

УДК 159.9:[-616-051]+[616-052]

Мазелис В.В.**РЕЗУЛЬТАТЫ
ЭМПИРИЧЕСКОГО
ИССЛЕДОВАНИЯ
СТРУКТУРЫ И
СОДЕРЖАНИЯ
ПРЕДСТАВЛЕНИЙ О СЕБЕ
И ДРУГИХ В СИСТЕМЕ
ОТНОШЕНИЙ «ВРАЧ –
БОЛЬНОЙ» НА ОСНОВЕ
ПСИХОСЕМАНТИЧЕСКОГО
ПОДХОДА**

Ключевые слова: система «врач – больной», психосемантический подход, диагностические методики, репертуарный тест ролевых конструктов, ранговые решетки, личностные конструкты, факторы установления взаимоотношений.

Проблема взаимоотношений между врачом и больным относится к важному направлению исследований психологических детерминант эффективности профессиональной деятельности врача. Современные исследователи (М.И. Барсукова, Б.Б. Вознесенский, Л.Х. Гоца, А.В. Демина, И.Я. Завилянский, Б.Д. Карвасарский, Т.В. Константинова, Э.Г. Костюнина, М.С. Лебединский, В.Ф. Матвеев, В.Д. Менделевич, А.М. Мясоедов, В.А. Ташлыков, Б.А. Ясько и др.) включают показатели измерения межличностных отношений в контекст различных аспектов психологических проблем взаимодействия с больным.

Особую значимость приобретают исследования, методологическую базу которых составляют современные подходы (психометрический, проектный, психосемантический и др.) к изучению проблемы установления терапевтического контакта между врачом и больным. Предмет психосемантического анализа – коннотативные значения, представляющие собой эмоциональную сторону, эмоциональный заряд субъективных образов объектов, явлений или их символов. Психосемантическое исследование позволяет раскрыть смыслы в том случае, если ученый обращается к онтологическому плану анализа и учитывает место изучаемых объектов в системе жизненных отношений испытуемых.

В связи с этим становится актуальным изучение индивидуальных особенностей социальной перцепции на основе такой характеристики, как идентификация себя с другими людьми (приятными/неприятными). Идентификации отводится ведущее место в процессе становления и самоопределения личности в теориях зарубежных авторов (А. Маслоу, Дж. Келли, Э. Эриксон).

Анализ ряда вопросов взаимоотношений в системе «врач – больной», включая процессы социальной перцепции, ограничивается теоретическими аспектами, и существует необходимость дальнейшего эмпирического изучения проблемы. В частности, возникает проблема изучения структуры и содержания представлений современного врача о больном как важного установочного механизма терапевтического контакта врача с больным. Решение проблемы будет способствовать повышению качества медицинских услуг и профессиональной успешности врача.

Объект данного исследования – межличностные отношения в системе «врач – больной». Предмет исследования – структура и содержание представлений о взаимоотношениях в системе «врач – больной». Цель исследования – раскрыть структуру и содержание представлений о взаимоотношениях в системе «врач – больной».

Задачи исследования:

1. Разработать пакет диагностических методик для исследования особенностей структуры и содержания представлений о взаимоотношениях в системе «врач – больной».

2. Провести анализ полученных результатов. Выделить особенности представлений о взаимоотношениях в системе «врач – больной».

В исследовании использовались теоретические методы (анализ психологических исследований); диагностические (опрос, анкетирование); эмпирические (психосемантический анализ данных, психологический эксперимент); методы математической статистики (описательная статистика; корреляционный анализ).

Решение первой задачи осуществлено на основе выбора методологического подхода в исследовании – психо-

семантического. Психосемантический метод – сравнительно новый метод в российской психологии, представленный в начале 1970-х гг. работами психологов Е.Ю. Артемьевой, Дж. Келли, О.В. Митиной, В.Ф. Петренко, В.И. Похилько, В.П. Серкина, А.Г. Шмелева. В задачу психосемантики входит реконструкция индивидуальной системы значений, через призму которой происходит восприятие субъектом мира, других людей, себя [3].

В логике психосемантического подхода были подобраны две диагностические методики: репертуарный тест ролевых конструктов Дж. Келли и ранговые решетки (Д. Баннистер, Ф. Салмон). Методики не взаимозаменяемы. Различные типы решеток нельзя считать идентичными. Дж. Келли разработал процедуру определения величины идентификации себя с другими людьми, основанную на сопоставлении оценок, даваемых себе и другим людям. Насколько человек способен и готов видеть сходство между собой и окружающими, настолько легко ему удается устанавливать взаимоотношения [6]. Ранговые решетки позволяют снять проблему несимметричности конструкта, и многие исследователи, особенно в европейских странах, считают этот метод одним из лучших. Его особенностью является разнообразие возможных процедур статистической обработки [1].

Поскольку методики использовались в специфической системе отношений «врач – больной», то они были нами модифицированы. В предложенном варианте методик биполярность конструктов позволила получить матрицу взаимоотношений, обеспечивающую проведение различных процедур латентного анализа.

Кратко охарактеризуем каждую из методик. Репертуарные решетки пред-

ставляют собой индивидуально ориентированный подход к субъективному шкалированию и дают возможность реконструировать индивидуальную систему смысловых значений, а также воссоздать целостные системы представлений человека о самом себе, о других и о взаимоотношениях. Данная методика отличается от стандартизированных психометрических методик тем, что в ней присутствуют не заданные извне, а собственные, «вызванные» у самого испытуемого конструкты, которые используются в качестве инструмента анализа индивидуальной структуры личности человека.

Техника репертуарных решеток связана с именем Дж. Келли и созданной им теорией личностных конструктов [1]. Теория Дж. Келли базируется на представлениях о том, что каждый человек является исследователем и люди стремятся найти смысл событий и явлений в окружающем мире, в самих себе, в которые они оказываются вовлеченными реальной жизнью. Конструкт можно определить как особое субъективное средство, порождаемое самим человеком и валидизируемое на собственном опыте, с помощью которого он выделяет, оценивает и прогнозирует события, организует свое поведение, реконструирует систему взаимоотношений с другими людьми [1].

Эмпирическое исследование было проведено в три этапа. На первом этапе была проведена модификация методик и процедуры опроса респондентов. На втором этапе был проведен анализ и интерпретация полученных эмпирическим путем данных. На третьем этапе проводилась их математическая обработка. Общее число респондентов, участвовавших в эмпирическом исследовании, составило 227 человек в возрасте от 15 до

70 лет, из них 95 врачей и 132 больных (49 мужчин и 178 женщин). Процедура проведения исследования посредством использования двух методик была одинаковой: были проведены пилотажные исследования экспертной группой (50 врачей и 70 больных).

Решение второй задачи осуществлено на основе анализа полученных результатов эмпирического исследования.

Методика 1. Для составления системы конструктов был составлен ролевой список представлений о себе, друг о друге, о взаимоотношениях врача и больного по принципу отношений «приятен/неприятен»; «вызывает уважение / не вызывает уважения» и др. В ролевой список репертуарного теста были включены следующие элементы:

- свое имя;
- приятельница, приятель;
- врач/человек, с которым вы конфликтуете;
- врач/человек, который вызывает ваше уважение;
- больной/врач, который вам неприятен;
- больной/врач, по отношению к которому вы испытываете чувство жалости или которому хотелось бы помочь;
- больной/врач, который вам приятен;
- больной/врач, который вызывает уважение;
- больной/врач, который не прислушивается к вашим рекомендациям / не считается с вашим мнением;
- больной/врач, агрессивно настроенный.

После предъявления испытуемому ролевого списка в качестве стимульного материала он заполняет репертуарную решетку, используя метод триад.

Анализ вызванных конструктов осуществлялся программным обеспе-

чением на основе корреляционного и факторного анализа. Для установления количественных связей между психологическими характеристиками в репертуарном тесте и ранговой решетке была использована авторская программа с применением математических методов.

В ходе анализа выявлялась структура смысловых параметров, лежащих в основе восприятия конкретным человеком себя, других людей и отношений. Было выделено 4086 личностных конструктов, на основании которых определено содержание категориального пространства, отражающего имплицитные представления врачей и больных (табл. 1).

Таблица 1

Сравнительная таблица имплицитных представлений врачей и больных

№	Содержание личностных конструктов врачей и больных	Процентное соотношение	
		врачи	больные
1	Доброта	80,9	62,5
2	Профессионализм	66,3	72,1
3	Агрессивность	60,7	50,9
4	Общительность	47,2	45,2
5	Порядочность	32,6	23,1
6	Энергичность, активность	29,2	36,5
7	Приятные в общении	26,9	30,7
8	Умение слушать	24,7	29,8
9	Сопереживание	23,6	32,7
10	Трудолюбие	22,5	32,7
11	Отзывчивость	21,3	15,4
12	Умение строить взаимоотношения	19,1	25,0
13	Ответственность	14,6	24,0
14	Уверенность	13,5	14,4
15	Справедливость	6,7	17,3
16	Доверие	3,4	1,9

Из данных таблицы следует, что наибольший удельный вес в общем массиве конструктов для врачей занимает качество «доброта» (80,9%), для больных – «профессионализм»

(72,1%). Наименьший процент у показателя «доверие»: 3,4% – у врачей и 1,9% – у больных.

На основании содержания личностных конструктов врачей и больных были выделены две актуальные модели представлений о взаимоотношениях в системе «врач – больной». Содержание модели представлений врача о больном раскрывается посредством следующих качественных характеристик: добрый, профессионал, агрессивный, общительный, порядочный, активный, приятный в общении. Содержание модели представлений больного о враче раскрывается в другом ряде характеристик: профессионал, добрый, агрессивный, общительный, активный, сопереживает, отзывчивый.

В ходе проведенного психосемантического и корреляционного анализа были сформулированы следующие выводы:

1. Представления о взаимоотношениях в системе «врач – больной» устанавливаются через величину идентификации себя с другими лицами из ролевого списка. Величина идентификации для врачей и больных различается и находится в зависимости от отношения респондентов. Между врачом и больным нет единой установки на совместные межличностные отношения с целью достижения терапевтического эффекта.

2. Амбивалентность по идентификации показывает, способен ли испытуемый построить взаимоотношения независимо от личностного отношения или он строит взаимоотношения только с теми, кого считает приятными. Восприятие у врачей и больных сильно поляризовано, и установление взаимоотношений удается только с теми, кто приятен. Данный показатель для врачей составляет 78,6%, для больных – 70,1%. Кроме того, обнаружена

парадоксальная амбивалентность, когда испытуемый идентифицирует себя только с теми, кто ему нравится (возможен внутренний кризис). У врачей данный показатель равен 2,2%, у больных – 6,5%.

3. Корреляционный анализ позволил определить значимые связи между конструктами как важной характеристикой установления взаимоотношений. Значимая связь у больных с врачом, который вызывает уважение и который приятен (21,5%). Для врача значимым является больной, который вызывает уважение (30,3%).

Методика 2. По результатам анкетирования была составлена матрица ранговой решетки, в составе которой выделено 7 элементов и 6 конструктов.

Обработка матрицы проводилась с помощью метода ранговой корреляции [4]. Полученный коэффициент ранговой корреляции Спирмена рассматривается как глобальный показатель, влияющий и помогающий в установлении данных взаимоотношений, определяющий модель категориальной структуры индивидуального сознания врачей и больных.

Анализ результатов по ранговой решетке показал, что легче всего устанавливает взаимоотношения врач с больным медработником (28,9%), а больной – с врачом на приеме (33,9%). С трудом устанавливает взаимоотношения врач с больным из малоимущей семьи (25,5%), который более всего нуждается в помощи и поддержке.

Больному труднее всего устанавливать взаимоотношения с врачом пожилого возраста (26,1%). Практика показывает преобладание данной возрастной категории врачей в медицинских учреждениях. Не совпадают показатели, влияющие на установление взаимоотношений в данной системе.

В результате эмпирического исследования представлений о взаимоотношениях были выделены ситуации, в которых легко устанавливаются отношения в системе «врач – больной» (табл. 2).

Из данных табл. 2 следует, что наибольшее число баллов у конструктов «предупреждаю» (25,5%) – для врача; «жалуюсь» – для больного (25,9%).

На основании выделенных ситуаций также были определены две актуальные модели категориальной структуры индивидуального сознания врачей и больных. Согласно первой модели, врач легко устанавливает взаимоотношения с больным в ситуациях, когда он предупреждает, советует и успокаивает. Согласно второй модели больной легко устанавливает взаимоотношения с врачом в ситуациях, когда он жалуется, просит и настаивает.

В целях выявления степени согласованности изменений двух признаков (структуры и содержания представлений) применен метод ранговой корреляции. Корреляционный анализ показал, что имеется взаимосвязь между структурой и содержанием представлений о взаимоотношениях в системе

Таблица 2

Ситуации для «легкого» установления взаимоотношений между врачом и больным

Ситуация для врачей	Процентное соотношение	Ситуация для больных	Процентное соотношение
Убеждают	20,0	Рассказывают	18,5
Успокаивают	23,3	Жалуются	25,9
Советуют	24,4	Благодарят	11,1
Предупреждают	25,5	Просят	24,1
Настаивают	13,3	Настаивают	20,4

«врач – больной». Согласно общей классификации корреляционных связей имеется средняя корреляция при $0,50 < r < 0,69$ [4, с. 204].

В ходе проведенного психосемантического и корреляционного анализа по второй методике были выявлены следующие показатели (факторы), влияющие на установление взаимоотношений:

1. Фактор сходства. Для больного «хороший» врач тот, кто вызывает уважение, для врача «хороший» больной – это тот, кто приятен. Обнаружены несовпадения по сходству у больного и врача.

2. Фактор различия. Для больного «плохой» врач – агрессивно настроенный врач, для врача «плохой» больной – агрессивно настроенный больной. Обнаружены совпадения по различиям в данной системе.

3. Полной противоположностью, «теневой фигурой» для больного является врач, агрессивно настроенный. Отношение к такому человеку сложное, преобладает оттенок негативного отношения. Полная противоположность для врача – больной, агрессивно настроенный. Наблюдаются совпадения по данному фактору.

В результате проведенного исследования разработана и экспериментально обоснована методика оценки представлений о взаимоотношениях, основанная на изучении ценностно-смысловых конструктов:

1. Модифицирован ролевой список путем анкетирования врачей и больных, позволивший сконцентрировать вызванные глубинные конструкты представлений о взаимоотношениях (для репертуарного теста), элементы и конструкты для ранговой решетки.

2. Проведена диагностика индивидуальных особенностей социальной перцепции и определена идентифика-

ция (сходство и различие), основанная на сопоставлении оценок, которые даются себе и другим людям.

3. Установлена амбивалентность по идентификации, показывающая степень расхождения между оценкой приятных и неприятных людей и восприятие окружающих.

4. Определен показатель, влияющий на установление взаимоотношений врача и больного, т.е. с кем легко, а с кем труднее устанавливать взаимоотношения.

5. Выявлены факторы, влияющие на установление взаимоотношений врача и больного.

6. Определены структура, содержание представлений в системе «врач – больной» и их взаимосвязь.

7. Выявлена необходимость привести в соответствие теоретическую составляющую исследования его эмпирическим результатам.

Научная новизна исследования состоит в том, что модифицирован комплекс методик для диагностики взаимоотношений врача и больного. Внедрение разработанной методики позволит выявлять структуру и содержание представлений, их взаимосвязь, несоответствия в представлениях врача и больного в целях улучшения взаимоотношений как практикующих, так и будущих специалистов.

Теоретико-практическая значимость данного исследования заключается в следующем:

1. Определена система представлений о взаимоотношениях врача и больного.

2. Обоснованы совпадения и различия в личностных конструктах, категориях, показателях, влияющих на установление взаимоотношений в данной системе.

3. Разработана динамическая модель представлений о себе, друг о

друге, о взаимоотношениях врача и больного, помогающая в установлении взаимоотношений.

4. Компьютеризация основных процедур методики способствует ее практическому использованию в медицинских учреждениях.

Литература

1. *Келли Дж.* Теория личности. Психология личных конструктов. СПб.: Речь, 2000.
2. *Латынов В.В.* Стили речевого коммуникативного поведения // Психологический журнал. 1995. Т. 16, № 6.
3. *Петренко В.Ф.* Основы психосемантики. Смоленск, 1997.
4. *Сидоренко Е.В.* Методы математической обработки в психологии. СПб.: Речь, 2002.
5. *Франселла Ф., Баннистер Д.* Новый метод исследования личности. М.: Прогресс, 1987.
6. *Шкуратова И.П.* Руководство по применению репертуарного теста Дж. Келли для диагностики межличностных отношений: пособие по спецкурсу. Ростов н/Д: РГУ, 1998.