

О. А. Богачёва

Половые различия в проявлении эмпатии у медицинских работников

Половые различия в межличностных стилях и бихевиоральных реакциях могут повлиять на формирование эмпатии. Женщины показывают более высокий уровень эмпатии, чем мужчины. Несмотря на преимущество женщин в способности к эмпатии в отношениях с пациентами, большая уязвимость к профессиональному стрессу делает это качество недостатком. Женщины-врачи более расположены вызывать пациентов на эмоционально положительный диалог. Пациенты по-разному реагируют на врачей в зависимости от их пола. Эмпатия была связана с уровнем андрогинности, а также с возрастом и профессиональным опытом.

Ключевые слова: эмпатия, поведенческий паттерн, пол, профессиональные роли, профессиональный стресс, забота, гуманность, женственность, андрогинность, эмоциональная чуткость, альтруизм, удовлетворенность.

О. А. Bogachiova

Sexual Distinctions in Empathy Display of Medical Workers

Sexual distinctions in interpersonal styles and bi behavioural reactions can affect empathy formation. Women show a higher level of empathy than men do. Despite advantage of women in ability to empathy in relations with patients, great vulnerability to a professional stress makes this quality to be a shortcoming. Female doctors are more likely to make patients do an emotionally positive dialogue. Patients react in a different way to doctors depending on their gender. The empathy was connected with an androgyny level, and also with age and professional experience.

Key words: empathy, a behavioural pattern, sex, professional roles, a professional stress, care, humanness, femininity, androgyny, emotional sensitivity, altruism, satisfaction.

По мнению многих западных исследователей, эмпатия в медицинской практике играет все возрастающую роль и ее значение в работе врача становится все более очевидным. Эмпатия – это проекция чувств, то, что превращает *Я и ты* в *Я есть ты*, или, по крайней мере, *Я могу быть ты*. *Это больше чем нейробиологический отклик, она несет с собой чувства. Эмпатия не только помогает нам узнать, кто есть мы сами, но и позволяет врачам, воздерживаться от стерильных выученных ответов.*

Др. Хояйт, известный специалист в области изучения эмпатии во врачебной практике говорит: «Эмпатия для меня всегда являлась чувством «почти магическим» в медицинской практике, тем, что приносит с собой страсть в степени большей, чем хваленое самообладание... Эмпатия – это все равно, что смотреть на мир глазами пациента: лучше понимать своих пациентов, сидеть рядом с ними, видеть мир в их проекции. Но эмпатия может гораздо в большей степени, даже терапевтически, помочь врачам в лечении своих больных» [8].

В современной медицине ни для кого не секрет, что постановка диагноза пациента на сего-

дняшний момент гораздо более опирается на высокотехнологичные исследования, чем на изучение симптомов больного с его слов. И кто как не специалист-практик может лучше сказать о значении сочувствия, сопереживания в ежедневной работе врача. И поэтому позволю себе полностью процитировать слова др. Хояйта: «Меня как гастроэнтеролога, всегда больше интересовало, что люди чувствуют, нежели то, как выглядят их кишечник. Когда гибкие эндоскопы изменили наше видение в 60-х, я перестал назначать «процедуры». Лечить пациентов с диспепсией или диареей к тому времени было когнитивной задачей: мы делали выводы на предмет того, что может быть обнаружено, на основании слов пациентов. К нашей чести, техника подтверждала нашу правоту. Эндоскопы, которыми я пренебрегал, стали предшественниками более точной аппаратуры, давшей врачам способность «видеть» нарушение, которое можно отождествить с диагнозом. Гастроэнтерологи теперь верят только тому, что видят, а не тому, что им говорят.

Визуализация, как были переименованы рентгеновские исследования, крайне усовершенствовала медицинскую практику. В XXI в. хирурги

вероятнее всего удалят воспалившийся аппендикс, по сравнению с тем, как они бы сделали в XX в., благодаря популярной нынче компьютерной томографии (КТ), отображающей поврежденные органы. Раку поджелудочной железы позволялось бесконтрольно разрастаться в организме, тогда как врачи имели в арсенале только «бариевую взвесь», способную только указать на злокачественный процесс, но сейчас они могут видеть его на гораздо более ранней стадии. Парадоксально, но такие возможности делают историю пациента более жизненно важной, чем когда-либо: томографическое сканирование обнаруживает так много безобидных анатомических нарушений, что теперь как никогда врач должен быть уверен в том, что именно то, что будет удалено на операции, и будет являться доказанной первопричиной жалоб пациента.

Визуализация, столь притягательная для врача, иногда становится на пути эмпатии. Несложно увидеть рак поджелудочной на компьютерной томограмме, но гораздо больше сил и времени потребуется, чтобы выслушать переживания пациента по поводу диагноза, объясняющего боли в животе. А у современных докторов так мало времени.

Более того, возросшая способность *видеть* аномалии превратило многие незначительные симптомы в заболевания в навязчивом стремлении к материализации абстрактного. Изжога, о которой упоминали пациенты, сейчас переименована в ГЭРБ – гастроэзофагеальную рефлюксную *болезнь*, которую врачи должны сначала увидеть, чтобы диагностировать. И этот безобидный симптом с таким звучным названием, легко купирующийся небольшим количеством пищевой соды, стал требующим лечения заболеванием; и эти изменения – не только у нас в голове. Такой подход получил широкое распространение благодаря повышенному вниманию к каждому самому незначительному аспекту пищеварения, пропагандируемому СМИ» [11].

Триумф медицинского оборудования заставил некоторых студентов-медиков беспокоиться, что те врачи, которыми они станут, мало чем смогут помочь пациентам в XXI в. Они ссылаются на «Тест Тьюринга». Говоря с кем-то, кого вы не видите, можете ли вы определить, исходят ли ответы от живого человека или отвечает компьютер? Как опасаются будущие врачи, рано или поздно пациенты, разговаривая с компьютером, будут иметь такое же представление о том, кто или что им отвечает, что и Дороти в беседе с

Волшебником Оз. Как смогут будущие врачи конкурировать со всезнающим и всевидящим «Доктором-в-Ящике»? Я надеюсь, что они осознают, что больной нуждается в протянутой руке помощи и дружбы, и ни робот, ни компьютер не может конкурировать с человеком, когда речь заходит о эмпатии, симпатии или даже любви к тому, кто в беде или в отчаянии. Эмпатия – это ключевой момент того, что называется «быть настоящим человеком», и основная характерная черта хорошего врача. Пока же критики отмечают недостаток эмпатии у современных докторов.

Если это правда, то винить в этом можно процесс отбора. Отсев одних происходит после победы других, начиная с конкурса при поступлении в медицинский колледж и затем в борьбе за место в медицинском вузе. У студента, карабкающегося вверх по скользкому шесту, остается мало сочувствия к побежденным, застенчивым, тем, кому не удалось прорваться наверх. По мере того как они учатся быть экспертами в «обнаружении и устранении дефектов», они учатся отдавать предпочтение тому, что они видят, а не тому, что слышат.

Печально, но современное медицинское образование выдавливает эмпатию из студентов, которые изучают тело и забывают о духе/разуме, пока их учителя прививают им еще большую отчужденность от «безмолвной печальной мелодии человечества». Позднее, послевузовская больничная практика гасит в студентах последние всплески эмпатии, когда они часто наблюдают, как слишком рано из-за болезни обрываются молодые жизни или как долго страдают старики. Студенты больше учатся говорить о заболевании, нежели о пациенте, медицинское заключение беспристрастно и имперсонифицировано, и невозмутимость становится их девизом. Как показали результаты многочисленных исследований, студенты-медики часто теряют свою эмпатию при прохождении медицинской практики, поэтому «клиническая медицина» получила название «цинической медицины» [11].

Исследователи считают, что мужчины реагируют на стресс по принципу «биться или бежать», тогда как женщинам более свойственна реакция «присмотреть и подружиться» – поведенческий паттерн, включающий в себя заботу о потомстве и самосохранение, сформировавшийся в процессе эволюции. Тэйлор и его коллеги [19] предположили, что основополагающий бихевиоральный механизм, ответственный за паттерн «присмотреть и подружиться», может запустить-

ся при помощи системы привязанностей и группы гормонов, таких как окситоцин, совместно с другими женскими репродуктивными гормонами, а также активностью эндогенных опиоидных пептидов. Очевидно, эти различия в межличностных стилях и бихевиоральных реакциях могут повлиять на формирование эмпатии.

В исследовании, проведенном Петером и Гэллопом [15] студентов медицинских профессий и врачей опрашивали с точки зрения критического и морального отношения к заботе о пациентах, и оказалось, что пол – более важный критерий, чем профессиональные роли. Когда студенты сталкивались с гипотетической клинической дилеммой, не зависимо от специализации, женщины оказывались более ориентированы на паттерн заботы, чем их коллеги мужчины.

Среди разных профессий были выделены различия в эмпатии. Например, в исследовании медицинского персонала (медсестры), социальных работников и учителей, женщины показывали более высокий уровень эмпатии, чем мужчины по Эмоциональной Шкале Эмпатии Мехрабяна и Эпштейна [14].

В другом исследовании студентов медшколы первого и последнего годов обучения в Польше [12] женщины показали более высокий результат по Шкале Эмоциональной Эмпатии. Исследование врачей показало, что женщины определяют у себя более высокий уровень эмпатии, мужчины оценивают свой уровень эмпатии ниже [3]. Таким же образом женщины-терапевты и семейные врачи превосходят своих коллег мужчин в уровне гуманности [1].

Хойят и другие в своих исследованиях замечали, что женщины превосходят мужчин по JSPE, причем не только в суммарных показателях, но и по индивидуальным пунктам [9]. Различия в пользу женщин были особенно явными в пунктах, которые определяют уровень «способности к пониманию другого человека». Тем не менее существуют исследования которые не нашли различий по признаку пола у студентов Университета Питсбургской Медицинской Школы по сокращенной версии Шкалы Эмпатии Хогана [11]. Тем не менее в исследовании положительных ролевых моделей в медицине женщины-врачи продемонстрировали более высокий уровень личностных аспектов, что идейно связано с эмпатией, такие как открытость новым экспериментам, эстетика и чувства [9].

Несмотря на преимущество в межличностном стиле и уровне эмпатии, женщины более уязви-

мы в стрессовых ситуациях. Эта разница в уязвимости к стрессу побуждает женщин в отличие от мужчин оценивать стрессовые ситуации как более деструктивные [4]. Другие исследования показали, что женщины более чувствительны к стрессу и находят такие ситуации более тревожными [8].

Эти результаты демонстрируют, что, несмотря на преимущество женщин в способности к эмпатии в отношениях с пациентами, большая уязвимость к профессиональному стрессу делает это качество недостатком. Также следует отметить, что хотя эмпатия улучшает выздоровление пациента и ценится врачами и больным, но исследования показали, что она не влияет на карьеру [5].

В одном крупномасштабном исследовании, включившем 5 314 студентов медиков, исследователи обнаружили, что в начале обучения женщины в среднем рассчитывали получить на 23 % меньше дохода от врачебной практики (независимо от специальности), чем мужчины [9]. Эти открытия логически связаны с идеей, что женщины чаще выбирают профессию врача из соображений альтруизма, чем ради финансовой выгоды [18].

Очевидно, что в связи с эмпатией половые различия могут влиять на мужской или женский стили работы врача и персонала, и некоторые эмпирические исследования подтверждают эти идеи.

Присутствие союзника, способного оказать эмпатическую поддержку в контексте заботы о здоровье, служит буфером для сердечно-сосудистой стрессовой реакции. В частности, присутствие женщины, обеспечивающей общественную поддержку, было признано более действенным, чем поддержка, оказываемая мужчиной [11].

В эксперименте, проводимом с целью установить эффективность оказываемой мужчинами и женщинами общественной поддержки, участники должны были произнести небольшую речь об эвтаназии. Исследователи обнаружили, что когда поддержка оказывалась женщинами, присутствовавшими в аудитории и кивавшими в знак согласия, уровень систолического кровяного давления у выступающих снижался как у женщин, так и у мужчин. Однако данный кардиоваскулярный эффект не сработал у выступающих, когда в знак согласия кивали мужчины в аудитории. Из результатов данного эксперимента исследователи заключили, что «дар присутствия»

оказывающих поддержку лиц, особенно женщин, возможно, приводит к сокращению случаев развития сердечных заболеваний. Эти открытия также доказывают важную роль медсестер (особенно женщин) в оказании заботы и поддержки пациентам [10].

Женщины более расположены вызывать пациентов на эмоционально положительный диалог, поднимать психологические и социальные темы здоровья и болезни, использовать позитивные утверждения, вербальный контакт и проводить с пациентами больше времени. В среднем, женщины тратили на 3–4 минуты больше на пациентов, чем это делали мужчины, использовали в разговорах юмор и разделяли ответственность за принятие решений с пациентами [6]. Также женщины более склонны к превентивным мерам [4]. Более того, они чаще дают советы по профилактике и общим положениям на деликатные темы пациентам-женщинам. Chagon и его коллеги замечали [6], что женщины имеют тенденцию быстрее реагировать на эмоциональные и повседневные интересы пациента, тогда как обычно в медицинской сфере эти интересы считаются менее важными. Эти наблюдения подтверждают, что женщины более склонны к эмоциональному контакту с пациентами. Chagon также выяснил, что пациенты по-разному реагируют на врачей в зависимости от их пола [6]. Пациенты (мужчины и женщины) отмечают, что женщины охотнее обсуждают медицинские темы и интересуются личными привычками (алкоголь, курение, наркотики, секс, сон), а также психологическими проблемами (семья, работа, финансовые и психологические трудности). Исследование удовлетворенности пациентов врачами показало, что все они лучше оценивают врачей женщин [13]. В отношении жалоб на злоупотребление служебным положением, тот факт, что женщины обвиняются меньше, связан с лучшими отношениями врач-пациент, а не с выбором менее сложных пациентов [17].

В исследовании студентов, данные по эмпатической заботе и способности принять позицию другого связаны с уровнем женственности, которая связана с мягкостью, любезностью, теплотой, добротой, эмоциональной чуткостью, преданностью и взаимопониманием. В других исследованиях эмпатия была связана с уровнем андрогинности, а также с возрастом и профессиональным опытом. К примеру, молодые медсестры с небольшим опытом проявляли большую эмпатию к старикам, чем старшие, более опытные

коллеги [16]. Также ведут себя молодые и менее опытные врачи. Эти открытия поднимают вопросы снижения эмпатии с возрастом и опытом [8].

Эти исследования показывают, что мужчины и женщины демонстрируют разные стили ведения врачебной практики, что вызвано различиями в межличностном стиле общения, отражающим их способность проявлять эмпатию по отношению к пациентам.

Проведенный обзор позволяет сделать две группы выводов. Первая касается роли эмпатии в постановке диагноза:

- эмпатия – основная характерная черта хорошего врача;

- эмпатия позволяет ставить более точные диагнозы и не осуществлять избыточное лечение;

- значительно возросшие возможности медицинской техники делают историю болезни пациента еще более важной;

- эмпатия может встать на пути превращения врача в оператора по управлению медицинской техникой.

Вторая группа выводов связана с влиянием пола на проявление эмпатии во врачебной практике:

- в связи с эмпатией половые различия могут влиять на мужской или женский стили работы врача и персонала;

- исследование врачей показало, что женщины определяют у себя более высокий уровень эмпатии, мужчины оценивают свой уровень эмпатии ниже;

- присутствие женщины, обеспечивающей эмпатийную заботу, было признано более действенным, чем поддержка, оказываемая мужчиной;

- эмпатия улучшает выздоровление пациента и ценится врачами и больным, но исследования показали, что она не влияет на карьеру;

- благодаря эмпатии женщины более склонны к превентивным мерам, они чаще дают советы по профилактике и общим положениям на деликатные темы пациентам-женщинам, в то время как мужчины склонны решать проблему по мере ее поступления;

- женщины имеют тенденцию быстрее реагировать на эмоциональные и повседневные интересы пациента, тогда как обычно в медицинской сфере эти интересы считаются менее важными;

- несмотря на преимущество женщин в способности к эмпатии в отношениях с пациентами,

большая уязвимость к профессиональному стрессу делает это качество недостатком;

– исследование удовлетворенности пациентов врачами показало, что все они лучше оценивают врачей женщин;

– молодые и менее опытные врачи проявляют большую эмпатию к старикам, чем старшие, более опытные коллеги;

– эмпатия снижается с возрастом и опытом.

Библиографический список:

1. Abbott, L. C. (1983). A study of humanism in family physicians. *The Journal of Family Practice*, 16, 1141–1146.
2. Barnett, R. C., Biener, L., & Baruch, G. K. (1987). *Gender and stress*. New York: Free Press.
3. Barnsley, J., Williams, A. P., Cockerill, R., & Tanner, J. (1999). Physician characteristics and the physician-patient relationship: Impact of sex, year of graduation, and specialty. *Canadian Family Physician*, 45, 935–942.
4. Bertakis, K. D., Roter, D., & Putman, S. M. (1991). The relationship of physician medical interview style to patient satisfaction. *Journal of Family Practice*, 32, 175–181.
5. Carmel, S., & Glick, S. M. (1996). Compassionate-empathic physicians: Personality traits and social-organizational factors that enhance or inhibit this behavior pattern. *Social Science and Medicine*, 43, 1253–1261.
6. Charon, R., Greene, M. G., & Adelman, R. (1994). Woman readers, woman doctors: A feminist reader-response theory of medicine. In E. S. More & M. A. Milligan (Eds.), *The empathic practitioner: Empathy, gender, and medicine* (pp. 205–221). New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.
7. Hall, J. A., & Dornan, M. C. (1988). Meta-analysis of satisfaction with medical care: Description of research domain and analysis of overall satisfaction level. *Social Science & Medicine*, 27, 637–644.
8. Hojat, M., Glaser, K., Xu, G., Veloski, J. J., & Christian, E. B. (1999). Gender comparisons of medical students' psychosocial profile. *Medical Education*, 33, 342–349.
9. Hojat, M., Gonnella, J. S., Nasca, T. J., Mangione, S., Veloski, J. J., & Magee, M. (2002b). The Jefferson Scale of Physician Empathy: Further psychometric data and differences by gender and specialty at item level. *Academic Medicine*, 77, 77–82.
10. Hojat, M., Gonnella, J. S., Mangione, S., Nasca, T. J., & Magee, M. (2003a). Physician empathy in medical education and practice: Experience with the Jefferson Scale of Physician Empathy. *Seminars in Integrative Medicine*, 1, 25–41.
11. Hojat, M. (2007). *Empathy in patient care*. Springer.
12. Kliszcz, J., Hebanowski, M., & Rembowski, J. (1998). Emotional and cognitive empathy in medical schools. *Academic Medicine*, 73, 541.
13. Linn, L. S., Cope, D. W., & Leake, B. (1984). The effect of gender and training of residents on satisfaction ratings by patients. *Journal of Medical Education*, 59, 964–966.
14. Mehrabian, A., & Epstein, N. A. (1972). A measure of emotional empathy. *Journal of Personality*, 40, 753–761.
15. Peter, E., & Gallop, R. (1994). The ethic of care: A comparison of nursing and medical students. *Image—The Journal of Nursing Scholarship*, 26, 47–50.
16. Pennington, R. E., & Pierce, W. L. (1985). Observations of empathy of nursing-home staff: A predictive study. *International Journal of Aging and Human Development*, 21, 1–10.
17. Sloan, F. A., Mergenhagen, P. M., Burfield, W. B., Bovjerg, R. R., & Hassan, M. (1989). Medical malpractice experience of physicians: Predictable or haphazard? *Journal of the American Medical Association*, 262, 3291–3297.
18. Stamps, P. L., & Boley Cruz, N. T. (1994). *Issues in physician satisfaction: New perspectives*. Ann Arbor, MI: Health Administration Press.
19. Taylor, S. E., Klein, L. C., Lewis, B. P., Gruenewald, T. L., Gurung, R. A., Regan, A. R., & Updegraff, J. (2000). Biobehavioral responses to stress in females: Tend-and-befriend, not fight-or-flight. *Psychological Review*, 107, 411–429.