

Мир науки. Педагогика и психология / World of Science. Pedagogy and psychology <https://mir-nauki.com>

2019, №2, Том 7 / 2019, No 2, Vol 7 <https://mir-nauki.com/issue-2-2019.html>

URL статьи: <https://mir-nauki.com/PDF/68PSMN219.pdf>

Ссылка для цитирования этой статьи:

Сидоренко Л.И., Абакумова И.В., Пирумян А.А. Исследование коммуникативной толерантности врачей психиатров и неврологов // Мир науки. Педагогика и психология, 2019 №2, <https://mir-nauki.com/PDF/68PSMN219.pdf> (доступ свободный). Загл. с экрана. Яз. рус., англ.

For citation:

Sidorenko L.I., Abakumova I.V., Pirumyan A.A. (2019). Research of communicative tolerance of psychiatrists and neurologists. *World of Science. Pedagogy and psychology*, [online] 2(7). Available at: <https://mir-nauki.com/PDF/68PSMN219.pdf> (in Russian)

УДК 159.9.072.43

ГРНТИ 15.21.45

Сидоренко Людмила Ивановна

ФГБОУ ВО «Донской государственный технический университет», Ростов-на-Дону, Россия
Аспирантка факультета «Педагогика, психология и дефектология», кафедры «Общей и консультативной психологии»

E-mail: Elit-k.90@mail.ru

ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-2145-3255>

Абакумова Ирина Владимировна

ФГБОУ ВО «Донской государственный технический университет», Ростов-на-Дону, Россия
Декан факультета «Педагогика, психология и дефектология», профессор кафедры «Общей и консультативной психологии»

Доктор психологических наук, член-корреспондент РАО

E-mail: abakira@sfedi.ru

ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-2202-2588>

РИНЦ: https://elibrary.ru/author_profile.asp?id=252406

Researcher ID: <http://www.researcherid.com/rid/A-9720-2016>

SCOPUS: <http://www.scopus.com/authid/detail.url?authorId=57189598855>

Пирумян Арменуи Арсеновна

ФГАОУ ВО «Южный федеральный университет», Ростов-на-Дону, Россия
Академия психологии и педагогики

Ассистент

Аспирант 3 года обучения

E-mail: pirumyan@sfedu.ru

ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-7938-9677>

Исследование коммуникативной толерантности врачей психиатров и неврологов

Аннотация. В статье представлен теоретический материал, посвященный изучению актуальных вопросов, связанных с коммуникативной толерантностью врача – одним из важнейших качеств, позволяющим оценить врача, с одной стороны, как личность, с другой – как профессионала, обладающего необходимым объемом знаний, умений и навыков. В качестве объекта исследования в представленной работе выступили врачи психиатрической и неврологической специализации. Предмет исследования – коммуникативная толерантность врачей психиатров и неврологов. Так же изучен аспект влияния стажа профессиональной деятельности на формирование коммуникативной толерантности (профессиональной, ситуативной и общей) у врачей психоневрологического профиля. Авторами представлены результаты исследования, проведенного среди врачей психиатрической и неврологической направленности с целью изучения их коммуникативной толерантности по методике «Общей

коммуникативной толерантности» В.В. Бойко, позволившие установить, что уровень коммуникативной толерантности находится в пределах нормы у обеих групп респондентов.

Таким образом, можно заключить, что коммуникативная сфера деятельности врача укладывается в пределы классических представлений о ее структуре и имеет ряд достаточно специфических компонентов, свойственных только врачам психиатрам в силу специфичности их контингента.

Теоретическая значимость исследования заключается в обобщении и расширении представлений о коммуникативной толерантности, изучения результатов диагностической работы среди врачей неврологов и психиатров.

Практическая значимость результатов исследования заключается в их применении психологами для психологической поддержки и сопровождения врачей стационарных и амбулаторных отделений. Также данные результаты могут быть внедрены в учебный процесс в рамках ведения лекций и семинаров в учреждениях медицинского профиля.

Ключевые слова: коммуникация; коммуникативная толерантность; коммуникативная компетентность; модели взаимоотношения врач-пациент; профессионал; профессиональная деятельность; ценностные ориентации; личность

Введение

Учитывая сложившуюся ситуацию в здравоохранении Российской Федерации, связанную с дефицитом кадрового состава врачей разных специальностей, конкурирующую обстановку среди лечебных учреждений в плане качества обслуживания населения, изменяющимися условиями взаимодействия между врачом и пациентом, вопрос ценностно-смыслового подхода в исследовании врача как субъекта деятельности в современном обществе становится наиболее актуальным. Возникает необходимость в более тщательном изучении развития врача как личности и профессионала. Рассматривая сферу оказания медицинских услуг, необходимо обратить внимание на специфику данной деятельности, которая кроется в ее многогранности и неоднородности. Проблема врачебной деятельности затрагивает вопросы разного характера, связанные как с личностью и ее развитием, так и с профессиональной деятельностью врача [1].

В качестве объекта исследования в представленной работе выступили врачи психиатрической и неврологической специализации, работающие в поликлинических учреждениях, в количестве 52 неврологов (18 мужчин и 34 женщины) и 50 психиатров (16 мужчин и 34 женщины). Возраст испытуемых – от 28 до 70 лет, стаж профессиональной деятельности составляет от 3 до 42 лет. Для сравнительного анализа группа респондентов по стажу работы была поделена на: (1) 1–5 лет; (2) 5–10 лет; (3) 10–20 лет; (4) 20 и более лет.

Предмет исследования – коммуникативная толерантность врачей психиатрической и неврологической специальностей.

Целью исследования является изучение коммуникативной толерантности врачей психиатров и неврологов по методике «Общей коммуникативной толерантности» В.В. Бойко.

Новизна исследования заключается в изучении коммуникативной толерантности психиатров и неврологов и ее анализа. Изучен аспект влияния стажа профессиональной деятельности на коммуникативную толерантность врачей психоневрологического профиля.

Проблеме коммуникации посвящены работы многих зарубежных и отечественных психологов (Г.М. Андреевой [2], А.А. Бодалева [3], Л.С. Выготского [4], А.Н. Леонтьева [5], Б.Ф. Ломова [6; 7], Д. Мида [8], С.Л. Рубинштейна [9], Д. Уотсона [10] и другие ученые) играющие значительную роль в исследовании межличностных отношений [11].

Изменения общества во времена активного, стремительного развития техники и в целом науки, в том числе и в медицинской сфере, создают новую ситуацию, по мнению С.Х. Мадалиевой, в которой растет роль человеческого фактора в лечебном процессе [12], в том числе и связанного с «профессиональной» коммуникацией.

Согласно определению В.В. Мазелиса, процесс коммуникации предполагает обмен информацией посредством системы символов, передаваемых с помощью вербальных и невербальных средств [13]. Так же по мнению данного автора, общение выступает как сложный многоплановый процесс установления и развития контактов между людьми, порождаемой потребностями в их совместной деятельности, а взаимоотношения в процессе коммуникации между врачом и пациентом являются сложным и динамическим образованием, интегрирующее в себе разнообразные стороны врача как личности и как профессионала [13].

Согласно литературным источникам, некоторые авторы выделяют следующие модели взаимоотношений между врачом и пациентом. Например, такие как: руководство, партнерство, договорная. Такая модель как – руководство, является базовой моделью, в отношении которой ведущую роль занимает врач. Роль врача в данной модели взаимоотношений принято считать авторитарной, лидерской, руководящей. Все лечебно-диагностические вопросы врач берет под личную ответственность. Больной занимает позицию подчиненного, пассивного исполнителя, тем самым, зависимо от мнения врача. Выделяют еще и так называемую модель – партнёрство. Данное взаимоотношение не является авторитарным, предполагает сотрудничество двух сторон. В предлагаемой модели пациент принимает активное участие, где и решение принимает сам. Для того чтобы медицинский работник перешел к модели сотрудничества (партнерства), врачу-клиницисту необходимо преобразиться в интерпретирующего слушателя. Если раньше пациент должен был следовать медико-диагностической схеме и не мог приблизиться к своим переживаниям по поводу страдания, то теперь врач и пациент должны стремиться вместе понять историю жизни пациента [14]. Такая модель часто используется в психотерапевтической практике. Следующая модель – договорная. Данная модель взаимоотношения характерна и используется в условиях платной медицины и заключается в составлении соглашения врач-больной. Учитывая потребности и возможности больного, а также задачи, которые должны быть решены во время диагностики и лечения, врач устанавливает соответствующую эмпатическую коммуникацию. Эта модель предусматривает полную юридическую ответственность врача и в большей степени психологическую пациента.

Роберта Вича выделяет четыре модели взаимоотношений: техническая, патерналистская, коллегиальная и контрактная. Техническая модель наблюдается в том случае, когда личность пациента не учитывается, а рассматривается в качестве предмета, который необходимо отремонтировать, т. е. устранить физическую проблему. В патерналистской модели врач выступает в качестве родителя, а пациент в роли «дитя» (по Э. Берну). Личность пациента в таких отношениях учитывается, но активную позицию занимает врач и именно он принимает решение. В коллегиальной модели ведущая роль отдается пациенту. Врач согласовывает с ним все детали, связанные с лечением. Контрактная модель предполагает процессуально-юридические отношения [15].

М.И. Барсукова в своей работе отметила, что эффективное оказание медицинской помощи заключается не только в современном лечении и технической оснащенности лечебного учреждения, но и в высокой профессиональной подготовке врачей [16]. По мнению Б.А. Ясько

одним из базовых критериев профессиональной подготовки врача является коммуникативная компетентность [17].

Л.Н. Васильева, под коммуникативной компетенцией понимает многоуровневое интегральное качество личности, сочетающее в себе совокупность когнитивных, эмоциональных, поведенческих особенностей, включающая врачебную профессиональную деятельность, направленную на установление, поддержание и развитие эффективных контактов с пациентами и другими участниками лечебно-профилактического процесса [18]. В структуре коммуникативной компетенции выделяется три уровня: базовый-ценностный, содержательный и инструментальный, включающий два подуровня – общих и профессиональных коммуникативных навыков и умений [19].

По В.Э. Мильману коммуникативная компетентность как компонент профессиональной компетентности, в свою очередь включает: (1) Собственно коммуникативную компетентность, обозначающую овладение вербальными, невербальными средствами общения; умение лично воздействовать (персонализация, представленность себя в другой роли); умение достигать одинакового восприятия коммуникативной ситуации. (2) Социально-перцептивную компетентность, которая выражается в способности к формированию адекватного образа другого и прочтению за внешними проявлениями психологических свойств личности и особенностей ее поведения, полноте и глубине восприятия, понимании и оценке другого и себя как индивида, субъекта деятельности, личности и индивидуальности. (3) Интерактивную компетентность, которая предполагает определенные умения и знания о закономерностях поведения, деятельности человека, его межличностных отношений в различных группах профессиональной среды и способствует выработке стратегии и тактике взаимодействия и воздействия, грамотно его организовывать, выбирать оптимальную модель поведения с учетом ситуации и индивидуальных особенностей и свойств других субъектов совместной деятельности [20].

Согласно воззрениям И.П. Лапина, профессиональный подход в коммуникации врача с пациентом очень важен. Продуктивное взаимодействие и эффективное общение в системе врач-пациент представляют собой центральное место для достижения удовлетворенности врача и больного лечебным процессом, для клинической компетентности врача, а также оказывают решающее влияние на результат лечения и являются краеугольным камнем хорошей медицинской практики [21].

В.В. Мазелис говорит о том, что, в процессе общения социально-психологический контекст и смысл информации от врача, взаимоотношения, которые складываются в системе «врач-пациент», являются мощным стимулом формирующегося оптимизма или пессимизма пациента относительно перспектив собственного оздоровления [22].

Одной из главных целей взаимодействия врача психиатра с его пациентом является познание этого пациента. Поэтому грамотное общение врача вести беседу в профессиональном «ключе» дает возможность не только продуктивного «сотрудничества», которое будет обеспечивать более качественное лечение и способствовать более быстрому выздоровлению или, хотя бы, облегчению самочувствия пациента, но и в целом характеризует его как профессионала, одним из качеств личности которого является профессиональная коммуникация. Именно индивидуальный подход в таком тандеме как врач психиатр и пациент определяет данное познание. Ведь врачам других специальностей при опросе пациента не всегда приходится слушать его и одновременно наблюдать за поведением. Кроме того, от поведения самого психиатра зависит степень «раскрытия» пациента. Зачастую психиатру приходится играть роли от наиболее привычных до самых необычных и порой кажущихся смешными, менять тактику своего поведения, подбирать такие вопросы, чтобы пациента не смущать, а увеличивать его степень доверия к врачу, и не исказить информацию о своем

состоянии здоровья. Только в таком случае психиатру удастся больше узнать о пациенте и понять его.

От того, какой подход врач выберет по отношению к тому или иному пациенту, а также от выбора манеры разговора и его содержательной части, зависит качество и результат назначенного им лечения и оздоровления. Эффективным общением в данном случае можно будет считать такое общение, при котором врач получит обратную связь, а лечение окажется компетентным. Обратной связью В.В. Мазелис называет получение информации об активности, самочувствии и настроении человека (пациента) в контексте и в связи с коммуникацией с врачом. А главным свойством обратной связи отмечается «корректировать прямое воздействие» [22].

В общем смысле слово толерантность означает терпимость. Коммуникативная толерантность является качеством личности, характеризующим отношение ее к окружающим людям и степень переносимости их качеств, неприятных для данной личности. Коммуникативная толерантность позволяет личности относиться к людям как к индивидууму, адекватно воспринимать их такими какие они есть.

С.В. Русакова в своей работе приводит несколько наиболее полных определений коммуникативной толерантности, разных ученых. С точки зрения Бойко В.В. коммуникативная толерантность – это одна из характерных особенностей личности отношения к людям, показывающая степень переносимости и психических состояний, качеств и поступков партнеров по взаимодействию. В.М. Гришук данное определение формулирует следующим образом: коммуникативная толерантность – это психосоциальная характеристика личности с доминантной направленностью сознания на терпимое, бесконфликтное коммуникативное поведение. По мнению О.Б. Скрыбиной данный термин обозначает устойчивое личностное состояние, определяющее особый тип взаимодействия индивида с другими людьми. Л.А. Николаева считает, что коммуникативная толерантность является личностно значимым профессиональным качеством будущего специалиста в сфере «человек-человек» [14].

Данные понятия можно применить непосредственно к профессионально состоявшейся личности врача разной специальности. Т.В. Поддубная, считает, 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 [23].

Родиков М.В. пишет, что эффективность практической деятельности врача зависит от того, насколько профессионально специалист организует взаимодействие с пациентами, их родственниками и ближайшим окружением и, конечно, с коллегами [24]. Для врачей психиатрической направленности такое качество как коммуникативная толерантность должно быть неотъемлемым, поскольку именно психиатрам в большей степени приходится общаться с особыми пациентами – душевнобольными, которые как никто другой нуждаются в сопереживании и эмоциональной поддержке лечащего его врача.

По мнению Т.Д. Корягиной, эмпатия – это процесс понимания и отклика на переживание другого, основанный на сопереживании и ориентированный относительно внутренней феноменологической перспективы другого [25].

Методы, применяемые в данной работе

Для изучения коммуникативного компонента у неврологов и психиатров мы использовали методику изучения «Общей коммуникативной толерантности» В.В. Бойко [26]. С помощью данной методики оценивается толерантность по 9 признакам общей

коммуникативной толерантности. По каждому признаку предлагается оценить степень своего согласия с каждым из пяти суждений по четырех бальной шкале: 0 баллов – совсем неверно, 1 – верно в некоторой степени, 2 – верно в значительной степени, 3 – верно в высшей степени. Далее нами подсчитывалось количество баллов по каждому признаку и общее количество баллов, полученных по всем 9 признакам. На основании результата делается вывод об уровне коммуникативной толерантности. Максимальное число баллов, которое можно получить по данной методике – 135, свидетельствует о полной нетерпимости к окружающим, что вряд ли возможно для нормальной личности. Точно также невозможно получить 0 баллов – свидетельство терпимости личности абсолютно ко всем партнерам и всем ситуациям. В рамках 9 предлагаемых в методике поведенческих признаков интервал оценок возможен от 0 до 15 баллов. Чем больше баллов набирается по конкретному признаку, тем менее испытуемый терпим к людям в данном аспекте отношений.

По методике «Общей коммуникативной толерантности» В.В. Бойко можно диагностировать толерантные и интолерантные установки личности. В рамках коммуникативной толерантности, согласно мнению автора, можно определить ситуативную, типологическую, профессиональную и общую толерантность.

Результаты исследования

Анализируя общий средний балл по всем шкалам методики, полученный среди группы неврологов (50,36 баллов) и психиатров (52,84 балла), можно с уверенностью утверждать, что уровень коммуникативной толерантности находится в пределах нормы у обеих групп респондентов. Хотя, если сравнивать со среднестатистическими показателями по данной шкале, приведенными В.В. Бойко в 1998 году, для медиков это значение должно быть в пределах 40–43 баллов. Полученные нами результаты немного выше, но все равно лежат в рамках нормального распределения и свидетельствуют об адекватном уровне коммуникативной толерантности, как у неврологов, так и у психиатров.

Если рассматривать отдельно полученные показатели по каждой из шкал среди всех респондентов, то можно говорить, что существует ряд специфических моментов, свойственных как неврологам, так и психиатрам. А также имеется ряд данных по некоторым шкалам, в рамках которых были получены схожие результаты.

Так, среди группы неврологов и группы психиатров нормальных значений достигли показатели по следующим шкалам: (1) «Неприятие или непонимание индивидуальности другого человека» (6,46 у неврологов и 6,36 у психиатров). (2) «Использование себя в качестве эталона при оценке поведения и образа мыслей других людей» (6,71 у неврологов и 7,44 у психиатров). (3) «Категоричность или консерватизм в оценках других людей» (6,56 у неврологов и 5,68 у психиатров). (7) «Неумение прощать другим ошибки, неловкость, непреднамеренно причиненные вам неприятности» (5,17 у неврологов и 5,86 у психиатров).

Представленные выше усредненные данные позволяют утверждать, что неврологам и психиатрам в равной мере свойственно адекватно принимать индивидуальность другого человека, не стараться использовать себя в качестве эталона для оценки поведения и образа мыслей других людей, не навязывать свое видение мира, не считать себя «истиной в последней инстанции», иметь умеренную тенденцию в регламентировании проявлений индивидуальности партнера, которые, возможно, не соответствуют их внутреннему миру, сложившимся ценностям и вкусам, а также способность прощать другим ошибки, неловкость, непреднамеренно причиненные ими неприятности.

Среди группы неврологов слегка заниженными являются показатели по следующим шкалам: (5) «Стремление переделать, перевоспитать партнера» (4,2), что может

свидетельствовать о нежелании врачей данной группы переделать или перевоспитать другого человека. (6) «Стремление подогнать партнера под себя, сделать его «удобным» (4,8), что свидетельствует об отсутствии стремления «подгонять» личные качества партнера под себя, о меньшем контроле и регламентации их поступков, и не стремятся настаивать на принятии их точки зрения.

Среди группы психиатров слегка заниженным оказался показатель по шкале 4 – «Неумение скрывать или сглаживать неприятные чувства при столкновении с некоммуникабельными партнерами» (4,86), что может быть связано с нежеланием демонстрировать неуправляемые отрицательные реакции в ответ на некоммуникабельные качества партнера.

Однако среди респондентов обеих групп выявилась общая тенденция, связанная с низкими усредненными данными по шкалам (8) «Нетерпимость к психическому или физическому дискомфорту, создаваемому другими людьми» (4,55 у неврологов и 4,8 у психиатров) и шкалы (9) «Неумение приспосабливаться к характеру, привычкам и желаниям других» (4,46 у неврологов и 4,46 у психиатров). Полученные данные свидетельствуют о достаточно высоком уровне терпимости к психическому или физическому дискомфорту, создаваемому другими людьми, а также умению легко и быстро приспосабливаться к характеру, привычкам и желаниям других людей, что может быть опосредовано на качественном уровне спецификой профессиональной деятельности врачей обеих групп и стажем профессиональной деятельности. Полученные и описанные данные среди группы неврологов и группы психиатров подтверждаются статистическими данными согласно Т-критерию Вилкоксона, где достоверными считаются различия при $p \geq 0,05$ (таблица 1).

Таблица 1

Результаты корреляционных взаимосвязей между усредненными данными по шкалам методики В.В. Бойко среди психиатров и неврологов

Шкалы	p-value	Степень значимости
1. Неприятие или непонимание индивидуальности другого человека	0.3648	Высокая положительная связь
2. Использование себя в качестве эталона при оценке поведения и образа мыслей других людей	0.4253	Высокая положительная связь
3. Категоричность или консерватизм в оценках других людей	0.127	Высокая положительная связь
4. Неумение скрывать или сглаживать неприятные чувства при столкновении с некоммуникабельными партнерами	0.0494	Связь отсутствует
5. Стремление переделать, перевоспитать партнера»	0.0911	Средняя положительная связь
6. Стремление подогнать партнера под себя, сделать его «удобным»	0.0349	Связь отсутствует
7. Неумение прощать другим ошибки, неловкость, непреднамеренно причиненные вам неприятности	0.4049	Высокая положительная связь
8. Нетерпимость к психическому или физическому дискомфорту, создаваемому другими людьми	0.9223	Высокая положительная связь
9. Неумение приспосабливаться к характеру, привычкам и желаниям других	0.4389	Высокая положительная связь

Составлено автором

Для выявления данных специфических связей (стаж и особенности коммуникативной толерантности) нами был проведен корреляционный анализ среди групп неврологов и психиатров по Н-критерию Краскала-Уоллиса. Полученные результаты представлены ниже в таблице 2.

Таблица 2

Результаты корреляционных взаимосвязей между усредненными данными по шкалам методики В.В. Бойко и стажем профессиональной деятельности среди психиатров и неврологов

Шкалы	Неврологи p-value	Психиатры p-value
1. Неприятие или непонимание индивидуальности другого человека	0.3983	0.0379
2. Использование себя в качестве эталона при оценке поведения и образа мыслей других людей	0.0426	0.3922
3. Категоричность или консерватизм в оценках других людей	0.1708	0.0514
4. Неумение скрывать или сглаживать неприятные чувства при столкновении с некоммуникабельными партнерами	0.6429	0.2358
5. Стремление переделать, перевоспитать партнера	0.2748	0.0606
6. Стремление подогнать партнера под себя, сделать его «удобным»	0.7458	0.0822
7. Неумение прощать другим ошибки, неловкость, непреднамеренно причиненные вам неприятности	0.6731	0.0748
8. Нетерпимость к психическому или физическому дискомфорту, создаваемому другими людьми	0.8749	0.2155
9. Неумение приспосабливаться к характеру, привычкам и желаниям других	0.6023	0.0142

Составлено автором

Заключение

На основании полученных статистических данных мы можем с уверенностью утверждать, что среди группы неврологов и психиатров существенное влияние на формирование почти всех аспектов коммуникативной толерантности (профессиональной, ситуативной и общей) оказывает стаж работы, так как достоверными считаются показатели по данному коэффициенту $p \geq 0,05$.

Подводя итог результатам данного исследования, можно заключить, что коммуникативная сфера деятельности врача с одной стороны укладывается в пределы классических представлений о ее структуре, но и имеется ряд достаточно специфических компонентов свойственных только врачам психиатрам, в силу специфичности их контингента.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абакумова И.В., Сидоренко Л.И. Психологические особенности смысложизненных стратегий врачей неврологов и психиатров. Национальное здоровье. – 2018. №1–2.
2. Андреева Г.М. Социальная психология. Учебник для высших учебных заведений – 5-е изд., испр., и доп. – М.: Аспект Пресс. 2012. – 363 с.
3. Бодалев А.А. Психология общения. – М. – Воронеж: 1996.
4. Выготский Л.С. Собрание сочинений: В 6-ти т. Т. 2. Проблемы общей психологии / Под ред. В.В. Давыдова. – М.: Педагогика, 1982.
5. Леонтьев А.А. Деятельность и общение // Вопросы философии. – М.: 1979, № 1.
6. Ломов Б.Ф. Общение и социальная регуляция поведения индивида // Психологические проблемы социальной регуляции поведения. – М., 1976.
7. Ломов Б.Ф. Проблема общения в психологии // Проблема общения в психологии. М.: Наука, 1981. – 230 с.
8. Мид, Дж.Г. Сознание, самость и общество / Дж.Г. Мид. – Москва: Директ-Медиа, 2007. – 34 с. – ISBN 978-5-94865-924-4; то же [Электронный ресурс]. – URL: <http://biblioclub.ru/index.php?page=book&id=26548> (10.02.2019).
9. Рубинштейн С.Л. Основы общей психологии / С.Л. Рубинштейн; сост., авт. коммент. и послесл.: А.В. Брушлинский, К.А. Абульханова-Славская. – СПб и др.: Питер: Питер бук, 2002. – 712 с.
10. Уотсон Дж. Психология как наука о поведении. М.: 000 “Издательство АСТ-ЛТД”, 1998. С. 645–650.
11. Касьянова Е.И. Теоретический анализ коммуникативной толерантности. Ученые записки Забайкальского государственного университета // Социологические науки. – 2014. – № 4 (57). – С. 28–34.
12. Мадалиева С.Х. Формирование и развитие коммуникативной компетентности врача. Научное обозрение // Педагогические науки. – 2016. – № 2. – С. 66–73.
13. Мазелис В.В. Обратная связь в диагностике структуры представлений о взаимоотношениях врача и больного // Мир науки, культуры, образования. – 2013. – № 4 (41). – С. 242–245.
14. Русакова С.В. Сущностные характеристики коммуникативной толерантности: происхождение понятия // Вестник КГУ им Н.А. Некрасова. – 2013. – Т. 19. – С. 10–13.
15. Харди И. Врач, сестра, больной. Психология работы с больными. 5-е изд., перер., доп. Б.: АН Венгрии. – 1988 г. – 338 с.
16. Барсукова М.И. Коммуникативная компетенция врача как фактор предупреждения рисков в общении с пациентами // Проблемы речевой коммуникации. – 2014. – № 1. – С. 124–133.
17. Ясько Б.А. Экспертный анализ профессионально важных качеств врача // Психологический журнал. – 2004. – № 3 (25). – С. 71–78.

18. Васильева Л.Н. О программе формирования коммуникативной компетенции врача // Историческая и социально-образовательная мысль. – 2014. – № 2 (24). – С. 205–207.
19. Васильева Л.Н. О формировании коммуникативной компетенции у будущих врачей // Материалы VII международной конференции «Динамика научных исследований» (07–15 июля 2011 года). Przemysli: Naukaistudia. – 2011. – № 15. – С. 20–24.
20. Мильман В.Э. Рабочая мотивация и удовлетворение трудом // Психологический журнал, – 1985. – №5 (6). – С. 62–72.
21. Лапин И.П. Согласие – фактор, определяющий общение пациента и врача и успешность лечения // Клиническая медицина. – 1999. – № 11. – С. 15–18.
22. Мазелис В.В. Развитие у будущих врачей представлений об отношениях личности в системе коммуникации «врач-больной». Мир науки, культуры, образования. – 2013. – № 6 (43). – С. 183–185.
23. Поддубная Т.В. Проблематика эмпатии в исследованиях психологических аспектов профессиональной медицинской деятельности (обзор) // Консультативная психология и психотерапия. – 2015. – № 2 (23). – С. 9–36.
24. Родиков М.В., Кочетова Л.В., Пахомова Р.А. Модели взаимодействия врача и пациента в современной медицине // Современные проблемы науки и образования. – 2016. – № 6. – С. 236–241.
25. Карягина Т.Д. Эволюция понятия «эмпатия» в психологии: дисс. ... канд. психол. наук. – М., 2013. – 175 с.
26. Бойко В.В. Методика диагностики коммуникативной установки. Толерантное сознание и формирование толерантных отношений (теория и практика): Сб. науч. – метод. ст. под ред. С.К. Бондырева. 2-е изд. М.: Изд. МСИ, Воронеж: НПО «МОДЕК». – 2003. – 386 с.

Sidorenko Lyudmila Ivanovna

Don state technical university, Rostov-on-Don, Russia
E-mail: Elit-k.90@mail.ru

Abakumova Irina Vladimirovna

Don state technical university, Rostov-on-Don, Russia
E-mail: abakira@sfedi.ru

Pirumyan Armenui Arsenovna

Southern federal university, Rostov-on-Don, Russia
E-mail: pirumyan@sfedu.ru

Research of communicative tolerance of psychiatrists and neurologists

Abstract. The article represents a theoretical material devoted to the study of topical issues related to communicative tolerance of a doctor which is one of the most important qualities that allows to evaluate a doctor as a personality on the one hand, and on the other hand as a professional with necessary volume of knowledge, skills and abilities. As the object of research in the present work were doctors of psychiatric and neurological specialization. The subject of the research is communicative tolerance of psychiatrists and neurologists. The aspect of the experience of professional activity influence on the formation of communicative tolerance (professional, situational, and total) of the doctors of psycho-neurological profile has been also studied. The authors result of a study carried out among the doctors of psychiatric and neurological orientation has been represented in the article to study their communicative tolerance by the method of V.V. Boyko «General communicative tolerance» which allowed to establish the level of communicative tolerance to be within the norm in both groups of respondents.

Thus, it can be concluded that the communicative field of doctor's activity is within the limits of classical ideas about its structure and has a number of rather specific components peculiar only to psychiatrists because of the specificity of their contingent.

The theoretical significance of the study lies in the generalization and expansion of ideas about communicative tolerance, the study of the results of diagnostic work among neurologists and psychiatrists.

The practical significance of the research results lies in their use by psychologists for psychological support and accompaniment of doctors of inpatient and outpatient departments. Also, these results can be implemented in the educational process in the framework of lectures and seminars in medical institutions.

Keywords: communication; communicative tolerance; communicative competence; models of doctor-patient relationship; professional activity; value orientations; personality