

# РАЗДЕЛ I. ОБЩАЯ ПСИХОЛОГИЯ

---

УДК 159.9:61

DOI: 10.18384/2310-7235-2017-4-6-19

## **СВЯЗИ САМООЦЕНОК, ИМПЛИЦИТНЫХ ТЕОРИЙ РИСКА И ЛИЧНОСТНОЙ ГОТОВНОСТИ К РИСКУ У МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ\***

**Богачева Н.В.<sup>1</sup>, Корнилова Т.В.<sup>2</sup>, Красавцева Ю.В.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова (Сеченовский университет)

119435, г. Москва, ул. Большая Пироговская, д. 2, стр. 4, Российская Федерация

<sup>2</sup> Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова  
125009, г. Москва, ул. Моховая, д. 11, стр. 9, Российская Федерация

**Аннотация.** Статья посвящена выявлению особенностей самооценок рискованности, имплицитных теорий риска и личностной готовности к риску при сравнительном анализе выборок: 1) студентов медицинского и немедицинского (но также специализирующегося в профессии типа «человек – человек») вузов и 2) студентов медицинских факультетов и практикующих врачей. Анализировались различия в выраженности измеренных переменных в выборках двух студенческих групп и врачей (по сравнению со студентами-медиками). Для каждой из трех групп выявлялись связи между всеми измеренными переменными и описывались межгрупповые отличия в установленных связях. Выявлено, что врачи в большей степени, чем студенты-медики воспринимают риск как «недостаточность рациональности» и как «невозможность прогнозирования». У студентов-медиков в большей степени, чем у врачей, выражена имплицитная теория «гедонистического риска». Для всех трёх выборок установлены связи самооценок рискованности с имплицитным представлением об «осознанном риске», но только у студентов-медиков эта самооценка значимо связана с имплицитной теорией «гедонистического риска».

**Ключевые слова:** самооценка рискованности, имплицитные теории риска, готовность к риску, рациональность.

## **RELATIONSHIPS BETWEEN SELF-ASSESSMENTS, IMPLICIT THEORIES OF RISK AND MEDICAL WORKERS' PERSONAL RISK READINESS**

**N. Bogacheva<sup>1</sup>, T. Kornilova<sup>2</sup>, Y. Krasavtseva<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University)  
2-4, Bolshaya Pirogovskaya ul. Moscow, 119435, Russia

<sup>2</sup> Lomonosov Moscow State University  
11, building 9, Mokhovaya ul. Moscow, 125009, Russia

© Богачева Н.В., Корнилова Т.В., Красавцева Ю.В., 2017.

\* Публикация подготовлена в рамках научного проекта РФФИ № 17-06-00130 / The reported study was carried out according to the research project № № 17-06-00130.

**Abstract.** The *aim* of this study was to identify the relationships between self-assessed readiness to risk, implicit theories of risk and personal risk readiness in the following comparative analysis of samples: 1) medical versus non-medical students (the latter also specializing in a “human-to-human” type of profession) and 2) medical students versus practicing doctors. Differences in the measured variables were analyzed between the two student groups and the sample of doctors (the latter was compared with medical students). For each of the three groups, the relationships between all the measured variables were identified and the intergroup differences in the established relationships were described. It is identified that the doctors to a greater extent rather than medical students perceive risk as “insufficiency of rationality” and as “an impossibility to prognosticate”. For medical students, an implicit theory of “hedonistic risk” is expressed to a greater extent than in case with the doctors. For all three samples, links are established between self-assessed readiness to risk and the implicit theory of “deliberate risk”. But only for medical students, this self-assessment is significantly associated with the implicit theory of “hedonistic risk”.

**Key words:** self-assessed readiness to risk, implicit theories of risk, risk readiness, rationality

Восприятие и принятие (либо не-принятие) людьми риска определяются личным, в том числе профессиональным, опытом, кристаллизирующимся в имплицитных представлениях о ситуациях и источниках риска, суждениями на основе использования знаний (в том числе под влиянием СМИ), личностной готовностью к действиям и решениям в условиях неопределённости или опасности.

Риск в деятельности человека определяется как ситуационными (спецификой задач и видов деятельности – risk-taking), так и диспозиционными факторами, среди которых выделяют склонность к риску и готовность к риску [6].

В то время как личностные особенности, способствующие и препятствующие принятию риска, стали специальным предметом исследований и разработки ряда самооценочных психодиагностических средств (опросников), роль прямой самооценки своей рискованности пока не изучалась. В то же время в понимании *принятия риска* как акта «примеривания» выбора

альтернативы в ситуации неопределённости к своим возможностям, своему личностному Я [6] самооценка рискованности играет важную роль. Косвенно это представлено в исследованиях, демонстрирующих, что при принятии собственных решений и советов выбора другому человеку личность допускает разную меру риска, позволяя себе бóльшую рискованность, чем другому. Роль ретроспективных и проспективных самооценок в принятии решений в условиях неопределённости уже становилась предметом изучения [7], но не по отношению к самооценкам рискованности и специфики деятельности медицинских работников.

Проведено множество исследований восприятия природных, техногенных, финансовых рисков [2; 11]. В психологии утверждается понимание готовности к риску как реализуемой человеком способности к самоконтролю и регуляции своих действий при заведомой неполноте информации или недоступности развёрнутой ориентировки в ситуации. Однако практические не изученными остаются особен-

ности восприятия риска, связанного с собственными действиями человека или принятием им решений, имеющих неизвестные или не полностью прогнозируемые последствия выбора. Применительно к деятельности медицинских работников это может рассматриваться как в контексте последствий решений для другого человека, так и в контексте восприятия самим профессионалом риска его решений, включающем прогноз и принятие (либо не принятие) оцениваемого риска.

Рискованные действия совершает человек думающий (и готовность к риску важно отличать от импульсивности как снижения самоконтроля), и его представления о риске в конкретной ситуации существенно влияют на то, как он в ней поступит. *ИмPLICITНЫЕ ТЕОРИИ РИСКА* выступают при этом не только житейскими представлениями, но и ориентированными на профессиональные нормы возможных решений и действий.

Факторы риска во врачебной деятельности прямо входят в постановку диагноза и лечение больных, вероятностные оценки риска тех или иных заболеваний у различных групп людей, связанные с ними типичные когнитивные ошибки, а также разного рода риски здоровью уже изучались психологами [3; 14]. Однако не произошло пока связывания общепсихологических представлений о восприятии риска и его роли в регуляции действий и решений человека с изучением готовности к риску у лиц в медицинской сфере, хотя именно с деятельностью врача, принимающего решения, обязательно сталкивается каждый человек.

ИмPLICITНЫЕ ТЕОРИИ РИСКА, сложившейся в деятельности профессио-

налов (в данном случае медицинских работников), могут пониматься как «таситные» (неявные) знания о возможности тех или иных исходов [10] и в контексте субъективных репрезентаций готовности к «возможному в мышлении», что предполагает как критичность мышления, так и готовность личности отвечать вызовам неопределенности [5].

Развиваемая нами концепция единого интеллектуально-личностного потенциала человека, предполагающая множественную многоуровневую регуляцию решений и действий в актах преодоления человеком условий неопределенности, позволяет предложить единую исследовательскую платформу для проверки гипотез о взаимодействиях когнитивных и личностных, ситуационных и диспозиционных составляющих в репрезентациях риска и принятии риска профессионалами. Предметом исследования могут выступать при этом субъективные репрезентации своей личностной рискованности у медицинских работников, отражаемые в *самооценках*, рассматриваемые во взаимосвязях с факторами опытности (по критерию «новички – профессионалы») и системой личностных свойств, отражающих отношение человека к неопределенности и риску.

Диагностируемые личностными опросниками *имPLICITНЫЕ ТЕОРИИ РИСКА* (ИТР) [9] и *ГОТОВНОСТЬ К РИСКУ* как личностное свойство саморегуляции [8] задают разные аспекты представленности риска в самосознании личности.

Прямые самооценки рискованности включают, на наш взгляд, и аспект когнитивных репрезентаций риска в самосознании личности, и аспект са-

моотношения, отражающий не только отношение к риску как ценности или средству достижения других целей, но и значимость для себя лично этого свойства – собственной готовности идти на риск в своих решениях и действиях. Прямые самооценки рискованности в меньшей степени отражают личностную готовность к риску как связанную с глубинными мотивационными образованиями, но в большей степени – результат активности личности в ее самоопределении как соотнесении этого свойства (рискованности) с личностным Я.

*Целью* нашей работы стало выявление особенностей самооценок рискованности, ИТР и личностной готовности к риску при сравнительном анализе выборок: 1) студентов медицинского и немедицинского вузов и 2) студентов медицинских факультетов и практикующих врачей как новичков и профессионалов в медицинской сфере.

Принятие парадигмы «от деятельности к личности» предполагает, что в деятельности складываются схемы психологической регуляции, включающие репрезентации своих личностных свойств. Сравнительный анализ самооценок как верхнего уровня саморегуляции у лиц, выступающих новичками и профессионалами во врачебной деятельности, позволит описать специфику отношения к риску у лиц, профессионально занятых врачебной деятельностью. Аналогичное сравнение студентов-медиков и студентов-психологов позволит уточнить особенности личности и самооценки у новичков в разных профессиях типа «человек – человек».

Знания, как теоретические, так и «тацитные», накопленные в личном

опыте, и индивидуальные представления о риске включаются в оценках возможного развития событий, но также и приемлемости для личности профессионала выбора того или иного варианта решения.

Психологическое звено оценки субъективного риска интегрирует когнитивные и личностные составляющие. Исследовательским вопросом остаётся, как связаны самооценки рискованности с теми особенностями восприятия риска, которые остаются на уровне не вполне осознаваемых имплицитных представлений – имплицитных теорий риска, а также с готовностью к риску и рациональностью как личностными свойствами саморегуляции.

## Метод

### *Участники исследования*

Всего в трёх выборках участников было 192 человека.

Выборка 1: студенты медицинских факультетов ( $n = 78$ , из них 73% – женщины) в возрасте от 17 до 29 лет ( $M = 19$ ,  $SD = 1,4$ ).

Выборка 2: врачи разных специальностей ( $n = 40$ , из них 55% – женщины) в возрасте от 24 до 73 лет ( $m = 43$ ,  $M = 12,9$ ) со стажем работы по профессии от 1 до 50 лет ( $M = 19$ ;  $SD = 12,5$ ).

Выборка 3: студенты факультета психологии ( $n = 74$ , из них 90% – женщины) в возрасте от 18 до 43 лет ( $M = 21,6$ ,  $SD = 4,2$ ).

### *Методики*

1. Опросник «Личностные факторы принятия решений» (ЛФР-21) включает две шкалы: личностная *готовность к риску* отражает умение осуществлять и реализовывать выбор в условиях неопределённости как не-

достаточности и неполноты информации о ситуации; *рациональность* характеризует направленность на максимально полную ориентировку в ситуации и повышение информированности перед принятием решений [6].

2. Опросник «Имплицитные теории риска». Имплицитные теории риска выступают в качестве устойчивых индивидуальных представлений о риске и рискованных ситуациях, включающих как когнитивные, так и личностные оценки [9]. Опросник включает в себя 7 шкал, выявляющих следующие формы имплицитных теорий о риске:

– *риск как невозможность прогноза / расчёта*;

– *осознанный риск* – риск при сознательном нарушении принятых норм, готовность действовать без оглядки на опасность;

– *риск как испытание и проверка себя*;

– *риск как недостаточность рациональности и контроля над ситуацией*;

– *риск как стремление приумножить ценности*;

– *риск как потеря или приобретение*;

– *гедонистический риск* – имплицитное представление о риске как поиске ярких впечатлений, источнике позитивных переживаний; риск ради удовольствия.

3. *Прямая самооценка рискованности (COP)*. Самооценка выступает как проявление самосознания личности, в данном случае в отношении своей рискованности. Самооценивание возможно как для личности в целом, так и по отдельным качествам, последнее зачастую основывается не только на самоотношении, но и на социальном сравнении себя, своих достижений с окружающими [1]. COP отражает не только когнитивную оценку своей ри-

скованности, но и ее ценностный, личностно значимый аспект, в том числе и применительно к профессиональной деятельности.

Самооценивание рискованности осуществлялось аналогично процедуре прямой самооценки интеллекта по А. Фернхему [8; 13]: испытуемым предлагалось оценить количественно выраженность свойства рискованности у себя лично, учитывая вспомогательный график нормального распределения с характеристиками  $M = 100$ ,  $SD = 15$ .

## Результаты

Для выявления межгрупповых различий между студентами разных специализаций и между студентами-медиками и профессиональными врачами использовался t-критерий Стьюдента для двух независимых выборок. Для выявления связей между переменными на всех этапах исследования использовался частный коэффициент корреляции.

### *Различия между студентами-психологами и студентами-медиками*

Студенты-медики отличались от студентов-психологов только более высокой личностной *готовностью к риску* ( $p < 0,01$ ), что представлено в таблице 1 (не указаны переменные, для которых не установлены различия).

В таблице 2 представлены попарные связи между переменными для обеих студенческих выборок. Поскольку различия по возрасту оказались значимыми ( $p < 0,001$ ), корреляции считались с поправкой на возраст.

В обеих группах студентов *самооценка рискованности* положительно связана с личностной *готовностью к риску* и отрицательно – с *рационально-*

стью (по первой переменной группы значимо различались, по второй нет). Эти переменные отрицательно связаны в обеих выборках. Сходным образом связаны в них *готовность к риску* (по опроснику ЛФР) с двумя шкала-

ми имплицитных теорий (по ИТР) – «осознанного риска» и «риска как испытания». Схожи для обеих выборок также связи *самооценок рискованности* с имплицитным представлением об «осознанном риске».

Таблица 1

**Значимые различия по шкалам между студентами-психологами и студентами-медиками (по t-критерию Стьюдента)**

Шкала	Методика	Различие	Средний балл у студентов-психологов	Средний балл у студентов-медиков
Готовность к риску (по ЛФР)	ЛФР	t = 3,075, p < 0,01	-0,21	<u>2,6</u>

Таблица 2

**Связи шкал имплицитных теорий риска, личностной готовности к риску и самооценок рискованности для студенческих выборок**

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	СОР	1	-0,198	0,517**	0,161	-0,09	-0,035	0,055	0,196	0,529**	-0,327**
2	Риск как невозможность прогноза	-0,043	1	-0,35**	0,22	0,334**	0,188	0,202	0,096	-0,223	0,332**
3	Осознанный риск	0,455**	0,102	1	0,276*	-0,307*	-0,143	-0,148	0,095	0,566**	-0,257*
4	Риск как испытание	0,183	0,28*	<b>0,215</b>	1	0,133	0,349**	0,163	0,273*	0,304*	0,003
5	Риск как недостаточность рациональности	-0,082	0,303**	<b>-0,223</b>	0,207	1	0,26*	0,299*	0,246*	-0,084	0,362**
6	Риск как стремление приумножить ценности	0,081	0,481**	0,011	0,257*	0,441**	1	0,27*	0,248*	-0,109	-0,016
7	Риск как потеря / приобретение	0,151	0,267*	0,078	0,197	0,238*	0,558**	1	0,227	-0,011	0,199
8	Гедонистический риск	0,261*	0,303**	0,381**	0,534**	0,121	0,312**	0,112	1	0,405**	-0,132
9	Готовность к риску	0,28*	-0,022	0,352**	0,229*	-0,165	-0,005	-0,018	0,281*	1	-0,385**
10	Рациональность	-0,28*	0,253*	-0,188	0,196	0,149	0,112	0,111	-0,127	-0,301**	1

*Примечание 1:* Под диагональю представлены корреляции для студентов-медиков, над диагональю представлены корреляции для студентов-психологов.

*Примечание 2:* \*p < 0,05; \*\*p < 0,01. Жирным выделены корреляции со значимостью на уровне тенденции (0,05 < p < 0,06).

В таблице 2 также отражены схожие для обеих выборок связи между разными имплицитными теориями риска: «осознанный риск» положи-

тельно связан с пониманием «риска как испытания»; отрицательная связь восприятия «осознанности риска» с «недостаточностью рационально-

сти»; положительные связи «риска как стремления приумножить ценности» с риском «потерь-приобретений», «риска как недостаточности рациональности» с риском «как невозможностью прогноза» и т. д.

У студентов-психологов, в отличие от студентов-медиков, «осознанный риск» отрицательно связан с «невозможностью прогноза», т. е. в их представлении можно прогнозировать рискованность действия или решения и вместе с тем осознанно принимать риск. С невозможностью прогноза они связывают только недостаточность рациональности.

Некоторое различие можно видеть в чуть большей интегрированности ИТР у студентов-медиков. «Риск как невозможность прогнозов» у них связан с остальными пятью имплицитными теориями (за исключением

«осознанного риска»), в то время как у студентов-психологов – с указанными выше двумя ИТР. С четырьмя видами ИТР связано у студентов-медиков восприятие риска как «гедонистического» (у студентов-психологов – с тремя).

#### *Различия между врачами и студентами-медиками*

Как видно из таблицы 3, врачи отличались от студентов-медиков большей рациональностью ( $p < 0,05$ ) и меньшей готовностью к риску ( $p < 0,001$ ) как свойствами личностной саморегуляции (по ЛФР).

Врачи в большей степени воспринимают риск как «недостаточность рациональности» и как «невозможность прогнозирования». У студентов-медиков более выражена имплицитная теория «гедонистического риска».

Таблица 3

#### **Значимые различия по шкалам между врачами и студентами-медиками (по t-критерию Стьюдента)**

Шкала	Методика	Различие	Средний балл у врачей	Средний балл у студентов-медиков
Риск из-за невозможности прогнозирования	ИТР	$t = -2,002$ , $p = 0,048$	<u>22,7</u>	21,2
Риск как недостаточность рациональности	ИТР	$t = -3,899$ , $p < 0,001$	<u>23,7</u>	21,2
Гедонистический риск	ИТР	$t = -2,299$ , $p = 0,023$	17,0	<u>18,8</u>
Готовность к риску (по ЛФР)	ЛФР	$t = 3,970$ , $p < 0,001$	-0,28	<u>2,6</u>
Рациональность (по ЛФР)	ЛФР	$t = -2,547$ , $p = 0,012$	<u>5,4</u>	4,1

*Примечание 1:* Поскольку различия по возрасту оказались значимыми ( $p < 0,001$ ), корреляции здесь и далее считались с поправкой на возраст.

Матрица для сравнения связей в выборках врачей и студентов-медиков между личностными переменными в представлена в таблице 4.

Таблица 4

**Связи имплицитных теорий риска, личностных факторов принятия решений и самооценок рискованности у врачей и студентов-медиков**

	Переменная	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	СОР	1	-0,147	0,618*	0,08	0,091	0,397*	0,063	0,103	0,283	0,218
2	Риск как невозможность прогноза	-0,043	1	0,024	0,339*	0,014	0,187	-0,12	<b>0,32</b>	0,167	-0,306
3	Осознанный риск	0,455**	0,102	1	0,144	-0,178	0,258	-0,178	0,217	0,443**	-0,131
4	Риск как испытание	0,183	0,28*	<b>0,215</b>	1	0,184	<b>0,309</b>	0,033	0,275	0,137	-0,096
5	Риск как недостаточность рациональности	-0,082	0,303**	<b>-0,223</b>	0,207	1	0,25	0,435**	0,2	0,117	0,385*
6	Риск как стремление приумножить ценности	0,081	0,481**	0,011	0,257*	0,441**	1	0,504**	0,321*	0,295	-0,062
7	Риск как потеря / приобретение	0,151	0,267*	0,078	0,197	0,238*	0,558**	1	0,29	0,154	-0,008
8	Гедонистический риск	0,261*	0,303**	0,381**	0,534**	0,121	0,312**	0,112	1	0,436**	-0,137
9	Готовность к риску	0,28*	-0,022	0,352**	0,229*	-0,165	-0,005	-0,018	0,281*	1	-0,197
10	Рациональность	-0,28*	0,253*	-0,188	0,196	0,149	0,112	0,111	-0,127	-0,301**	1

*Примечание 1:* Под диагональю представлены корреляции для студентов-медиков, над диагональю представлены корреляции для врачей.

*Примечание 2:* \* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,01$ . Жирным выделены корреляции со значимостью на уровне тенденции ( $0,05 < p < 0,06$ ).

*Самооценка рискованности* у врачей, как и у студентов-психологов и медиков, значимо связана с имплицитной теорией «осознанного риска», а у врачей также с представлением о риске как пути «приумножения ценности». У студентов-медиков СОР также отрицательно связана с *рациональностью* и положительно – с личностной *готовностью к риску* и имплицитной теорией «гедонистического риска».

Личностная *готовность к риску* (по ЛФР) во всех выборках значимо связана с гедонистической трактовкой риска (по ИТР). Только у врачей личностная *рациональность* имеет положительную корреляцию с имплицитной теорией риска «как недостаточности рациональности».

У врачей восприятие риска как «невозможности прогноза» имеет наименьшее среди всех выборок количе-

ство корреляций с другими ИТР – она связана только с «риском как испытанием» и на уровне тенденции ( $p = 0,06$ ) – с «гедонистическим риском». «Невозможность прогноза» у них также не связана с *рациональностью* и с *готовностью к риску* (по ЛФР).

Имплицитная теория «осознанного риска» и у врачей, и у студентов обеих групп значимо связана с *готовностью к риску*, а у студентов-медиков (и только у них) «осознанный риск» связан также с имплицитной теорией «гедонистического риска». Обе эти ИТР значимо выше у студентов по сравнению с врачами. Восприятие риска в контексте «потери / приобретения» во всех трёх выборках положительно связано с имплицитной теорией риска «как недостаточной рациональности» и как «стремления к приумножению ценностей».



### Обсуждение результатов

Представленность своей рискованности в образе Я не различается у новичков и профессионалов по высоте прямой самооценки (СОР), у студентов-психологов и студентов-медиков. Однако установленные связи *самооценки рискованности* с другими личностными переменными позволяют предположить, что у разных групп СОР строятся по отличающимся критериям.

Для всех выборок была выявлена связь *самооценок рискованности* с восприятием риска «как осознанного». Это позволяет говорить о том, что такая имплицитная теория – не обязательно осознаваемая – сопутствует в образе Я тому общему критерию, согласно которому и на уровне самосознания личности рискованность связывается врачами и студентами разных специальностей с сознательным нарушением норм и пренебрежением опасностью. У студентов эта самооценка включена также в связь с личностной *готовностью к риску*, в то время как у врачей уровни самосознания и личностной готовности дифференцированы по этому радикалу – рискованности. Если считать, что самооценки врачей адекватны (здесь нет внешнего критерия), то их личностная готовность к риску либо не входит в их образ Я, либо принятие риска как осознанного акта автономизировано у них (в более осознаваемое образование) в силу профессионального становления.

В целом эти данные позволяют нам также принимать гипотезу, что имплицитные теории репрезентируют именно «бытийные» (в понимании В.П. Зинченко) уровни сознания, в том время как личностные свойства саморегуляции – в аспекте готовности к

рisku – могут иметь более глубинные основания, связанные с мотивационными образованиями. О последнем позволяют судить полученные ранее данные о связях готовности к риску с мотивацией [4; 5].

В имплицитных теориях риска сочетаются когнитивные и личностные аспекты, а также индивидуальный опыт поведения в различных ситуациях, связанных с риском. Актуализация тех или иных имплицитных теорий зависит от множества внешних и внутренних обстоятельств, исходя из которых, действует и принимает решения субъект. Можно предположить, что связь самооценок рискованности с личностными переменными у студентов свидетельствует о более глобальной, менее дифференцированной регуляции у них принятия решений и действий в условиях риска. Отсутствие такой связи у профессиональных врачей указывает на возможно большую связанность их самооценок рискованности не с ситуативными факторами (здесь самооценки могут быть дифференцированными и динамичными: от ситуации к ситуации человек оценивание себя как рискованного туриста, но осторожного диагноста и т. д.), а с образом Я как профессионала, контролирующего свои личностные склонности и отличающего осознанное принятие риска в своих решениях.

Самооценки рискованности у студентов-медиков демонстрируют значимую корреляцию с гедонистической окраской риска в их имплицитных теориях. Трактовка риска как источника позитивных эмоций может вносить вклад в самооценку рискованности в этой группе, но связь может быть также и косвенной, поскольку гедони-

стический риск также коррелирует с большинством других переменных и выступает в группе студентов-медиков как некая общая характеристика большинства рисков. Это также свидетельствует в пользу преодоления врачами этого представления о риске, как связанном с получением удовольствия.

Выборка врачей-профессионалов, в свою очередь, характеризуется специфической корреляцией между самооценкой рискованности и имплицитной теорией «риска как стремления умножить ценности». Риск как умножение ценностей в методике ИТР апеллирует к выигрышу в широком смысле этого слова – пункты шкалы включают понятие «выиграть у судьбы», а также отражают его ценностный аспект [9]. Таким образом, речь здесь идет не столько о прагматическом риске, сколько о риске и его роли в принятии судьбоносных решений, что потенциально может соотноситься с профессиональным риском врачей, в частности, в аспекте жизни и смерти.

Полученные межгрупповые различия по личностной *готовности к риску* (студенты-медики показали более высокую готовность к риску, чем две другие выборки) и *рациональности* (врачи более рациональны) также отражают тот путь профессионализации, который проходят медицинские работники, преодолевая свою готовность к риску.

Личностная готовность к риску подразумевает решительность действий в ситуации неопределённости, недостаточной информированности, а также мотивацию реализации пусть малого, но шанса достичь успех. У обеих студенческих выборок личностная готовность к риску отрицательно кор-

релирует с личностной рациональностью, что подтверждает результаты предыдущих исследований [6]. Среди имплицитных теорий риска готовность к риску в этих выборках сходным образом коррелирует с осознанным риском, риском как испытанием и гедонистическим риском. Содержательно эти имплицитные теории отражают позитивные аспекты риска и описывают установку личности на саморазвитие (риск как испытание себя с целью проверки, изменения, повышения самооценки), сознательное преодоление неопределённости и поиск новых переживаний. В контексте этих переменных готовность к риску предстает не только как фактор принятия решений, но и как аспект более широкой латентной переменной – «Принятия неопределённости и риска» [5; 8].

Другой латентной переменной выступает «Интолерантность к неопределённости», манифестируемая, в частности, рациональностью. Интолерантность к неопределённости в контексте врачебной деятельности выступала предметом исследований: например, описана ее связь со стрессом [15], вероятностью совершения врачебной ошибки [17], эмоциональным выгоранием [16]. Это свойство в большей степени характеризует, согласно результатам нашего исследования, врачей, чем студентов. Врачи, в отличие от студентов-медиков, характеризуются более высокой личностной рациональностью как стремлением к более полной информированности и ориентировке в ситуации. В отличие от групп студентов, у врачей рациональность не имеет значимой отрицательной корреляции с готовностью к риску, что может свидетельствовать о

субъективном отделении в имплицитных представлениях медиков ситуаций, в которых необходима готовность к риску, от тех, где требуется повышение информированности. Готовность к риску и рациональность у врачей связаны с разными имплицитными теориями риска: первая коррелирует с осознанным и гедонистическим риском, вторая – положительно связана с имплицитной теорией риска как недостаточности рациональности.

Повышение рациональности у врачей может быть также следствием повышения опытности. Поиск информации (в виде чтения литературы, поиска совета, проведении дополнительных исследований) является основной реакцией молодых врачей на собственные ошибки [12]. Известно также, что медицинские работники подвержены устойчивым когнитивным искажениям – переоценке вероятности тяжелых заболеваний и недооценке новых методов диагностики [3]. Хотя основной причиной ошибочных суждений является трудность работы с вероятностными оценками [14; 18], можно предположить, что тенденция «переобследовать» пациентов отражает также и стремление к полноте ориентировки в ситуации.

В опроснике ИТР врачи продемонстрировали большую выраженность шкал «риск как невозможность прогноза» и «риск как недостаточная рациональность». Представления о риске как невозможности прогноза и как недостаточной рациональности содержательно имеют близкое значение, поскольку в первом случае не определен возможный исход ситуации, во втором – недостает ресурсов или информации для текущего контроля. У врачей

риск как невозможность прогноза сопутствует принятию имплицитной теорией «риска как испытания», что позволяет предположить, что эти ситуации в структуре представлений о риске у врачей сближаются содержательно как ситуации преодоления риска.

### Выводы

1. Прямые самооценки рискованности по высоте не различаются у студентов-психологов, студентов-медиков и врачей-профессионалов, однако следует предполагать различия в их субъективных критериях.

2. Самооценки рискованности во всех группах связаны с имплицитными представлениями об осознанном риске, но только у студентов эта самооценка коррелирует с личностной готовностью к риску (положительно) и рациональностью (отрицательно).

3. По сравнению со студентами медицинских специальностей практикующие врачи-профессионалы менее готовы к риску при принятии решений и демонстрируют большую рациональность (как стремление к максимальной информированности в ситуации выбора), что представляется оправданным в связи с серьезностью тех решений, которые врачи принимают в своей профессиональной деятельности.

4. Ситуации, в которых невозможно спрогнозировать последствия и в которых недостаточно информации и контроля, имплицитно воспринимаются врачами как более рискованные, в то время как студенты-медики в большей степени воспринимают ситуации риска как связанные с поиском положительных эмоций, удовольствия.

5. Имплицитные теории риска у студентов более интегрированы между

собой, также в системе самооценок рискованности и личностных факторов принятия решений, чем у врачей-профессионалов.

В отсутствии данных о других специальностях можно предположить,

что дифференциация и обособление имплицитных приспособлений о риске является отличительной особенностью медицинской практики, предположительно носящей защитный характер.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Бороздина Л.В. Сущность самооценки и ее соотношение с Я-концепцией // Вестник Московского университета. Серия 14: Психология. 2011. № 1. С. 54–65.
2. Канеман Д. *Думай медленно... решай быстро*. М., 2013. 656 с.
3. Канеман Д., Словик П., Тверски А. *Принятие решений в неопределенности*. Харьков, 2005. 632 с.
4. Корнилова Т.В. *Диагностика мотивации и готовности к риску*. М., 1997. 231 с.
5. Корнилова Т.В. *Интеллектуально-личностный потенциал человека в условиях неопределенности и риска*. СПб., 2016. 344 с.
6. Корнилова Т.В. *Психология риска и принятия решений*. М., 2003. 286 с.
7. Корнилова Т.В., Веденева Н.В. Самозффективность и ретроспективные самооценки, проявляемые при личностном выборе для себя и предполагаемые при выборе за другого человека // Вестник Московского государственного областного университета. Серия: Психологические науки. 2014. № 2. С. 6–17.
8. Корнилова Т.В., Чумакова М.А., Корнилов С.А., Новикова М.А. *Психология неопределенности: единство интеллектуально-личностного потенциала человека*. М., 2010. 334 с.
9. Ординова Е.М. Изучение имплицитных теорий как составляющих когнитивного риска // Психологический журнал. 2013. Т. 34. № 1. С. 74–85.
10. Стернберг Р., Форсайт Б., Хедланд Дж., Григоренко Е.Л. *Практический интеллект*. СПб., 2002. 272 с.
11. Талеб Н.Н. *Черный лебедь. Под знаком непредсказуемости*. М., 2013. 736 с.
12. Bari A., Khan R.A., Rathore A.W. Medical errors; causes, consequences, emotional response and resulting behavioral change // *Pakistan Journal of Medical Sciences*. 2016. Vol. 32 (3). P. 523–528.
13. Furnham A. Self-estimated intelligence, psychometric intelligence and personality // *Psychologia*. 2005. Vol. 48. P. 182–192.
14. Gigerenzer G., Gaissamaier W., Kurz-Milcke E., Schwartz L.M., Woloshin S. Helping doctors and patients make sense of health statistics // *Psychological science in the public interest*. 2007. Vol. 8. № 2. P. 53–96.
15. Iannello P., Mottini A., Tirelli S., Riva S., Antonietti A. Ambiguity and uncertainty tolerance, need for cognition, and their association with stress. A study among Italian practicing physicians // *Medical Education Online*. 2017. Vol. 22 (1) (дата обращения: 03.12.2017).
16. Kuhn G., Goldberg R., Compton S. Tolerance for Uncertainty, Burnout, and Satisfaction With the Career of Emergency Medicine // *Annals of Emergency Medicine*. 2009. Vol. 54 (1). P. 106–113.
17. Nevalainen M., Kuikka L., Pitkälä K. Medical errors and uncertainty in primary healthcare: A comparative study of coping strategies among young and experienced GPs // *Scandinavian journal of primary health care*. 2014. Vol. 32. P. 1–6.
18. Operskalski J.T., Barbey A.K. Risk literacy in medical decision-making // *Science Translational Medicine*. 2016. Vol. 352 (6284). P. 413–414.

## REFERENCES

1. Borozdina L.V. [The essence of the self and its relationship to self-concept]. In: *Vestnik Moskovskogo universiteta. Seriya 14: Psikhologiya* [Bulletin of Moscow Region State University. Series: Psychology], 2011, no. 1, pp. 54–65.
2. Kaneman D. *Think slowly... solve quickly*. Moscow, 2013. 656 p.
3. Kaneman D., Slovik P., Tverski A. *Decision making in uncertainty*. Kharkiv, 2005. 632 p.
4. Kornilova T.V. *Diagnostics of motivation and risk readiness*. Moscow, 1997. 231 p.
5. Kornilova T.V. *Intellectual-personal potential of the person in conditions of uncertainty and risk*. Saint Petersburg, 2016. 344 p.
6. Kornilova T.V. *Psychology of risk and decision-making*. Moscow, 2003. 286 p.
7. Kornilova T.V., Vedeneeva N.V. [Self-efficacy and retrospective self-evaluation manifested in a personal choice for oneself and expected when choosing for another person]. In: *Vestnik Moskovskogo gosudarstvennogo oblastnogo universiteta. Seriya: Psikhologicheskie nauki* [Bulletin of Moscow Region State University. Series: Psychology], 2014, no. 2, pp. 6–17.
8. Kornilova T.V., Chumakova M.A. and others. *Psychology of uncertainty: the unity of the intellectual-personal potential of the person / T. V. Kornilova, M. A. Chumakova, S. A. Kornilov, M. A. Novikova*. Moscow, 2010. 334 p.
9. Ordinova E.M. [The study of implicit theories as components of cognitive risk]. In: *Psikhologicheskii zhurnal* [Psychological journal], 2013, Vol. 34. no. 1, pp. 74–85.
10. Sternberg R., Forsyth B. and others. *Practical intelligence*, R. Sternberg, B. Forsyth, John. Hedland, E. L. Grigorenko. Saint Petersburg, 2002. 272 p.
11. Taleb N.N. *Black Swan. Under the sign of unpredictability*. Moscow, 2013. 736 p.
12. Bari A., Khan R.A., Rathore A.W. *Medical errors; causes, consequences, emotional response and resulting behavioral change*. In: *Pakistan Journal of Medical Sciences*. 2016. V. 32. № 3. P. 523–528.
13. Furnham A. *Self-estimated intelligence, psychometric intelligence and personality*. In: *Psychologia*. 2005. V. 48. P. 182–192.
14. Gigerenzer G., Gaissamaier W., Kurz-Milcke E., Schwartz L.M., Woloshin S. *Helping doctors and patients make sense of health statistics*. In: *Psychological science in the public interest*. 2007. V. 8. № 2. P. 53–96.
15. Iannello P., Mottini A., Tirelli S., Riva S., Antonietti A. *Ambiguity and uncertainty tolerance, need for cognition, and their association with stress. A study among Italian practicing physicians*. In: *Medical Education Online*. 2017. V. 22. № 1. (retrieved 03.12.2017)
16. Kuhn G., Goldberg R., Compton S. *Tolerance for Uncertainty, Burnout, and Satisfaction With the Career of Emergency Medicine*. In: *Annals of Emergency Medicine*. 2009. V. 54. № 1. P. 106–113.
17. Nevalainen M., Kuikka L., Pitkälä K. *Medical errors and uncertainty in primary healthcare: A comparative study of coping strategies among young and experienced GPs*. In: *Scandinavian journal of primary health care*. 2014. V. 32. P. 1–6.
18. Operskalski J.T., Barbey A.K. *Risk literacy in medical decision-making*. In: *Science Translational Medicine*. 2016. V. 352. № 6284. P. 413–414.

## ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ

Корнилова Татьяна Васильевна – доктор психологических наук, профессор, факультет психологии Московского государственного университета имени М.В. Ломоносова; e-mail: tvkornilova@mail.ru

*Богачева Наталия Вадимовна* – кандидат психологических наук, старший преподаватель, кафедры педагогики и медицинской психологии Первого Московского государственного медицинского университета имени И.М. Сеченова;  
e-mail: bogacheva.nataly@gmail.com

*Красавцева Юлия Владимировна* – аспирант факультета психологии Московского государственного университета имени М.В. Ломоносова  
e-mail: julia.k7@gmail.com

#### INFORMATION ABOUT THE AUTHORS

*Kornilova Tatiana* – doctor of psychology, professor of general psychology, department of Psychology, Lomonosov Moscow State University;  
e-mail: tvkornilova@mail.ru

*Nataliya Bogacheva* – candidate of psychology, senior lecturer of pedagogy and medical psychology department, Sechenov First Moscow State Medical University;  
e-mail: bogacheva.nataly@gmail.com

*Yulia Krasavtseva* – post-graduate student, department of Psychology, Lomonosov Moscow State University;  
e-mail: julia.k7@gmail.com

---

#### ПРАВИЛЬНАЯ ССЫЛКА НА СТАТЬЮ

Богачева Н.В., Корнилова Т.В., Красавцева Ю.В. Связи самооценок, имплицитных теорий риска и личностной готовности к риску у медицинских работников // Вестник Московского государственного областного университета. Серия: Психологические науки. 2017. № 4. С. 6–19.

DOI: 10.18384/2310-7235-2017-4-6-19

#### FOR CITATION

Bogacheva N., Kornilova T., Krasavtseva Y. Relationships between self-assessments, implicit theories of risk and medical workers' personal risk readiness. In: *Bulletin of Moscow Regional State University. Series: Psychology*. 2017. no. 4. Pp. 6–19.

DOI: 10.18384/2310-7235-2017-4-6-19