

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ОТБОРА ВРАЧЕЙ ДЛЯ РАБОТЫ НА КРУПНЫХ СПОРТИВНЫХ МЕРОПРИЯТИЯХ

Ковшова О.С.

Ковшова Ольга Степановна

доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой медицинской психологии и психотерапии; федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Самарский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, ул. Гагарина, 16, Самара, 443079, Россия. Тел.: 8 (846) 260-78-29.

E-mail: OI1955ga@yandex.ru

Аннотация

В статье рассматриваются психологические критерии, особенности психической саморегуляции и социальной адаптации врачей для работы на чемпионате мира по футболу в г. Самара в 2018 году (ЧМ—2018).

Проведено психологическое исследование 60 врачей для отбора на работу при проведении ЧМ—2018. В работе были использованы психологические методы исследования, такие как метод рисуночных ассоциаций С. Розенцвейга в модификации Н.В. Тарабриной, СМОЛ, метод диагностики поведения в конфликте по Томасу.

Выявлены значимые психологические критерии психосоциальной адаптации личности врача в ситуации фрустрации на основе корреляционного анализа стилей межличностного взаимодействия. Определены достоверно значимые психологические критерии профессионального отбора на основе устойчивости поведения в стрессовой ситуации, такой как ЧМ—2018. Выделенные психологические критерии позволяют организовать эффективное решение профессиональных задач в зависимости от типа эмоционального реагирования, фрустрационной толерантности и адаптивного поведения в конфликте. Психологическая подготовка к ЧМ—2018 была направлена на повышение адаптационных возможностей личности врача и приобретение когнитивно-поведенческих навыков сотрудничества в работе и повышение личностной готовности к профессиональной деятельности в экстремальных ситуациях.

Ключевые слова: психологические критерии психосоциальной адаптации врачей; тип и направление эмоционального реагирования в ситуации фрустрации; фрустрационная толерантность; групповая адаптация; типы поведения в конфликтной ситуации; индивидуально-психологические характеристики личности врача; психологическая коррекция; когнитивно-поведенческий тренинг.

УДК 159.9:614.253

Библиографическая ссылка

Ковшова О.С. Психологические критерии отбора врачей для работы на крупных спортивных мероприятиях // Медицинская психология в России. – 2019. – Т. 11, № 3. – С. 2. doi: 10.24412/2219-8245-2019-3-2

Поступила в редакцию: 21.02.2019 Прошла рецензирование: 30.05.2019 Опубликовано: 03.06.2019

Введение

Анализ международного опыта подготовки медицинских кадров для проведения Олимпийских игр и других крупных спортивных мероприятий показывает, что специалист данного профиля должен быть психологически устойчивым, теоретически и практически подготовленным. Психологическая подготовленность медицинского работника позволяет организовать эффективное решение профессиональных задач в различных, даже экстремальных условиях [1; 2; 4; 5].

Медицина — это сложная сфера деятельности человека, где пациенты ждут от медицинского персонала сочувствия, заботливости, эмпатийного восприятия [3; 6; 7; 8]. Профессионально важные качества врача, по Л.А. Лещинскому (1987): профессиональная увлеченность, гуманное отношение к человеку, высокое чувство долга, способность к состраданию, доброта и любовь к людям; умение вызывать доверие у пациентов, готовность облегчить страдания, выдержка, терпимость по отношению к пациентам, коммуникативность, ответственность за результаты лечения, желание самосовершенствоваться в профессии, самокритика, устойчивая эмоцио-нальная сфера, опрятность, высокая психологическая культура, деликатность и тактичность по отношению к больным, оптимизм.

Цель — определить психологические критерии, особенности психической саморегуляции и социальной адаптации медицинского персонала для работы на крупных спортивных мероприятиях.

Задачи:

- изучить индивидуально-психологические характеристики личности врача;
- выявить тип и направление эмоционального реагирования в ситуации фрустрации, фрустрационную толерантность и групповую адаптацию;
- определить тип поведения в конфликтной ситуации в зависимости от типа эмоционального реагирования;
- установить адаптационные и коммуникативные особенности личности и стиль межличностного взаимодействия;
- провести корреляционный анализ стиля межличностного взаимодействия и выявить значимые психологические факторы психосоциальной адаптации личности;
- разработать и провести тренинг коммуникативных навыков, направленный на повышение адаптационных и приобретение когнитивно-поведенческих навыков сотрудничества в работе.

Выборка исследования

Исследование проводилось на базе Центра ЧМ—2018 при Областной клинической больнице имени В.Д. Середавина (главный врач ЧМ—2018 — д.м.н., профессор А.С. Бенян).

Обследовано 60 врачей, которые дали согласие принимать участие в работе медицинских бригад, обслуживающих крупное спортивное мероприятие ЧМ—2018 (г. Самара). Профессиональный отбор врачей проводился с учетом наличия требуемых профессиональных навыков врачебной деятельности (диплом врача — хирурга, реаниматолога, терапевта) и их активного желания и мотивации на работу на спортивных мероприятиях.

Средний возраст — $28 \pm 7,0$ лет. Из клинической беседы и при работе с медицинскими работниками было выяснено, что все врачи не состоят на Д-учете с каким-либо заболеванием, не предъявляют жалобы, чувствуют себя удовлетворительно.

Таблица 1

Характеристика выборки

Название шкалы	1 группа (М)	2 группа (Ж)
Всего врачей	25	35
Средний возраст	$30 \pm 7,0$ (лет)	$28 \pm 5,0$ (лет)
Хирурги	10	4
Реаниматологи	12	8

Терапевты		4	10
Анестезиологи		9	6
Семейный статус	состоят в браке	20	28
	разведены	5	7

Анализ семейного положения показал, что семью имеют 80% пациентов и 20% проживают одни, но имеют близких родственников.

Методы исследования

Клиническая беседа и наблюдение; СМОЛ (сокращенный многофакторный опросник для исследования личности), разработанный В.П. Зайцевым (1981); метод рисуночных ассоциаций С. Розенцвейга (1944) в модификации Н.В. Тарабриной (1973); опросник «Стиль поведения в конфликте», разработанный К. Томасом, в адаптации Н.В. Гришиной; статистический анализ данных.

Полученные результаты

Определены типы эмоционального реагирования, поведения и направленности эмоциональной реакции в ситуации фрустрации.

В «самозащитном экстрапунитивном» типе эмоционального реагирования (ED>NP>OD)¹, встречающемся у большинства представителей (70%) группы обследованных, в ситуации фрустрации получены следующие результаты (табл. 2).

Таблица 2

«Самозащитный экстрапунитивный» тип эмоционального реагирования у врачей 1 подгруппы (ED>NP>OD)

	OD	ED	NP	%	Стандарт
E	2,35	5,14	3,0	43,7	46—52%
I	1,5	2,79	2,0	25,0	25—27%
M	1,86	2,86	2,57	31,3	23—26%
%	22,9	43,7	33,4	100	
Стандарт	32—34%	35—39%	27—30%		

¹ Условные обозначения:

НАПРАВЛЕННОСТЬ РЕАКЦИЙ	ТИПЫ РЕАКЦИЙ		
	OD	ED	NP
E экстрапунитивная (внешнеобвинительная)	E'	E E	e
I интропунитивная (самообвинительная)	I'	I I	i
M импунитивная (необвинительная)	M'	M	m

Смотрите: Яньшин В.П. Практикум по клинической психологии. Методы исследования личности. СПб.: Питер, 2004. С. 274. (Приложение 1, таблица 1).

В ситуации фрустрации наблюдается повышение удельного веса реакций эгозащитного характера (ED>NP>OD) в форме порицания партнеров по ситуации (E), направленных на окружающих, — это наиболее часто встречаемый тип реагирования по С. Розенцвейгу (1944) и по Н.В. Тарабриной (1973).

Анализируя 2-й образец типа реакции на фрустрацию, видим преобладание эгозащитных реакций ED (43,7%) > NP (33,3%) > OD (22,9%).

В ситуации фрустрации повышается удельный вес экстрапунитивных реакций E (43,7%) > M (31,3%) > I (25,0%) в форме агрессии вовне, открытого порицания или обвинений в сторону партнера по ситуации (E) и повышения ΣM (31,3%) по сравнению со стандартом по Н.В. Тарабриной — ΣM (23—26%), в форме «...оправдания партнеров по ситуации» (M>m>M'), что может говорить о снижении фрустрационной толерантности или стрессоустойчивости у врачей 1-й подгруппы.

Относительная частота трех наиболее часто встречающихся факторов в 3-м образце — [E>M>m], в ситуации фрустрации представители данного поведенческого паттерна открыто порицают и обвиняют партнера по ситуации либо оправдывают партнеров по ситуации и в завершении выражают надежду на благоприятный исход, отрицая значимость конфликтной ситуации (m). Показатель безобвинительных реакций ($\Sigma M + I$) = 33,4% повышен, что говорит о переработке агрессии, отрицании значимости конфликтной ситуации (m).

Уровень социальной адаптации достоверно выше, чем при других поведенческих паттернах реагирования (GCR = 43,5%), достоверно значимых различий со стандартом по Н.В. Тарабриной (1973) не имеет.

Баланс агрессивности в норме ($\Sigma E/\Sigma M = 1,52$); степень агрессивности, направленной вовне ($\Sigma E/\Sigma I = 1,95$; $p \leq 0,05$) достоверно выше, чем в других подгруппах эмоционального реагирования; уровень переработки агрессии также достоверно выше ($E/e = 2,03$; $p \leq 0,05$); степень самостоятельности в разрешении конфликтов и/или удовлетворении ситуативных потребностей соответствует норме — $i/e = 0,75$ — и не имеет достоверных различий по подгруппам. Полученные показатели подтверждены статистически (табл. 5).

В «необходимо-упорствующем экстрапунитивном» типе эмоционального реагирования (NP>ED>OD), встречающемся у 15% врачей в нашем наблюдении, в ситуации фрустрации получены достоверные отличия в подгруппах (табл. 5), а характеристика показателей 2-й подгруппы представлена в таблице 3.

Таблица 3

«Необходимо-упорствующий экстрапунитивный» тип эмоционального реагирования у врачей 2 подгруппы (NP>ED>OD)

	OD	ED	NP	%	Стандарт
E	2,0	2,0	7,0	45,8	46—52%
I	1	3,0	3,0	29,1	25—27%
M	1	2,0	3,0	25,1	23—26%
%	16,8	29,1	54,1	100	
Стандарт	32—34%	35—39%	27—30%		

В данном типе эмоционального реагирования (NP>ED>OD), встречающемся в 15% выборки врачей, — представители 2-й подгруппы, которые в ситуации фрустрации демонстрируют повышение удельного веса реакций эгозащитного характера экстрапунитивного направления E (45,8%) > I (29,1%) > M (25,1%) за счет

NP (54,1%) > ED (29,1%) > OD (16,8%) необходимо-упорствующего реагирования и высоких значений «е» ($e = 7,0$), что может говорить о «...принятии на себя ответственности за удовлетворение ситуативно возникающей потребности», порицании партнеров по ситуации. Удельный вес экстрапунитивных реакций ($\Sigma E = 45,8$) соответствует стандартам эмоционального реагирования по Н.В. Тарабриной (46—52%), хотя суммарное повышение экстрапунитивных реакций (ΣE) идет за счет повышения «е» — принятия на себя ответственности за удовлетворение ситуативно возникающей потребности.

Представители врачей 2-й подгруппы (NP>ED>OD) в третьем образце [$e>i=m$] при относительной частоте трех наиболее часто встречающихся факторов в ситуации фрустрации «принимают на себя ответственность за удовлетворение ситуативно возникающей потребности» ($e = 7,0$; $p \leq 0,05$) или «за разрешение конфликтной ситуации» ($i = 3,0$; $p \leq 0,05$), а в завершении «выражают надежду на благоприятный исход» и «отрицают значимость конфликтной ситуации» ($m = 3,0$; $p \leq 0,05$).

При данном типе эмоционального реагирования уровень социальной групповой адаптации достоверно ниже, чем при самозащитном, экстрапунитивном типе эмоционального реагирования ($GCR = 41,3 \pm 5,11$; $p \leq 0,05$).

Баланс агрессивности ($\Sigma E/\Sigma M = 1,26 \pm 0,73$) и степень агрессивности, направленной вовне ($\Sigma E/\Sigma I = 1,52 \pm 0,51$), не имеют достоверных различий с 1-й подгруппой врачей ($p \geq 0,1$); уровень переработки агрессии достоверно ниже, чем при «самозащитном» типе поведения нормы ($E/e = 0,89 \pm 0,32$; $p \leq 0,05$). Выявлена высокая самостоятельность в разрешении конфликтов ($i/e = 0,67 \pm 0,12$; $p \geq 0,1$), и показатель безобвинительных реакций ($\Sigma M + I$) = 54,1% повышен в 1,8 раза за счет высоких значений «е», что говорит об избегании агрессии, разрешении конфликтной ситуации ($i = 3,0$; $p \leq 0,05$), отрицании значимости конфликтной ситуации ($m = 3,0$; $p \leq 0,05$).

3-я подгруппа сравнения представлена «интрапунитивным препятственно-доминантным» типом эмоционального реагирования и встречалась у 10% обследованных в выборке.

Таблица 4

«Интрапунитивный препятственно-доминантный» тип и направления эмоционального реагирования у медицинских работников 3 подгруппы (OD > ED > NP)

	OD	ED	NP	%	Стандарт
E	4,0	3,0	1	33,3	46—52%
I	4,0	2,0	3,0	37,5	25—27%
M	2,0	3,0	2,0	29,2	23—26%
%	41,7	33,3	25	100	
Стандарт	32—34%	35—39 %	27—30 %		

В 3-й подгруппе эмоционального реагирования — «интрапунитивном препятственно-доминантном» типе — в ситуации фрустрации наблюдается повышение удельного веса реакций интрапунитивных ($I>E>M$), препятственно-доминантного характера (OD > ED > NP) (табл. 4).

В ситуации фрустрации наблюдается повышение удельного веса реакций препятственно-доминантного характера (OD > ED > NP) в форме «явного наличия фрустрации» ($E' = 4,0 \pm 1,0$; $p > 0,05$) или «данного затруднения как блага или заслуженного наказания» ($I' = 4,0 \pm 2,0$; $p > 0,05$).

В ситуации фрустрации удельный вес экстрапунитивных реакций ($\Sigma E = 33,3$) ниже значений стандартов эмоционального реагирования по Н.В. Тарабриной (46—52%), достоверно преобладают импунитивные реакции ($\Sigma M = 29,2\%$) — «с высокой требовательностью к партнерам по ситуации», или «в форме оправдания», (M) или «принятия на себя ответственности» (i). Суммарное повышение ($\Sigma I = 37,5\%$) идет с высокой своей ответственностью за ситуацию фрустрации ($i = 3,0$; $p > 0,05$). Уровень социальной адаптации достоверно ниже, чем при самозащитном экстрапунитивном типе эмоционального реагирования ($GCR = 40\%$; $p \leq 0,05$).

Таблица 5

Показатели «Эго-блокинговых» факторов эмоционального реагирования у врачей
(M ± m)

Показатели	Типы эмоционального реагирования			p
	ED>NP>OD	NP>ED>OD	OD>ED>NP	
	Самозащитный	Необходимо-упорствующий	Препятственно-доминантный	
ΣE	10,29 ± 1,22*	9,6 ± 0,91	9,0 ± 1,1	$\leq 0,05$
ΣI	6,14 ± 1,33	6,3 ± 1,0	9,8 ± 1,2*	$\leq 0,05$
ΣM	7,29 ± 1,1	7,6 ± 0,72*	6,5 ± 0,8	$\geq 0,1$
OD	5,36 ± 0,93	5,0 ± 1,13	9,5 ± 1,2*	$\leq 0,05$
ED	10,79 ± 1,36*	9,0 ± 1,22	8,5 ± 1,4	$\leq 0,05$
NP	7,57 ± 1,14*	10,1 ± 1,31*	6,0 ± 1,5	$\leq 0,05$
$\Sigma E/\Sigma I$ — индекс направления агрессии	1,95 ± 0,69*	1,52 ± 0,51	0,91 ± 0,22	$\leq 0,05$
E/e — индекс трансформации агрессии	2,03 ± 0,89*	0,89 ± 0,32	1,5 ± 0,31	$\leq 0,05$
i/e — индекс решения проблем	0,75 ± 0,36	0,67 ± 0,12	1,0 ± 0,42	$\geq 0,1$
$\Sigma E\Sigma M$ — внешняя агрессия	1,52 ± 0,42	1,26 ± 0,73	1,38 ± 0,46	$\geq 0,1$
GCR	43,53 ± 5,78	41,3 ± 5,11	39,8 ± 4,51*	$\leq 0,05$

Примечание: * — достоверность различий при $p \leq 0,05$.

В 3-й подгруппе баланс агрессивности в норме ($\Sigma E/\Sigma M = 1,14$); степень агрессивности, направленной вовне, — в норме ($\Sigma E/\Sigma I = 1,95$); уровень переработки агрессии — в пределах нормы ($E/e = 1,5$); степень самостоятельности в разрешении конфликтов и/или удовлетворении ситуативных потребностей соответствует норме — $i/e = 1,0$; показатель безобвинительных реакций ($\Sigma M + I$) = 29,2% выше стандарта по Н.В. Тарабриной (23—26%).

Рассмотрим более подробно индивидуально-психологические характеристики личности врачей в зависимости от типа поведения в ситуации фрустрации и в сочетании их реагирования в конфликтной ситуации. Профиль личности врачей в 1-й группе сравнения с экстрапунитивным, самозащитным типом поведения в ситуации фрустрации показывает, что 1-я шкала имеет низкие показатели — 50 T, что отражает свободу поведения и отсутствие сверхконтроля, повышенной ориентации на нормативность и свидетельствует о хорошей психической адаптации.

Индивидуально-психологические характеристики врачей

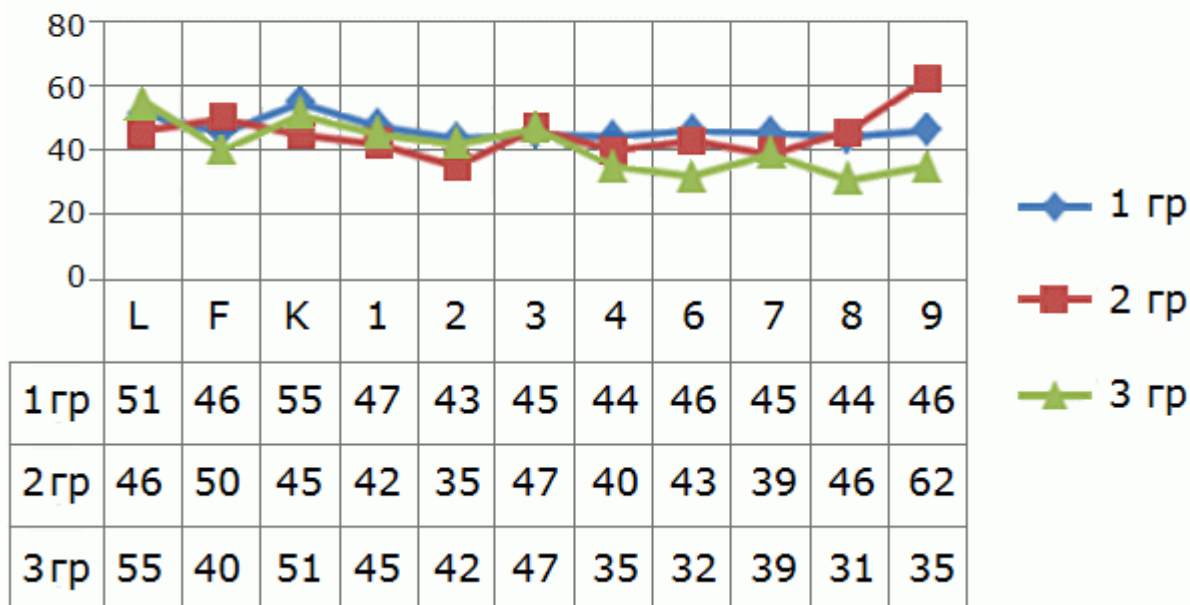


Рисунок 1. Индивидуально-психологические характеристики врачей.

2-я шкала — пессимистичности — и 3-я — эмоциональной лабильности — имеют низкие показатели. 4-я шкала — шкала импульсивности, отражающая стенический тип реагирования в пределах повышения до 70 Т. 6-я шкала — ригидности — в норме отражает склонность к педантизму, соперничеству. Относится, так же как и 4-я шкала, к стеническому типу реагирования. 9-я шкала выявляет уровень оптимистичности и отражает стенический тип — жизнелюбивые тенденции и общую активность.

В целом лица «самозащитного экстрапунитивного» типа эмоционального реагирования имеют высокую психическую адаптацию, относятся к стеническому типу, индивидуальны, жизнелюбивы, имеют нестандартное мышление и независимость суждений, в сочетании с выбором поведения в конфликтной ситуации «компромисс».

Исследование индивидуально-психологических характеристик личности врачей с «необходимо-упорствующим экстрапунитивным» типом поведения в ситуации фрустрации показало следующие результаты.

1-я шкала. Низкие показатели — 50 Т — отражают отсутствие зажатости, сверхконтроля, но 2-я шкала — пессимистичности — и 3-я — эмоциональной лабильности — имеют низкие показатели. 4-я шкала — шкала импульсивности, отражающая стенический тип реагирования в пределах повышения до 70 Т.

6-я шкала — ригидности — в норме отражает склонность к педантизму, соперничеству. Относится, так же как и 4-я шкала, к стеническому типу реагирования, что свидетельствует о хорошей психической адаптации.

В целом лица «необходимо-упорствующего экстрапунитивного» типа эмоционального реагирования имеют высокую психическую адаптацию, относятся к стеническому типу, индивидуальны, более оптимистичны, также имеют нестандартное мышление и независимость суждений в сочетании с выбором поведения в конфликтной ситуации — в равных отношениях «приспособление» и «компромисс».

Профиль личности врачей в 3-й группе сравнения с «интрапунитивным препятственно-доминантным» типом поведения в ситуации фрустрации показывает, что 1-я шкала также имеет низкие показатели — 50 Т, что отражает отсутствие зажатости, сверхконтроля, повышенной ориентации на нормативность и свидетельствует о хорошей психической адаптации.

2-я шкала — пессимистичности — и 3-я — эмоциональной лабильности — имеют низкие показатели. 4-я шкала — шкала импульсивности, отражающая стенический тип реагирования в пределах повышения до 70 Т. 6-я шкала — ригидности — в норме отражает склонность к педантизму, соперничеству. Относится, так же как и 4-я шкала, к стеническому типу реагирования. 9-я шкала выявляет уровень оптимистичности и отражает стенический тип — жизнелюбивые тенденции и общую активность.

В целом лица «интрапунитивного препятственно-доминантного» типа эмоционального реагирования относятся к стеническому типу с хорошей психической адаптацией, в сочетании с выбором поведения в конфликтной ситуации **«компромисс»**.

Тип поведения врача в конфликтных ситуациях основополагается на двухмерную модель регулирования конфликтов, основными измерениями в которой являются кооперация, связанная с вниманием человека к интересам других людей, вовлеченных в конфликт, и напористость, для которой характерен акцент на защите собственных интересов.

Стратегию «сотрудничество» имеют большее количество врачей в самой многочисленной 1-й группе — самозащитного типа поведения в ситуации фрустрации, когда участники ситуации приходят к альтернативе, полностью удовлетворяющей интересы обеих сторон.

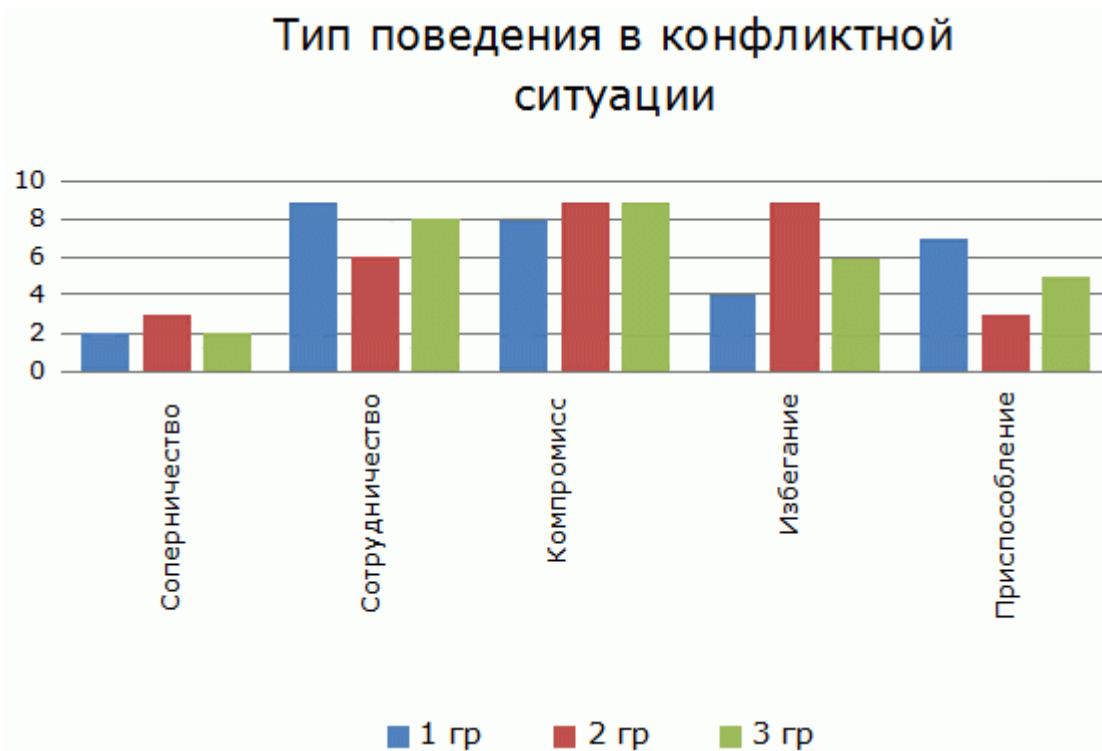


Рисунок 2. Тип поведения врача в конфликтных ситуациях.

Компромисс стоит на втором месте после сотрудничества, и это наиболее часто используемая стратегия в конфликте во всех 3-х группах эмоционального реагирования в ситуации фрустрации как соглашение между участниками конфликта, достигнутое путем взаимных уступок.

Соперничество не выражено в обследуемых группах, что представляет наименее эффективный способ поведения в конфликтах, выражается в стремлении добиться удовлетворения своих интересов в ущерб другому и не используется врачами в конфликтной ситуации.

Приспособление также имеет низкие значения, что означает, в противоположность соперничеству, принесение в жертву собственных интересов ради другого, и этого варианта поведения в конфликте у врачей в обследуемых группах нет.

Избегание — используемая стратегия поведения в конфликтной ситуации у врачей «необходимо-упорствующего экстрапунитивного» типа поведения во 2-й обследуемой группе врачей.

Таким образом, наиболее часто используемая стратегия в конфликте — это сотрудничество, когда обе стороны оказываются в выигрыше, что характерно для наиболее адаптивной «самозащитной экстрапунитивной» группы врачей; при компромиссе, менее используемой стратегии, или один из участников оказывается в выигрыше, а другой проигрывает, или оба проигрывают, так как идут на компромиссные уступки; избегание — стратегия поведения в конфликте, характерная для врачей «необходимо-упорствующего экстрапунитивного» типа, которая не может давать положительный прогноз поведения в конфликтной ситуации.

Проведен корреляционный анализ психологических характеристик личности в группах сравнения. У лиц с преобладанием сверхконтроля в личностном профиле (1-я шкала) имеется отрицательная корреляционная зависимость ($r = -0,1$) с импунитивным реагированием (m), с отрицанием надежды на благоприятное разрешение фрустрации со временем, что означает, чем меньше сверхконтроль, тем больше надежды на благоприятное разрешение фрустрации со временем.

У лиц с высокой эмоциональной лабильностью в личностном профиле (2-я шкала) имеется отрицательная корреляционная зависимость ($r = -0,08$) с суммарным показателем интрапунитивных реакций (ΣI), что возможно связать с повышенной склонностью к аутоагрессии и механизмом защиты «ретрорефлексия», что говорит: чем выше тревога, тем меньше аутоагрессия.

У лиц с преобладанием эмоциональной лабильности в личностном профиле (3-я шкала) имеется высокая отрицательная корреляционная зависимость ($r = -0,45$) с импунитивным реагированием (M) в форме отрицания значимости конфликта и отказа от агрессии, что подразумевает импунитивное эмоциональное реагирование у лиц с низкой эмоциональной лабильностью.

Исследование индивидуально-психологических характеристик личности врачей не выявило достоверных различий в профиле личности в зависимости от типа эмоционального реагирования в ситуации фрустрации. Профили личности врачей представлены на рисунке 3.

У лиц с преобладанием индивидуалистичности — с оригинальностью суждений, остроумием, широтой интересов в личностном профиле (8-я шкала) имеется высокая отрицательная корреляционная зависимость ($r = -0,65$) с фиксацией на препятствии в ситуации фрустрации (OD-реакции) в форме отрицания значимости конфликта, снижение фрустрационной толерантности, когда препятственно-доминантное эмоциональное реагирование влияет на проявление «индивидуальности» в личностном профиле врача; имеется высокая отрицательная корреляционная зависимость ($r = -0,55$) с поведением в конфликте «приспособление», что говорит об обратной зависимости приспособления от проявлений индивидуальности у врача — широты интересов и оригинальности суждений.

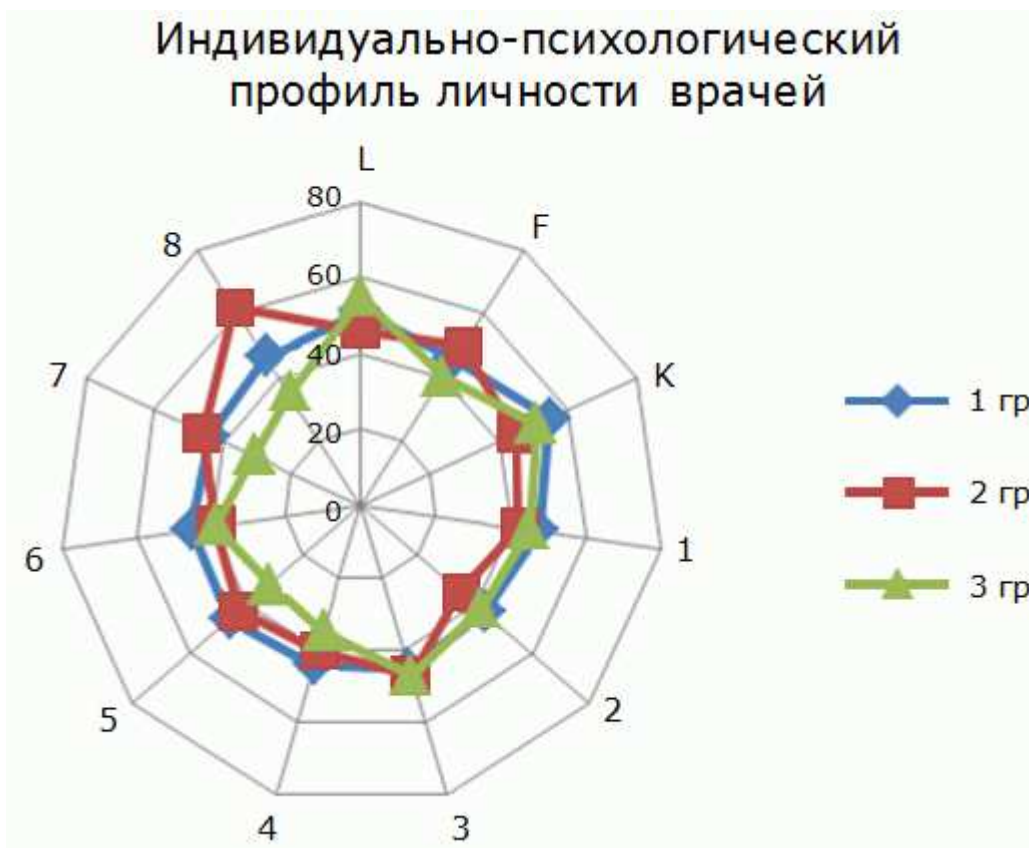


Рисунок 3. Исследование индивидуально-психологических характеристик личности врачей.

Компромисс по степени адаптации стоит на втором месте после сотрудничества, и это наиболее часто используемая стратегия в конфликте во всех 3 группах эмоционального реагирования в ситуации фрустрации, которая имеет высокую корреляцию с типом и направлением эмоционального реагирования: обратная корреляция с состоянием затруднения во фрустрации (E' , $r = -0,62$) и импунитивным реагированием (ΣM , $r = -0,48$) в форме благоприятного разрешения конфликта со временем (m).

Прямая корреляционная зависимость выявлена с самообвинением (I' , $r = 0,45$) и с фиксацией на препятствии (OD , $r = 0,52$).

Избегание — неадаптивная стратегия поведения в конфликте, более характерная для врачей 2-й группы необходимо-упорствующего типа эмоционального реагирования, имеет высокую корреляцию с типом и направлением эмоционального реагирования: обратная корреляция с реакциями на удовлетворение потребности (NP , $r = -0,62$), с фиксацией на препятствии (OD , $r = 0,1$) и перекладыванием ответственности на другого (e , $r = -0,84$). Прямая корреляционная зависимость выявлена с самозащитным реагированием (ED , $r = 0,45$), экстрапунитивным (E , $r = 0,65$; E/e , $r = 0,60$) и преобладанием в профиле личности индивидуалистичности. Корреляционный анализ достоверно значимых факторов дезадаптивного поведения позволил выявить достоверно значимые критерии по степени их значимости в ситуации фрустрации и в конфликте у врачей (таблица 6).

Из числа врачей, проходивших психологическое обследование (рисунок 4), не пригодны к работе на крупных спортивных мероприятиях 3 человека (5% от общего числа врачей). 12 человек условно годны к работе после проведения тренинга.

Первый критерий — преобладание стратегии поведения в конфликте «избегание» (1 балл). Второй критерий — сниженное проявление индивидуалистичности (1 балл).

Третий критерий — низкие значения GCR (1 балл). Критерии психологического отбора врачей по суммарному коэффициенту — $\Sigma K = k_1 + k_2 + k_3$.

Таблица 6

Критерии психологического отбора врачей по коэффициенту психологической устойчивости к стрессу (ΣK)

	Психологические критерии $p \leq 0,05$	Значимые границы показателей	Коэффициент психологической устойчивости к стрессу (ΣK)
1	9 шкала СМОЛ	≤ 40 баллов	1 балл
2	GCR по Розенцвейгу	$\leq 40\%$	1 балл
3	Избегание — 4 шкала по Томасу	≥ 7 баллов	1 балл

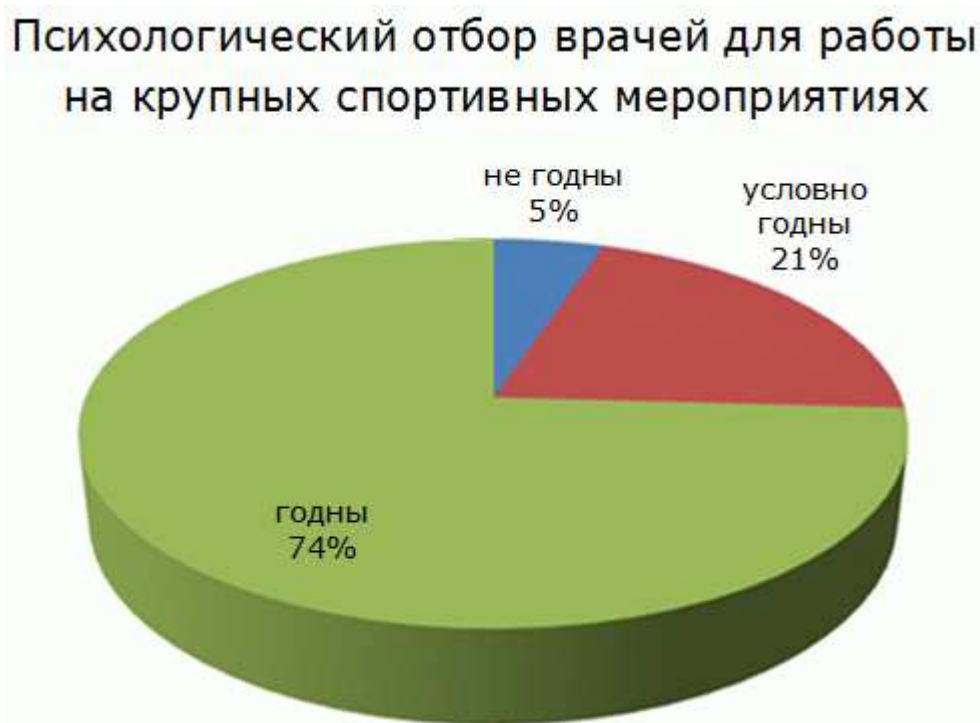


Рисунок 4. Психологические критерии отбора врачей для работы на крупных спортивных мероприятиях ($p < 0,05$).

Результаты психологического отбора врачей:

$K = 3$ балла — не пригоден к работе.

$K = 2$ балла — условно годен, нуждается в психологической коррекции поведения в стрессе.

$K \leq 1$ балл — годен к работе на крупных спортивных мероприятиях.

Таким образом, в результате проведенного исследования установлено, что 74% врачей психологически и эмоционально устойчивы и подготовлены, 21% врачей условно годны и нуждаются в психологической помощи и 5% практически не подготовлены для проведения крупных спортивных мероприятий.

С целью стабилизации эмоционального состояния и обучения навыкам адаптивного эмоционального реагирования проведена психокоррекционная программа для врачей «Мир внутри и вокруг нас», направленная на повышение адаптационных возможностей личности врача и приобретение когнитивно-поведенческих навыков сотрудничества в работе.

Единой методологической основой при составлении психокоррекционной программы являлось гуманистическое отношение к участникам группы с полным принятием и уважением их свободы, с созданием благоприятного психологического микроклимата, с поощрением открытости в выражении эмоций.

Дифференцированный подход в работе в подгруппах проводился с учетом мишеней психологической коррекции.

I-психокоррекционная группа (врачи с интрапунитивным препятственно-доминантным эмоциональным реагированием — 3-я подгруппа из обследованных врачей).

Мишени психологической коррекции:

- 1) повышение самооценки и уверенности в себе;
- 2) самосознание неадаптивного поведения;
- 3) научение выражению и отреагированию эмоций.

II группа (врачи с экстрапунитивным типом эмоционального реагирования 1—2-й подгрупп обследованных врачей).

Мишени психологической коррекции:

- 1) самосознание поведения в конфликтных ситуациях;
- 2) обучение конструктивной конфронтации;
- 3) повышение творческих ресурсов личности;

Как модель взаимодействия использовано партнерство.

Общая цель психокоррекционной программы — коррекция эмоционального состояния, дезадаптивного поведения в ситуации фрустрации и конфликта.

Задачи:

- 1) повышение эмоциональной устойчивости, обучение методам эмоциональной саморегуляции;
- 2) психологическая поддержка и закрепление навыков адаптивного поведения;
- 3) когнитивно-поведенческий тренинг.

Были выделены следующие этапы психокоррекционного воздействия:

1. Подготовительный (индивидуальная работа).

Этот этап включает в себя установление психологического контакта и формирование доверительных отношений (с использованием техник присоединения), создание мотивации к предстоящей работе, психодиагностику. Этот этап включал в себя психодиагностику и индивидуальную работу по ознакомлению с результатами психодиагностики.

Цели, решаемые в процессе работы:

1. Стабилизация эмоционального состояния.
2. Формирование мотивации к предстоящей работе.

Задачи:

1. Построение отношений в группе, основанных на взаимном доверии (эмпатия, безусловное принятие и искренность).
2. Устранение информационного дефицита относительно тренинга.
3. Подведение участников группы к осознанию неконструктивного характера ряда своих эмоциональных и поведенческих стереотипов.
4. Объяснение связи между различными психогенными факторами и соматическими расстройствами.

Индивидуальная работа с применением элементов рациональной, клиент-центрированной психотерапии, использовались техники, направленные на снятие состояния дистресса.

2. Основной (групповая работа).

Проводится в рамках групповой психотерапии и включает в себя 8 занятий. Состав группы — 12 человек, группа гетерогенна по полу и возрасту. Количество занятий — 10. Занятия проводятся 1 раз в 7 дней. Длительность занятий — 60 минут.

Цель — развитие аффективной чувствительности, повышение психической активности, формирование позитивного «Я».

Задачи:

1. В познавательной сфере (самопонимание) групповая коррекция способствовала тому, чтобы пациент осознал:
 - связь между психогенными факторами и соматическими симптомами;
 - какие ситуации в группе и в реальной жизни вызывают напряжение, тревогу, страх и другие негативные эмоции, провоцирующие появление, фиксацию и усиление соматической симптоматики;
 - особенности своего поведения и эмоционального реагирования;
 - собственные мотивы, потребности и стремления;
 - особенности межличностного реагирования.
2. В эмоциональной сфере групповая коррекция была направлена на то, чтобы:
 - получить эмоциональную поддержку со стороны группы и психолога, что приводит к ощущению собственной ценности, росту открытости, активности и спонтанности;
 - пережить неадекватность некоторых своих эмоциональных реакций;
 - научиться искренности в отношении к себе и к другим людям;
 - стать более свободными в выражении собственных чувств;
 - научиться понимать и вербализовать свои чувства и эмоциональные состояния.
3. В сфере межличностных отношений акцент был сделан на то, чтобы:
 - приобрести навыки более искреннего, глубокого, свободного общения;
 - развить формы поведения, связанные с ответственностью и самостоятельностью;
 - закрепить новые, более адаптивные формы поведения.

В групповой работе использовались элементы клиент-центрированной, рациональной психотерапии, арт-терапии, гештальт-терапии, тренингов креативности, уверенности в себе, коммуникативного тренинга, психогимнастики.

Акцент в тренинговой работе направлен на:

- психологическую поддержку;
- работу с чувствами, направленную на осознание и отреагирование эмоций, формирование у пациента интереса и способности понимать чувства других людей;
- обучение эмоциональной экспрессии;
- повышение самооценки и уверенности в себе;
- увеличение эффективности межличностных отношений;
- активацию психических ресурсов.

3. Заключительный этап.

Включал в себя оценку эффективности проведенной работы, выдачу рекомендаций, создание мотивации на использование полученного опыта в реальной жизни или дальнейшее занятие в группе.

После проведенных занятий врачи отмечали улучшение самочувствия (появление бодрости), желание общаться с другими людьми, снижение тревожности, страхов и демонстрировали более высокую степень автономности и активности в работе.

Выводы

1. Психологическая характеристика личности врача для подготовки к работе на крупных спортивных мероприятиях относится к нормальному стеническому типу личности, психологически и эмоционально устойчива, в 10% случаев отмечено снижение психологической адаптации, особенно при интрапунитивном препятственно-доминантном эмоциональном реагировании на фрустрацию и стиле межличностного взаимодействия в конфликтной ситуации «избегание».
2. У врачей в 70% отмечается нормальный самозащитный ($ED > NP > OD$) экстрапунитивный ($E > M > I$) тип эмоционального реагирования, в ситуации фрустрации отличительной особенностью поведения врачей этой группы стало повышение импунитивного реагирования (ΣM), что снижает фрустрационную толерантность или стрессоустойчивость и групповую адаптацию (GCR). У 10% врачей обследованной группы выявлено повышение удельного веса реакций препятственно-доминантного характера ($OD > ED > NP$) на фрустрацию с достоверным преобладанием импунитивных реакций ($\Sigma M = 29,2\%$), с высокой требовательностью к партнерам по ситуации в форме оправдания (M) или принятия на себя высокой своей ответственности (i — «самообвинение») и низкой групповой адаптацией (GCR = 40%).
3. У 21% врачей отмечено снижение адаптационных и коммуникативных особенностей личности при стиле межличностного взаимодействия в конфликтной ситуации «избегание» по Томасу.
4. Выявлены значимые психологические факторы психосоциальной адаптации личности в ситуации фрустрации на основе корреляционного анализа стилей межличностного взаимодействия: 9-я шкала СМОЛ, коэффициент групповой адаптации (GCR) и поведение в конфликтной ситуации «избегание» по Томасу.
5. Тренинг коммуникативных навыков направлен на повышение адаптационных возможностей личности врача и приобретение когнитивно-поведенческих навыков сотрудничества в работе врача.

Литература

1. Аракелов Г.Г. Стресс и его механизмы // Вестник МГУ. Серия 14. Психология. – 1995. – № 4. – С. 45–54.
2. Баландин В.И., Дорофеев В.А. Изучение эмоционального компонента психических состояний спортсменов // Теория и практика физической культуры. – 1988. – № 4. – С. 49–52.
3. Бодалев А.А. О состоянии и задачах разработки психологии познания людьми друг друга // Психология межличностного познания. – М., 1981. – С. 4–16.
4. Вяткин Б.А. Управление психическим стрессом в спортивных соревнованиях. – М.: Физкультура и спорт, 1981. – 112 с.
5. Зайчковский Л.Д. Биологическая обратная связь и саморегуляция в управлении соревновательным стрессом // Стресс и тревога в спорте. – М., 1983. – С. 250–261.
6. Ильин Е.П., Пинигин В.Г. Структура эмоциональности как свойства личности // Психологические проблемы самореализации личности. – СПб.: С.-Петербург. гос. университет, 2001. – Вып. 5. – С. 102–110.
7. Ковшова О.С., Калашникова В.В., Мостовая Л.И. Психология профессио-нального общения – ведущий фактор имиджа личности медицинского работника: учеб.-метод. пособ. для клинич. психол. и мед. работников. – Самара: Типография ЦПР, 2018. – 66 с.
8. Куликов Л.В. Психогигиена личности: Основные понятия и проблемы: учеб. пособие. – СПб.: С.-Петербург. гос. университет, 2000. – 420 с.
9. Собчик Л.Н. Введение в психологию индивидуальности. Теория и практика психодиагностического исследования. – М.: Институт прикл. психол., 1998. – 512 с.
10. Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г. Культура, эмоции и психическое здоровье // Вопросы психологии. – 1999. – № 2. – С. 61–74.
11. Щербатых Ю.В. Психология стресса и методы коррекции. — СПб.: Питер, 2006. – 256 с.

Psychological criteria for the selection of doctors for work at major sports activities

*Kovshova O.S.*¹

E-mail: o.s.kovshova@samsmu.ru

¹ *Samara State Medical University*

89 Chapayevskaya str., Samara, 443099, Russia

Phone: +7 (846) 332-92-08

Abstract

The article deals with psychological criteria, features of mental self-regulation and social adaptation of doctors to work at the World Cup in Samara in 2018 (World Cup – 2018).

A psychological study of 60 doctors for selection for work during the 2018 World Cup was conducted. The paper used psychological research methods such as the method of pictorial associations of S. Rosenzweig, in modification of N.V. Tarabrina, Abbreviated Multivariate questionnaire for Personality research by V.P. Zaitsev, method of diagnostics of behavior in the conflict on Thomas. There are significant psychological criteria of psycho-social adaptation of the personality of the doctor in a situation of frustration based on the correlation analysis of the styles of interpersonal interaction measured reliably meaningful psychological criteria for professional selection based on the stability behavior in a stressful situation, such as the World Cup – 2018. The selected psychological criteria allow to organize an effective solution of professional problems depending on the type of emotional response, frustration tolerance and adaptive behavior in the conflict. Psychological preparation for the 2018 world Cup was aimed at improving the adaptive capabilities of the doctor's personality and the acquisition of cognitive and behavioral skills of cooperation in work and increasing personal readiness for professional activities in extreme situations.

Key words: psychological criteria of psycho-social adaptation of doctors; type and direction of emotional response in a situation of frustration; frustration tolerance; group adaptation; types of behavior in a conflict situation; individual psychological characteristics of the doctor's personality; psychological correction; cognitive-behavioral training.

For citation

Kovshova O.S. Psychological criteria for the selection of doctors for work at major sports activities. *Med. psihol. Ross.*, 2019, vol. 11, no. 3, p. 2. doi: 10.24412/2219-8245-2019-3-2 [in Russian, abstract in English].