

Восприятие боли в профессиональной идентичности молодых врачей

К. А. Галкин

Санкт-Петербургская школа социальных и гуманитарных наук,
Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики»,
Российская Федерация, 190121, Санкт-Петербург, ул. Союза Печатников, 16

Для цитирования: Галкин К. А. Восприятие боли в профессиональной идентичности молодых врачей // Вестник Санкт-Петербургского университета. Социология. 2018. Т. 11. Вып. 3. С. 364–376. <https://doi.org/10.21638/spbu12.2018.307>

В настоящей статье рассматривается такая актуальная и современная тема, как процесс формирования профессиональной идентичности у молодых врачей лечебных специальностей в контексте их восприятия боли в повседневности. В основе статьи находятся данные авторского исследования профессиональной идентичности, которое представляет собой анализ 30 биографических интервью с молодыми врачами лечебных специальностей, в возрасте от 25 до 30 лет. Данная выборка была сформирована на базе лечебных учреждений Санкт-Петербурга. В статье дан обзор теоретических основ профессиональной идентичности, обоснована актуальность выбранной темы, определены ее цель и задачи, а также представлены гипотеза и основной метод исследования. Результатом исследования стало выделение типов профессиональной идентичности молодых врачей и сценариев восприятия боли.

Ключевые слова: профессиональная идентичность, молодые врачи, восприятие боли, типы идентичности молодых врачей, молодые врачи лечебных специальностей.

Введение

Боль для индивидов, не погруженных в медицинскую специфику, всегда определяется как нечто неординарное, нарушающее привычную повседневность. Но существует и профессиональное измерение боли в контексте понимания данного феномена медиками. При этом вопрос восприятия боли врачами вообще, и молодыми, находящимися на стадии интеграции в профессию, врачами в частности, остается малоизученным. Для молодых врачей наиболее проблематичной бывает трансформация восприятия боли от чего-то неординарного, выбивающегося из обыденной повседневности, к состоянию, с которым необходимо профессионально и каждодневно работать. Например, боль как состояние хорошо определена в медицинских канцеляризмах: «сильная боль» или «боль в правом верхнем отделе», т. е. в повседневности врача боль — это один из факторов, сигнализирующих о состоянии пациента. Различие условий работы, обусловленное в том числе и множеством врачебных профессий, дает основание полагать, что видение боли определяется медицинской специализацией. Так, хирурги и травматологи имеют дело с экстренной сильной болью [1], и в этом случае задача врача заключается

в минимизации боли всеми средствами. Врачи лечебных специальностей часто работают с длительной болью, которая может быть несильной, но тем не менее приносящей серьезный дискомфорт пациенту. Поэтому задача врача заключается в том, чтобы не только минимизировать или излечить боль, но и оказать пациенту психологическую поддержку, помочь различными техниками бороться с болью, которая прочно включена в его повседневность. Таким образом, актуальность данного исследования обусловлена тем, что восприятие боли молодыми врачами, которые интегрируются в профессию и переходят от обыденного понимания боли к профессиональному, и молодыми врачами лечебных специальностей, для которых боль — это не просто экстренный случай, а часто длительный процесс и один из признаков длительной болезни, имеет значимые последствия для жизнедеятельности пациентов, и эта тема недостаточно разработана в литературе.

В статье представлены результаты исследования, цель которого — изучение того, как связаны стили профессиональной идентичности молодых врачей лечебных специальностей со сценариями восприятия ими боли пациентов. В основе сценариев — эмпатия врача к боли пациента. Объект исследования — молодые врачи Санкт-Петербурга. Предмет исследования — профессиональная идентичность молодых врачей в контексте повседневных практик восприятия боли. Были проанализированы биографические интервью с молодыми врачами, в результате чего выявлены механизмы конструирования их стилей профессиональной идентичности в связи с их отношением к боли.

Теоретико-методологические основания исследования

Для того чтобы определить, как боль вписана в контексты профессиональной идентичности, необходимо для начала социологически проблематизировать понятие профессиональной идентичности. Обратимся к традиционному взгляду на медицинские профессии представителей структурного функционализма.

Традиционно медицинская профессия, как и профессиональная идентичность в медицине, определяется с позиции функционалистского подхода, т. е. работа врача-специалиста рассматривается как деятельность, включенная в коллективные практики, приносящие благо. Это понимание представлено в работах, посвященных социальной роли и позиции врачей в обществе. Э. Фрейдсон, Т. Парсонс, А. Каррс-Сондерс рассматривают профессиональную деятельность врачей прежде всего как включенную в работу «огромной» институциональной машины. Врачу при таком рассмотрении его/ее деятельности уготовлена роль лишь одного из элементов данного механизма, который приносит пользу обществу [2–4]. Однако при таком подходе сам индивид, профессионал, специалист, и его эмоции, жизненный мир и повседневность выпадают из анализа. Профессия здесь — исключительно коллективная сущность, работа на благо общества.

Но ведь существует и стихийно развивающееся знание, формируемое в повседневности, в рамках взаимодействий и коммуникации на работе, пропитанное особым символизмом профессии, оно рассмотрено в работах И. Гофмана и М. Поланьи [5; 6]. Профессия определена не просто институционально, но и на индивидуальном уровне, в контексте принадлежности к профессиональной деятельности индивида, на основании особых повседневных практик и символов профессии

[7–10]. Исходя из этого профессиональная идентичность представляет собой сложную категорию, конструируемую в процессе различных повседневных практик. Также необходимо учитывать, что на конструирование профессиональной идентичности врача оказывают влияние различные внешние и внутренние факторы, такие как условия работы или коммуникация и взаимодействие с пациентами, а также повседневные практики и представление о социальной роли профессионала в обществе, конкретном городе, в контексте работы в больнице или клинике [11–15].

Переключая исследовательскую оптику с функционалистского рассмотрения профессиональной идентичности на понимание данного феномена в рамках повседневных практик, можно концептуализировать профессиональную идентичность с позиции феноменологического подхода к исследованию профессий и профессиональных групп. При таком рассмотрении интерес обращен к интерпретации рутинных практик и символов профессиональной деятельности в повседневности. Такое рассмотрение профессиональной идентичности ориентируется на антропологию профессий, определяющую профессиональную идентичность как «продукт» повседневных практик, в рамках которых воплощаются социокультурные и символические смыслы профессии, на основании чего возможна концептуализация содержательной структуры субъектов, их переживаний, эмоционального фона [16–19].

Исходя из сказанного, рассмотрим проблему восприятия боли как одну из важных повседневных практик врача. Для начала обратимся к медицинскому пониманию категории «боль».

Медицинский подход к восприятию боли врачами фокусируется на изучении практики объективации тела, которая позволяет врачу абстрагироваться от чувственного восприятия и понимания боли [20; 21]. Данный аргумент хорошо проработан в работах по медикализации [22]. Врач, с позиции медицинских исследований боли, должен дистанцироваться от эмоционального восприятия боли. При этом специальные медицинские знания и тактики свидетельствуют о том, что врачи при работе с пациентами нацелены на то, чтобы не испытывать эмпатии к боли пациента [23; 24].

Социологи же, изучая проблематику восприятия боли врачами, акцентируют внимание на изучении смыслов, которыми наделяют врачи процесс лечения больных, избавления от боли, что позволяет обогатить понимание современной ситуации, описывающей взаимодействие врача и пациента, проблем коммуникации врача с пациентом, а также понять, как конструируется профессиональная идентичность врача в рамках повседневных практик. При этом важным становится именно то, как боль встроена в повседневность врачей, какие существуют проблемы детерминации боли как с позиции врача, так и с позиции пациента, а также как боль определена с точки зрения модели взаимодействия «врач-пациент».

Восприятие боли является ключевой повседневной практикой врачей, во многом определяя позиционирование индивидами себя в профессии и их профессиональную идентичность [25; 26]. Таким образом, при изучении проблемы восприятия боли повседневные практики врача становятся основной категорией анализа, в рамках которой конструируется профессиональная идентичность. Повседневность как категория анализа наиболее полно и широко представлена в феноменоло-

гическом подходе, на основании которого можно рассмотреть профессиональную идентичность как жизненный мир индивида и самоидентификацию в различных контекстах повседневности. Другими словами, использование феноменологического подхода дает ответы на вопросы: 1) как конструируется профессиональная идентичность в контексте повседневных практик; 2) влияют ли практики восприятия боли на конструирование профессиональной идентичности молодого врача?

При феноменологическом подходе к вопросу восприятия боли важное значение отводится изучению телесности человека. При таком рассмотрении человек представляется не просто организмом с психической активностью, а индивидом с телесностью и личностными поступками [27]. Боль, концептуализированная с точки зрения феноменологического подхода, представляет собой проявление телесности человека.

Боль есть сигнал, который свидетельствует о том, что с телом что-то не в порядке [28], при этом физический опыт переживания боли неотделим от эмоционального переживания [29]. Боль с точки зрения феноменологического подхода может быть рассмотрена как континуум восприятий, начиная от самого пациента и заканчивая врачом и медицинским персоналом. Между пациентом и врачом всегда существует социальное взаимодействие, которое происходит в процессе лечения. Вопрос о том, какое внимание медицинский персонал уделяет субъективным смыслам болезни, непосредственно связан с вопросом восприятия медицинскими сотрудниками боли и страданий их пациентов. При этом восприятие боли врачом на индивидуальном уровне может быть обозначено как самими профессиональными ценностями врача, так и их трансформацией, например в процессе интеграции в профессию.

В работе мы трактуем боль как совокупность физических и социальных страданий, тем самым не отрываем боль от ее социального контекста, в рамках которого и происходят взаимодействия врача и пациента. При этом восприятие боли с точки зрения данного исследования определяется эмпатией врача к страданиям пациента. Как отмечают Е. Подстрешная, Л. Арнольд и Д. Стерн, к основным ценностям медицинской профессии относят заботу, доброту, сострадание [30; 31]. Однако другое определение медицинской профессии сосредоточено на экспертности медицинского знания, когда врач позиционируется как специалист, который должен безэмоционально относиться к боли пациента. Восприятие боли врачом (сценарий восприятия боли) в данной статье определено как индивидуальная эмпатия врача по отношению к боли пациента.

Эмпирическая база и методы анализа интервью

Интервью проводилось с молодыми врачами Санкт-Петербурга с 8 ноября 2016 г. по 23 марта 2017 г. Всего было взято 15 интервью (n=20). Все информанты — врачи лечебных специальностей, работающие в государственных больницах и поликлиниках, были рекрутированы в профессиональной организации «Врачи Петербурга»¹ и через социальные сети. Главным критерием отбора информантов был стаж работы по специальности врачом в больнице или поликлинике не менее

¹ РОО «Врачи Петербурга» — профессиональная медицинская организация, целью которой является объединение врачей Санкт-Петербурга с целью повышения качества медицинской

двух лет. Возраст информантов — 27–35 лет — обусловлен продолжительностью получения медицинского образования. Все врачи — дипломированные специалисты. Каждое интервью представляет собой биографическую историю.

Анализ данных был осуществлен путем выделения соответствующих тем, по которым молодые врачи описывают свою профессиональную идентичность и восприятие боли. На основании этого были выделены соответствующие сценарии восприятия боли. Каждый нарратив биографического интервью позиционировался как воспроизведение прошлого опыта в концепции анализа нарративной идентичности В. Лабова [32]. В результате были выделены и концептуализированы типы профессиональной идентичности. Каждый из типов определен в соответствии с тем, как молодой врач позиционирует себя как специалиста, профессионала. Нарративы биографических интервью закодированы методом открытого кодирования [33].

Тип идентичности «специалист-психолог». Отличительной чертой данного типа идентичности выступает понимание медицинского знания как находящегося на стыке философии (философская позиция относительно жизни и смерти), психологии и практикующей медицины, т. е. в рамках медицины маркируется особое отношение к таким аспектам повседневности врача, как боль или болезнь. При этом миссия врача, как отмечали в интервью информанты, заключается в первую очередь в том, чтобы помочь пациенту, в том числе и психологически, справиться с болью, но при этом социокультурную ценность профессии они определяли как философскую, т. е. их профессия учит смотреть на проблему жизни и смерти философски: это проблема, с которой неизбежно столкнется каждый, а потому врачу нужно смириться с ней самому и помочь смириться пациентам.

Сложно, когда ты видишь тяжелую болезнь, когда идут предметы, когда ты видишь уже, сколько страданий и проблем, болезней. Но зато такой философский вопрос, потому что начинаешь переосмысливать свою жизнь и свои ценности в жизни. И понимаешь, что, боже мой, да, я вообще счастливый человек, у меня руки, ноги прямые! Я могу радоваться этой жизни каждый день! Медицина — она так... (ж. 28, терапевт).

С годами, когда работаешь здесь, в медицине, уже по-другому на все смотришь, я бы сказал, как психолог, и сам себя успокаиваешь, когда бывают такие проблемы, что все хочется бросить и забыть. И пациентов так же стараешься успокоить, потому что жизнь такая, а миссия врача — это в первую очередь подходить ко всему философски (м. 30, терапевт).

К этому типу профессиональной идентичности относятся врачи общей практики, врачи-терапевты и некоторые врачи-специалисты. Медицинские знания у представителей данного типа определялись как общие и достаточно обширные, сосредоточенные на исследовании болезни и человеческого организма в целом, а не на проблемах конкретного органа или участка тела.

...Потому что терапия — это очень обширная специальность и специализация, и здесь, безусловно, крайне важно понимать свою профессию, в том числе, и с точки зре-

помощи, создания комфортных условий труда медицинским работникам, сплочения медицинского сообщества, помощи в решении профессиональных вопросов.

ния психологических аспектов работы, которые позволяют тебе оказывать, в том числе, и психологическую помощь пациенту (м. 29, терапевт).

Для представителей данного типа профессиональной идентичности характерно понимание своей профессии прежде всего как профессии широкого профиля, стремление наладить хорошую коммуникацию с пациентом, где врач в первую очередь выступает в роли психолога и наставника, который на основании определенных особенных знаний способен дать необходимый совет по лечению тех или иных заболеваний пациента. К ключевым ценностям профессии представители этого типа идентичности относили помогающие аспекты.

Тип идентичности «специалист-эксперт». Для данного типа идентичности характерно понимание медицинского знания в контексте специализации по конкретной проблеме, заболеванию, а также в контексте органа или участка человеческого тела, по которому является специалистом конкретный врач. Профессиональная идентичность у молодых врачей, принадлежащих к данному типу — конструируется на основании представления о медицинской профессии как об узкоспециализированной отрасли, важными компонентами которой являются знания и научность.

Я — врач-гастроэнтеролог, и в рамках моей специальности основными профессиональными обязанностями, наверное, выступает знание гастроэнтерологии, всего, что связано с гастроэнтерологией, то есть такая полная картина знаний. Приходится часто читать специализированную литературу, а также вникать в сам контекст своей профессии, исходя из профессиональных обязанностей. Но основное — это, все же, наверное, знание своего желудка и ЖКТ (ж. 28, гастроэнтеролог).

Был у меня случай на приеме. Приходит ко мне пациентка и просит ей помочь по сосудам, но я, конечно, отказываю и говорю, что ничем помочь не смогу, так как на этом не специализируюсь. А так, вообще, часто приходится давать советы по тем областям медицины, которые лично ты особенно не знаешь, и это всегда очень сложно, если ты не специалист в этой области (м. 26, кардиолог).

Для врачей — «специалистов-экспертов» характерно конструирование своей профессиональной идентичности при помощи профессиональных сообществ, которые исполняют роль «центров коллегиальности» для молодых врачей. При этом профессиональное сообщество детерминируется конкретной специальностью (специализацией) молодого врача и вписано в контексты данной специализации. Также следует отметить, что социокультурное понимание профессии для «специалистов-экспертов» базируется на определении своей профессии исходя из особенных медицинских знаний и владения экспертными навыками.

Тип идентичности «специалист-ученый». Индивиды, которые конструируют свою профессиональную идентичность как «специалист-ученый», представляют свое будущее связанным со сферой медицины, близкой к научным исследованиям и науке. Ключевой детерминантой развития в данном случае выступает ассоциация медицины и медицинских практик с работой в науке (построение академической карьеры, научные исследования):

Я не представляю, если честно, как можно, занимаясь медициной, не защищать диссертацию и не продолжать заниматься исследованиями. Здесь у нас, в медицине, все достаточно близко к науке, к той же молекулярной биологии, к биофизике и другим естественным наукам, поэтому считаю, что хороший врач должен знать, как проводить исследования и должен быть приближен к этой теме и проблематике (м. 28, психиатр).

Наверное, для меня ключевым желанием было всегда желание пойти в науку и дальше продолжать работать по специальности, продолжать заниматься наукой, но в то же время и вести прием пациентов, потому что я лично не могу представить ту же выписку лекарств без знания элементарных вещей в контексте медицины, например без глубоких знаний той же анатомии и так далее (ж. 30, врач-физиотерапевт).

К типу профессиональной идентичности «специалист-ученый» относятся представители психиатрических и лечебных специальностей, а также некоторые врачи-терапевты, которые занимаются исследованиями, связанными с психологией и медицинской психологией в контексте своей профессиональной деятельности. Для данного типа наиболее характерной стратегией конструирования профессиональной идентичности выступает позиционирование медицинских знаний с точки зрения «сакральности», «экспертности» и «закрытости» и особое восприятия боли: она понимается как эксперимент, своеобразный показатель возможностей человеческого тела.

Я помню, мы как-то наблюдали одного пациента: делали ему уколы разные и смотрели, как подействует то или иное лекарство. Нас, врачей, бывает, называют безнравственными и говорят, что мы можем и убить человека ради эксперимента. И да, порой это так. Особенно если ты связан с наукой, а наука бывает, как правило, только во имя... (ж. 27, терапевт).

Социокультурное позиционирование профессии у представителей типа идентичности «специалист-ученый» представлено как научная деятельность, а медицинские практики — как включенные в систему научных практик.

Сценарии восприятия боли врачами

В ходе анализа нарративов интервью нами были выделены соответствующие сценарии восприятия боли у врачей определенных выше типов профессиональной идентичности. Одной из ключевых находок исследования стало то, что неоднородность конструирования своей профессиональной идентичности в повседневности, как и представления о том, что значит быть врачом, обозначены и в контексте восприятия боли, а именно: для врачей с различными типами профессиональной идентичности существуют различные сценарии восприятия боли.

Первый сценарий — *сочувствующе-философское восприятие боли*. Данный сценарий восприятия отмечается в основном у врачей-терапевтов и врачей общей практики, а также врачей функциональной диагностики. С одной стороны, такое отношение к боли представляет собой жалость к пациенту и его/ее страданиям, а с другой — боль детерминируется как безысходность, абстрактная проблема, с которой сталкиваются время от времени все люди. При этом роль самого врача, исходя из сочувствующе-философского отношения к боли, рассматривается им

как роль профессионала, который способен лишь на облегчение страданий или на временную помощь своему пациенту:

А человека с сердечно-сосудистыми заболеваниями, патологией, с какими-то хирургическими вмешательствами мы не можем лечить просто так. Нужно его обследовать, ведь нужно лечить болезнь, а не человека (ж. 33, эндокринолог).

...Когда ты работаешь в медицине, это, наверное, самое сложное — относиться к боли безэмоционально. Да, врачей этому, безусловно, учат, но, тем не менее, остается множество нюансов, и ты должен как-то, наверное, особенно понимать боль, т. е. где-то возможно и сопереживать больному, а где-то наоборот, должен понимать, что ты ничего не можешь сделать (м. 29, терапевт).

Молодые врачи, которые воспринимают боль согласно данному сценарию, маркируют свою профессиональную идентичность как особенную, отмечая в нарративах, что наблюдать боль и общаться с пациентами, которые испытывают боль в повседневности, — непростое занятие. Медицинская профессия воспринимается ими как связанная с пониманием боли и, как следствие, философским отношением к жизни и смерти. Профессиональная идентичность в данном случае конструируется исходя из особенности медицинских профессий: врач — хранитель определенных знаний и умений, и обладание этими знаниями маркируется как особенная причастность к медицине и медицинским практикам. Как правило, для данного сценария характерно пассивное восприятие боли.

Второй сценарий — *участвующе-включенное отношение к боли*. Данный сценарий восприятия боли можно описать как активный, т. е. в этом случае основной задачей врача выступает не минимизация боли, а полное излечение.

Такой сценарий характерен для врачей с типом идентичности «специалист-эксперт». Эти врачи, как правило, специализируются на конкретном органе или болезни: пульмонологи, гастроэнтерологи, эндокринологи и другие врачи-специалисты лечебных специальностей. При таком сценарии боль понимается как сигнал врачу о том, что с пациентом что-то не в порядке и необходимо найти источник боли. Молодые врачи, воспринимающие боль по такому сценарию, отмечают, что испытывают сострадание к пациенту и его боли, однако их основное предназначение — лечить конкретную проблему, больной орган или участок. При этом боль, как и ее источник, ассоциируется с определенным органом, специалистом по которому является сам врач:

Да вот приходила женщина, и у нее очень болел желудок. Молодая еще, не старая женщина. Я старалась найти в первую очередь источник боли, желудок же тоже большой. Вот я так помогла ей на начальном этапе, подобрала лекарства. Что боль ее сложно терпеть, и я все понимаю, что ее необходимо как можно быстрее ликвидировать, а потом уже искать проблему (ж. 28, гастроэнтеролог).

Я даже больше определяю себя исходя из того, что вот я — кардиолог и кардиолог — это моя медицинская профессия, это, наверное, самое важное (м. 26, кардиолог).

Третий сценарий — *отношение к боли как к эксперименту*. Данный сценарий восприятия боли характерен для врачей — представителей психиатрических специальностей, а также для некоторых врачей-специалистов и терапевтов. Большин-

ство молодых врачей, воспринимающих боль согласно данному сценарию, работают в крупных медицинских центрах и больших государственных больницах. Для этого сценария свойственна пассивность восприятия боли, т.е., в отличие от сочувствующе-философского сценария, где боль воспринимается как неизбежность и врач должен успокоить пациента, помочь ему психологически, но при этом философски определяя боль как неустрашимую, для сценария «боль как эксперимент», наоборот, характерна пассивность с точки зрения сочувствия и отключение всех эмоциональных психологических компонентов восприятия боли, отсутствие эмпатии. Боль становится инструментальной сущностью, научным параметром, характеристикой состояния больного, она воспринимается не как нечто естественное и неизбежное, а как своеобразный тест на возможности человеческого тела. Как правило, молодые врачи, которые воспринимают боль как эксперимент, маркируют свою профессиональную идентичность в контексте принадлежности медицины и медицинской специальности к научным практикам.

Мы, помню первую практику... Тогда молодые еще были, и была женщина, такая грузная вся, ну что даже было сложно мне ее поднять. Я тогда молодой же девчонкой была... Так вот, мы ей мерили давление и делали ставки с однокурсником, когда она уйдет из жизни. Ну, то есть, в каком часу (ж. 27, терапевт).

А у нас, у врачей, это часто, даже всегда, хочется посмотреть на болезни, интересные случаи. Мы вот даже, например, в таких неформальных местах, как вот там, бар, сидим и обсуждаем, у кого какой был пациент и какие психологические расстройства... (м. 28, психиатр).

Таким образом, полученные в ходе анализа данные можно представить в виде таблицы.

Таблица. Сценарии восприятия боли молодым врачами в зависимости от типа профессиональной идентичности

Тип профессиональной идентичности	Сценарий восприятия боли	Отношение к боли
Специалист-психолог	сочувствующее-философское	Боль как философская проблема, боль воспринимается эмоционально в психологических аспектах детерминации категории «боль». Боль нередко воспринимается как религиозная категория, при этом врач не в силах ничего сделать и помочь справиться с болью
Специалист-эксперт	участвующее-включенное	Боль как «сигнал» врачу о проблеме с конкретным органом, разделение проблемы боли
Специалист-ученый	боль как эксперимент	Боль как эксперимент. Боль воспринимается в контексте возможностей человеческого тела, в контексте измерения данных возможностей. Безэмоциональное отношение к боли

Сценарии восприятия боли, характеризующиеся в работе как эмпатия к боли пациента у молодого врача, различны для разных типов профессиональной идентичности врачей. Основной идеей данной работы было показать взаимосвязь этих сценариев и того, как они влияют на конструирование профессиональной идентичности. Как удалось выяснить, важнейшую роль при выборе того или иного сценария восприятия боли играет профессиональная специализация врача: врач-терапевт, ориентированный на многопрофильность, или врач-специалист, занимающийся проблемой болезни конкретного органа или участка тела. Также следует сказать о том, что врачи, ориентированные в будущем на карьеру в науке и академическую карьеру, видят в боли возможности человеческого тела, и, как следствие, боль здесь становится инструментальной сущностью, параметром измерения. Используя феноменологический подход как основную теоретическую рамку исследования [18–19], мы выделяем следующие типы профессиональной идентичности молодых врачей: «специалист-психолог», «специалист-эксперт» и «специалист-ученый». При этом для каждого из трех типов идентичности характерен свой сценарий восприятия боли. Боль интерпретируется по-разному, исходя из различных представлений о боли у молодых врачей. На основании сценария восприятия боли они конструируют свою профессиональную идентичность, определяя тем самым, что для них самих означает быть врачом, и какую роль в повседневности играют практики восприятия боли пациентов. В исследовании мы выделяем три сценария восприятия боли: сочувствующее-философское отношение к боли, участвующее-включенное и отношение к боли как к эксперименту. Каждый из представленных сценариев определен различной эмпатией молодых врачей к боли пациента, и, как показало исследование, существует взаимовлияние между представлением о своей профессии, профессиональной идентичности, роли врача и пониманием боли, выбором соответствующего сценария ее восприятия. В качестве дискуссии в будущем интересно было бы рассмотреть сценарии восприятия боли у молодых врачей и врачей со стажем и выявить взаимовлияние на восприятие боли как у молодых врачей, так и у врачей со стажем.

Литература

1. *Подстрешная Е. С.* Боль в повседневности травматологического отделения: на материалах интервью с медицинским персоналом // Журнал социологии и социальной антропологии. 2014. Т. 17. №. 1. С. 70–83.
2. *Carr-Saunders A. M.* The professions. London: Frank Cass, 1933. 536 p.
3. *Starr P.* The social transformation of American medicine. New York: Basic Books, 1982. 514 p.
4. *Freidson E.* Professionalism reborn: Theory, prophecy, and policy. Chicago: University of Chicago Press, 1994. 248 p.
5. *Goffman E.* Asylums: Essays on the social situation of mental patients and other inmates. London: Routledge, 2017. 408 p.
6. *Polanyi M.* The Tacit Dimension. London: Routledge & Kegan Paul Ltd, 1966. 108 p.
7. *Бергер П., Лукман Т.* Социальное конструирование реальности. М.: Медиум, 1995. 323 с.
8. *Шюц А.* Смысловая структура повседневного мира: очерки по феноменологической социологии / сост. А. Я. Алхасов; пер. с англ. А. Я. Алхасова, Н. Я. Мазлумяновой; научн. ред. перевода Г. С. Батыгин. М.: Ин-т Фонда «Общественное мнение», 2003. 336 с.
9. *Cope A. et al.* What attitudes and values are incorporated into self as part of professional identity construction when becoming a surgeon? // Academic medicine. 2017. Т. 92, N 4. P. 544–549.
10. *Clouder L.* Becoming professional: exploring the complexities of professional socialization in health and social care Learning // Health and Social Care. 2003. Т. 2, N 4. P. 213–222.
11. *Gibson D. M., Dollarhide C. T., Moss J. M.* Professional identity development: A grounded theory of transformational tasks of new counselors // Counselor Education and Supervision. 2010. Т. 50, N 1. P. 21–38.

12. Gunnarsson B. L., Linell P., Nordberg B. The construction of professional discourse. New York: Routledge, 2014. 344 p.
13. Bleakley A. Broadening conceptions of learning in medical education: the message from teamworking // *Medical education*. 2006. Т. 40, N 2. P. 150–157.
14. Monrouxe L. V. Negotiating professional identities: dominant and contesting narratives in medical students' longitudinal audio diaries // *Current Narratives*. 2009. Т. 1, N 1. P. 41–59.
15. Evetts J. A new professionalism? Challenges and opportunities // *Current sociology*. 2011. Т. 59, N 4. P. 406–422.
16. Хэмфри М. Т. Новейшая история профессионализма в связи с социальной структурой и социальной политикой // *Журнал исследований социальной политики*. 2010. Т. 8, № 1. С. 105–123.
17. Романов П. В., Ярская-Смирнова Е. Р. Мир профессий: пересмотр аналитических перспектив // *Социологические исследования*. 2009. № 8. С. 25–35.
18. Романов П. В., Ярская-Смирнова Е. Р. Социология профессий: аналитические перспективы и методология исследований. М.: ООО «Вариант», 2015. 26 с.
19. Квале С. Исследовательское интервью. М.: Смысл, 2003. 310 с.
20. Benbassat J. Role modeling in medical education: the importance of a reflective imitation // *Academic Medicine*. 2014. Т. 89, N 4. P. 550–554.
21. Andre J. Learning to see: moral growth during medical training // *Journal of medical ethics*. 1992. Т. 18, N 3. P. 148–152.
22. Drinka T. J. K., Clark P. G. Health care teamwork: Interdisciplinary practice and teaching. Westport, CT: Greenwood Publishing Group, 2000. 224 p.
23. Mckeown E. J. The ethical challenges in rheumatology // *Current reviews in musculoskeletal medicine*. 2015. Т. 8, N. 2. P. 107–112.
24. Allsop J., Saks M. Regulating the health professions. London: Sage, 2003. 166 p.
25. Лехциер В. Л. Субъективные смыслы болезни: основные методологические различия и подходы к исследованию // *Социологический журнал*. 2009. № 4. С. 22–40.
26. Хьюз Э. Ч. Ошибки на работе // *Журнал исследований социальной политики*. 2008. Т. 6, № 3. С. 385–396
27. Finlay L. Applying phenomenology in research: Problems, principles and practice // *British Journal of Occupational Therapy*. 1999. Т. 62, N 7. С. 299–306.
28. Мерло-Понти М. Феноменология восприятия. СПб.: Ювента, 1999. 603 с.
29. Подстрешина Е. С. Боль в дискурсе о врачебном профессионализме на примере травматологического отделения // *Журнал исследований социальной политики*. 2015. Т. 13, № 4. С. 627–641.
30. Мол А. Множественное тело // *Социология власти*. 2015. Т. 27, № 1. С. 232–247.
31. Arnold L., Stern D. T. What is Medical Professionalism? // Stern D. T. (ed.) *Measuring medical professionalism*. New York: Oxford University Press, 2006. P. 213–233.
32. Labov W., Waletzky J. Narrative analysis: Oral versions of personal experiences // *Essays on the verbal and visual arts: Proceedings of the 1966 Annual Spring Meeting of the American Ethnological Society* / ed. by June Helm. Seattle: University of Washington Press, 1967. P. 12–44.
33. Strauss A., Corbin J. M. Grounded theory in practice. Thousand Oaks, CA: Sage, 1997. P. 276.

Статья поступила в редакцию 14 мая 2018 г.;
рекомендована в печать 22 мая 2018 г.

Контактная информация:

Галкин Константин Александрович — аспирант; Kgalkin1989@mail.ru

Pain perception in professional identity of young doctors

K. A. Galkin

St. Petersburg School of Social Sciences and Humanities,
Department of Sociology, National Research University Higher School of Economics,
16, Soyuz pechatnikov ul., St. Petersburg, 190121, Russian Federation

For citation: Galkin K. A. Pain perception in professional identity of young doctors. *Vestnik of Saint Petersburg University. Sociology*, 2018, vol. 11, issue 3, pp. 364–376. <https://doi.org/10.21638/spbu12.2018.307> (In Russian)

The article considers the process of marking a professional identity by young physicians in the context of the perception of categories “disease” and “pain”. The aim of the research is to analyze how the formation of professional identity is developing in young physicians in the context of a different attitude to categories “disease” and “pain”. The empirical basis of the research: biographical interviews with young physicians of medical specialties from St. Petersburg (n = 20). For young physicians of medical specialties, the distinctive feature of perception of categories «pain» is the dichotomy “professionalism — compassion”, which is expressed in the fact that «pain», on the one hand, is considered exclusively from professional contexts, but on the other hand — the desire to help the patient is also present within the professional practices of young physicians. Professional identity in the context of perception of the disease and pain is marked by young physicians based on various contexts of the attitude to this category. In the research, we define the category «pain» as an increased and metaphysical category. In this study, we have identified three key categories of pain (attitude to pain) in young physicians. Also, the highlighted categories “pain” and “disease” (relations to them) among young physicians indicate that depending on how the perception of pain occurs, what the determinative attitude towards pain is, such will eventually be the professional identity of the young physician and its marking in daily life. In this case, unlike the traditional perception of pain by physicians, where this category is inscribed in the definition of fleshliness and attitude towards the fleshliness of the patient, the disease is a metaphysical category, as observed above, and the attitude towards this category is built on the basis of various factors and components. The results of this author’s study were the identification of types of professional identity of young doctors and scenarios of pain perception.

Keywords: professional identity, young doctors, pain perception, types of the identity of young doctors, young doctors of medical specialties.

References

1. Podstreshnaia E. S. Bol' v povsednevnosti travmatologicheskogo otdeleniia: na materialakh interv'yiu s meditsinskim personalom [Pain in the perception of the traumatic department: on the materials of the interview with the medical staff]. *Zhurnal sotsiologii i sotsial'noi antropologii*, 2014, no. 1, pp. 70–83. (In Russian)
2. Carr-Saunders A. M. *The professions*. London: Frank Cass, 1933. 536 p.
3. Starr P. *The social transformation of American medicine*. New York, Basic Books, 1982. 514 p.
4. Freidson E. *Professionalism reborn: Theory, prophecy, and policy*. Chicago, University of Chicago Press, 1994. 248 p.
5. Goffman E. *Asylums: Essays on the social situation of mental patients and other inmates*. London, Routledge, 2017. 408 p.
6. Polanyi M. *The Tacit Dimension*. London, Routledge & Kegan Paul Ltd, 1966. 108 p.
7. Berger P., Lukman T. *Sotsial'noe konstruirovaniye real'nosti [Social construction of reality]*. Moscow, Medium Publ., 1995. 323 p. (In Russian)
8. Schutz A. *Smyslovaia struktura povsednevnogo mira: ocherki po fenomenologicheskoi sotsiologii [Semantic structure of the everyday world: essays on phenomenological sociology]*. Comp. A. Ia. Alkhasov; transl. from English A. Ia. Alkhasov, N. Ia. Mazlumianova; ed. by G. S. Batygin. Moscow, In-t Fonda «Obshchestvennoe mnenie», 2003. 336 p. (In Russian)
9. Cope A. et al. What attitudes and values are incorporated into self as part of professional identity construction when becoming a surgeon? *Academic medicine*, 2017, vol. 92, no. 4, pp. 544–549.
10. Clouder L. Becoming professional: exploring the complexities of professional socialization in health and social care learning. *Health and Social Care*, 2003, vol. 2, no. 4, pp. 213–222.
11. Gibson D. M., Dollarhide C. T., Moss J. M. Professional identity development: A grounded theory of transformational tasks of new counselors. *Counselor Education and Supervision*, 2010, vol. 50, no. 1, pp. 21–38.
12. Gunnarsson B. L., Linell P., Nordberg B. *The construction of professional discourse*. New York, Routledge, 2014. 344 p.
13. Bleakley A. Broadening conceptions of learning in medical education: the message from teamworking. *Medical education*, 2006, vol. 40, no. 2, pp. 150–157.

14. Monrouxe L. V. Negotiating professional identities: dominant and contesting narratives in medical students' longitudinal audio diaries. *Current Narratives*, 2009, vol. 1, no. 1, pp. 41–59.
15. Evetts J. A new professionalism? Challenges and opportunities. *Current sociology*, 2011, vol. 59, no. 4, pp. 406–422.
16. Hehmfri M. T. Noveishaia istoriia professionalizma v sviazi s sotsial'noi strukturoi i sotsial'noi politikoi [The latest history of professionalism in connection with the social structure and social policy]. *Zhurnal issledovaniia sotsial'noi politiki*, 2010, no. 8, pp. 105–123. (In Russian)
17. Romanov P. V., Yarskaya-Smirnova E. R. Mir professii: peresmotr analiticheskikh perspektiv [World of professions: the revision of analytical perspectives]. *Sotsiologicheskie issledovaniia*, 2009, no. 8, pp. 25–35. (In Russian)
18. Romanov P., Yarskaya-Smirnova E. *Sotsiologiia professii: analiticheskie perspektivy i metodologiia issledovaniia* [Sociology of professions: analytical perspectives and research methods]. Moscow, Variant Publ., 2015. 26 p. (In Russian)
19. Kvale S. *Issledovatel'skoe interv'iu* [Research interview]. Moscow, Smysl Publ., 2006. 310 p. (In Russian)
20. Benbassat J. Role modeling in medical education: the importance of a reflective imitation. *Academic Medicine*, 2014, vol. 89, no. 4, pp. 550–554.
21. Andre J. Learning to see: moral growth during medical training. *Journal of medical ethics*, 1992, vol. 18, no. 3, pp. 148–152.
22. Drinka T. J. K., Clark P. G. *Health care teamwork: Interdisciplinary practice and teaching*. Westport, CT, Greenwood Publishing Group, 2000. 224 p.
23. Mckeown E. J. The ethical challenges in rheumatology. *Current reviews in musculoskeletal medicine*, 2015, vol. 8, no. 2, pp. 107–112.
24. Allsop J., Saks M. *Regulating the health professions*. London, Sage, 2003. 166 p.
25. Lekhcier V. L. Sub'ektivnye smysly bolezni: osnovnye metodologicheskie razlichii i podkhody k issledovaniiu [Subjective meanings of the disease, a distinct methodological difference and approaches to research]. *Sotsiologicheskii zhurnal*, 2009, no. 4, pp. 22–40. (In Russian)
26. Hughes E. H. Oshibki na rabote [Mistakes at work]. *Zhurnal issledovaniia sotsial'noi politiki*, 2008, no. 6, pp. 385–396. (In Russian)
27. Finlay L. Applying phenomenology in research: Problems, principles and practice. *British Journal of Occupational Therapy*, 1999, vol. 62, no. 7, pp. 299–306.
28. Merlo-Ponti M. *Fenomenologiia vospriiatiia* [Phenomenology of perception]. St. Petersburg, Iuventa Publ., 1999. 603 p. (In Russian)
29. Podstreshnaia E. S. Bol' v diskurse o vrachebnom professionalizme na primere travmatologicheskogo otdeleniia [The pain in the discourse about medical professionalism on the example of traumatology department]. *Zhurnal issledovaniia sotsial'noi politiki*, 2015, no. 4, pp. 627–641. (In Russian)
30. Mol A. Mnozhestvennoe telo [Multiple body]. *Sotsiologiia vlasti*, 2015, no. 1, pp. 232–247. (In Russian)
31. Arnold L., Stern D. T. What is Medical Professionalism? Stern D. T. (ed.) *Measuring medical professionalism*. New York, Oxford University Press, 2006, pp. 213–233.
32. Labov W., Waletzky J. Narrative analysis: Oral versions of personal experiences. *Essays on the verbal and visual arts: Proceedings of the 1966 Annual Spring Meeting of the American Ethnological Society*. Ed. by June Helm. Seattle, University of Washington Press, 1967, pp. 12–44.
33. Strauss A., Corbin J. M. *Grounded theory in practice*. Thousand Oaks, CA, Sage, 1997. 276 p.

Received: May 14, 2018

Accepted: May 22, 2018

Author's information:

Konstantin A. Galkin — Postgraduate student; Kgalkin1989@mail.ru