной научно-практической конференции. Смоленск. – 2018. – С. 91 – 96.

123. Урванцев, Л.П. Формирование психологической компетентности врача в процессе обучения в медицинском вузе / Л.П. Урванцев, М.В. Яковлева // Психологический журнал. – 1995. – Т. 16. – № 4. – С. 98 – 108.

124. Фетискин, Н.П. Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп / Н.П. Фетискин, В.В. Козлов, Г.М. Мануйлов. – М.: Изд-во Института Психотерапии, 2002. – 490 с.
125. Философский энциклопедический словарь / под ред. Л.Ф. Ильичева, С.М. Ковалева, В.Г. Панова. – М.: Советская энциклопедия, 1983. – 840 с.
126. Холодная, М.А. Психология интеллекта: Парадоксы исследования / М.А. Холодная. – СПб.: Питер, 2002. – 272 с.
127. Хорошилова, Е.А. К исследованию отражения значимых других / Е.А. Хорошилова // Вопросы психологии познания людьми друг друга и самопознания. Научные труды. – 1977. – № 235. – С. 52 – 56.
128. Циринг, Д.А. Психология личностной беспомощности: исследование уровней субъектности / Д. А. Циринг. – М.: Академия, 2010. – 410 с.
129. Чернова, Г.Р. Психология общения: учебное пособие / Г.Р. Чернова, Т.В. Слотина. – СПб.: Питер, 2012. – 240 с.
130. Чудова, Н.В. Влияние личностных характеристик субъекта на его представление об идеальном партнере по общению / Н.В. Чудова // Психологический журнал. – 1993. – Т. 14. – № 3. – С. 28 – 37.
131. Шадриков, В.Д. Исследование рефлексии деятельности и ее диагностика через оценку конструкторов психологической функциональной системы деятельности / В.Д. Шадриков, С.С. Кургинян // Экспериментальная психология. – 2015. – Т. 8. – № 1. – С. 106 – 126.
132. Юнкеров, В.И. Математико-статистическая обработка данных медицинских исследований / В.И. Юнкеров, С.Г. Григорьев, М.В. Резванцев. – СПб.: ВМедА, 2011. – 318 с.
133. Юревич, А.В. Психология и методология / А.В. Юревич. – М.: Институт психологии РАН, 2008. – 312 с.
134. Юсупов, И.М. Вчувствование, проникновение, понимание / И.М. Юсупов. – Казань, 1993. – 199 с.

135. Юсупов, И.М. Психология эмпатии (Теоретические и прикладные аспекты): дис. ... докт. психол. наук: 19.00.01 / Юсупов Ильдар Масгудович. – СПб., 1995. – 252 с.
136. Agosta, L. Empathy in the context of philosophy (Renewing philosophy) / L. Agosta. – Palgrave Macmillan, 2010. – 208 p.
137. Al-Temimi, M. Kidon M, Johna S. Accreditation council for graduate medical education core competencies at a community teaching hospital: Is there a gap in awareness? / M. Al-Temimi, M. Kidon, S. Johna // The Permanente Journal. – 2016. – Vol. 20 (4). – pp. 69 – 73.
138. Aronfreed, S.S. Altruism, empathy and the conditioning of positive affect / S.S. Aronfreed, V. Pascal // Altruism and helping behavior. – N.Y. –1970.
139. Barrett-Lennard, G.T. The empathy cycle: Refinement of a nuclear concept / G.T. Barrett-Lennard // Journal of Counseling Psychology. – 1981. – Vol. 28. – pp. 91 – 100.
140. Batson, Ch. D. Negative-state relief and the empathy – altruism hypothesis / Ch. D. Batson, J.G. Batson, C.A. Griffitt, S. Barrientos, J.R. Brandt, P. Sprengelmeyer, M. J. Bayly // Journal of Personality and Social Psychology. – 1989. – Vol. 56 (6). – pp. 922 – 933.
141. Beckman, H.B. The doctor – patient relationship and malpractice. Lessons from plaintiff depositions / H.B. Beckman, K.M. Markakis, A.L. Suchman, R.M. Frankel // Arch Intern Med. – 1994. – Vol. 154. – № 12. – pp. 1365 – 1370.
142. Bellet, P.S. The Importance of Empathy as an Interviewing Skill in Medicine / P.S. Bellet, M.J. Maloney // JAMA. – 1991. – Vol. 266. – № 13. – pp. 1831 – 1832. doi:10.1001/jama.1991.03470130111039.
143. Butow, P.N. Oncologists' reactions to cancer patients' verbal cues / P.N. Butow, R.F. Brown, S. Cogar, M.H. Tattersall, S.M. Dunn // Psychooncology. – 2002. – Vol. 11. – № 1. – pp. 47 – 58.
144. Chen, D. A cross-sectional measurement of medical student empathy / D. Chen, R. Lew, W. Hershman, J. Orlander // J Gen Intern Med. – 2007. – Vol. 22. – № 10. – pp. 1434 – 1438.

145. Costa, P. A latent growth model suggests that empathy of medical students does not decline over time / P. Costa, E. Magalhaes, M.J. Costa // *Adv Health Sci Educ Theory Pract.* – 2013. – Vol. 18. – № 3. – pp. 509 – 522. doi: 10.1007/s10459#012#9390#z.
146. Davis, M.H. The effects of dispositional empathy on emotional reactions and helping: a multidimensional approach / M.H. Davis // *Journal of Personality.* – 1983. – Vol. 52 (2). – pp. 167 – 184.
147. De Valck, C. Cure-oriented versus care-oriented attitudes in medicine / C. De Valck, J. Bensing, R. Bruynooghe, V. Batenburg // *Patient Education and Counseling.* – 2001. – Vol. 45. – pp. 119 – 126.
148. Empathy and its development / ed. by N. Eisenberg, J. Strayer. – New York: Cambridge University Press, 1987. – 407 p.
149. Empathy reconsidered. New directions in psychotherapy / ed. by A.C. Bozarth, L.S. Greenberg. – Washington, DC: APA, 1997. – 477 p.
150. Engel, G.L. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine / G.L. Engel // *Science.* – 1977. – Vol. 196. – № 4286. – pp. 129 – 135.
151. Feshbach, N. Empathy training: a field study in affective education. – New York: Praeger, 1979. – 36 p.
152. Flavell, J.H. Metacognition and cognitive monitoring: a new area of cognitive developmental inquiry / J.H. Flavell // *American Psychologist.* – 1979. – № 34. – pp. 906 – 911.
153. Ford, S. Can oncologists detect distress in their out patients and how satisfied are they with their performance during bad news consultations? / S. Ford, L. Fallowfield, S. Lewis // *Br J Cancer.* – 1994. – Vol. 70. – № 4. – pp. 767 – 770.
154. Grant, A.M. Rethinking psychological mindedness: metacognition, self-reflection, and insight / A.M. Grant // *Behaviour Change.* – 2001. – V. 18. – pp. 8 – 17.
155. Ha, J.F. Doctor-patient communication: a review / J.F. Ha, N. Longnecker // *The Ochsner journal.* – 2010. – Vol. 10 (1). – pp. 38 – 43.
156. Karademas, E.C. The impact of emotion regulation and illness-focused coping strategies on the relation of illness-related negative emotions to subjective health

/ E.C. Karademas, C. Tsalikou, M.C. Tallarou // *Journal of Health Psychology*. – 2011. – Vol. 16 (3). – pp. 510 – 519.

157. Kennifer, S.L. Negative emotions in cancer care: do oncologists' responses depend on severity and type of emotion? / S.L. Kennifer, S.C. Alexander, K.I. Pollak, A.S. Jeffreys, M.K. Olsen, K.L. Rodriguez, R.M. Arnold, J.A. Tulsy // *Patient Educ Couns*. – 2009. – Vol. 76. – № 1. – pp. 51 – 56. doi: 10.1016/j.pec.2008.10.003.

158. La Monica, E.L. Empathy and nursing care outcomes / E.L. La Monica, R.M. Wolf, A.R. Madea, M.T. Oberst // *Scholarly Inquiry for Nursing Practice*. – 1987. – Vol 1. – № 3. – pp. 197 – 213.

159. Leslie, A.M. Pretense and representation: The origins of «theory of mind» / A.M. Leslie // *Psychological Review*. – 1987. – № 94. – pp. 412 – 426.

160. Morse, J.M. Compathy or physical empathy: implications for the caregiver relationship / J.M. Morse, C. Mitcham, W.J. van Der Steen // *Journal of Medical Humanities*. – 1998. – Vol. 19. – № 1. – pp. 51 – 65.

161. Novak, D.H. Therapeutic aspects of the clinical encounter / D.H. Novak // *J Gen Intern Med*. – 1987. – Vol. 2. – pp. 346 – 355.

162. Otani, H. Metacognition: new issues and approaches (Guest editor's introduction) / H. Otani, R.L. Widner // *The journal of general psychology*. – 2005. – № 132 (4). – pp. 329 – 334.

163. Piaget, J. *La Psychologie de l'intelligence* / J. Piaget. – Paris.: Armand Colin, 2012. – 224 p.

164. Preston, S. Empathy: Its Ultimate and Proximate Bases / S. Preston, F. de Waal // *Behavioral and Brain Sciences*. – 2002. – Vol. 25. – pp. 1 – 72.

165. Rogers, C. Empatic: an unappreciated way of being / C. Rogers // *The Counseling Psychologist*. – 1975. № 5 (2). – P. 2 – 10.

166. Schutz, W.C. *FIRO: A Three Dimensional Theory of Interpersonal Behavior* / W.C. Schutz. – N.Y.: Holt, Rinehart, & Winston, 1958. – 267 p.

167. Stein, E. *On the problem of empathy* / E. Stein. – Washington, DC: ICS Publications, 1989. – 135 p.

168. Suchman, A.L. A model of empathic communication in the medical interview / A.L. Suchman, K. Markakis, H.B. Beckman, R. Frankel // JAMA. – 1997. – Vol. 277. – № 8. – pp. 678 – 682.

169. Veenman, M.V.J. Metacognition and learning: conceptual and methodological considerations / M.V.J. Veenman, B.H.A.M. Van Hout-Wolters, P. Afflerbach // Metacognition and Learning. – 2006. – № 1. – pp. 3 – 14.

170. Vreeke, G.J. Empathy, an integrative model / G.J. Vreeke, L. van der Mark // New Ideas of Psychology. – 2003. – Vol. 21 (3). – pp. 177 – 207.

171. Wispe, L. The psychology of sympathy / L. Wispe. – New York; London: Plenum Press, 1991. – 213 p.

172. Woodhead, S. The doctor patient relationship; what if communication skills are not used? A maltese story / S. Woodhead, I. Lindsley, C. Micallef, M. Agius // Psychiatria Danubina. – 2015. – Vol. 27 (1). – pp 34 – 40.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1

Схема эмпирического исследования

Этап	Использованные методики	Количество участников
I этап. Исследование студентов и специалистов на разных этапах освоения учебной и трудовой деятельности	Методика диагностики уровня поликоммуникативной эмпатии И.М. Юсупова	384 человека: 169 студентов 215 врачей
	Опросник «Дифференциальный тип рефлексии» Д.А. Леонтьева	
	Методика уровня выраженности и направленности рефлексии М. Гранта	
	Опросник межличностных отношений (FIRO) в адаптации А.А. Рукавишникова	
	Калифорнийский психологический опросник (CPI)	
II этап. Исследование групп специалистов в зависимости от стажа и профиля деятельности	Методика диагностики уровня поликоммуникативной эмпатии И.М. Юсупова	215 врачей По специализации деятельности: 145 терапевтов 70 хирургов По условиям деятельности: 74 терапевта стационаров 71 терапевт поликлиник 31 хирург стационаров 39 хирургов поликлиник По стажу работы: 72 терапевта со стажем до 10 лет 73 терапевта со стажем более 10 лет 36 хирургов со стажем до 10 лет 34 хирурга со стажем до 10 лет
	Опросник «Дифференциальный тип рефлексии» Д.А. Леонтьева	
	Методика уровня выраженности и направленности рефлексии М. Гранта	
	Опросник межличностных отношений (FIRO) в адаптации А.А. Рукавишникова	
	Калифорнийский психологический опросник (CPI)	

Средние значения и стандартные отклонения ($M \pm \sigma$) различных форм эмпатии на разных этапах освоения деятельности

Формы проявления эмпатии	Студенты I курса (n=59)	Студенты III курса (n=52)	Студенты VI курса (n=58)	Врачи со стажем до 10 лет (n=108)	Врачи со стажем более 10 лет (n=107)
Общий уровень эмпатии	49,28±1,79*	55,82±1,93*	58,84±1,98*	77,06±3,73*	88,07±3,74*
Эмпатия к родителям	10,84±2,44*	10,13±3,03*	10,89±2,43*	10,33±1,89*	8,35±2,14*
Эмпатия к животным	7,15±3,16	6,09±3,99	6,86±3,28	6,05±2,17	6,80±2,21
Эмпатия к пожилым людям	8,08±2,50*	9,00±2,34*	8,39±2,40*	7,27±1,72*	10,49±1,51*
Эмпатия к детям	9,61±3,37*	9,65±3,09*	9,50±3,27*	7,05±2,87*	10,32±3,17*
Эмпатия к героям художественных произведений	6,71±2,81*	6,50±3,34*	6,72±2,73*	5,46±2,36*	6,84±1,58*
Эмпатия к незнакомым или малознакомым людям	8,71±3,65*	9,90±3,72*	9,15±3,49*	6,91±2,03*	7,67±1,11*

* – различия статистически достоверны ($p < 0,05$)

Приложение 3

Средние значения и стандартные отклонения ($M \pm \sigma$) личностного показателя
эмпатии

Шкала Em (эмпатия)	Студенты I курса (n=59)	Студенты III курса (n=52)	Студенты VI курса (n=58)	Врачи со стажем до 10 лет (n=108)	Врачи со стажем более 10 лет (n=107)
Эмпатия	52,32±5,68*	56,78±5,34*	52,13±2,93*	43,20±5,96*	40,99±3,13*

*– различия статистически достоверны

Приложение 4

Средние значения и стандартные отклонения ($M \pm \sigma$) уровней различных типов
рефлексии (по Д.А. Леонтьеву) на разных этапах освоения деятельности

Группы	Системная рефлексия	Интрорспекция	Квазирефлексия
студенты I курса	27,25±0,82*	32,93±1,09*	34,57±1,34*
студенты III курса	35,98±1,33*	32,00±1,32*	24,05±1,24*
студенты VI курса	34,86±3,51*	23,46±2,05*	23,46±3,86*
врачи со стажем до 10 лет	33,82±4,84*	23,41±1,68*	23,87±3,44*
врачи со стажем более 10 лет	36,59±5,57*	24,86±0,40*	19,21±4,00*

*– различия статистически достоверны ($p < 0,05$)

Средние значения и стандартные отклонения ($M \pm \sigma$) индивидуально-психологических свойств личности респондентов

Шкалы	I курс	III курс	VI курс	Врачи со стажем до 10 лет	Врачи со стажем более 10 лет
Do Доминирование	46,78±1,49*	50,03±5,46*	51,96±5,33*	44,24±1,14*	54,34±1,62*
Cs Способность к статусу	43,38±1,51*	46,23±1,95*	43,12±2,94*	41,11±4,17*	37,63±3,49*
Sy Общительность	47,30±2,79*	49,90±4,36*	52,77±5,25*	45,73±1,63*	41,47±4,90*
Sr Социальное присутствие	45,20±1,23*	48,15±3,24*	44,37±1,37*	43,91±2,12*	39,54±4,48*
Sa Самопринятие	49,59±4,49*	48,48±4,71*	48,84±1,14*	45,02±1,94*	39,79±5,02*
In Независимость	40,32±5,79*	61,92±1,71*	53,24±3,92*	49,55±4,27*	50,39±5,23*
Em Эмпатия	52,32±5,68*	56,78±5,34*	52,13±2,93*	43,20±5,96*	40,99±3,13*
Re Ответственность	40,79±5,66*	37,53±3,38*	39,60±4,69*	40,62±5,68*	43,69±1,38*
So Социализация	43,57±1,87*	45,15±1,06*	44,58±1,46*	47,52±2,43*	52,84±3,38*
Sc Самоконтроль	41,30±3,50*	43,32±1,24*	48,86±3,20*	48,49±3,34*	50,43±5,76*
Gi Хорошее впечатление	47,98±2,00*	44,94±1,60*	47,79±2,35*	45,37±1,34*	47,58±1,55*
Cm Обычность	23,96±5,59*	28,53±2,16*	34,12±5,49*	37,93±6,50*	35,74±3,54*
Wb Чувство благополучия	38,91±6,26*	47,59±2,60*	46,01±1,39*	42,89±2,17*	43,45±1,74*
To Толерантность	40,10±5,63*	42,96±3,41*	40,82±4,23*	42,95±2,93*	39,69±4,04*
Ac Достижение через подчинение	42,27±2,42*	44,28±1,31*	48,36±4,75*	43,98±2,19*	46,08±1,05*
Al Достижение через независимость	44,61±1,77*	47,17±2,87*	49,36±5,83*	47,08±1,91*	44,14±1,09*
Ie Интеллектуальная эффективность	39,28±5,72*	41,25±3,87*	44,58±1,90*	44,12±1,85*	49,13±4,53*
Pu Психологический склад ума	49,27±4,80*	48,96±2,83*	48,18±4,79*	46,26±1,41*	49,42±4,31*
Fx Гибкость	47,03±2,46*	46,05±1,36*	44,34±1,37*	42,67±3,43*	39,64±4,10*
F/m Женственность/ мужественность	46,94±1,98*	45,53±1,20*	48,05±4,90*	51,34± 4,62*	57,80±3,01*

*— различия статистически достоверны ($p < 0,05$)

Приложение 6

Средние значения и стандартные отклонения ($M \pm \sigma$) различных форм эмпатии у врачей терапевтического с разным стажем работы и работающих в медицинских учреждениях различного типа

Формы эмпатии	Терапевты (n=145)			
	поликлиник (n=71)		стационаров (n=74)	
	продолжительность деятельности			
	до 10 лет (n=34)	более 10 лет (n=37)	до 10 лет (n=38)	более 10 лет (n=36)
Общий уровень эмпатии	77,52±3,28*	96,54±5,72*	73,47±2,53*	80,50±4,56*
Эмпатия к родителям	11,73±1,09*	6,97±2,00*	10,05±1,41*	10,50±0,50*
Эмпатия к животным	4,58±2,10	7,00±2,95	5,52±1,95	4,50±0,50
Эмпатия к пожилым людям	7,32±2,05*	11,97±0,16*	8,05±1,41*	10,00±1,01*
Эмпатия к детям	7,58±2,53*	13,91±1,11*	6,57±2,07*	6,50±0,50*
Эмпатия к лит. героям	5,35±1,70	7,45±2,51	3,63±0,48	6,50±0,60
Эмпатия к незнакомым людям	9,02±0,83*	7,97±1,01*	5,26±1,88*	7,00±1,01*

* – различия статистически достоверны ($p < 0,05$)

Приложение 7

Средние значения и стандартные отклонения ($M \pm \sigma$) различных форм эмпатии у хирургического профиля с разным стажем работы и работающих в медицинских учреждениях различного типа

Формы эмпатии	Хирурги (n=70)			
	поликлиник (n=39)		стационаров (n=31)	
	продолжительность деятельности			
	до 10 лет (n=23)	более 10 лет (n=16)	до 10 лет (n=13)	более 10 лет (n=18)
Общий уровень эмпатии	80,65±3,57*	80,83±,67*	80,00±4,59*	93,00±3,57*
Эмпатия к родителям	10,04±1,02*	6,25±1,92*	8,25±0,89*	9,30±1,89*
Эмпатия к животным	8,00±2,90	7,00±2,88	8,00±0,90	11,00±1,20
Эмпатия к пожилым людям	5,52±1,51*	11,00±0,51*	8,50±1,81*	8,50±2,81*
Эмпатия к детям	7,65±3,57*	11,20±0,57*	6,00±0,60*	10,00±2,00*
Эмпатия к лит. героям	8,91±2,44	6,34±2,04	5,00±0,69	7,00±2,39
Эмпатия к незнакомым людям	7,04±3,02*	7,00±1,02*	6,00±1,91*	9,00±3,00*

* – различия статистически достоверны ($p < 0,05$)

Приложение 8

Средние значения и стандартные отклонения ($M \pm \sigma$) личностного показателя эмпатии у врачей терапевтического профиля с разным стажем работы и работающих в медицинских учреждениях различного типа

Шкала (эмпатия)	Em	Терапевты (n=145)			
		поликлиник (n=71)		стационаров (n=74)	
		продолжительность деятельности			
		до 10 лет (n=34)	более 10 лет (n=37)	до 10 лет (n=38)	более 10 лет (n=36)
Эмпатия		51,88±3,33*	38,10±2,10*	37,78±4,35*	35,00±1,01*

*– различия статистически достоверны ($p < 0,05$)

Приложение 9

Средние значения и стандартные отклонения ($M \pm \sigma$) личностного показателя эмпатии у врачей хирургического профиля с разным стажем работы и работающих в медицинских учреждениях различного типа

Шкала (эмпатия)	Em	Хирурги (n=70)			
		поликлиник (n=39)		стационаров (n=31)	
		продолжительность деятельности			
		до 10 лет (n=23)	более 10 лет (n=16)	до 10 лет (n=13)	более 10 лет (n=18)
Эмпатия		41,13±3,06*	42,00±3,38*	40,00±5,00*	58,00±4,20*

*– различия статистически достоверны ($p < 0,05$)

Приложение 10

Средние значения и стандартные отклонения ($M \pm \sigma$) различных форм рефлексивных процессов (согласно методике Д.А. Леонтьева) у врачей терапевтического профиля с разным стажем работы и занятых в различных типах медицинских учреждений

Формы рефлексивных процессов	Терапевты (n=145)			
	поликлиник (n=71)		стационаров (n=74)	
	продолжительность деятельности			
	до 10 лет (n=34)	более 10 лет (n=37)	до 10 лет (n=38)	более 10 лет (n=36)
Системная рефлексия	40,47±1,76*	39,62±1,33*	31,52±3,89*	35,00±2,02*
Интроспекция	25,01±1,66*	27,81±2,10*	21,63±1,68*	24,50±1,52*
Квазирефлексия	29,38±2,89*	23,72±1,26*	21,63±2,14*	12,50±0,50*

*– различия статистически достоверны ($p < 0,05$)

Приложение 11

Средние значения и стандартные отклонения ($M \pm \sigma$) различных форм рефлексивных процессов (согласно методике Д.А. Леонтьева) у врачей хирургического профиля с разным стажем работы и занятых в различных типах медицинских учреждений

Формы рефлексивных процессов	Хирурги (n=70)			
	поликлиник (n=39)		стационаров (n=31)	
	продолжительность деятельности			
	до 10 лет (n=23)	более 10 лет (n=16)	до 10 лет (n=13)	более 10 лет (n=18)
Системная рефлексия	30,52±1,25*	26,00±2,00*	29,00±2,33*	43,00±3,33*
Интроспекция	28,56±1,53*	21,00±3,33*	15,00±4,33*	23,00±2,33*
Квазирефлексия	23,30±1,15*	14,00±5,22*	17,00±5,00*	28,00±2,00*

*— различия статистически достоверны ($p < 0,05$)

Средние значения и стандартные отклонения ($M \pm \sigma$) показателей индивидуально-психологических свойств личности врачей-терапевтов с разным стажем работы и занятых в различных типах медицинских учреждений

Шкалы	Терапевты (n=145)			
	поликлиник (n=71)		стационаров (n=74)	
	продолжительность деятельности			
	до 10 лет (n=34)	более 10 лет (n=37)	до 10 лет (n=38)	более 10 лет (n=36)
Do Доминирование	60,05±1,66*	64,18±2,02*	40,21±4,40*	49,00±4,07*
Cs Способность к статусу	46,91±1,98*	29,81±2,41*	38,47±3,50*	35,00±4,05*
Sy Общительность	57,00±2,00*	43,51±2,50*	44,05±0,83*	35,00±1,11*
Sp Социальное присутствие	53,41±2,51*	42,78±2,67*	43,00±3,00*	24,50±0,50*
Sa Самопринятие	56,82±1,00*	37,67±5,60*	39,73±2,33*	35,50±1,52*
In Независимость	57,11±2,09*	49,83±2,23*	47,57±2,75*	49,00±3,04*
Em Эмпатия	51,88±3,33*	38,10±2,10*	37,78±4,35*	35,00±1,01*
Re Ответственность	41,32±3,94*	39,05±4,01*	40,47±3,73*	50,00±2,02*
So Социализация	46,94±1,87*	48,59±3,54*	49,21±1,09*	55,00±5,08*
Sc Самоконтроль	43,91±2,50*	44,35±1,54*	53,00±2,56*	58,50±0,50*
Gi Хорошее впечатление	48,14±3,46*	47,72±2,58*	44,78±1,25*	50,50±1,52*
Cm Обычность	44,67±1,86*	30,89±4,23*	32,73±4,93*	31,00±2,09*
Wb Чувство благополучия	45,73±0,94*	40,21±1,10*	41,73±2,12*	42,50±0,50*
To Толерантность	43,55±2,54*	26,78±3,03*	43,78±2,43*	49,00±4,08*
Ac Достижение через подчинение	47,41±2,53*	43,81±1,08*	42,89±2,81*	52,00±2,33*
Ai Достижение через независимость	51,67±3,68*	38,70±2,78*	45,36±1,06*	44,50±2,02*
Ie Интеллектуальная эффективность	44,08±2,98*	44,72±1,00*	45,57±1,01*	44,50±0,50*
Pu Психологический склад ума	48,32±2,86*	49,24±2,94*	47,68±1,08*	51,50±4,56*
Fx Гибкость	42,91±3,05*	30,32±2,80*	43,15±2,44*	38,50±3,54*
F/m Женственность/ мужественность	50,38±5,08*	53,21±3,06*	54,00±1,89*	59,50±3,63*

*– различия статистически достоверны ($p < 0,05$)

Средние значения и стандартные отклонения ($M \pm \sigma$) показателей индивидуально-психологических свойств личности врачей-хирургов с разным стажем работы и занятых в различных типах медицинских учреждений

Шкалы	Хирурги (n=70)			
	поликлиник (n=39)		стационаров (n=31)	
	продолжительность деятельности			
	до 10 лет (n=23)	более 10 лет (n=16)	до 10 лет (n=13)	более 10 лет (n=18)
Do Доминирование	29,91±2,04*	35,00±5,20*	40,00±3,78*	62,00±2,33*
Cs Способность к статусу	35,26±6,12*	41,00±3,33*	44,00±1,00*	56,00±1,33*
Sy Общительность	35,65±3,57*	44,00±1,00*	39,00±5,00*	48,00±3,00*
Sp Социальное присутствие	30,21±5,10*	53,00±2,00*	46,00±2,00*	51,00±4,50*
Sa Самопринятие	29,56±1,53*	44,00±1,00*	57,00±2,03*	49,00±4,23*
In Независимость	35,73±6,12*	44,00±0,89*	60,00±5,63*	60,00±5,40*
Em Эмпатия	41,13±3,06*	42,00±3,38*	40,00±5,00*	58,00±4,20*
Re Ответственность	39,60±2,55*	41,00±3,99*	41,00±3,59*	43,00±3,00*
So Социализация	48,73±3,61*	52,00±3,00*	42,00±3,00*	58,00±3,58*
Sc Самоконтроль	50,34±3,57*	39,00±4,33*	44,00±1,01*	57,00±2,00*
Gi Хорошее впечатление	47,56±1,53*	38,00±5,76*	36,00±2,99*	50,00±2,33*
Cm Обычность	38,78±5,10*	45,00±1,00*	34,00±3,12*	47,00±2,10*
Wb Чувство благополучия	38,30±4,59*	48,00±2,80*	47,00±2,00*	48,00±3,12*
To Толерантность	42,91±2,04*	37,00±3,89*	39,00±4,67*	50,00±4,89*
Ac Достижение через подчинение	40,69±1,15*	37,00±4,33*	44,00±0,33*	47,00±2,00*
Ai Достижение через независимость	39,21±3,63*	46,00±1,33*	54,00±1,50*	53,00±2,30*
Ie Интеллектуальная эффективность	39,00±2,33*	53,00±2,00*	49,00±3,60*	64,00±3,50*
Pu Психологический склад ума	36,52±0,51*	40,00±4,00*	54,00±1,05*	54,00±1,33*
Fx Гибкость	40,21±5,10*	42,00±2,70*	45,00±0,50*	59,00±3,78*
F/m Женственность/ мужественность	58,21±5,10*	61,00±1,80*	31,00±4,93*	61,00±5,00*

*– различия статистически достоверны ($p < 0,05$)