

УДК 615+616-08

**Рогов Е.И.,
Заплатникова М.В.**

РОЛЬ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ ПАЦИЕНТОВ О ЛЕЧЕБНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В ФОРМИРОВАНИИ ОТНОШЕНИЙ К ВРАЧУ И БОЛЕЗНИ

Ключевые слова: образ, профессиональные представления, межличностные отношения, отношение к лечению, лечебная деятельность.

Введение

Представления, складывающиеся у субъекта, во многом предопределяют его отношение к окружению, выполняемой деятельности, общению, так как именно образы выступают регулирующими механизмами формирования поведения, управления целенаправленной деятельностью человека, участвуют в созидании его оптимальных состояний. Как отмечает Л.Г. Дикая, специфика субъективного образа такова, что при его образовании происходит превращение внутренних ощущений в представления, их вербализация и рефлексия в образ состояния, которое навязывается нашему уму как бы изнутри, а не извне [1]. В процессе развития личности представлениям отводится особая роль – именно образные знания становятся основным инструментом познания и предвидения. Создатель достаточно широко известной концепции транзактного анализа Э. Берн справедливо подметил, что от того, насколько полно и точно представление соответствует реальности, как раз и зависит успешность человеческой деятельности [2].

Рассогласование представлений о выполняемой деятельности не только ведет к нарушению у взаимодействующих субъектов их межличностных отношений, но и отражается на ее результатах. Особенно остро данная проблема ощущается в таких видах деятельности, где взаимодействующие субъекты изначально имеют разный уровень взглядов на профессию. В этом отношении на первое место можно поставить обслуживающие виды деятельности, в которых результат во многом зависит от умения профессионала и клиента найти «общий язык». Этот процесс оказывается достаточно сложным, так как в данном случае речь идет уже о своеобразной системе, основанной

на взаимодействии субкультур двух типов: «профессионалов» и «клиентов» [3]. Например, в рамках института высшего образования складывается студенческая субкультура, с одной стороны, и субкультура преподавателей – с другой; в системе медицинской помощи – субкультуры пациентов и медперсонала; в системе психологического консультирования – субкультуры консультантов и клиентов, и пр.

Нельзя сказать, что эта проблема возникла недавно. Еще в работах Мишеля Фуко о социальных институтах Нового времени «Рождение клиники», «История безумия в классическую эпоху», «Надзирать и наказывать: рождение тюрьмы» [4] прослеживается, как складывается понимание объекта в профессиональном дискурсе таким образом, чтобы обосновать право вмешательства (воздействия) со стороны «институционально поддерживаемого и узаконенного» [5] профессионала, его власть над теми, кто идентифицирован с объектом (признан носителем или воплощением болезни, безумия, преступления). Таким образом, конструирование объекта в профессиональном дискурсе Фуко рассматривает как основу власти социального института, которая, в свою очередь, лежит в основе статуса профессионала (врача, психиатра, тюремного надзирателя соответственно). Дискурс по поводу объекта, таким образом, определяет и статус профессионала как обладателя права воздействия на объект.

На современном этапе развития общества, когда субъект-объектные отношения в социальных институтах уступают место субъект-субъектным, результативность деятельности профессионала существенно зависит от отношения к его деятельности со стороны «клиента». Именно поэтому во многих руководствах профессионалам

рекомендуется, по крайней мере в начале взаимодействия, ориентироваться на его потребности и представления. Если этого не происходит, то клиент превращается в объект воздействия, активно включающий механизмы противодействия. Здесь можно вспомнить отношения учащихся с нелюбимым педагогом.

Особенно остро вопрос взаимодействия профессионала и клиента, по мнению В.Д. Менделевича [6], стоит в рамках медицинской деятельности, так как от правильности представлений врача об отношении пациента к здоровью и выбранного врачом стиля общения зависит направление лечения и в конечном счете жизнь человека. Достаточно вспомнить многочисленные примеры гибели людей, приверженцев секты «Свидетели Иеговы», отказывавшихся в силу своих религиозных представлений от переливания крови. В этом случае представления о переливании как грешном деле сталкиваются с представлениями врачей о переливании как благе. Все это говорит о важности для построения взаимодействия с пациентами понимания медицинскими работниками взглядов пациентов на процесс лечения. Именно поэтому представления о профессиональной деятельности медицинских работников у участников лечебного процесса и стали объектом данного исследования.

Работа медработника, подчеркивают П.Д. Тищенко, Ю.Г. Тюльпин и др., – это особый вид деятельности, характеризующийся состоянием постоянной психологической готовности, эмоциональной вовлеченности в проблемы окружающих, связанные с состоянием их здоровья, практически в любых ситуациях, предполагающих межличностное взаимодействие [7]. Несмотря на то, что профессия врача является

одной из самых необходимых и почетных, она, как указывают А.И. Егоренков, И.А. Шамов, М.Я. Яровинский и др., предъявляет к медицинскому работнику ряд жестких моральных и этических принципов и требований, так как на нем лежит огромная ответственность за жизнь и охрану здоровья людей [8].

Степень адекватности имеющихся у субъекта профессиональных представлений о лечебной деятельности оказывает существенное влияние на его профессиональное развитие и выступает предпосылкой успешности в профессиональной деятельности. Так, по мнению Е.Ю. Артемьевой, профессионалы, принимающие свою профессию как образ жизни, приобретают особое видение окружающего мира, особое отношение к ряду объектов, а часто и особые свойства перцепции, оптимизирующие взаимодействие с этими объектами [9].

В отечественной психологической литературе имеется достаточно высказываний о значении профессиональных представлений. В качестве регуляторов профессионального самоопределения их рассматривали наряду с другими личностными образованиями Е.П. Ильин, В.Н. Обносков, Н.С. Пряжников, Е.Ю. Пряжникова и др. [10]. Особенности профессиональных представлений сотрудников ОМОН исследовались О.П. Носовой [11], профессиональным представлениям водителей посвящена работа А.Н. Симченко [12], динамика профессиональных представлений студентов рассмотрена в исследованиях Г.М. Белокрыловой, А.И. Донцова, М.В. Заплатниковой, Е.И. Рогова и др. [13].

Однако, несмотря на то, что опыт исследования взаимоотношений врача и больного представлен в работе В.П. Петленко и И.А. Шамова, которые,

рассматривая медицинскую этику, анализируют те качества врача, от которых зависит успех лечебного процесса [14], а особенности становления профессионально-личностной культуры будущего врача и ее влияние на взаимоотношения в диаде «врач – больной» изучены Н.Л. Клячкиной [15], собственно исследований роли представлений о лечебной деятельности во взаимоотношениях медработников и их пациентов до сих пор не проводилось.

Методика исследования

Чтобы изучить влияние профессиональных представлений медицинских работников и представлений пациентов о лечебной деятельности на особенности медицинской деятельности, на базе МУЗ ЦРБ Песчанокского района Ростовской области было проведено данное исследование. В исследовании приняли участие 30 медицинских работников и 60 пациентов.

Для определения различий в представлениях о лечебной деятельности между медицинскими работниками и пациентами использовался опросник Е.И. Рогова [16]. Опросник представляет собой модификацию методики семантического дифференциала, с помощью которого испытуемым было необходимо оценить объект лечебной деятельности, используя шестнадцать пар прилагательных, расположенных на семибалльной шкале. Методика позволяет оценить представления испытуемого как по отдельным параметрам, так и по обобщенным факторам.

Фактор «Оценка образа» свидетельствует об уровне уважительного отношения к объекту со стороны субъекта. Высокие значения этого фактора говорят о том, что испытуемый принимает объект, склонен осознавать его как носителя позитивных, социально жела-

тельных характеристик, в определенном смысле удовлетворен им. Низкие значения фактора оценки указывают на критическое отношение человека к объекту, отвержение его, неудовлетворенность его поведением, уровнем достижений, особенностями личности, на недостаточный уровень принятия. Особо низкие значения этого фактора свидетельствуют о возможных невротических или иных проблемах, связанных с ощущением малой ценности объекта.

Фактор «Сила образа» свидетельствует о развитии волевых сторон объекта, как они оцениваются самим испытуемым. Его высокие значения говорят об уверенности, независимости, склонности рассчитывать на собственные силы в трудных ситуациях. Низкие значения свидетельствуют о недостаточном самоконтроле объекта, неспособности держаться принятой линии поведения, зависимости от внешних обстоятельств и оценок, неспособности добиваться желаемого, контролировать ситуацию, настаивать на своем. Особо низкие оценки указывают на астенизацию и тревожность.

Фактор «Активность образа» может интерпретироваться как свидетельство экстравертированности объекта. Положительные (+) значения указывают на высокую активность, общительность, эмоциональную отзывчивость, импульсивность; отрицательные (–) – на интровертированность, определенную пассивность, спокойные эмоциональные реакции, замкнутость, сдержанность.

Фактор «Четкость образа» свидетельствует о его точности, контрастности, адекватности, яркости в сознании субъекта.

Представления субъектов о лечебной деятельности, вероятно, должны отражаться в межличностных отношениях участников данного процесса.

Изучение преобладающих в медицинской практике типов межличностных взаимоотношений между пациентами и медицинскими работниками осуществлялось с использованием известной методики межперсональной диагностики Т. Лири [17].

Кроме того, представления о лечебной деятельности находят отражение и в отношении к самой болезни. Для психологической диагностики типов отношения к болезни респонденты из групп медперсонала и пациентов были опрошены с помощью опросника «ТОБОЛ» («Тип отношения к болезни»), сконструированного коллективом авторов из НИИ им. Бехтерева (Л.И. Вассерман, А.Я. Вукс, Б.В. Иовлев, Э.Б. Карпова). Данный опросник определяет следующие типы отношения к болезни: гармоничный (Г), или реалистичный, взвешенный; эргопатический (Р), или стенический; анозогнозический (З) – эйфорический; тревожный (Т) – тревожно-депрессивный и обсессивно-фобический; ипохондрический (И); неврастенический (Н); меланхолический (М); апатический (А); сенситивный (С); эгоцентрический (Э); паранойяльный (П); дисфорический (Д) – агрессивный.

При опросе по методике «ТОБОЛ» медицинский персонал как бы «переходил на другую сторону», т.е. медработники представляли себя потенциальными пациентами, оценивающими свое отношение к болезни.

Результаты исследования

После первичной обработки данных по представлениям о лечебной деятельности, полученных с помощью методики семантического дифференциала, для интерпретации были использованы обобщенные результаты (табл. 1).

Согласно полученным результатам, в группе пациентов преобладают вы-

Таблица 1

Средние значения основных факторов представлений пациентов и медиков

Группа	Фактор			
	Оценка образа	Сила образа	Активность образа	Четкость образа
Медработники	4,5	3,35	5,6	5,6
Пациенты	5,8	4,1	4,3	4,2
<i>t</i>	-5,230	-2,653	4,219	5,675
Значение (двухстороннее)	0,000	0,010	0,000	0,000

ские значения по фактору «Оценка образа профессии», что характеризует принятие профессии врача и осознание его как носителя позитивных, социально желательных характеристик. Интересно, что в группе медработников этот же фактор, свидетельствующий еще и об уровне уважительного отношения к профессии со стороны субъекта, принимает средние значения. Это может указывать на профессиональное привыкание, обыденность, будничность, отсутствие романтичности в привычной деятельности. Отсутствие должного «пиетета» в отношении к своей профессии со стороны медработника, в понимании пациента, может вызвать у последнего упреки в отсутствии профессионализма у лечащего персонала.

Результаты по показателю «Сила образа» в группе медработников имеют низкие значения, свидетельствующие, что образ профессиональной деятельности не доминирует в их сознании, а сама лечебная деятельность оценивается не как требующая больших усилий, напряжения, самоконтроля, а в большей степени как зависящая от внешних обстоятельств и оценок.

Более высокие значения по данному фактору в представлениях о лечебной деятельности у пациентов позволяют предположить вероятность появления проблемной зоны в их взаимоотношениях с медперсоналом, так как в результате наблюдения за обычной работой персонала медицин-

ского учреждения больному может показаться, что их деятельность не соответствует сложившемуся у него образу, что медперсонал прикладывает недостаточные усилия и не использует все возможности для его излечения.

У медработников выявлены высокие значения по фактору «Активность образа», которые могут свидетельствовать о том, что представления о профессии более вариативны, неординарны, чем у пациентов. Такая особенность представлений может отражаться в их активности, общительности, эмоциональной отзывчивости и импульсивности. Кроме того, высокие значения у медработников получены по фактору «Четкость образа», что подтверждает высокую ясность, точность и яркость их представлений о своей профессии. Профессиональные представления у медицинских работников характеризуются достаточной целостностью и отчетливостью, потому что они непосредственно погружены в лечебную деятельность. Более низкие значения по двум последним факторам у пациентов могут быть интерпретированы как результат их невключенности и незнания лечебной деятельности.

Подобное рассогласование параметров образов, вероятно, предопределяет понимание пациентов врачами как слишком медлительных, инертных, нечетко осознающих, что от них требуют. В результате врачи в общении с пациентами могут занимать доминирующую, ведущую позицию, подавляя

активность и те проявления пациента, которые не вписываются в картину их диагноза, что затрудняет процесс выздоровления.

После проведения статистической обработки данных – определения достоверности различий на уровне исследуемого признака с помощью *t*-критерия Стьюдента, были получены результаты, доказывающие, что представления о лечебной деятельности у медиков и пациентов имеют достоверные различия по критериям активности образа ($p < 0,01$), четкости образа ($p < 0,01$), оценки образа ($p < 0,01$) и силы образа ($p < 0,05$).

При исследовании преобладающих в медицинской практике типов межличностных взаимоотношений по методике Т. Лири обе группы респондентов должны были оценить особенности отношения врача к пациентам (табл. 2).

По мнению медицинских работников, преобладающими типами отношений к людям у них являются дружелюбный (7,6) и альтруистический (7,3), что позволяет говорить о доминировании в данной группе в межличностных взаимоотношениях склонности к сотрудничеству, гибкости при решении конфликтных ситуаций. Большинство сотрудников медицинского учреждения оценивают свое общение как деликатное, мягкое и ответственное по отношению к больным людям.

Однако пациенты уверены, что наиболее выраженным типом отношений к людям со стороны врачей выступает авторитарный (9,0), считая, что общение медработников в профессии излишне доминантно, энергично. Самого же сотрудника лечебного учреждения они видят авторитарным, деспотичным лидером, успешным в делах, который любит давать советы, не терпит критики и требует к себе уважения. Эти данные согласуются с низкими показателями, даваемыми пациентами медработникам по шкале «Подчинение», что говорит о том, что проявление скромности, робости, застенчивости не характерно для медперсонала. Следует заметить, что медицинские работники более высоко оценивают себя по этой шкале, считая себя уступчивыми, эмоционально сдержанными, способными подчиняться, послушно и честно выполняющими свои обязанности.

Статистическая обработка данных выявила, что при оценивании межличностных отношений между исследуемыми группами респондентов – медработников и пациентов – по таким типам отношений, как авторитарный, подчиняемый, дружелюбный и альтруистический, существуют значимые различия (на уровне 1%). Вероятно, эти расхождения в оценке отношений, порожденные разницей в пред-

Таблица 2

Средние значения типов межличностных отношений (по Т. Лири)

Группа	Показатель взаимоотношений							
	Авторитарность	Эгоизм	Агрессия	Подозрительность	Подчинение	Зависимость	Дружба	Альтруизм
Медработники	6,9	5,1	5,2	4,4	5,1	5,15	7,6	7,3
Пациенты	9,0	5,0	5,5	5,6	3,15	4,8	5,5	5,3
<i>t</i>	-3,002	0,306	-0,514	-1,735	3,407	0,571	3,435	2,776
Значение (двухстороннее)	0,004	0,761	0,609	0,087	0,001	0,569	0,001	0,007

ставлениях о лечебной деятельности, нередко выступают причиной профессиональных конфликтов медицинских работников и их пациентов.

Исследование взаимосвязи представлений о лечебной деятельности и типов межличностных отношений медработников с пациентами с помощью коэффициента линейной корреляции Пирсона выявило наличие положительной корреляции между фактором оценки образа и дружелюбным типом отношений ($r = 0,382$ при $p \leq 0,05$). Другими словами, наличие у медработников позитивного образа профессии, как носителя социально желательных характеристик, сопровождается позитивными видами межличностных отношений, в частности, со склонностью к сотрудничеству, общению, поиску компромиссов. Это подтверждает предположение, что отсутствие у медицинского персонала положительного отношения к профессии даже в форме ее образа ведет к негативным типам взаимодействия с пациентами.

У пациентов фактор силы образа отрицательно коррелирует с агрессивным ($r = -0,404$ при $p \leq 0,01$) и зависимым ($r = -0,343$ при $p \leq 0,05$) типами отношений. Другими словами, чем более доминирующими являются представления пациентов о лечебной деятельности, тем менее жесткими, требовательными и резкими, с одной стороны, и менее неуверенными, тревожными, зависимыми, беспомощными, с другой стороны, представлены в них медицинские работники. Убирая образы излишне агрессивных и не слишком самостоятельных медработников, пациенты как бы создают образ более комфортных отношений в медицинском учреждении. Аналогичная тенденция прослеживается и в отрицательной взаимосвязи между фактором

оценки образа и подозрительным типом отношений ($r = -0,349$ при $p \leq 0,05$), свидетельствующей, что наличие позитивных тенденций в представлениях пациента о лечебной деятельности снижает уровень критичности и недоверия врачу.

Интерес представляет положительная корреляция фактора четкости представлений пациентов с их оценкой эгоистического типа отношений со стороны медицинского персонала ($r = 0,335$ при $p \leq 0,05$), т.е. чем более точные и детальные представления о лечебной деятельности сложились у пациентов, тем больше вероятность, что не соответствующие данным представлениям врачи будут рассматриваться как самовлюбленные, расчетливые, стремящиеся быть над всеми, но одновременно независимые.

Таким образом, после проведенного эмпирического исследования можно говорить о том, что между сравниваемыми выборками имеются различия по ведущим типам межличностных отношений. Медицинские работники считают, что в лечебной деятельности их общение направлено на сотрудничество и отзывчивость. Пациенты же указывают на преобладание доминантного, авторитарного стиля общения.

Исследование влияния представлений субъектов о лечебной деятельности на их отношение к самой болезни с помощью методики «ТОБОЛ» продемонстрировало следующие результаты (табл. 3).

Согласно полученным результатам, для медработников ведущим типом отношения к болезни является эргопатический (11,1), характеризующийся как «уход от болезни в работу»: сверхответственное, подчас одержимое отношение к работе, которое в ряде случаев выражено в еще большей степени, чем

Таблица 3

Средние значения по методике «ТОБОЛ»

Группа	Тип отношения к болезни											
	Гармоничный	Эргопатический	Анозогнозический	Тревожный	Ипохондрический	Неврастенический	Меланхолический	Апатический	Сенситивный	Эгоцентрический	Паранойяльный	Дисфорический
Медработники	6,2	11,1	4,3	3	3,3	1,1	2,9	3	7,2	2,8	2,1	1,7
Пациенты	3,9	6,2	11,2	2,7	3	1,7	1,5	1,1	4,7	2,7	2,7	2,6
t	1,584	3,209	-3,88	0,295	0,351	-1,35	1,345	2,145	2,586	0,065	-0,82	-1,56
Значение (двух-стороннее)	0,117	0,002	0,000	0,768	0,727	0,180	0,183	0,035	0,012	0,949	0,413	0,124

до болезни; избирательное отношение к лечению, обусловленное прежде всего стремлением, несмотря на тяжесть заболевания, продолжать работу, во что бы то ни стало сохранить профессиональный статус. На втором месте по выраженности у медработников находится сенситивный тип (7,2), отличающийся озабоченностью возможными неблагоприятными впечатлениями, которые могут произвести на окружающих сведения о болезни, и опасаясь, что окружающие станут его жалеть, считать неполноценным или обузой из-за болезни. По сути дела, эти два типа отношения дополняют друг друга, так как, с одной стороны, субъект хочет продолжать работать, а с другой – желает скрыть свою болезнь от окружающих. Возможно, такой тип отношения к болезни является для врачей образом идеального пациента, который не стремится лечиться. Допустимо, что врачи проецируют этот образ и на своих реальных пациентов, предполагая, что при этом они смогут избежать взаимодействия. В этом случае расхождение предполагаемых ожиданий по поводу типа отношения к болезни может оцениваться участниками лечебного процесса негативно и выступать как причина взаимонепонимания.

В принципе пациенты также не стремятся к встрече с врачами, но по несколько иной причине: ведущим для пациентов оказался анозогнозический тип отношения к болезни (11,2), характеризующийся активным отбрасыванием мыслей о болезни и ее возможных последствиях, вплоть до отрицания очевидного. Выраженное в данном случае желание «разобраться самому» и «обойтись своими средствами», надежда на то, что «само все обойдется», также могут быть проявлением стремления избежать взаимодействия с медицинским персоналом. На подобное нежелание общаться с врачами указывает и достаточно высокое значение у пациентов эргопатического типа отношения к болезни (6,2).

Таким образом, как медработники, так и пациенты демонстрируют такие типы отношения к болезни, которые не предполагают взаимодействия пациентов с медицинским персоналом, что может быть инициировано расхождением взглядов на лечебную деятельность и неудовлетворенностью складывающимися взаимоотношениями.

Статистический анализ данных с помощью t-критерия Стьюдента выявил достоверность различий в исследуемых выборах на уровне исследуемого

признака между такими типами отношения к болезни, как эргопатический и анозогнозический, на уровне 0,01, а между сенситивным и апатическим типами отношения к болезни – на уровне 0,05.

Рассмотрение корреляционных связей между профессиональными представлениями медработников и типом отношения к болезни обнаружило отрицательную взаимосвязь фактора активности образа с сенситивным типом отношения к болезни ($r = -0,378$ при $p \leq 0,05$). Следовательно, чем более вариативны, разнообразны, неординарны представления о лечебной деятельности, что может отражаться в активности, инновационности субъекта, тем больше вера последнего в возможность выздоровления и меньше вероятность того, что он будет опасаться, что окружающие станут его жалеть и он станет для них обузой из-за болезни.

Фактор четкости образа, обеспечивающий более полное и точное представление о лечебной деятельности, положительно коррелирует с апатическим ($r = 0,409$ при $p \leq 0,01$), меланхолическим ($r = 0,438$ при $p \leq 0,01$) и ипохондрическим ($r = 0,355$ при $p \leq 0,05$) типами отношения к болезни. Другими словами, излишняя детализация и яркость образа профессии в сознании медицинского работника могут порождать два типа отношения к болезни: либо безразличие к исходу болезни, либо чрезмерное сосредоточение на субъективных болезненных и иных неприятных ощущениях.

Как оказалось, особенности межличностных отношений медицинского персонала отражаются и в их отношении к болезни. Так, подчиняемый тип межличностных отношений в лечебной деятельности у медработников отрицательно коррелирует с меланхо-

лическим типом отношения к болезни ($r = 0,316$ при $p \leq 0,05$). Из этого следует, что, наличие у субъекта уступчивости, неверия в свои силы, его легкая подчиняемость другим могут сопровождаться неверием в выздоровление, большим пессимизмом в отношении исхода болезни. Зависимый тип межличностных отношений отрицательно коррелирует с тревожным типом отношения к болезни ($r = -0,319$ при $p \leq 0,05$), т.е. высокая доверчивость к окружающим распространяется и на их помощь в излечении и, соответственно, снижает беспокойство по поводу эффективности лечения и в отношении неблагоприятного течения болезни.

Несколько выпадает из этого ряда взаимосвязь альтруистического типа межличностных отношений с неврастеническим типом отношения к болезни ($r = 0,404$ при $p \leq 0,01$), когда ответственное отношение к окружающим может сопровождаться вспышками раздражения при болях и при неудачах лечения.

Таким образом, для медработников характерна взаимосвязь представлений о профессии со стилем их общения с пациентами и отношением к собственному заболеванию. Вариативные и разнообразные представления субъекта о лечебной деятельности укрепляют его веру в выздоровление и уменьшают вероятность опасений, что он станет для окружающих обузой из-за болезни. Ясное, точное и яркое представление о профессии в сознании медицинского работника может порождать у него два типа отношения к болезни: безразличие к исходу болезни либо чрезмерное сосредоточение на субъективных болезненных и иных неприятных ощущениях.

Межличностные отношения медицинского персонала также отражаются

в их отношении к болезни. Уступчивость окружающим, неверие в свои силы могут сопровождаться неверием в выздоровление, большим пессимизмом в отношении исхода болезни. Доверие окружающим снижает беспокойство по поводу эффективности лечения и в отношении неблагоприятного течения болезни.

Рассмотрение корреляционных связей в матрице данных по группе пациентов обнаружило, что фактор четкости образа отрицательно взаимосвязан с паранойяльным типом отношения к болезни ($r = -0,52$ при $p \leq 0,05$). Другими словами, компетентные представления о профессии врача в сознании пациента снижают его подозрительность и настороженность в отношении лекарств и процедур, уменьшают стремление приписывать возможные осложнения или побочные действия лекарств халатности или злому умыслу врачей.

Положительная корреляция фактора оценки образа с апатическим ($r = 0,390$ при $p \leq 0,05$) и меланхолическим ($r = 0,386$ при $p \leq 0,05$) типами отношения к болезни доказывает, что наличие позитивных представлений о лечебной деятельности может сопровождаться безразличием к своей судьбе, к исходу болезни и результатам лечения, и даже неверием в выздоровление. В данном случае прослеживается тенденция ориентации пациента на процесс лечения, от которого он получает удовольствие, а не на его результат.

Проявление пациентами с дружелюбным типом межличностного взаимодействия специфического отношения к болезни заключается в отрицательной корреляции с паранойяльным ($r = -0,558$ при $p \leq 0,01$), дисфорическим ($r = -0,332$ при $p \leq 0,05$) и ипохондрическим ($r = -0,322$ при

$p \leq 0,05$) типами отношения к болезни. Это позволяет предположить, что при выраженной склонности пациентов к дружелюбию, сотрудничеству и компромиссам они будут в меньшей степени проявлять настороженность и подозрительность в отношении лекарств и процедур, вспышки озлобленности, а также чрезмерное сосредоточение на болезненных ощущениях.

Данные, полученные с помощью опросника Т. Лири у пациентов, считающих, что для врачей характерен альтруистический тип отношений, оказались положительно взаимосвязаны с апатическим ($r = 0,417$ при $p \leq 0,01$), меланхолическим ($r = 0,359$ при $p \leq 0,05$), и сенситивным ($r = 0,316$ при $p \leq 0,05$) типами отношения к болезни. Из этого вытекает, что восприятие медперсонала как бескорыстно-сострадающего, эмоционально-доброжелательного может вызывать у пациентов пассивное, даже безразличное подчинение процедурам и лечению, и даже озабоченность возможными неблагоприятными впечатлениями, которые может произвести на окружающих их болезнь, опасение стать им обузой.

Выводы

Таким образом, полученные данные позволяют проследить взаимосвязь представлений пациентов о лечебной деятельности с ожидаемым типом общения врача и их отношением к болезни. Точность и яркость образа профессии врача в сознании пациента снижает тревожность и подозрительность в отношении назначаемых лекарств и процедур. Позитивные представления о лечебной деятельности могут смещать внимание пациента с результата на процесс лечения, что проявляется в безразличии к исходу болезни и неверии в выздоровление. Представление о врачах как доброжелательных

альтруистах характерно для пациентов, стремящихся не досаждать им своими жалобами и желающих произвести хорошее впечатление, что может сопровождаться пассивно-безразличным подчинением назначаемым процедурам и лечению.

Проведенное исследование позволяет заключить, что представления о процессе лечения оказывают влияние на взаимоотношения участников данного процесса, а также отражаются на их отношении к болезни. Неадекватность или несогласованность представлений о профессии, как со стороны врачей, так и со стороны пациентов, ведут к ухудшению взаимоотношений между участниками, снижению эффективности лечебной деятельности. Снизить вероятность возникновения подобных проблем можно более подробным предварительным информированием пациентов о процессе их лечения, консультированием врачей об ожиданиях их пациентов и об особенностях стиля их общения.

Библиография

1. Дикая Л.Г. Психическая саморегуляция функционального состояния человека. М.: Ин-т психологии РАН, 2003.
2. Берн Э. Введение в психотерапию и психоанализ для непосвященных. СПб., 1992.
3. Рогов Е.И., Симченко А.Н. Влияние социальных представлений о деятельности на особенности ее реализации // Известия Южного федерального университета. Педагогические науки. 2013. № 2. С. 59–66.
4. Фуко М. История безумия в классическую эпоху. СПб.: Университетская книга, 1997; Он же. Надзирать и наказывать: Рождение тюрьмы. М.: Ad Marginem, 1999; Он же. Рождение клиники. М.: Смысл, 1998.
5. Фуко М. Рождение клиники. С. 141.
6. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология. М.: МЕДпресс-информ, 2008.
7. Тищенко П.Д., Сурнов К.Г., Болашова Е.Ю. Проблема этики в клинической психологии // Биоэтика и гуманитарная экспертиза. Проблемы геномики, психологии и виртуальности. М.: ИФ РАН, 2008. С. 141–150; Тюльпин Ю.Г. Медицинская психология. М.: Медицина, 2004.
8. Егоренков А.И. Этический аспект медико-биологической осведомленности // Непрерывная профессиональная осведомленность: теория и практика. Київ, 2005. № 1. С. 98–106; Передовые технологии и биоэтика: сб. тезисов VIII конф. Международного общества клинической биоэтики. М.: Изд-во Моск. гуманит. ун-та, 2011; Шаповалов И.А. Биомедицинская этика. М.: Медицина, 2006; Яковлевский М.Я. Медицинская этика. М.: Медицина, 2006.
9. Артемьева Е.Ю., Вяткин Ю.Г. Психосемантические методы описания профессии // Вопросы психологии. 1986. № 3. С. 128–133.
10. Ильин Е.П. Работа и личность (Трудоглизм. Перфекционизм. Лень). СПб.: Питер, 2011; Обносков В.Н. Представление о профессии как фактор профессионального самоопределения учащихся ПТУ: дис. ... канд. психол. наук. М., 1998; Пряжников Н.С., Пряжникова Е.Ю. Психология труда и человеческого достоинства. М.: Академия, 2009.
11. Носова О.П., Рогов Е.И. Трансформации личностных особенностей и политических представлений у сотрудников ОМОН в ходе участия в боевых действиях // Динамика профессиональных представлений в период общественных трансформаций / под ред. Е.И. Рогова. Ростов н/Д: СКНЦ ВШ ЮФУ, 2010. С. 135–150.
12. Рогов Е.И., Симченко А.Н. Указ. соч.
13. Донцов А.И., Белокрылова Г.М. Профессиональные представления студентов-психологов // Вопросы психологии. 1999. №2. С. 42–49; Рогов Е.И. Возможности использования представлений об объекте деятельности для прогноза обучения студента в вузе // Известия Южного федерального университета. Педагогические науки. 2009. № 9. С. 128–137; Рогов Е.И., Заплатникова М.В. Взаимосвязь представлений о профессиональной деятельности и удовлетворенности профессиональным выбором у студентов-психологов // Известия Южного федерального университета. Педагогические науки. 2011. № 8. С. 159–167.
14. Петленко В.П., Шаповалов И.А. Мудрость взаимности. Л.: Лениздат, 1989.
15. Клячкина Н.Л. Психолого-педагогические условия совершенствования системы профессионально-личностной подготовки будущих специалистов высшей медицинской школы // Известия Самарского научного центра Российской академии наук. 2010. Т. 12, № 5 (2). С. 430–433.
16. Рогов Е.И. Особенности становления профессиональных представлений психологов об объекте деятельности // Профессиональные представления: теория и реальность / под ред. Е.И. Рогова. Ростов н/Д: ИПО ПИ ЮФУ, 2010. С. 193–215.
17. Лытаев С.А., Овчинников Б.В., Дьяконов И.Ф. Основы клинической и медицинской психодиагностики. СПб.: ЭЛБИ, 2008.

Bibliography

1. *Dikaya, L.G.*, 2003. Mental Self-control of Functional Condition of a Person. Moscow: published by Institute of Psychology of the Russian Academy of Science. (rus)
2. *Bern, E.*, 1992. Introduction to Psychotherapy and Psychoanalysis for not in the Know. Saint-Petersburg. (rus)
3. *Rogov, E.I.* and *A.N. Simchenko*, 2013. Influence of Social Ideas Concerning Activity on its Realization. News-Bulletin of Southern Federal University. Pedagogical Sciences, 2: 59–66. (rus)
4. *Foucault, M.*, 1997. History of Madness in the Classical Epoch. Saint-Petersburg: published by University Book. (rus); *Foucault, M.*, 1999. To Supervise and Punish: the Birth of Prison. Moscow: published by Ad Marginem. (rus); *Foucault, M.*, 1998. The Birth of Clinic. Moscow: published by Smysl. (rus)
5. *Foucault, M.* The Birth of Clinic: 141.
6. *Mendelevich, V.D.*, 2008. Clinical and Medical Psychology. Moscow: published by MEDpress-inform. (rus)
7. *Tishchenko, P.D.*, *K.G. Surnov* and *E.Yu. Bolashova*, 2008. Problem of Ethics in Clinical Psychology. Bioethics and Humanitarian Expertize. Problems of Henomics, Psychology and Virtual Sciences. Moscow: published by Philosophy Institute of the Russian Academy of Science: 141–150. (rus); *Tyulpin, Yu.G.*, 2004. Medical Psychology. Moscow: published by Medicine. (rus)
8. *Egorenkov, A.I.*, 2005. Ethical Aspect of Medical and Biological Education. Continuous Professional Education: theory and practice. Kiev, № 1: 98–106. (ukr); High Technologies and Bioethics: Proceedings of the VIII Conference “International Society of Clinical Bioethics”. Moscow: published by Moscow Humanitarian University, 2011 (rus); *Shamov, I.A.*, 2006. Biomedical Ethics. Moscow: published by Medicine. (rus); *Yarovinsky, M.Ya.*, 2006. Medical Ethics. Moscow: published by Medicine. (rus)
9. *Artemeva, E.Yu.*, and *Yu.G. Vyatkin*, 1986. Psycho-semantic Methods of Professional Description. Questions of Psychology, 3: 128–133. (rus)
10. *Ilyin, E.P.*, 2011 Work and Person (Workaholism. Perfectionism. Laziness). Saint-Petersburg: published by Piter. (rus); *Obnosov, V.N.*, 1998. About Profession as the factor of Professional Self-determination of Technical Training College Pupils: Candidate of Psychological Sciences Thesis. (rus); *Pryazhnikov, N.S.* and *E.Yu. Pryazhnikova*, 2009. Psychology of Work and Human Dignity. Moscow: published by Academy. (rus)
11. *Nosova, O.P.*, and *E.I. Rogov*, 2010. Transformation of Personal Features and Political Ideas of Special Police Forces while Participating in Operations. E.I. Rogov (Ed.). Dynamics of Professional Ideas in Public Transformations. Rostov-on-Don: published by Northern-Caucasian Scientific Centre of Southern Federal University: 135–150. (rus)
12. *Rogov, E.I.* and *A.N. Simchenko*. Op. cit.
13. *Dontsov, A.I.* and *G.M. Belokrylova*, 1999. Professional Views of Students-Psychologists. Questions of Psychology, 2: 42–49. (rus); *Rogov, E.I.*, 2009. Opportunities of Using Views on the Object of Activity for Forecasting Education of Students in Higher School. News-Bulletin of Southern Federal University. Pedagogical Sciences, 9: 128–137. (rus); *Rogov, E.I.* and *M.V. Zaplatnikova*, 2011. Interrelation between Ideas about Professional Work and Professional Choice Satisfaction of Students-Psychologists. News-Bulletin of Southern Federal University. Pedagogical Sciences, 8: 159–167. (rus)
14. *Petlenko, V.P.* and *I.A. Shamov*, 1989. Wisdom of Reciprocity. Saint-Petersburg: published by Lenizdat. (rus)
15. *Klyachkin, N.L.*, 2010. Psychological and Pedagogical Conditions for Improving the System of Vocational Training for Future Experts of Higher Medical School. News of Samara Centre of Science of the Russian Academy of Sciences, 12 (5, part 2): 430–433. (rus)
16. *Rogov, E.I.*, 2010. Features of Development of Psychologists’ Professional Ideas about Object of Activity. E.I. Rogov (Ed.). Professional Ideas: theory and reality. Rostov-on-Don: published by Publishing and printing department of Pedagogical Institute of Southern Federal University: 193–215. (rus)
17. *Lytaev, S.A.*, *B.V. Ovchinnikov* and *I.F. Dyakonov*, 2008. Clinical and Medical Psychodiagnostics. Saint-Petersburg: published by ELBY. (rus)