

Абрамов В.А.¹, Жигулина И.В.², Абрамов В.А.¹, Грачев Р.А.³

ОСОБЕННОСТИ ЭМПАТИЧЕСКИХ КОММУНИКАЦИЙ, РАЦИОНАЛИЗАЦИИ СУБЪЕКТИВНЫХ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ И ТОЛЕРАНТНОГО ОТНОШЕНИЯ К БОЛЬНЫМ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

¹Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, ²Республиканская клиническая психиатрическая больница, ³Донецкое областное клиническое территориальное медицинское объединение

Ключевые слова: эмпатия, рационализация, толерантность, психические расстройства

Эмпатия – один из возможных механизмов формирования общественного мнения о больных с психическими расстройствами. Он отражает невербализуемый скрытый коммуникативный процесс, чаще всего проявляющийся в форме сопереживания. Сопереживая, человек испытывает эмоции, идентичные наблюдаемым у другого человека. Эмоциональная отзывчивость (эмоциональный отклик) на переживания другого – это разновидность нравственных эмоций. Если сопереживания – это переживания субъектом тех или иных эмоциональных состояний, которые испытывает другой человек, через отождествление с ним, то сочувствие – это переживание собственных эмоций по поводу чувств другого. В отличие от сочувствия и симпатий, сопереживание к кому-либо невозможно, если не разделяются его ценности.

В литературе не существует единства во взглядах на структуру эмпатии. Первоначально данное понятие рассматривалось в рамках эмоциональной концепции (эмоциональный отклик на переживания другого человека в форме сопереживания или сочувствия). Позднее эмпатия стала рассматриваться как аффективно-когнитивное явление, которое характеризуется как опосредованный эмоциональный ответ на переживания другого человека, сопряженный с отражением его внутренних состояний (мыслей, чувств). Наиболее перспективным стало «интегративное направление» исследований, в котором эмпатия изучается как сложное психологическое явление. Однако, среди работ, относящихся к данному направлению, в которых бы рассматривались не только качественные характеристики эмпатии (эмоциональная, когнитивная, предиктивная и действенная эмпатия), но и ее содержательные особенности (эмпатическая направленность) практических исследований немного [1,2].

Эмпатия подразумевает принятие роли и понимание чувств, мыслей и установок другого человека

[3]. В контексте широкого определения эмпатии, различные теоретики и исследователи определяли этот термин совершенно по разному, подчеркивая в нем различные аспекты или смысловые значения [4].

Эмпатия – постижение эмоционального состояния другого человека сопереживанием. В понятии «эмпатия» обобщены близкие по содержанию идеи о симпатии и положения концепции вчувствования. Эмпатия может быть эмоциональной, интеллектуальной (когнитивной) и предикативной (предсказывающей переживания другого человека, его аффективные реакции в конкретных ситуациях). Различают также особые формы эмпатии – сопереживание и сочувствие. Сопереживание – переживание эмоционального состояния другого на основе отождествления с ним; сочувствие – переживание по поводу чувств другого [5,8].

Быть в состоянии эмпатии означает воспринимать внутренний мир другого точно, с сохранением эмоциональных и смысловых оттенков [8], поэтому этот феномен следует воспринимать ни как сочувствие или переживание, а как вчувствование [7], соучастие в эмоциях другого, разделение их [8] или как эмпатийное взаимодействие, использующее так не функциональные механизмы как идентификация, понимание и рефлексия [9,10].

По мнению ряда исследователей, эмпатия рассматривается как коммуникативный навык и как одна из составляющих просоциального, противоположного асоциальному, поведения, ориентированного на благо другого человека или социальных групп [1]. Для понимания особенностей просоциального поведения важна, скорее, не эмпатия как личностное свойство, а эмпатийная (эмпатическая) установка. Эмпатическая установка определяется как ориентированная на другого ответная реакция, возникающая вследствие воспринимаемого субъектом страдания, переживаемым другим индивидом, и соответствующая

субъективной оценке этого страдания. Она возникает, когда субъект ставит себя на место другого человека, занимает его позицию и требует субъективной оценки благополучия другого [12].

Эмпатия по отношению к лицам с психическими расстройствами – это осознание и понимание специфических особенностей их переживаний. Этот многогранный процесс «вхождения» в личностный мир другого человека предполагает повышенную чувствительность к переживаниям другого и возможность эмпатической коммуникации. Высокий уровень эмпатии спо-

собствует формированию позитивного образа психически больного человека, а низкий уровень сопереживания не позволяет понять пациента, почувствовать то, что он чувствует и сформировать его позитивный образ в социуме.

Целью настоящего исследования была сравнительная оценка особенностей эмпатических коммуникаций, рационализации субъективных представлений и толерантного отношения к больным с психическими расстройствами у врачей (в т.ч. врачей-психиатров) и представителей немедицинских специальностей.

Материал и методы исследования

Для оценки эмпатических коммуникаций и толерантного отношения к больным использовался специально разработанный опросник, включавший 80 утверждений, адресованных к различным сторонам и механизмам коммуникативного процесса, обеспечивающего взаимодействие здоровых людей с психически больными. Проблемная ситуация, относительно которой высказывалось общественное мнение, была представлена различными составляющими обобщенного образа человека с психическими расстройствами. В качестве коллективного субъекта оценочных суждений (общественного мнения) выступала группа респондентов в количестве 400 человек, представленных как группа в целом (ГРЦ) и три подгруппы:

- врачи психиатры (ВП) – 60 чел.,
- врачи других специальностей (ВДС) – 90 чел.,
- представители немедицинских специальностей (ПНМС) – 250 чел.

Таким образом, результаты опроса позволяли провести анализ коллективных суждений (утверждений) у контингента людей, постоянно, на профессиональном уровне контактирующих с психически больными, у медицинских работников, не имеющих отношения к различным видам психиатрического вмешательства и в референтной группе, являющейся профессионально независимым источником формирования общественного мнения о людях с психическими расстройствами.

При конструировании опросника учитывалось, что практически каждый феномен человеческого взаимодействия имеет коммуникативную природу и может быть рассмотрен и описан в категориях социальной коммуникации. Следовательно, и общественное мнение имеет коммуникативную природу, а способом его существования (одобрения или неодобрения образа человека с психическим расстройством) является социальная коммуникация.

Результаты исследования и их обсуждение

Распределение респондентов по частоте возможного использования ими механизмов эмпатии по отношению к психически больным людям приведено в таблице 1.

Несмотря на то, что у большинства респондентов (73,0%) психически больные вызывают жалость и сочувствие, 74,0% считают, что отношение к ним должно быть доброжелательным, а психические расстройства рассматриваться как фактор, приносящий страдание (72,0%), большая часть респондентов дистанцируется от них, в том числе при позиционировании их в роли союза (90,0%), коллеги по работе (80,0%) или члена компании друзей (94,0%). Отмечая, что нередко психически больные умные и интересные люди, многие опрошенные (47,0%) считают

их опасными для окружающих и возможно, по этой причине отказываются от каких-либо форм их социальной поддержки (74,0%). При этом существенных различий такого отношения к психически больным в опрошенных группах людей выявлено не было. Это свидетельствует об отсутствии у большинства респондентов эмпатического понимания проблем пациентов, эмоционального резонанса (сопереживания), а также потенциальной настроенности на эмпатически насыщенные коммуникации.

В данном контексте жалость, которую испытывает 73,0% опрошенных по отношению к страданиям пациентов, по-видимому, несет эгоцентрический оттенок, обусловленный реакцией страха (жалею, потому что сам не хотел бы оказаться в

такой ситуации). Чувство жалости здесь можно рассматривать скорее не как «нравственное чувство» (сострадание), а как снисходительность более благополучного человека к менее благополуч-

ному. Именно этим можно объяснить большой удельный вес респондентов (80-94%), дистанцирующихся от этой категории больных, и низкий уровень побуждений к помощи и поддержке (26%).

Таблица 1

Распределение респондентов по критерию эмпатии в отношении больных с психическими расстройствами

Суждения (утверждения)	ГРЦ	ВП	ВДС	ПНМС
У меня психически больные вызывают в основном жалость и сочувствие	73,0	73,0	73,0	73,0
Психически больной — это просто человек в трудных жизненных обстоятельствах, которому нужно помочь	26,0	20,0	41,0	18,0
Я бы согласился, чтобы человек с психическим расстройством входил в компанию моих друзей	6,0	6,0	9,0	4,0
Я бы согласился, чтобы моим соседом по лестничной клетке был человек с психическим расстройством	10,0	13,0	9,0	9,0
Психические заболевания вызывают страдания пациентов	72,0	80,0	68,0	68,0
Психически больные часто умные, интересные люди	55,0	66,0	77,00	23,0
Большинство психически больных не опасны	47,0	60,0	54,0	27,0
Я бы согласился, чтобы психически больной человек был моим коллегой по работе	20,0	20,0	18,0	23,0
Обидеть душевнобольного грешно, отношение к ним должно быть доброжелательным	74,0	80,0	100,0	41,0

Механизм рационализации субъективных представлений о психически больных рассматривался нами или как рассудочное отношение (объяснение), маскирующее подменные мотивы мышления и поведения человека, или как сознательная деятельность, основанная на активизации мыслительной деятельности в контексте целесообразности и здравого смысла (интеллектуализации). В первом случае речь идет о рациональном объяснении иррациональных (девиантных) проявлений с целью более приемлемых объяснений собственного поведения, обеспечения состояния внутреннего комфорта, связанного с желанием сохранить чувство собственного достоинства и самоуважения, предотвращения переживаний вины и стыда. Во втором случае рациональное отношение к психически больным и их проблемам выражалось в открытости и независимости позиции респондентов с возможностью альтернативных подходов, но без выделения специальной когорты людей, обладающих общими негативными характеристиками; в рациональности мышлений, мнений, решений, их независимости от эмоциональных толкований; в позитивном отношении к людям и настрою на взаимопонимание с ними.

В таблице 2 представлено распределение респондентов сравниваемых групп по критерию предпочтительного использования механизмов

рационализации субъективных представлений о психически больных людях.

Анализируя полученные данные, мы исходили из того, что показатели каждой группы отражают удельный вес респондентов, позитивно (рационально) оценивающих те или иные утверждения. Респонденты, не выявившие такого отношения, рассматривались как имеющие противоположное, а, следовательно, иррациональное мнение.

Представленные варианты рациональных утверждений за истину (как рациональные) принимают далеко не все респонденты: по некоторым утверждениям их количество не превышает 20-32%. Значительная часть опрошенных (от 31 до 80% по отдельным позициям) придерживается иррациональных, а, следовательно, негативных взглядов по отношению к психически больным.

Одним из важных результатов проведенного исследования явились амбивалентные самоидентификации респондентов в виде сочетания иррациональных и рациональных убеждений. Так, 31,0% опрошенных считает, что «показывать свою неприязнь к психически больному — это проявление низкой культуры» (рациональное отношение) и в то же время 80,0% респондентов имеют предубеждения и негативные установки по отношению к этому контингенту больных (ир-

рациональные убеждения). 56,0% испытуемых воспринимают поведение психически больных «как нечто из ряда вон выходящее» (иррациональное утверждение), а 68,0% респондентов согласны с утверждением «уважая себя, я не буду демонстрировать негативного к ним отношения» (рациональное утверждение). Формирование и сосуществование таких взглядов, по-видимому, происходит под влиянием различных

факторов (научные данные, стереотипы, предубеждения), которые являются основанием для возникновения в обществе противоречивых представлений о лицах с психическими расстройствами. Как правило, такие разнонаправленные представления не вызывают когнитивного диссонанса, если они не сопровождаются появлением негативных эмоций или состояний дискомфорта.

Таблица 2

Распределение групп респондентов по критерию предпочтительного использования механизмов рационализации субъективных представлений о психически больных

Суждения (утверждения)	ГРЦ	ВП	ВДС	ПНМС
Обычно я не пытаюсь обнародовать свои негативные мысли о психически больных	69,0	79,0	44,0	84,0
Я не воспринимаю поведение психически больных как нечто из ряда вон выходящее	44,0	81,0	34,0	16,0
Психически больные люди не должны быть для окружающих источником негативных переживаний	53,0	75,0	42,0	49,0
Я не стал бы открыто враждебно относиться к человеку по причине его психической болезни	65,0	80,0	54,0	62,0
Я попытаюсь скрыть ощущение некомфортности при общении с психически больным	66,0	84,0	49,0	66,0
Уважая себя, я не буду демонстрировать негативного к ним отношения	68,0	90,0	64,0	52,0
Показывать свою неприязнь к психически больному – проявление низкой культуры	69,0	94,0	72,0	43,0
Не думаю, что психически больных следует выделять в какую-то особую группу	32,0	44,0	31,0	22,0
Негативные характеристики могут встречаться как у больных, так и у здоровых	69,0	86,0	57,0	65,0
С психически больными возможно наладить взаимопонимание	51,0	71,0	51,0	32,0
Я имею собственные мысли о больных с психическими расстройствами	28,0	44,0	24,0	17,0
Я свободен от предубеждений и негатива в отношении психически больных	20,0	31,0	22,0	8,0
Не следует считать человека неполноценным только из-за того, что он психически болен	42,0	63,0	36,0	27,0
Нельзя ко всем психически больным людям относиться одинаково	60,0	84,0	66,0	31,0

Существенные различия в механизмах рационализации – иррационализации установлены в подгруппах врачей-психиатров и представителей немедицинских специальностей. Группу врачей-психиатров характеризовал наиболее высокий уровень рационализации субъективных представлений о психически больных людях. Практически по всем изучавшимся убеждениям удельный вес позитивных (рациональных) реакций был достоверно выше ($p < 0,05$), чем у представителей немедицинских профессий. Это в равной мере относится и к однозначно понимаемым рационально необходимым убеждениям (например: «негативные характеристики могут встречаться как у больных, так и у здоровых», «не следует считать человека неполноценным,

только из-за того, что он психически болен» и др.), и к рационально допустимым убеждениям, которые могут восприниматься людьми или как рациональные, или как иррациональные («не думаю, что психически больных следует выделять в какую-то особую группу», «с психически больными возможно наладить взаимопонимание»). Эта группа респондентов в наибольшей мере стремится к рационализации своих мыслей, даже если они иррациональны или связаны с предубеждениями. При этом они, ограждая себя от деструктивных импульсов извне, а, следовательно, от травмирующих переживаний и дискомфорта, пытаются сохранить чувство собственного достоинства, соответствие образу идеального «Я». Такое уклонение от стереотипных пред-

ставлений о психически больных в работе врачей-психиатров, по-видимому, играет защитную роль, придавая им уверенность в себе и способность сохранить статус-кво жизненной ситуации пациента.

В популяции людей, мало информированных о психиатрических проблемах (ПНМС), преобладают иррациональные суждения ($p < 0,05$), нормативный смысл которых в основном сводится не только к негативному выделению этой группы пациентов, но и к их осуждению. Поскольку иррациональные убеждения существуют не сами по себе, а в качестве признаков определенных действий, то, по-видимому, именно такие идентификации больных на уровне общественного мнения являются предпосылкой для их стигматизации и дискриминации.

Таким образом, лица, профессионально связанные с оказанием психиатрической помощи, в отличие от всех остальных респондентов, в большей мере характеризуются склонностью к сознательному или бессознательному подавлению или отрицанию собственных негативных стереотипных комплексов. Большая часть из них отличается рефлексивностью позиции, не рассматривающей принадлежность к стигматизированной группе в качестве фактора, определяющего коммуникативное поведение.

Толерантность – это абсолютная нечувствительность или существенное уменьшение остроты реагирования на какой-либо социальный раздражитель как результат падения его значимости для субъекта [13-15], сознательное подавление чувства неприятия поведения и убеждений, которые отличаются от собственных. В таком контексте толерантное отношение к людям с психическими расстройствами, в том числе инвалидам, можно рассматривать как внимание к их личности, где явные нарушения не являются основным фактором, по которому осуществляется оценка человека, а воспринимаются как его индивидуальное обличие, которое не уменьшает значение личности и не перекрывает собой ее позитивные черты, способности и актуальные возможности. Именно психическое расстройство и/или инвалидность являются теми социальными раздражителями, которые требуют снижения остроты реагирования. Толерантность при этом характеризуется добропорядочным, терпимым, сдержанным отношением к индивидуальным и групповым отличиям, способностью без агрессии воспринимать мысли, поведение, формы самовыражения и способ жизни другого человека, которые отличаются от собственных.

Анализ данных проведенного исследования

позволил выделить ряд форм и механизмов толерантного отношения различных слоев общества к больным с психическими расстройствами, при этом рассматривая толерантность как внутреннюю позицию личности. Эти формы объединяет стремление преодолеть негативные стереотипные представления и предубеждения в отношении психически больных, используя при этом разнообразные, иногда конкурирующие психологические механизмы. Их можно рассматривать и как своеобразные копинг-стратегии, направленные на смягчение напряженности в стандартной ситуации контакта с объектом предубежденности, и как средство достижения адекватного восприятия «другого». Взаимодействуя, эти механизмы обеспечивают суммарный эффект – дезактуализацию предубежденно-негативного отношения к пациентам.

Данные о распространенности различных форм и механизмов толерантного отношения к психически больным в обществе представлены в таблице 3.

Конструктивная толерантность – предусматривает осознание и принятие своего негативного отношения к «неполноценным» людям и поиск путей нахождения с ними общего языка, формирования взаимодействия, расширения собственных представлений для изменения своего отношения или поиск способов торможения негативных импульсов. Можно, в частности, испытывать неприязнь к пациенту, но вступать с ним в рациональные отношения во благо гуманистических целей или личной выгоды (стремления к самоактуализации).

Элементы конструктивной толерантности использовали 51% респондентов группы ГРЦ, 71% – группы ВП, 68% – группы ВДС и 32% – группы ПНМС.

Толерантность идентичности – отношение к психически больному – основывается на выявлении общих с ним признаков. При этом акцент делается не на наличие расстройств, а на иных индивидуальных особенностях. Фиксация внимания на личностных и характерологических проявлениях способствует возникновению симпатии к человеку с особыми потребностями, восприятию его через призму идентичности, понимания проблем и интересов пациентов, ориентации на относительную совместимость глобальных целей, включая право на нормальную жизнь.

Механизм толерантности идентичности использовали респонденты различных групп, в частности: ГРЦ – 52%, ВП – 69%, ВДС – 58%, ПНМС – 35%.

Распространенность толерантного отношения к психически больным в обществе (%)

Суждения (утверждения)	ГРЦ	ВП	ВДС	ПНМС
<u>Конструктивная толерантность</u> : представления о психически больных во многом устарело и связано с предрассудками	50,0	73,0	59,0	18,0
Несмотря на то, что психически больные – это люди с неординарными взглядами, не укладывающимися в обыденную форму, с ними можно найти общий язык	46,0	60,0	45,0	32,0
С психически больными людьми часто трудно общаться, однако делать это необходимо	75,0	80,0	100,0	45,0
<u>Толерантность идентичности</u> : несмотря на психические отклонения, психически больные во многом такие же, как и все остальные люди	64,0	93,0	64,0	45,0
Психические заболевания ничем не отличаются от других болезней	35,0	33,0	45,0	27,0
Психически больной человек- прежде всего человек	58,0	80,0	64,0	32,0
<u>Конформная толерантность</u> : от психической болезни не застрахован никто	100,0	100,0	100,0	100,0
Внимательное отношение к психически больным – показатель здоровья общества	73,0	93,0	77,0	50,0
<u>Толерантность как система установок</u> : грань между нормой и психической патологией очень условна	58,0	60,0	54,0	59,0
Психически больные – социально полноценные люди	70,0	63,0	50,0	41,0
Мое отношение к психически больным нейтральное – без симпатии и антипатии	63,0	80,0	59,0	50,0
Человеческие качества психически больного не определяются его заболеванием	50,0	73,0	68,0	41,0
<u>Толерантность как черта характера</u> : важнее то, каков сам человек, чем то, какой у него диагноз	45,0	66,0	27,0	41,0
Людей с психическим заболеванием нужно различать по их человеческим качествам	93,0	93,0	87,0	100,0
<u>Проблемная толерантность</u> : психически больной вызывает неприязнь и раздражение, однако приходится их терпеть	11,0	6,0	-	4,0
Представления о тяжести психических расстройств часто преувеличены	45,0	26,0	64,0	45,0

Конформная толерантность – внешнее проявление терпимого отношения, поскольку иное отношение считается социально неприемлемым. Следует отметить, что в связи с отсутствием внутренней диспозиции, объясняющей такую терпимость, она является ситуативной, поверхностной и исчезает при попадании человека в группу, в которой негативное отношение к психически больному считается нормой. В таких случаях человек перестает сдерживать себя и строит свое взаимодействие с пациентом в соответствии с негативными стереотипами, преобладающими в его сознании. Конформная толерантность является наиболее часто встречающейся формой, как в отдельных группах респондентов, так и в группе опрошенных в целом: ГРЦ – 86%, ВП – 96%, ВДС – 88%, ПНМС – 75%.

Толерантность как система установок – рассматривается как совокупность позитивных или нейтральных представлений о людях с психическими расстройствами, которые обуславливают их принятие или терпимое отношение. Это определяется наличием позитивных стереотипов и признанием принципа равенства всех людей, независимо от их индивидуальных особенностей. Признается право людей быть такими, какие они есть, их право думать так, как они думают. Даже деструктивное поведение больных рассматривается как беда, а не вина человека.

Механизм толерантности как системы установок оказался менее характерным, чем наиболее распространенный механизм конформной толерантности ($p < 0,05$) и наблюдался у следующего количества респондентов: ГРЦ – 60%, ВП

– 69%, ВДС – 57%, ПНМС – 48%.

Толерантность как черта характера – является наиболее продуктивной, поскольку терпимость по отношению к психически больным заложена глубоко в сознании и определяет стратегию отношений, позитивные способы реагирования на ситуацию взаимодействия с ним. Человек, которому присущ такой вид толерантности, способен оценить индивидуальность каждого пациента, относиться к нему с уважением, замечать его позитивные черты, способности и скрытые возможности. При этом выявляются гуманистические принципы отношения человека к человеку.

По данным проведенного опроса этот механизм толерантности использовали: ГРЦ – 69%, ВП – 79%, ВДС – 57%, ПНМС – 70% респондентов.

Проблемная толерантность – проявляется в случаях наличия негативных эмоций по отношению к пациентам, которые подавляются личностью. К проявлениям проблемной толерантности человека могут подталкивать такие особенности: воспитанность, влияние референтной группы, не позволяющей проявлять те или иные формы негативного отношения и деструктивного поведения, чувство самоуважения и снисходительности. На наш взгляд, именно проблемная толерантность является проявлением терпимости в чистом виде, так как предусматривает наличие препятствий к проявлениям интолерантного отношения, неприятия, враждебности или агрессии. Способность подавлять в себе эти импульсы, не поддаваться влиянию негативных установок и общественного мнения и есть проявлением терпимости.

Следует, однако, отметить, что такой механизм толерантности оказался наиболее редким

во всех группах респондентов (ГРЦ – 28%, ВП – 16%, ВДС – 32%, ПНМС – 24%).

Приведенные данные свидетельствуют о том, что образ психически больного человека в обычном сознании характеризуется преимущественно негативными особенностями, имеющими многофакторную социально-психологическую обусловленность. Они отличаются ярко выраженной стигматизационной направленностью и преломляются в тенденции к социальному дистанцированию от этого контингента.

Как результат коммуникативного процесса, общественное мнение и его содержательно-смысловой аспект определяются взаимодействием различных механизмов социального восприятия и социального взаимодействия. Часть из этих механизмов (рационализация, эмпатия, толерантность) можно рассматривать в контексте их участия в формировании адекватного (положительного) образа психически больного человека, отражающего его ценностно-экзистенциальную сущность. Другая часть коммуникативных процессов (стереотипизация, предубеждения, атрибуция, иррациональность, дискриминация) является непосредственным источником негативной стигматизирующей идентификации личности пациента, его самоидентификации как представителя маргинальной группы с осознанием собственной ненормальности и важнейшей предпосылкой его социального исключения.

Конкретизация этих механизмов может явиться основой для разработки научно обоснованных рекомендаций, направленных на минимизацию иррациональных взглядов и стигматизационных эффектов отношения к этому контингенту больных в процессе разноуровневых социальных интеракций.

Абрамов В.А.¹, Жигулина И.В.², Абрамов В.А.¹, Грачев Р.А.³

ОСОБЕННОСТИ ЭМПАТИЧЕСКИХ КОММУНИКАЦИЙ, РАЦИОНАЛИЗАЦИИ СУБЪЕКТИВНЫХ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ И ТОЛЕРАНТНОГО ОТНОШЕНИЯ К БОЛЬНЫМ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

¹Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, ²Республиканская клиническая психиатрическая больница, ³Донецкое областное клиническое территориальное медицинское объединение

Ключевые слова: эмпатия, рационализация, толерантность, психические расстройства

В статье представлены данные о частоте использования механизмов эмпатии по отношению к психически больным людям: 73,0% - жалость с эгоцентрическим оттенком, обусловленным реакцией страха, 80,0-94,0% - дистанцирование от этой категории больных, 26,0% - низкий уровень побуждений к помощи и поддержке. Установлено, что лица, профессионально связанные с оказанием психиатрической помощи, в большей мере характеризуются склонностью к сознательному или бессознательному подавлению или отрицанию собственных негативных стереотипных комплексов. Большая часть из них отличается рефлексивностью позиции, не рассматривающей принадлежность к стигматизированной группе в качестве фактора, определяющего коммуникативное поведение. Выделены ряд форм и механизмов толерантного отношения различных слоев общества к больным с психическими расстройствами, при этом толерантность рассматривается как внутренняя позиция личности. Приведенные данные свидетельствуют о том, что образ психически больного человека в обычном сознании характеризуется преимущественно негативными особенностями, имеющими многофакторную социально-психологическую обусловленность. Они отличаются ярко выраженной стигматизационной направленностью и преломляются в тенденции к социальному дистанцированию от этого контингента. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2016. — № 2 (36). — С. 19-26).

FEATURES OF EMPATHIC COMMUNICATION, RATIONALIZATION OF SUBJECTIVE PERCEPTION AND TOLERANCE TO THE PATIENTS WITH MENTAL DISORDERS

¹Donetsk National Medical University named after M. Gorky, ²Republic Clinical Psychiatric Hospital,

³Donetsk Regional Clinical Territorial Medical Corporation

Keywords: empathy, rationalization, tolerance, mental disorders

The article presents data on the frequency of use of the mechanisms of empathy in relation to mentally ill people, 73.0% - with compassion egocentric shade caused by a reaction of fear, 80,0-94,0% - distancing from these patients, 26.0% - low level of intentions to help and support. It is established that the person professionally connected with the provision of mental health care are mostly characterized by a tendency to consciously or unconsciously suppress or deny their own negative stereotypes complexes. Most of them are characterized by reflexive position which does not consider membership in a stigmatized group as a factor determining the communicative behavior. It identifies a number of forms and mechanisms of tolerance of different walks of life to patients with mental disorders, and the tolerance is regarded as the position of the inner personality position. These data suggest that the image of a mentally ill person in ordinary consciousness is characterized by predominantly negative features which have a multifactorial social and psychological conditioning. They are distinguished by a pronounced focus on stigmatization and they are refracted in the trend towards social distancing from this population. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2016. — № 2 (36). — P. 19-26).

Литература

1. Иган Дж. Базисная эмпатия как коммуникативный навык / Дж. Иган // Журнал практической психологии и психоанализа. - 2001. - № 1. - С. 34-38.
2. Пузыревский В.Ю. Феномен эмпатии в контексте современной западной философии / В.Ю. Пузыревский. - СПб., 2001.
3. Ягнюк К.В. Природа эмпатии и ее роль в психотерапии / К.В. Ягнюк // Журнал практической психологии и психоанализа. - 2003. - № 1. - С. 17-21.
4. Корсини Р., Ауэрбах А. Психологическая энциклопедия / Р. Корсини, А. Ауэрбах. - СПб.: Питер, 2006.
5. Блейхер В.М. Толковый словарь психиатрических терминов / В.М. Блейхер. - Воронеж: НПО МОД ЭК, 1995.
6. Роджерс К. Эмпатия / К. Роджерс; под ред. Ю.Б. Гиппенрейтер и М.В. Фаликман // Психология мотивации и эмоций. - М.: ЧеРо, 2002.
7. Мансер С., Линг Дж. Психометрический анализ фактора эмпатии (EQ) / С. Мансер, Дж. Линг; пер Разумова Л.Д. // Personality and Individual Differences, 2006.
8. Гиппенрейтер Ю.Б., Карягина Т.Д., Козлова Е.Н. Феномен конгруэнтной эмпатии / Ю.Б. Гиппенрейтер, Т.Д. Карягина, Е.Н. Козлова // Вопросы психологии. - 1993. - № 4 - С. 61-68.
9. Тютяева О.В. - Функциональные механизмы эмпатийного воздействия / О.В. Тютяева // Вокруг планеты всей, любопытная информация на любые темы: Психология, 2009.
10. Сопиков А.П. Механизм эмпатии: в сб. Вопросы психологии познания людьми друг друга и самопознания / А.П. Сопиков. - Краснодар: Изд-во Кубанск. ун-та., 1977. - С. 24-27.
11. Соболев С.И. Роль эмпатийной установки в просоциальном поведении в теории Д. Батсона / С.И. Соболев // Личность, семья, общество: вопросы педагогики и психологии. - М.: Эксмо, 2013.- № 33.- С. 175-179.
12. Тарасова Л.Н. К проблеме просоциального поведения в русской философской мысли / Л.Н. Тарасова // Сборник трудов SWorld. - 2013. - Т. 24, № 3. - С. 43-46.
13. Кондратьев М.Ю. Азбука социального психолога-практика / М.Ю. Кондратьев, В.А. Ильин // Азбука социального психолога-практика. - М.: ПЕР-СЭ, 2007. - 464с.
14. Олпорт Г. Природа предубеждения / Г. Олпорт // Век толерантности. - М., 2003.- 40с.
15. Бондарева С.К. Толерантность (введение в проблему). / С.К. Бондарева, Д.В. Колесов. - 2-е изд., стер. - М.: МПСИ; Воронеж: МОДЕК, 2011. - 240с.

Поступила в редакцию 07.09.2016