

ПРОБЛЕМАТИКА ЭМПАТИИ В ИССЛЕДОВАНИЯХ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ АСПЕКТОВ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ (ОБЗОР)¹

Т.В. ПОДДУБНАЯ

В статье представлены основные направления исследований эмпатии в медицинской деятельности. Приводятся данные диагностики уровня эмпатийности медицинских работников, обсуждается вопрос рассмотрения эмпатии как стабильной личностной характеристики, её зависимости от опыта и специализации врача, контекста медицинской деятельности (необходимое причинение боли, оказание экстренной помощи), исследуются аспекты эмпатической коммуникации для медиков различных специальностей, в том числе психиатров и онкологов, а также вырабатываемые коммуникативные стратегии по совладанию с сопутствующими негативными эмоциями. Приводится пример метода анализа медицинского интервью, способного улучшить качество межличностных отношений в диаде «врач-больной». В заключение представлены актуальные научные проблемы и сформулированы предположения о возможных направлениях будущих исследований.

Ключевые слова: эмпатия, медицинская деятельность, специализация, психиатрия, онкология, совладание, коммуникативные стратегии.

Каждый человек в определенный неблагоприятный жизненный период оказывается в ситуации, когда необходима профессиональная медицинская помощь. Зачастую не важно, тяжелый ли соматический недуг поражает человека или же болезнь касается едва, но на первом этапе мы ищем опытного и надежного специалиста, которому готовы доверить собственное тело. Но вдруг, обнаружив себя в роли зависимого пациента, мы обращаем внимание на личность самого врача вне зависимости от его профессиональной компетенции. Тогда нам требуется слово-отношение, особенно слово человека, призванного исцелять —

¹ Исследование выполнено при финансовой поддержке РГНФ, грант № 15-26-01007.

ведь психологическая поддержка лечащего нас специалиста оказывается не менее важной, чем медицинское вмешательство, особенно в случае витальной угрозы от болезни.

В настоящее время в медико-психологической литературе широко освещена тема всестороннего взаимодействия в диаде «врач-пациент» через два взаимопересекающихся исследовательских направления, характеризующих реабилитационный процесс на всех его этапах. Во-первых, это сторона самого пациента, в свете которой обсуждаются такие феномены как внутренняя картина болезни, нозогенные реакции, комплекс защитных механизмов и копинг-стратегий, направленных на совладание с заболеванием, а также типология самих больных [Лурия, 1977; Смулевич 1992]. Понимание врачом определенного психологического состояния больного, его личностного склада является дополняющим фактором, способным улучшить качество оказываемой медицинской помощи и повысить комплаентность пациентов [Данилов, 2008]. Ощущение доверия к специалисту, который с сопереживанием и на равных относится к пациенту, редуцирует тревогу и фасилитирует деятельность, способствующую соблюдению реабилитационного режима. Существует и сторона самого медика, а именно злокачественный процесс эмоционального выгорания от помогающей деятельности и создающие благоприятный микроклимат в диаде с больным особые коммуникативные навыки, к которым апеллируют постулаты медицинской деонтологии [Лукиянова с соавт., 2008]. Известно, что неосторожные слова врача в связи с невниманием к эмоциональной сфере пациента способны навредить соматическому состоянию и спровоцировать развитие ятрогений [Лурия, 1977]. Полноценное межличностное взаимодействие с больным зависит от различных аспектов, среди которых ведущее значение приобретает эмпатия медицинского сотрудника, его способность к сопереживанию и эмоциональной поддержке ослабленного заболевшего человека.

Эмпатия — это «процесс понимания и отклика на переживание другого, основанный на со-переживании и ориентированный относительно внутренней феноменологической перспективы другого» [Карягина, 2013].

В данной статье будет представлена проблематика исследований эмпатии в медицинской деятельности и рассмотрены направления, всесторонне раскрывающие особенности эмпатической коммуникации в диаде «врач-пациент» как среди специалистов различных направлений, так и в медицинской науке в целом.

Идея личностного отношения в процессе терапии не нова и уходит корнями в древнегреческую традицию, к Гиппократу — известному представителю Косской медицинской школы, которым сформулирова-

ны основные тезисы врачебной позиции, не потерявшие своей актуальности и в настоящее время. Прежде всего, это «*natura sanat, medicus curat morbos*» («лечит болезни врач, но излечивает природа»). Второй — это «*primum non nocere*» («прежде всего не вредить»). И третий — «*qui bene interrogat, bene dignoscit; qui bene dignoscit, bene curat*» («кто хорошо расспрашивает — хорошо ставит диагноз; кто хорошо ставит диагноз — хорошо лечит») [Бурно, 2011]. В современной клинической медицине, несмотря на усовершенствование инструментальных способов диагностики и тенденцию к минимизации межличностного взаимодействия с пациентом, неизменным остается постулат о важности эмпатического контакта с больным. Так, канадский врач Уильям Ослер утверждал, что «расслышать диагноз возможно в самих словах больного», а обязанность врача — «научить людей не принимать лекарства». Данные статистики показывают, что неадекватная коммуникация врача с пациентом без должного сочувствия сопряжена с ростом исков против медработников, приводит к частой смене специалистов, соматизации больных, агравации соматических симптомов [Beckman, 1994; Bellet, 1991]. Процесс реабилитации превращается в перманентную диагностику и частые госпитализации. Подобная тенденция обозначена западными учеными как «*doctor shopping*».

На первый взгляд может показаться, что высокий уровень эмпатии врача является необходимым условием для психологической поддержки пациента. Однако данный тезис в литературе опровергается: длительные эмоциональные перегрузки высокоэмпатийных людей в сфере помогающей деятельности приводят к быстрому эмоциональному выгоранию и личностному кризису [Грищенко, 2003]. Наступает «отравление людьми», появляется холодность, резкость в общении, а к страданию других — раздражение и равнодушие [Харди, 1988]. На основании самоотчетов самих медиков составлен желаемый образ идеального сострадательного эмпатичного врача (СЭВ), которым оказался специалист молодого возраста с меньшим опытом работы, однако с высокой склонностью к эмоциональному выгоранию от работы [Carmel, 1996].

При сравнительном исследовании эмпатических особенностей терапевтов и хирургов у всех медиков обследуемой выборки диагностирован средний уровень эмпатии, свойственный большинству людей в целом, при этом все же показатели эмпатии выше у врачей терапевтического профиля [Богачева, 2014]. У медсестер химиотерапевтического и реанимационного отделений, работа которых несет высокую степень стрессогенности, обнаружен заниженный и очень низкий уровень эмпатии в сочетании с высоким уровнем рефлексии, что указывает на понимание специалистами ситуационной необходимости сознательного контроля соб-

ственных чувств [Им, 2009]. Заниженные показатели эмпатии диагностированы и у врачей реаниматологов, деятельность которых происходит в ситуации высокого напряжения [Бережковская, Радинская, 2006].

В соответствии с отечественной культурно-деятельностной теорией некоторые авторы поднимают вопрос о возможности рассмотрения эмпатии как психической функции, имеющей две формы: низшую (натуральную) и высшую, опосредованную и произвольную, и полагают наличие культуральной эмпатии у врачей экстремальных специальности (реаниматологов) в сравнении с терапевтами, работающими в спокойных условиях поликлиники [Бережковская, Радинская, 2006]. Обследованным медикам была предложена проективная методика «мой пациент», анализ которой позволил сформировать пять групп врачей по их отношению к пациентам. Максимальные значения эмпатии диагностированы у реаниматологов, представивших рисунки, отнесенные к кластерам «спасение пациента» и «человек-пациент». У этих же врачей определен культуральный уровень эмпатии, сопряженный с высоким уровнем самореализации. Натуральная эмпатия преобладает у поликлинических специалистов, которые представили рисунки группы «страдающий пациент». Отличие данных рисунков в том, что пострадавший выступает как нуждающийся в непосредственном сопереживании, но не требующий активной позиции по его спасению. Минимальные значения эмпатии выявлены среди врачей, представивших рисунки «пациент для меня», где больной воспринимается как факт неминуемого общения, но не больше.

Сознательное разделение действия и сочувствия во врачебной деятельности необходимо, иначе помощь может оказаться неэффективной. Особенно это различие прослеживается среди врачей разных специальностей. Например, обнаружена динамика эмпатии в процессе профессионализации военного врача: на этапе вступления в должность после окончания обучения снижается значимость основных психических процессов, кроме мышления, при этом значимость эмпатии также редуцируется [Корзунин, 2001]. Доказана важность сопереживания в деятельности стоматолога на фоне признания специалистами необходимости разделения необходимого лечения как действия и сочувствия как отношения [Кипиани, 2006]. Хирурги, определяя иерархию профессионально значимых качеств, на первый план выносят показатели физического здоровья, выносливость, после которых следуют индивидуально-типологические особенности, а замыкают цепочку коммуникативные навыки специалиста, к которым относится эмпатия [Доника, 2009; Караванов, 1974]. Эффективность деятельности хирурга не зависит от уровня эмпатии и находится в обратной от неё зависимости в от-

личие от врача-терапевта [Богачева, 2014]. По данным методики диагностики эмпатии Бойко автором показано, что для терапевтов характерно превалирование аффективных компонентов среди ведущих каналов эмпатии (в форме сострадания реальным людям и вымышленным объектам), а эффективность их деятельности в наибольшей степени зависит от эмпатии к незнакомым людям — к группе пациентов, ежедневно обращающихся за медицинской помощью. Особенность эмпатии хирургов проявляется в когнитивном характере ведущих каналов.

Очевидно, что врачебная деятельность — особая сфера, с одной стороны, требующая от врача характерных коммуникативных особенностей, которые могут варьироваться в зависимости от выбранной специальности, с другой — это процесс, в результате которого происходит личностное изменение врача. Таким образом, возникает вопрос, является ли способность к эмпатии интегральной устойчивой характеристикой или же её показатели со временем изменяются под действием требований врачебной среды. Однозначного ответа нет, различные исследования представляют противоречивые данные, а характерным объектом изучения динамики эмпатического процесса зачастую оказываются студенты, проходящие определенные фазы профессионализации.

Обзоры исследований по данной проблематике подчеркивают тенденцию к снижению уровня эмпатии среди специалистов как у обучающихся, так и у практикующих врачей [Neumann et al., 2011]. Причиной подобного процесса оказывается неосознаваемая потребность купирования тревоги, мешающей оказывать адекватную помощь пациентам. Так, обследование студентов на этапе поступления в медицинскую школу и в конце каждого года обучения показало отсутствие выраженной динамики в течение первых двух лет, при этом отмечено резкое снижение уровня эмпатийности в конце третьего года после начала клинической практики, предполагающей непосредственный контакт с заболевшими людьми [Hojat et al., 2004; Hojat et al., 2009]. Подобный результат сохраняется до конца обучения вплоть до выпуска и неизменен вне зависимости от гендерной принадлежности обучающихся. На схожие результаты указывает Chen (2007), подчеркивая, что к окончанию образования, несмотря на общее снижение эмпатии, её показатели остаются выше у тех студентов, которые декларируют себя как социально-ориентированных в противовес технологически-ориентированных, отдающим предпочтение научным инновациям, а не выздоровлению больного [Chen et al., 2007]. Novak постулирует, что эмпатия в процессе медицинского образования «исчезает как вымирающий вид» и оказывается ненужным атрибутом врача, а коммуникация в диаде с больным давно подменена инструментальными способами диагностики и лечения [Novak,

1987]. Кроме того, изначальная заинтересованность в профессии и желание помочь пациентам зачастую приводят к эмоциональному выгоранию и снижению качества жизни, что также провоцирует снижение эмпатии [Thomas et al., 2007]. Несмотря на то, что женщины априори являются более эмпатийными, нежели мужчины, длительное переживание отрицательных эмоций в связи с сопереживанием больным надламывает их психику и достаточно быстро провоцирует профессиональную деформацию [Gleichgerrcht, Decety, 2003; Paro et al., 2014].

Противоположные результаты получены после проведения лонгитюдного обследования студентов на этапе поступления, а также доклинической и клинической фазах обучения [Costa, Magalhaes, Costa, 2013]. Отмечен рост уровня эмпатии, начало клинической практики на значение этого показателя влияние не оказало. При этом эмпатийность оказалась выше у женщин, выраженность которой все же незначительна, но снизилась на этапе клинической фазы обучения в связи с усилением тревожности испытуемых.

Некоторые авторы утверждают, что эмпатия является устойчивой личностной характеристикой и не зависит от этапов обучения. Именно она определяет выбор профессии медика и поэтому не изменяется в процессе образования и работы, несмотря на длительное взаимодействие врачей с хроническими больными [Василькова, 1998]. Автор подчеркивает необходимость включения методов диагностики эмпатии у студентов уже на этапе поступления в ВУЗ.

На динамику способности сопереживать оказывает влияние фокус выбора специализации будущего врача. Результаты обследования личного профиля студентов, выбравших семейную медицину как основную специализацию, также подтверждают тезис о сохранении эмпатийности к концу образования [Eley et al., 2015]. Данные испытуемые представили максимальные показатели по эмпатии, ориентированной на других, поскольку семейная медицина — это сфера людей, относящихся к категории «чувствующих» в сравнении с теми, кто склонен к «действиям», как, например, врачи хирургического профиля [Stilwell et al., 2000]. Рост эмпатии в процессе обучения отмечен также у женщин, выбравших акушерство и гинекологию [McKenna et al., 2008].

Очевидный тезис о важности эмпатии подкрепляется и эмпирическими исследованиями. В литературе обнаруживаются работы, подтверждающие значимость эмпатии в дефектологии, рекреационной медицине [Агавелян, 1995; Терентьев, 2007]. Пациенты, страдающие диабетом, которые поставили максимально высокие баллы лечащим врачам за эмпатичное отношение, в сравнении с теми, кто оценили медиков как несочувствующих, в процессе терапии демонстрировали

лучшие показатели гликированного гемоглобина и холестерина ЛПНП [Hojat et al., 2011]. Сопереживание влияет на улучшение иммунного статуса при простудных заболеваниях [Rakel, 2009]. Пациенты, поставившие врачам максимальные оценки по качеству оказанной помощи и характеру коммуникации, меньше болели, а степень выраженности симптомов протекала не столь интенсивно. Авторы исследования предполагают и обратную зависимость: оптимистично настроенные больные в целом находятся в лучшей соматической форме, а положительный личностный настрой способствует благоприятному восприятию лечащих врачей. Интересно, что максимальные баллы медикам поставили пациенты старшего возраста, темнокожие и с низким уровнем образования. Кроме того, поведение врача именно на первой встрече закладывает основы отношения больного, частоту последующих соматических жалоб, влияет на процесс выздоровление [Bikker, Mercer, Reilly, 2005]. Эмпатическое отношение к пациенту также повышает комплаенс [Stewart, 1984].

Однако среди всего многообразия медицинских отраслей все же максимально осложненными личностными аспектами взаимодействия и профессиональными отношениями являются психиатрия и онкология. Рассмотрим оба направления.

Несмотря на усовершенствование методов медикаментозной помощи, психиатрия так и остается специальностью, в которой успешный внутренний контакт системы «человек-человек» в значительной степени зависит не только от диагностических навыков врача, но и от его характерологических особенностей, способности слышать скрытые значения слов пациента, особенно в случае нарушения адекватного тестирования реальности заболевшего. Традиция признания роли эмпатического вчувствования в состоянии психически больного человека берет свое начало от К. Ясперса — основателя феноменологической психиатрии [Ясперс, 1997]. Базовым условием понимания психопатологического симптома оказывается восприятие пациента как субъекта, установление с ним безоценочного контакта на равных. Именно Ясперс постулировал необходимость личностного вовлечения врача в состояние заболевшего на основании эмпатии и феноменологической интуиции. Своеобразие психологического профиля психиатра, в структуре которого особое значение принадлежит способности к эмпатии, подтверждают результаты исследования профессиональных предпочтений студентов первого курса медицинской школы [Gowans et al., 2009]. Значительная часть испытуемых, определивших психиатрию как будущую специализацию, уже имели степень бакалавра искусств, а также опыт волонтерской работы с психически больными людьми.

В настоящее время доказана эффективность эмпатии как терапевтического инструмента при эндогенных заболеваниях, в частности при шизофрении, и невротических расстройствах, при этом исследователями отмечается тенденция дегуманизация психиатрии и объективации пациентов [Зеневич, 1958; Ташлыков, 1976; Полищук, Летникова, 2013]. Широкий резонанс в обществе в 1973 г. вызвал известный эксперимент Розенхана, поднявший волну научных споров [Rosenhan, 1973]. На начальном этапе здоровые участники симулировали кратковременные слуховые галлюцинации с целью госпитализации в 12 психиатрических учреждений, находящихся в разных штатах США. Каждому псевдопациенту при поступлении в больницу психиатром был поставлен диагноз. Однако, оказавшись в клиниках, участники сообщали об улучшении самочувствия и прекращении галлюцинаций. Сотрудники психиатрических клиник ни в одном случае не только не признали отсутствие заболевания, но и в облигатном порядке настаивали на лечении, определив прием антипсихотических лекарственных препаратов как единственное условие выхода из больниц. Некоторым пациентам пришлось провести в психиатрических отделениях несколько месяцев. На втором этапе эксперимента персоналу заранее сообщили о возможности поступления псевдобольных, после чего сотрудники ошибочно приняли за симулянтов значительное число психически больных людей. Эксперимент показал, что установочное отношение психиатров по отношению к пациентам является причиной врачебных ошибок и объективизирует личность вне зависимости от реально присутствующей психопатологии. Дегуманистическая направленность современной медицины приводит к снижению эмпатии у врачей [Haslam, 2006; Naque, Waytz, 2013]. Человек начинается рассматриваться как биологический механизм, а у специалистов появляется «прогностический пессимизм» — априорное восприятие людей нездоровыми, требующими фармакологического лечения вне их личностного контекста. По одной из гипотез подобное отношение к пациенту позволяет редуцировать в глазах врача вину за заболевание, однако итогом дегуманистической тенденции оказывает стигматизация психически больных, их исключение из социальной среды.

Гипотеза о влиянии биологизованного подхода на уровень эмпатийности подтверждается в исследовании ученых Йельского Университета [Lebowitz, Ahn, 2014]. Обследуемая выборка специалистов сферы психического здоровья состояла из двух групп: врачей, имеющих базовое медицинское образование (психиатров) и лиц без биомедицинской подготовки (психологов, социальных работников). Процедура проходила в три этапа. На первых двух клиницисты читали описания случаев психических расст-

ройств (шизофрения и социальная фобия в первом случае, депрессия и обсессивно-компульсивное расстройство во втором). Для каждого заболевания были подготовлены две пояснительные записки, в которых давалось либо биологическое, либо психосоциальное объяснение. Каждое из данных объяснений комбинировалось с одной из вымышленных историй болезни, таким образом, испытуемые видели четыре случая (два описания и два объяснения). Отношение к пациентам маркировалось путем проставления баллов по 18 прилагательным, треть из которых характеризовали эмпатию (например, добрый, жалостливый), треть измеряли уровень стресса (расстроенный, обеспокоенный) и оставшиеся — эмоции (злой, фрустрированный, веселый) — в итоговый анализ не включались и значимости не имели. Участники также должны были выбрать превалирующую лечебную тактику (психотерапию или фармакотерапию), а также определить эффективность полученного объяснения. По результатам обследования обнаружено, что биологическое объяснение в значительной степени редуцировало эмпатию у всех специалистов, при этом степень эмпатийности всё же оказалась ниже у медицинских сотрудников в сравнении с не медиками. Психосоциальные описания всех психических расстройств, кроме шизофрении, приводили к росту уровня стресса. Биологические объяснения всеми специалистами оценивались как имеющие меньшую клиническую значимость, чем психосоциальные, кроме случаев шизофрении, которую клиницисты воспринимали как максимально биологизированное заболевание. Соответственно, психотерапия при биологическом объяснении характеризовалась как наименее эффективный метод помощи. Однако в реальном мире «чистых» случаев не бывает. На третьем этапе обследования специалистам были представлены объяснения, в которых описание случаев давалось в смешанной форме, но с превалирующим либо биологическим, либо психосоциальным подходом. Результаты подтвердили, что преобладание биологической информации приводило к снижению эмпатии у специалистов по всем заболеваниям, а также определяло фармакологическое лечение как наиболее эффективное. Очевидно, что предъявляемая парадигма (биологическая или психосоциальная) в значительной мере формирует клиническое мышление, определяет уровень эмпатии врачей и тактику по дальнейшему лечению. В другом исследовании показано, что состояние психически больных людей зависит от врачебной идеологии, и ремиссия длится меньше у тех пациентов, лечащие врачи которых являются приверженцами биологически ориентированного подхода [Вид, Лозинская, 1998].

Другая не менее психологически затратная отрасль медицины — это онкология. Работа онколога налагает на специалиста колоссальную эмоциональную нагрузку, поскольку, помимо возможных альтруистиче-

ских или научных мотивов выбора специальности, существуют и ежедневные профессиональные требования, а именно взаимодействие с хронически больными людьми, информирование умирающих об оставшемся им времени, перманентное присутствие с отчаянием и страхом. Онкология является сферой, где эмпатия врача востребована максимально, но именно здесь в наибольшей степени поднимается проблема его эмоционального выгорания. Исследование студентов-медиков показало тенденцию к избеганию обсуждения эмоций умирающих пациентов из-за страха не справиться, навредить и глобального ощущения невозможности с ними справиться [Smith, Kleinman, 1989]. Сами больные не склонны демонстрировать свои опасения ухаживающему за ними персоналу [Heaven, Maguire, 1997]. Пациентов хосписа и медсестер попросили составить список тревог больных. В последующих интервью обнаружилось, что более 60 % психоэмоциональных тем оказались обоюдно скрыты; при этом персонал основное внимание уделил опасениям за соматическое состояние [там же].

Диагноз «рак» оказывается для заболевшего человека огромным потрясением. Анализ аудиозаписей интервью онкологов с пациентами показал, что 51 % больных выражали собственные негативные эмоции, однако врачи демонстрировали эмпатическую реакцию лишь в 26 % случаев [Pollak et al., 2010]. Медики проявляли эмпатию ко всем пациентам в равной степени, при этом больше сочувствия все же получили малоимущие больные, поскольку именно они и выражали максимум отрицательных переживаний (75 % случаев в сравнении с 48 % у лиц со стабильным доходом). Кроме того, больные, состоящие в браке и знакомые с лечащим специалистом более года, оценивали врачей как более эмпатичных. Исследования показывают, что онкологи опасаются реагировать на страдания больных, занижая интенсивность их переживаний [Ford, Fallowfield, Lewis, 1994]. Среди основных эмоций, которые пациенты предъявляют врачу, преобладают страх (67 %), грусть (17 %) и злость (16 %) [Kennifer et al., 2009]. Трудность в эмпатической реакции онкологов подтверждается и тем, что минимум сопереживания больные получают именно на самое интенсивное переживание — страх. В исследовании Kennifer на 275 возможных ситуаций эмпатического отклика специалисты отреагировали только на 35 %. Помимо внутриличностного сопротивления онколога на эмоции больного обнаружено еще и опасение затянуть консультацию вступлением в эмпатический диалог, однако доказано, что сопереживание пациенту удлиняет время консультации не более, чем на полминуты. При этом 23 % пациентов, не получив эмпатического отклика, озвучивают жалобу повторно и интенсивней, что, несомненно, продлевает прием.

Основой для вышеописанного подхода к анализу вероятных ситуаций эмпатического отклика врача стала разработанная Shuchman и коллегами модель эмпатической коммуникации в медицинском интервью [Shuchman et al., 1997]. Отмечено, что пациенты склонны намекать о своем эмоциональном состоянии, а не выражать его напрямую, при этом, если врач игнорирует намек и переводит разговор в биомедицинскую парадигму, то больной возвращается к проблеме более интенсивными способами. Проанализировав вербальные высказывания медиков и больных по аудиозаписям и стенограммам бесед, авторы выявили 7 способов выражения пациентами собственного эмоционального состояния, а также реакции врачей:

1. «потенциальная эмпатическая возможность» — высказывание пациента, в котором присутствует скрытый намек на эмоцию;
2. «эмпатическая возможность» — прямое выражение эмоции пациентом;
3. «эмпатический ответ» — демонстрация распознавания эмоции врачом;
4. «развитие потенциальной эмпатической возможности» — высказывание врача вслед за «потенциальной эмпатической возможностью», которое направляет больного на открытое выражение эмоции (от фраз «угу, продолжайте» до прямого вопроса «и как вы себя при этом чувствуете?»);
5. «обрыв эмпатической возможности» — реплика врача вслед за «эмпатической возможностью», которая уводит интервью от эмоционального состояния пациента;
6. «упущенная эмпатическая возможность» — «эмпатическая возможность», за которой не последовала эмпатическая реакция;
7. «обрыв потенциальной эмпатической возможности» — высказывание врача вслед за «потенциальной эмпатической возможностью», которое обрывает возможность пациента открыто выразить эмоцию.

Ёмкая реплика врача на все «эмпатические возможности», способная затронуть полный спектр психоэмоционального состояния больного, называется авторами «эффект лассо». Поскольку на момент прохождения лечения пациенты воспринимают врача как «всесильную» личность, от которой зависит успех терапии, они также склонны искать одобрения за комплаенс. Сочетание этих потребностей и реакций специалиста на них также отражены в трех типах поведения [там же]:

1. «возможность для похвалы» — открытый поиск похвалы пациентом;
2. «похвала» — реакция врача, демонстрирующая одобрение;
3. «обрыв возможности для похвалы» — высказывание врача вслед за «возможностью для похвалы», которое переводит беседу в медицинское русло.

Данная классификация является первой детализированной схемой характерных паттернов взаимодействия в диаде врача и больного, при этом ранее в литературе обнаруживаются аналоги некоторых вариантов. Например, Branch говорил об «окне возможностей» — идеальном моменте для эмпатической реплики и углубления контакта с пациентом, при этом отсутствие реакции на эмоции пациента и перевод беседы в информационное взаимодействие приводило к отчуждению больного и недоверию специалисту [Branch, Malik, 1993; Zinn, 1993; Butow et al., 2002].

На основании данной модели проведен ряд исследований, освещающих аспекты эмпатического отношения медиков к больным. Анализ аудиозаписей 298 интервью онкологов с пациентами, страдающими онкологическими заболеваниями на поздних стадиях показал, что 37 % бесед содержали как минимум одну «эмпатическую возможность», причем в 68 % случаев больные демонстрировали эмоции напрямую, 33 % косвенно [Pollak et al., 2007]. «Развитие эмпатической возможности», т.е. своевременный ответ специалиста, отмечено лишь в 27 % ситуаций, в 73 % случаев наблюдался «обрыв эмпатической возможности». Максимальный эмпатический отклик обнаружен у врачей женского пола на жалобы пациенток, у более молодых специалистов и у тех, кто сам себя характеризовал как врача, ориентированного на социоэмоциональные аспекты работы, нежели технические, при этом 41 % онкологов никогда не развивали ситуацию «эмпатической возможности». Авторы исследования приводят классификацию фраз, фасилитирующих «развитие эмпатических возможностей»: «означение» (прямая эмпатическая реакция), «понимание» (демонстрация врачом понимания состояния больного), «уважение», «поддержка», «исследование» (предложение больному обдумать свою эмоцию). Высокий процент «обрыва эмпатических возможностей» обнаружен и в беседах онкологов с пациентами, страдающими раком легких: из 384 «эмпатических возможностей» врачи отреагировали лишь на 39 [Morse, Edwardsen, Gordon, 2008]. Студенты медицинского ВУЗа также демонстрировали тенденцию использовать «обрывы эмпатической возможности», уводя интервью с пациентами от сферы эмоций [Avdi, Barson, Rischin, 2008].

Схожее сравнительное исследование проведено среди врачей-терапевтов и хирургов [Levinson, Gorawara-Bhat, Lamb, 2000]. В 52 % интервью у терапевта и 53 % у хирурга содержится как минимум один намек со стороны пациента, среди которых 76 % / 60 % соответственно — эмоциональных намеков, остальные — социальные, т.е. несущие в себе информацию о социальной жизни пациента. В хирургии 70 % эмоциональных намеков проистекали из тревог о соматическом состоянии, в терапии 80 % намеков носили психосоциальный характер. Терапевты

реагировали на эмоциональные намеки в 21 % случаев, хирурги в 38%, что не соответствует распространенному убеждению об эмоциональной отстраненности специалистов хирургического профиля. 30% разговоров инициировали сами врачи, первыми задавая открытые вопросы. «Положительная реакция» врача зачастую происходила в форме прямого признания чувств пациента, подбадривания, похвалы, поддержки. «Упущенные эмпатические возможности» проявлялись неадекватным признанием (врач реагировал на реплику пациента, но избегал касания его чувств), неподобающим юмором, отрицанием, прямым обрывом последующей возможности выразиться. Вслед за «упущенными эмпатическими возможностями» пациенты несколько раз впоследствии заново поднимали волнующие их темы, удлиняя консультацию на несколько минут.

Деятельность специалиста-медика проходит не только в форме вербальной коммуникации, но и зачастую связана с причинением физической боли пациенту, который итак испытывает психоэмоциональное напряжение. Врач стремится оказать адекватную помощь, спасти жизнь, пусть даже через боль, при этом физическое страдание воспринимается больным как наказание, хотя в ситуации витальной угрозы или желаемого выздоровления именно врач оказывается тем, на кого пациент всецело полагается. Непосредственный контакт с физически изувеченными людьми, звуки и запахи больного тела, взгляды раненых, полные страдания, в сочетании с необходимостью лечить, абстрагируясь от собственных эмоций, накладывают отпечаток на личность врача и требуют от него формирования определенных копинг-стратегий. Данные интервью с медсестрами ожогового и химиотерапевтических отделений показали, что персоналу свойственна тенденция воспринимать болевой синдром менее интенсивным, чем он в действительности является [Madjar, 1991]. Когда же соматические страдания пациента становились очевидными и слишком обостренными, боль медсестрами оценивалась как неизбежная, нетравматичная и даже необходимая для выздоровления. Адаптация медсестер к подобной ситуации и купирование собственных негативных эмоций происходили путем объективизации организма больного и придания особой значимости собственным действиям.

Свойство занижать степень физического страдания больных также отражена в более ранней работе: оказалось, что врачи, становясь сами пациентами, тайно проносили в клиники анальгетики, поскольку сознательно понимали, что их состояние будет расценено неадекватно [Bond, 1981]. В другом исследовании медикам было предложено посмотреть видео с больными, испытывающими выраженный болевой синдром, и по

шкале отметить степень его интенсивности [Gleichgerrcht, Decety, 2014]. Восприятие боли как менее интенсивной было характерно для специалистов старшего возраста с длительным опытом практической деятельности. Боль мужчин казалась менее острой, особенно для врачей женского пола. Авторы подчеркивают как негативные психологические последствия подобного отношения, так и медицинские: например, при осмотре пациента мужского пола женщина-врач может занизить его жалобы и упустить важный параметр для постановки диагноза.

Morse (1992) постулирует, что феномен эмпатии в медицине неадекватно заимствован из психотерапевтической практики и едва ли может быть совместим с врачебной деятельностью, поскольку медик, в отличие от психолога, не только перманентно пребывает в среде физического страдания, но и сам вынужден причинять человеку боль [Morse et al., 1992]. В исследовании типов эмпатии у медсестер автор подчеркивает, что специалистам необходимы альтернативные коммуникативные стратегии, иначе прямые эмпатические реакции приведут к эмоциональному выгоранию. При этом медсестра оказывается в двоякой ситуации: не имея юридического права прописать анальгетики, ей необходимо неинструментальными и вербальными методами облегчить пациенту боль, наблюдая за его агонией и не имея правовой возможности её прекратить. В статье предложена модель взаимодействия в диаде «медсестра-пациент» с учетом комбинации двух факторов. Во-первых, это фокус внимания медсестры (на себя или на пациента), во-вторых, уровень реагирования на больного, который может быть либо спонтанным, непосредственным (реакция первого уровня), либо осознанным и профессиональным (реакция второго уровня). При ориентации на себя и реакции первого уровня медсестра разделяет страдание больного, которое становится совместным опытом и сопровождается ощущением комфорта для пациента. Эмоции, с которым сталкивается медсестра, — это жалость, симпатия, сожаление, соболезнование, сочувствие, непроизвольное подбадривание. Недооценка подобных состояний в медицинской практике является серьезным системным упущением. При ориентации на пациента и реакции второго уровня медсестра внешне демонстрирует вовлечение в состояние больного, однако без внутреннего сопереживания, и проявляет отношение с помощью юмора, подбадривания, профессиональной эмпатии, поведения по типу конфронтации с заболеванием, профессионального утешения. Подобное поведение дистантно, именно ему обучают медиков на специализированных тренингах, но оно все равно остается комфортным для пациента. Сочетание ориентации медсестры на себя и реакций первого уровня проявляется в объективизации больного и эмоциональном дистанцировании.

Это антивовлечение, важное для оказания первой помощи пациенту, но видеть которое больному опасно, поскольку оно чревато потерей надежды и доверия. Медсестра использует такие стратегии как экранирование, дегуманизация, эмоциональное выключение, навешивание ярлыка, отрицание. Ориентация на себя и реакции второго уровня приводит к ощущению пациентами себя как неживыми. Медсестра демонстрирует такие реакции как механическое поведение («профессиональный стиль»), ровное поведение, фальшивое сожаление, «поведение незнакомца», фальшивое подбадривание. Подобное выработанное состояние, возникающее при длительном контакте медиков с тяжелобольными людьми, названо «рассеянной добротой» [Cook, 1981].

Интерес представляет и характерные паттерны коммуницирования, которые вырабатывают будущие врачи, впервые вступив во взаимодействие с телами людей. Несмотря на декларацию этических принципов, первичные эмоциональные реакции медиков отодвигаются на задний план, о чем свидетельствуют интервью со студентами первых трех курсов медицинских школ [Smith, Kleinman, 1989]. Априори считается, что настоящий профессионал не способен испытывать нежелательные эмоции (отвращение или сексуальное возбуждение) по отношению к пациенту, однако в процессе клинической практики студенты неизбежно сталкиваются с подобными состояниями, обсуждение которых жестоко табуировано в медицинском сообществе. Однако медицина «требует» продолжения обучения и студенты купируют собственные неприятные ощущения, вырабатывая определенные стратегии. Авторы исследования представляют пять вариантов управления нежелательными эмоциями. Во-первых, трансформация контакта в обезличенную форму, превращение тела человека в пазл, не имеющего ничего общего с его возможной личностью. Например, на первых вскрытиях студенты задают многочисленные вопросы, подавляя таким образом тревогу, или представляют, что в данный момент перед ними животное, машина, а не человек. Рационализации способствует и овладение медицинским языком, когда «осмотр живота» превращается в «пальпацию абдоминальной области». Во-вторых, это акцентирование на положительных аспектах. Неудобные эмоции перекрываются ощущением гордости от занятий «настоящей медициной», радости от практики и правильности собственных действий, направленных на благо, даже во время интимного осмотра пациента. В-третьих, использование больного для защиты от собственных неприятных переживаний путем эмпатирования или обвинения. Эмпатия позволяет дистанцироваться от себя и поставить пациента во главу угла, что придает студенту гордости, в то время как обвинение становится способом оправдать собственные смущение или

злость (например, студент мужского пола во время осмотра забыл прослушать сердце четырнадцатилетней пациентки, осудив молодую девушку за развратность из-за слишком развитой груди). В-четвертых, высмеивание, обесценивание заболевания или физического состояния пациента (особенно, если речь идет о сексуально привлекательном объекте). В-пятых, избегание визуального контакта: прикрытие тех частей мертвого тела на вскрытиях или во время операций, которые в данный момент не исследуются, вплоть до тотального отказа некоторых учащих осматривать интимные зоны больного, если диагностические манипуляции проводятся группой студентов.

Медицинская деятельность непосредственно сопряжена с телесным контактом одного человека с другим, а значит и эмпатические реакции врача должны отличаться от эмпатии психотерапевта. Для характеристики соматических ответов на физические страдания других Morse (1998) предлагает термин «коэмпатия», являющийся аналогом эмоциональной эмпатии, но на физиологическом уровне [Morse, Mitcham, van Der Steen, 1998]. Спектр коэмпатических проявлений может варьироваться и проявлять себя от неясных телесных ощущений до аналогичных физических проявлений. Схожие коэмпатические реакции бывают трех видов: идентичные (боль в руке матери, которая находится рядом во время укола ребенку); инициированные, менее интенсивные (ощущение тошноты около пациента с рвотой); перенесенные, более интенсивные (ощущение боли при наблюдении за травмированным пациентом, находящимся без сознания). Различные коэмпатические реакции преобразованы и кардинально отличаются локализацией своих проявлений. Например, наблюдая за ампутацией, человек может испытывать тошноту, головокружение, спазмы в животе, а не боль непосредственно в конечности. Авторы утверждают, что интенсивность и точность повторения симптомов зависит от степени идентификации между страдающим человеком и наблюдателем, поэтому в медицине не рекомендуется оказывать помощь родственникам. Кроме того, врачу в процессе работы необходимо учиться «экранировать» коэмпатические реакции, сохраняя при этом эмоциональный контакт с пациентом, чтобы быть в состоянии оказывать адекватную экстренную помощь. Так, медсестры говорят о необходимой паузе и глубоком вдохе перед входом в отделение реанимации, наполненном измученными людьми. С другой стороны, сознательное дистанцирование от негативных ощущений приводит к объективизации больного и превращению живого человека в клинический случай с помощью трех стратегий: обесценивание (заболевание оценивается как нетяжелое, а болевой синдром пациента как преувеличенный),

деперсонализация (восприятие больного как бесчувственного), рационализация (оправдание болезненного вмешательства как необходимого). Длительное пребывание в контакте с болью и страданием приводит к «эмоциональной блокировке», которая принимает такие формы как «механическое поведение» на автопилоте (отработанные действия в реанимации при поступлении нескольких больных) и «контролируемое поведение» (десенсибилизация хирургов во времени).

Очевидно, что проблематика эмпатии в современной медицине парадоксальным образом обостряется на фоне совершенствования технологий оказания квалифицированной помощи, приводящих к эмоциональному отдалению врача от больного. Врачебная деятельность раздваивается на две противоположные парадигмы: «cure-oriented» (ориентированной на лечение) и «care-oriented» (ориентированной на заботу), которые в связи с задачами медико-психологического сопровождения больного в идеале должны быть слиты в холистическом подходе к терапии [Engel, 1977; Devalck et al., 2001]. Исследование студентов показало, что будущие врачи в сравнении с медсестрами постулируют первичность выздоровления, а не ухода (89 % и 51 % соответственно), однако у медицинских сестер приоритетом остается все же забота, а не полная реабилитация [Linn, 1974].

Несмотря на неоднозначные ответы, является ли эмпатия устойчивой личностной чертой или нет, необходимы ли её высокие показатели для успешной врачебной деятельности, насколько важен сознательный контроль эмпатических реакций, в профессиональном сообществе эмоциональному взаимодействию в диаде «врач-больной» отдается все же важная роль и основным инструментом развития эмпатии являются специально разработанные тренинги. Используются специализированные программы на основе методов психодрамы и информирования [Ansel, 2006]. Так, у 656 онкологических пациентов, за которыми оказывали уход медсестры, прошедшие обучение на курсах по повышению качества эмпатии, отмечено снижение уровня тревоги и враждебности в сравнении с контрольной группой [La Monica, 1987]. Улучшение коммуникативных навыков отмечены и у врачей-онкологов [Butow et al., 2002]. Проводятся тренинги по повышению качества коммуникации между медсестрами и пациентами различных культур [Everson et al., 2015].

Х Х Х

Таким образом, рассмотрение исследований, посвящённых эмпатии в медицинской сфере, очерчивает ряд взаимопересекающихся проблем.

Во-первых, это уровень эмпатии среди врачей, диагностируемый с помощью опросников, его зависимость от различных факторов (гендерная принадлежность, социальный статус, стаж, специализация и т.д.).

Во-вторых, вопрос об эмпатии как профессионально важном качестве специалистов различных профилей, её роли в диаде «врач-пациент».

В-третьих, ведутся дискуссии о стабильности эмпатии как личностной характеристики и возможном влиянии профессионального опыта на её динамику.

В-четвертых, исследуются аспекты эмпатической коммуникации для врачей различной направленности, особенно в психиатрии и онкологии.

В-пятых, выявляется пласт работ, посвящённых структуре медицинского интервью с целью выявления моментов адекватного эмпатического отклика.

В-шестых, обсуждается необходимость и специфика эмпатии для специалистов, ежедневно контактирующих с физической болью, а также коммуникативные стратегии по совладанию с негативными эмоциями.

Завершают обзор работ по проблеме эмпатии в медицине исследования, подтверждающие повышение эмпатических способностей медицинских сотрудников, прошедших специализированные обучающие тренинги.

Учитывая вышеописанные направления, можно выделить следующие аспекты проблематики эмпатии в медицинской деятельности и сформулировать возможные направления будущих исследований.

Неоднозначным остается вопрос о рассмотрении эмпатии как способности или же как свойства, относительно стабильного или изменяющегося во времени в зависимости от внешних обстоятельств. Учитывая данное противоречие, встает вопрос о возможности существующего диагностического инструментария (в основном опросников самоотчета) в полной мере адекватно измерить уровень эмпатийности респондента. С нашей точки зрения необходимо уточнение и дополнение понимания эмпатии как способности, в том числе как способности, подлежащей в определенных случаях профессионализации, и далее разработать методический материал по её измерению в зависимости от угла оценки.

Не менее важно проанализировать процесс эмоционального выгорания от помогающей деятельности, поскольку неоднозначность самого понятия эмпатии приводит к казуальным выводам: возможна ли редукция способности, или черты — что именно снижается в процессе медицинской практики, как указывают ряд исследований.

Кроме того, возникает вопрос об изучении совладающих стратегий. Обнаруживается неопределенность и иногда конкурентность дефиниций, характеризующих переживания врача: эмпатический дистресс (чув-

ства, возникающие в ответ на боль другого, но ориентированные на самого субъекта эмпатии), тревога в связи с ответственностью за соматическое благополучие больного, постыдные и негативные эмоции к пациенту, табуированные психологически и социально (сексуальное возбуждение, отвращение и т.п.), а также реакции медика на необходимое причинение боли. Понимание вопроса «с чем совладать» поможет уточнить и расширить ответ «как совладать», поскольку определенные стратегии, оцениваемые в других сферах как негативные (объективизация, дегуманизация, блокировка), способны принять продуктивную форму в ситуации оказания экстренной медицинской помощи, однако при отсутствии их осознания у специалиста приведут к профессиональной деформации.

Morse (1992) постулирует, что врачебная деятельность происходит в неравнозначной по сравнению с психотерапией среде, соответственно, понятие эмпатии привнесено в медицину неадекватно. Однако эмпатия не является принадлежащей только психотерапии. Это общечеловеческая способность, одновременно трансформируемая в профессиональной деятельности и трансформирующая ее.

Таким образом, между негласным требованием деонтологического устава и контекстом профессиональной медицинской деятельности обнаруживается противоречие, требующее дальнейшего разрешения путем адаптации «процесса сопереживания» к реальным особенностям медицины (оправданное временное отстранение от чувств больного, причинение боли во благо, личные симпатии и антипатии к пациентам и т.д.).

ЛИТЕРАТУРА

- Агавелян Р.О.* Эмпатия как фактор психологической готовности дефектолога к профессиональной деятельности: дисс. ... канд. психол. наук. Ереван, 1995. 158 с.
- Бережковская Е.Л., Радинская Н.Г.* Культурно-историческая и гуманистическая психология: возможные точки схода. Эмпатия как высшая психическая функция // Вестник РГГУ. 2006. № 1. С.126—145.
- Богачева О.Ю.* Эмпатия как профессионально важное качество врача (на примере врачей терапевтов и врачей хирургов): дисс. ... канд. психол. наук. Ярославль. 2014. 168 С.
- Бурно М.Е.* О самом главном в клинической классической психотерапии (ККП) // Психотерапия. 2011. № 1. С.17—23.
- Василькова А.П.* Эмпатия как один из специфических критериев профессиональной пригодности будущих специалистов медиков: дисс. ... канд. псих. наук. СПб. 1998. 166 с.
- Вид В.Д., Лозинская Е.И.* Синдром перегорания в психиатрии и его зависимость от терапевтической идеологии // Российский психотерапевтический журнал. 1998. № 1. С. 19—21.

- Грищенко Д.Ю.* Мотивация выбора профессии психолога: дисс. ... канд. психол. наук. М.: РГБ, 2003. 221 с.
- Данилов Д.С.* Комплаенс в медицине и методы его оптимизации (клинические, психологические и психотерапевтические аспекты) // Психиатрия и психофармакотерапия. 2008. Т.10. № 1. С. 13—20.
- Доника А.Д.* Профессиональный онтогенез: медико-социологические и психолого-этические проблемы врачебной деятельности / М.: Изд-во «Академия Естествознания». 2009. 300 с.
- Зеневич Г.В.* Роль психотерапии при шизофренических ремиссиях // Вопросы психотерапии. М. 1958. С. 187—194.
- Им О.Т.* Психологические особенности синдрома эмоционального выгорания в зависимости от степени рефлексии и эмпатии у медицинских сестер // Альманах современной науки и образования. 2009. № 11 (30). С. 136—138.
- Караванов Г.А., Коршунова В.А.* Индивидуально-психологические особенности врача-хирурга / Львов. 1974. 53 с.
- Карягина Т.Д.* Эволюция понятия «эмпатия» в психологии: дисс. ... канд. психол. наук. М., 2013. 175 с.
- Кипиани А.И.* Развитие коммуникативной компетентности врача-стоматолога как условие профессиональной успешности: дисс. ... канд. психол. наук. Ставрополь, 2006. 214 с.
- Корзунин В.А.* Закономерности динамики профессионально важных качеств военных врачей в процессе профессионализации: дисс. ... докт. психол. наук. Санкт-Петербург, 2001. 555 с.
- Лурия Р.А.* Внутренняя картина болезни и ятрогенные заболевания / 4-е изд. М.: Медицина, 1977. 112 с.
- Полищук Ю.И., Летникова З.В.* Диагностическое и терапевтическое значение врачебной эмпатии в психиатрии // Социальная и клиническая психиатрия. 2013. Т. 23. № 3. С. 99—103.
- Смулевич А.Б., Фильц А.О., Гусейнов И.Г., Дроздов Д.В.* К проблеме нозогений. Ипохондрия и соматоформные расстройства / М.: Логос, 1992. с. 111—123.
- Современные проблемы исследования синдрома выгорания у специалистов коммуникативных профессий: коллективная монография / под. ред. В.В. Лукьянова, Н.Е. Водопьяновой, В.Е. Орла, С.А. Посадного, Л.Н. Юрьевой, С.А. Игумнова. Курск. гос. ун-т. Курск, 2008. 336 с.
- Ташлыков В.А.* Значение эмпатического отношения врача к больному в процессе психотерапии неврозов // Психологические проблемы психогигиены, психопрофилактики и медицинской деонтологии / Л., 1976. С. 121—122.
- Терентьев И.А.* Личностные особенности проявления эмпатии в деятельности врача курортного лечебного учреждения: дисс. ... канд. психол. наук. Сочи, 2007. 212 с.
- Харди И.* Врач, сестра, больной. Психология работы с больными / Будапешт, 1988. 338 с.
- Ясперс К.* Общая психопатология / М., 1997. 1053 с.
- Ancel G.* Developing empathy in nurses: an in-service training program // Archives of psychiatric nursing. 2006. Vol. 20. № 6. Pp. 249—257.

- Avdi E., Barson P., Rischin I.* Empathic communication skills in CALD medical student interviews // *Prospect*. 2008. Vol. 23. № 3. Pp. 4—11.
- Beckman H.B., Markakis K.M., Suchman A.L., Frankel R.M.* The doctor-patient relationship and malpractice. Lessons from plaintiff depositions // *Arch Intern Med*. 1994. Vol. 154. № 12. Pp. 1365—1370.
- Bellet P.S., Maloney M.J.* The Importance of Empathy as an Interviewing Skill in Medicine // *JAMA*. 1991. Vol. 266. № 13. Pp. 1831—1832. doi:10.1001/jama.1991.03470130111039.
- Bikker A.P., Mercer S.W., Reilly D.* A pilot prospective study on the consultation and relational empathy, patient enablement, and health changes over 12 months in patients going to the Glasgow Homoeopathic Hospital // *J Altern Complement Med*. 2005. Vol. 11. № 4. Pp. 591—600.
- Bond M.R.* Patients' experience of pain // *Pharmacol Ther*. 1981. Vol. 12. № 3. Pp. 563—573.
- Branch W.T., Malik T.K.* Using 'Windows of Opportunities' in Brief Interviews to Understand Patients' Concerns // *JAMA*. 1993. Vol. 269. № 13. Pp. 1667—1668. doi:10.1001/jama.1993.03500130081036.
- Butow P.N., Brown R.F., Cogar S., Tattersall M.H., Dunn S.M.* Oncologists' reactions to cancer patients' verbal cues // *Psychooncology*. 2002. Vol. 11. № 1. Pp. 47—58.
- Carmel S., Glick S.M.* Compassionate-empathic physicians: personality traits and social-organizational factors that enhance or inhibit this behavior pattern // *Soc Sci Med*. 1996. Vol. 43. № 8. Pp. 1253—1261.
- Chen D., Lew R., Hershman W., Orlander J.* A cross-sectional measurement of medical student empathy // *J Gen Intern Med*. 2007. Vol. 22. № 10. Pp. 1434—1438.
- Costa P., Magalhaes E., Costa M.J.* A latent growth model suggests that empathy of medical students does not decline over time // *Adv Health Sci Educ Theory Pract*. 2013. Vol. 18. № 3. Pp. 509—522. doi: 10.1007/s10459-012-9390-z.
- Cook S.* *Second Life* / New York: Simon and Schuster, 1981.
- DeValck C., Bensing J., Bruynooghe R., Batenburg V.* Cure-oriented versus care-oriented attitudes in medicine // *Patient Education and Counseling*. 2001. Vol. 45. Pp. 119—126.
- Eley D.S., Brooks K.D., Zink T., Cloninger C.R.* Personality profiles of rural longitudinal integrated clerkship students who choose family medicine // *Fam Med*. 2015. Vol. 47. № 3. Pp. 194—203.
- Engel G.L.* The need for a new medical model: a challenge for biomedicine // *Science*. 1977. Vol. 196. № 4286. Pp. 129—135.
- Everson N., Levett-Jones T., Lapkin, Pitt V., van der Riet P., Rossiter R., Jones D., Gilligan C., Courtney-Pratt H.* Measuring the impact of a 3D simulation experience on nursing students' cultural empathy using a modified version of the Kiersma-Chen Empathy Scale // *J Clin Nurs*. 2015. Vol. 16. doi: 10.1111/jocn.12893
- Ford S., Fallowfield L., Lewis S.* Can oncologists detect distress in their out-patients and how satisfied are they with their performance during bad news consultations? // *Br J Cancer*. 1994. Vol. 70. № 4. Pp. 767—770.
- Gleichgerrcht E., Decety J.* Empathy in clinical practice: how individual dispositions, gender and experience moderate empathic concern, burnout and emotional distress in physicians // *PLoS ONE*. 2003. Vol. 8. № 4.

- Gleichgerrcht E., Decety J.* The relationship between different facets of empathy, pain perception and compassion fatigue among physicians // *Front Behav Neurosci.* 2014. Vol. 8. P. 243. doi: 10.3389/fnbeh.2014.00243.
- Gowans M.C., Glazier L., Wright B.J., Brenneis F.R., Scott I.M.* Choosing a career in psychiatry: factors associated with a career interest in psychiatry among Canadian students on entry to medical school // *Can J Psychiatry.* 2009. Vol. 54. № 8. Pp. 557—564.
- Haslam N.* Dehumanization: an integrative review // *Pers Soc Psychol Rev.* 2006. Vol. 10. № 3. Pp. 252—264.
- Haque O.S., Waytz A.* Dehumanization in medicine: causes, solutions, and functions // *Perspect Psychol Sci.* 2013. Vol. 7. № 2. Pp. 176—186.
- Heaven C.M., Maguire P.* Disclosure of concerns by hospice patients and their identification by nurses // *Palliat Med.* 1997. Vol. 11. № 4. Pp. 283—290.
- Hojat M., Loius D., Markham F., Wender R., Rabinowitz C., Gonnella J.* Physicians' empathy and clinical outcomes for diabetic patients // *Academic Medicine.* 2011. Vol. 86. № 3. Pp. 359—364.
- Hojat M., Mangione S., Nasca T.J., Rattner S., Erdmann J.B., Gonnella J.S., Magee M.* An empirical study of decline in empathy in medical school // *Med Educ.* 2004. Vol. 38. № 9. Pp. 934—941.
- Hojat M., Vergare M., Maxwell K., Brainard G., Herrine S., Isenberg G., Veloski J., Gonnella J.* The devil is in the third year: a longitudinal study of erosion of empathy in medical school // *Academic Medicine.* 2009. Vol. 84. № 9. Pp. 1182—1191.
- Kennifer S.L., Alexander S.C., Pollak K.I., Jeffreys A.S., Olsen M.K., Rodriguez K.L., Arnold R.M., Tulsy J.A.* Negative emotions in cancer care: do oncologists' responses depend on severity and type of emotion? // *Patient Educ Couns.* 2009. Vol. 76. № 1. Pp. 51—56. doi: 10.1016/j.pec.2008.10.003.
- La Monica E.L., Wolf R.M., Madea A.R., Oberst M.T.* Empathy and nursing care outcomes // *Scholarly Inquiry for Nursing Practice.* 1987. Vol. 1. № 3. Pp. 197—213.
- Lebowitz M.S., Ahn W.* Effects of biological explanations for mental disorders on clinicians' empathy [Электронный ресурс] // *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America.* URL: <http://www.pnas.org/content/111/50/17786.abstract> (дата обращения: 12.07.2015).
- Levinson W., Gorawara-Bhat R., Lamb J.* A study of patient clues and physician responses in primary care and surgical settings // *JAMA.* 2000. Vol. 284. № 8. Pp. 1021—1027.
- Linn L.S.* Care vs. cure: How the nurse practitioner views the patient // *Nursing Outlook.* 1974. Vol. 22. Pp. 641—644.
- Madjar I.* Pain as embodied experience: a phenomenological study of clinically inflicted pain in adult patients: a thesis presented in partial fulfilment of the requirements for the degree of Doctor of Philosophy in Nursing at Massey University. Massey University. 1991.
- McKenna L., Boyle M., Brown T., Williams B., Molloy A., Lewis B., Molloy L.* Levels of empathy in undergraduate midwifery students: an Australian cross-sectional study // *Women and Birth.* 2008. Vol. 24. Pp. 80—84.

- Morse D.S., Edwardsen E.A., Gordon H.S. Missed opportunities for interval empathy in lung cancer communication // *Arch Intern Med*. 2008. Vol. 168. № 17. Pp. 1853—1858.
- Morse J.M., Bortorff J., Anderson G., O'Brien B., Solberg S. Beyond empathy: expanding expressions of caring // *J Adv Nurs*. 1992. Vol. 17. № 7. Pp. 809—821.
- Morse J. M., Mitcham C., van Der Steen W.J. Compathy or physical empathy: implications for the caregiver relationship // *Journal of Medical Humanities*. 1998. Vol. 19, № 1. Pp. 51—65.
- Neumann M., Edelhauser F., Tauschel D., Fischer M.R., Wirtz M., Woopen C. Empathy decline and its reasons: a systematic review of studies with medical students and residents // *Acad. Med*. 2011. Vol. 86. Pp. 996—1009. doi:10.1097/acm.0b013e318221e615.
- Novak D.H. Therapeutic aspects of the clinical encounter // *J Gen Intern Med*. 1987. Vol. 2. Pp. 346—355.
- Paro H.B.M.S., Silveira P.S.P., Perotta B., Gannam S., Enns S.C. Empathy among medical students: is there a relation with quality of life and burnout? // *PLoS ONE*. 2014. Vol. 9. № 4. doi:10.1371/journal.pone.0094133.
- Pollak K.I., Arnold R.M., Alexander S.C., Jeffreys A.S., Olsen M.K., Abernethy A.P., Rodriguez K.L., Tulskey J.A. Do patient attributes predict oncologist empathic responses and patient perceptions of empathy? // *Support Care Cancer*. 2010. Vol. 18. № 11. Pp. 1405—1411. doi: 10.1007/s00520-009-0762-8.
- Pollak K.I., Arnold R.M., Jeffreys A.S., Alexander S.C., Olsen M.K., Abernethy A.P., Skinner C.S., Rodriguez K.L., Tulskey J.A. Oncologist communication about emotion during visits with Patients with advanced cancer // *Journal of clinical oncology*. 2007. Vol. 25. №. 36. Pp. 5748—5752.
- Rakel D.P., Hoefl T.J., Barrett B.P., Chewing B.A., Craig B.M., Niu M. Practitioner empathy and the duration of the common cold // *Fam Med*. 2009. Vol. 41. № 7. Pp. 494—501.
- Rosenhan D.L. On being sane in sane places // *Science*. 1973. Vol. 179. Pp. 250—258.
- Smith A.C. III, Kleinman S. Managing emotions in medical school: students' contacts with the living and the dead // *Social Psychology Quarterly*. 1989. Vol. 52, No. 1. Pp. 56—69.
- Stewart M.A. What is a successful doctor-patient interview? A study of interactions and outcomes // *Soc Sci Med*. 1984. Vol. 19. № 2. Pp. 167—175.
- Stihwell N.A., Wallick M.M., Thal S.E., Burleson J.A. Myers-Briggs type and medical specialty choice: a new look at an old question // *Teach Learn Med*. 2000. Vol. 12. № 1. Pp. 14—20.
- Suchman A.L., Markakis K., Beckman H.B., Frankel R. A model of empathic communication in the medical interview // *JAMA*. 1997. Vol. 277. № 8. Pp. 678—682.
- Thomas M.R., Dyrbye L.N., Huntington J.L., Lawson K.L., Novotny P.J., Sloan J.A., Shanafelt T.D. How do distress and well-being relate to medical student empathy? A multicenter study // *J Gen Intern Med*. 2007. Vol. 22. № 2. Pp. 177—183.
- Zinn W. The empathic physician // *Arch Intern Med*. 1993. Vol. 153. № 3. Pp. 306—312.

EMPATHY PROBLEMATIC IN PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF PROFESSIONAL MEDICAL CARE (REVIEW)²

T.V. PODDUBNAYA

The article covers summary report of the main aspects of empathy research in medical care. Data of an empathy level diagnostics depending on social aspects is presented, as well as an issue of empathy consideration as a stable personal characteristic, its dependency on experience and doctor's specialization, context of medical activity (necessary pain infliction, emergency aid assistance) is discussed. Aspects of empathic communication for medical workers of various specialties, inter alia psychiatrists and oncologists, as well as communication strategies, developed for coping with cocurrent negative emotions are analyzed. An example of a medical interview facilitating the quality of interpersonal relationship in the pair patient-doctor alliance" is given. In conclusion there are presented actual scientific contradictions and set the possible main lines of future researches.

Keywords: empathy, medical care, specialization, psychiatry, oncology, coping, communication strategies.

- Agavelian R.O.* Empatiia kak faktor psikhologicheskoi gotovnosti defektologa k professional'noi deiatel'nosti: diss. ... kand. psikh. nauk. Erevan, 1995. 158 p.
- Berezhkovskaia E.L., Radinskaia N.G.* Kul'turno-istoricheskaiia i gumanisticheskaiia psikhologiiia: vozmozhnye tochki skhoda. Empatiia kak vysshaia psikhicheskaiia funktsiia. Vestnik RGGU. 2006. № 1. Pp. 126—145.
- Bogacheva O.Iu.* Empatiia kak professional'no vazhnoe kachestvo vracha (na primere vrachei terapevtov i vrachei khirurgov): diss. ... kand. psikh. nauk. Iaroslavl'. 2014. 168 p.
- Burno M.E.* O samom glavnom v klinicheskoi klassicheskoi psikhoterapii (KKP) // Psikhoterapiia. 2011. № 1. Pp. 17—23.
- Vasil'kova A.P.* Empatiia kak odin iz spetsificheskikh kriteriev professional'noi prigodnosti budushchikh spetsialistov medikov: diss. ... kand. psikh. nauk. Saint-Peterburg. 1998. 166 p.
- Vid V.D., Lozinskaia E.I.* Sindrom peregoraniia v psikhiiatrii i ego zavisimost' ot terapevticheskoi ideologii. Rossiiskii psikhoterapevticheskii zhurnal. 1998. № 1. Pp. 19—21.
- Grishchenko D.Iu.* Motivatsiia vybora professii psikhologa: diss. ... kand. psikh. nauk. Moscow: RGB, 2003. 221 p.
- Danilov D.S.* Komplains v meditsine i metody ego optimizatsii (klinicheskie, psikhologicheskie i psikhoterapevticheskie aspekty). Psikhiiatriia i psikhofarmakoterapiia. 2008. T.10. № 1. Pp. 13—20.

² This article was prepared with the financial support of the Russian Foundation for Humanities (grant No.15-26-01007).

- Donika A.D.* Professional'nyi ontogenez: mediko-sotsiologicheskie i psikhologo-eticheskie problemy vrachebnoi deiatel'nosti / Moscow: Publ. "Akademiia Estestvoznaniia". 2009. 300 p.
- Zenevich G.V.* Rol' psikhoterapii pri shizofrenicheskikh remissiiakh. Voprosy psikhoterapii. Moscow. 1958. Pp. 187—194.
- Im O.T.* Psikhologicheskie osobennosti sindroma emotsional'nogo vygoraniia v zavisimosti ot stepeni refleksii i empatii u meditsinskikh sester. Al'manakh sovremennoi nauki i obrazovaniia. 2009. № 11 (30). Pp. 136—138.
- Karavanov G.A., Korshunova V.A.* Individual'no-psikhologicheskie osobennosti vrachakhirurgov / L'vov. 1974. 53 p.
- Kariagina T.D.* Evoliutsiia poniatii "empatiia" v psikhologii: diss. ... kand. psikholog. nauk. Moscow, 2013. 175 p.
- Kipiani A.I.* Razvitie kommunikativnoi kompetentnosti vracha-stomatologa kak uslovie professional'noi uspekhnosti: diss. ... kand. psikholog. nauk. Stavropol', 2006. 214 p.
- Korzunin V.A.* Zakonomernosti dinamiki professional'no vazhnykh kachestv voennykh vrachei v protsesse professionalizatsii: diss. ... dokt. psikholog. nauk. Sankt-Peterburg, 2001. 555 p.
- Lurii R.A.* Vnutrenniaia kartina bolezni i iatrogennye zabolevaniia / 4-e izd. Moscow: Meditsina, 1977. 112 p.
- Polishchuk Iu.I., Letnikova Z.V.* Diagnosticheskoe i terapevticheskoe znachenie vrachebnoi empatii v psikiatrii. Sotsial'naia i klinicheskaiia psikiatriia. 2013. T. 23. № 3. Pp. 99—103.
- Smulevich A.B., Fil'ts A.O., Guseinov I.G., Drozdov D.V.* K probleme nozogenii. Ipokhondriia i somatofornnye rasstroistva / Moscow: Logos, 1992. Pp. 111—123.
- Sovremennye problemy issledovaniia sindroma vygoraniia u spetsialistov kommunikativnykh professii: kollektivnaia monografiia / pod. red. V.V. Luk'ianova, N.E. Vodop'ianovoi, V.E. Orla, S.A. Posadnogo, L.N. Iur'evoi, S.A. Igumnova. Kursk. gos. un-t. Kursk, 2008. 336 p.
- Tashlykov V.A.* Znachenie empaticheskogo otnosheniia vracha k bol'nomu v protsesse psikhoterapii nevrozov. Psikhologicheskie problemy psikhogigieny, psikhoprofilaktiki i meditsinskoj deontologii / L., 1976. Pp. 121—122.
- Terent'ev I.A.* Lichnostnye osobennosti proiavleniia empatii v deiatel'nosti vracha kurortnogo lechebnogo uchrezhdeniia: diss. ... kand. psikholog. nauk. Sochi, 2007. 212 p.
- Khardi I.* Vrach, sestra, bol'noi. Psikhologiiia raboty s bol'nymi / Budapesht, 1988. 338 p.
- Iaspers K.* Obshchaia psikhopatologiiia / Moscow, 1997. 1053 p.
- Ancel G.* Developing empathy in nurses: an in-service training program. Archives of psychiatric nursing. 2006. Vol. 20. № 6. Pp. 249—257.
- Avdi E., Barson P., Rischin I.* Empathic communication skills in CALD medical student interviews. Prospect. 2008. Vol. 23. № 3. Pp. 4—11.
- Beckman H.B., Markakis K.M., Suchman A.L., Frankel R.M.* The doctor-patient relationship and malpractice. Lessons from plaintiff depositions. Arch Intern Med. 1994. Vol. 154. № 12. Pp. 1365—1370.
- Bellet P.S., Maloney M.J.* The Importance of Empathy as an Interviewing Skill in Medicine. JAMA. 1991. Vol. 266. № 13. Pp. 1831—1832. doi:10.1001/jama.1991.03470130111039.

- Bikker A.P., Mercer S.W., Reilly D.A.* A pilot prospective study on the consultation and relational empathy, patient enablement, and health changes over 12 months in patients going to the Glasgow Homoeopathic Hospital. *J Altern Complement Med.* 2005. Vol. 11. № 4. Pp. 591—600.
- Bond M.R.* Patients' experience of pain. *Pharmacol Ther.* 1981. Vol. 12. № 3. Pp. 563—573.
- Branch W.T., Malik T.K.* Using 'Windows of Opportunities' in Brief Interviews to Understand Patients' Concerns. *JAMA.* 1993. Vol. 269. № 13. Pp. 1667—1668. doi:10.1001/jama.1993.03500130081036.
- Butow P.N., Brown R.F., Cogar S., Tattersall M.H., Dunn S.M.* Oncologists' reactions to cancer patients' verbal cues. *Psychooncology.* 2002. Vol. 11. № 1. Pp. 47—58.
- Carmel S., Glick S.M.* Compassionate-empathic physicians: personality traits and social-organizational factors that enhance or inhibit this behavior pattern. *Soc Sci Med.* 1996. Vol. 43. № 8. Pp. 1253—1261.
- Chen D., Lew R., Hershman W., Orlander J.* A cross-sectional measurement of medical student empathy. *J Gen Intern Med.* 2007. Vol. 22. № 10. Pp. 1434—1438.
- Costa P., Magalhaes E., Costa M.J.* A latent growth model suggests that empathy of medical students does not decline over time. *Adv Health Sci Educ Theory Pract.* 2013. Vol. 18. № 3. Pp. 509—522. doi: 10.1007/s10459-012-9390-z.
- Cook S.* *Second Life* / New York: Simon and Schuster, 1981.
- DeValck C., Bensing J., Bruynooghe R., Batenburg V.* Cure-oriented versus care-oriented attitudes in medicine. *Patient Education and Counseling.* 2001. Vol. 45. Pp. 119—126.
- Eley D.S., Brooks K.D., Zink T., Cloninger C.R.* Personality profiles of rural longitudinal integrated clerkship students who choose family medicine. *Fam Med.* 2015. Vol. 47. № 3. Pp. 194—203.
- Engel G.L.* The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science.* 1977. Vol. 196. № 4286. Pp. 129—135.
- Everson N., Levett-Jones T., Lapkin, Pitt V., van der Riet P., Rossiter R., Jones D., Gilligan C., Courtney-Pratt H.* Measuring the impact of a 3D simulation experience on nursing students' cultural empathy using a modified version of the Kiersma-Chen Empathy Scale. *J Clin Nurs.* 2015. Vol. 16. doi: 10.1111/jocn.12893
- Ford S., Fallowfield L., Lewis S.* Can oncologists detect distress in their out-patients and how satisfied are they with their performance during bad news consultations? *Br J Cancer.* 1994. Vol. 70. № 4. Pp. 767—770.
- Gleichgerrcht E., Decety J.* Empathy in clinical practice: how individual dispositions, gender and experience moderate empathic concern, burnout and emotional distress in physicians. *PLoS ONE.* 2003. Vol. 8. № 4.
- Gleichgerrcht E., Decety J.* The relationship between different facets of empathy, pain perception and compassion fatigue among physicians. *Front Behav Neurosci.* 2014. Vol. 8. P. 243. doi: 10.3389/fnbeh.2014.00243.
- Gowans M.C., Glazier L., Wright B.J., Brenneis F.R., Scott I.M.* Choosing a career in psychiatry: factors associated with a career interest in psychiatry among Canadian students on entry to medical school. *Can J Psychiatry.* 2009. Vol. 54. № 8. Pp. 557—564.
- Haslam N.* Dehumanization: an integrative review. *Pers Soc Psychol Rev.* 2006. Vol. 10. № 3. Pp. 252—264.

- Haque O.S., Waytz A.* Dehumanization in medicine: causes, solutions, and functions. *Perspect Psychol Sci.* 2013. Vol. 7. № 2. Pp. 176—186.
- Heaven C.M., Maguire P.* Disclosure of concerns by hospice patients and their identification by nurses. *Palliat Med.* 1997. Vol. 11. № 4. Pp. 283—290.
- Hojat M., Loius D., Markham F., Wender R., Rabinowitz C., Gonnella J.* Physicians' empathy and clinical outcomes for diabetic patients. *Academic Medicine.* 2011. Vol. 86. № 3. Pp. 359—364.
- Hojat M., Mangione S., Nasca T.J., Rattner S., Erdmann J.B., Gonnella J.S., Magee M.* An empirical study of decline in empathy in medical school. *Med Educ.* 2004. Vol. 38. № 9. Pp. 934—941.
- Hojat M., Vergare M., Maxwell K., Brainard G., Herrine S., Isenberg G., Veloski J., Gonnella J.* The devil is in the third year: a longitudinal study of erosion of empathy in medical school. *Academic Medicine.* 2009. Vol. 84. № 9. Pp. 1182—1191.
- Kennifer S.L., Alexander S.C., Pollak K.I., Jeffreys A.S., Olsen M.K., Rodriguez K.L., Arnold R.M., Tulsy J.A.* Negative emotions in cancer care: do oncologists' responses depend on severity and type of emotion? *Patient Educ Couns.* 2009. Vol. 76. № 1. Pp. 51—56. doi: 10.1016/j.pec.2008.10.003.
- La Monica E.L., Wolf R.M., Madea A.R., Oberst M.T.* Empathy and nursing care outcomes. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice.* 1987. Vol 1. № 3. Pp. 197—213.
- Lebowitz M.S., Ahn W.* Effects of biological explanations for mental disorders on clinicians' empathy. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America.* Available at: <http://www.pnas.org/content/111/50/17786.abstract> (accessed: 12.07.2015).
- Levinson W., Gorawara-Bhat R., Lamb J.* A study of patient clues and physician responses in primary care and surgical settings. *JAMA.* 2000. Vol. 284. № 8. Pp. 1021—1027.
- Linn L.S.* Care vs. cure: How the nurse practitioner views the patient. *Nursing Outlook.* 1974. Vol. 22. Pp. 641—644.
- Madjar I.* Pain as embodied experience: a phenomenological study of clinically inflicted pain in adult patients: a thesis presented in partial fulfilment of the requirements for the degree of Doctor of Philosophy in Nursing at Massey University. Massey University. 1991.
- McKenna L., Boyle M., Brown T., Williams B., Molloy A., Lewis B., Molloy L.* Levels of empathy in undergraduate midwifery students: an Australian cross-sectional study. *Women and Birth.* 2008. Vol. 24. Pp. 80—84.
- Morse D.S., Edwardsen E.A., Gordon H.S.* Missed opportunities for interval empathy in lung cancer communication. *Arch Intern Med.* 2008. Vol. 168. № 17. Pp. 1853—1858.
- Morse J.M., Bottorff J., Anderson G., O'Brien B., Solberg S.* Beyond empathy: expanding expressions of caring. *J Adv Nurs.* 1992. Vol. 17. № 7. Pp. 809—821.
- Morse J.M., Mitcham C., van Der Steen W.J.* Compathy or physical empathy: implications for the caregiver relationship. *Journal of Medical Humanities.* 1998. Vol. 19. № 1. Pp. 51—65.
- Neumann M., Edelhauser F., Tauschel D., Fischer M.R., Wirtz M., Woopen C.* Empathy decline and its reasons: a systematic review of studies with medical students and

- residents. *Acad. Med.* 2011. Vol. 86. Pp. 996—1009. doi:10.1097/acm.0b013e318221e615.
- Novak D.H.* Therapeutic aspects of the clinical encounter. *J Gen Intern Med.* 1987. Vol. 2. Pp. 346—355.
- Paro H.B.M.S., Silveira P.S.P., Perotta B., Gannam S., Enns S.C.* Empathy among medical students: is there a relation with quality of life and burnout? *PLoS ONE.* 2014. Vol. 9. № 4. doi:10.1371/journal.pone.0094133.
- Pollak K.I., Arnold R.M., Alexander S.C., Jeffreys A.S., Olsen M.K., Abernethy A.P., Rodriguez K.L., Tulsky J.A.* Do patient attributes predict oncologist empathic responses and patient perceptions of empathy? *Support Care Cancer.* 2010. Vol. 18. № 11. Pp. 1405—1411. doi: 10.1007/s00520-009-0762-8.
- Pollak K.I., Arnold R.M., Jeffreys A.S., Alexander S.C., Olsen M.K., Abernethy A.P., Skinner C.S., Rodriguez K.L., Tulsky J.A.* Oncologist communication about emotion during visits with Patients with advanced cancer // *Journal of clinical oncology.* 2007. Vol. 25. №. 36. Pp. 5748—5752.
- Rakel D.P., Hoefl T.J., Barrett B.P., Chewing B.A., Craig B.M., Niu M.* Practitioner empathy and the duration of the common cold. *Fam Med.* 2009. Vol. 41. № 7. Pp. 494—501.
- Rosenhan D.L.* On being sane in sane places. *Science.* 1973. Vol. 179. Pp. 250—258.
- Smith A.C. III, Kleinman S.* Managing emotions in medical school: students' contacts with the living and the dead. *Social Psychology Quarterly.* 1989. Vol. 52. No. 1. Pp. 56—69.
- Stewart M.A.* What is a successful doctor-patient interview? A study of interactions and outcomes. *Soc Sci Med.* 1984. Vol. 19. № 2. Pp. 167—175.
- Stilwell N.A., Wallick M.M., Thal S.E., Burlison J.A.* Myers-Briggs type and medical specialty choice: a new look at an old question. *Teach Learn Med.* 2000. Vol. 12. № 1. Pp. 14—20.
- Suchman A.L., Markakis K., Beckman H.B., Frankel R.* A model of empathic communication in the medical interview. *JAMA.* 1997. Vol. 277. № 8. Pp. 678—682.
- Thomas M.R., Dyrbye L.N., Huntington J.L., Lawson K.L., Novotny P.J., Sloan J.A., Shanafelt T.D.* How do distress and well-being relate to medical student empathy? A multicenter study. *J Gen Intern Med.* 2007. Vol. 22. № 2. Pp. 177—183.
- Zinn W.* The empathic physician. *Arch Intern Med.* 1993. Vol. 153. № 3. Pp. 306—312.