

Ледванова Т.Ю., Коломейчук А.В.

Формирование коммуникативной компетентности врача

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И.Разумовского Минздрава России

Резюме

Реализуемая в настоящее время компетентностная модель подготовки специалистов ставит перед собой целью не только выполнение конкретных функций образования, но и реализацию интегрированных требований к результату образовательного процесса. Компетентностный подход охватывает наряду с конкретными знаниями и навыками, такие категории, как способность, готовность к познанию, социальные навыки, коммуникативная компетентность и др.

Ключевые слова: компетенции, коммуникативная компетентность, ценности

Компетентность определяется как качества человека, завершившего образование определенной ступени, выражающиеся в готовности (способности) на его основе к успешной (продуктивной, эффективной) деятельности с учетом ее социальной значимости и социальных рисков, которые могут быть с ней связаны [2]. Компетентностный подход рассматривается как инструмент усиления социального диалога высшей школы с миром труда, как средство углубления их сотрудничества в новых условиях взаимного доверия.

Компетенции интерпретируются как единый согласованный язык для описания академических и профессиональных профилей и уровней высшего образования. Язык компетенций является наиболее адекватным для описания результатов образования [1].

Определяя компетентность как основу деятельности специалиста, мы можем рассматривать ее элементы как базу определенных элементов деятельности. Ю.Г.Фокин в своей монографии «Психодидактика высшей школы» сопоставляет структуру человеческой деятельности с качествами личности [9]. Он выделяет следующие этапы деятельности:

- осознание потребности;
- формирование мотива;
- выбор способа осуществления деятельности;
- планирование деятельности;
- перечень действий;
- выполнение действий.

Осознание потребности и формирование мотива, по мнению Фокина, «требуют от человека определенной эрудиции, позволяющей сознательно выбирать то, что может удовлетворить испытываемую потребность». При выборе способа удовлетворения потребности субъект деятельности опирается на «свои ценностные ориентации, социальные представления о том, что можно делать, а что безнравственно, противозаконно». Для планирования деятельности индивид «должен знать закономерности, которым подчиняется избранный им способ осуществления деятельности и процессы, которые придется использовать при этом». Выполнение действий невозможно без «совокупности знаний, определяющих возможность сознательного выбора операций для достижения цели конкретного действия и правильного осуществления этого действия. Для выполнения операций субъект также нуждается в определенных навыках».

Обязательными компонентами компетентности любого вида следует считать:

1. положительную мотивацию к проявлению компетентности;
2. ценностно-смысловые представления (отношения) к содержанию и результату деятельности;
3. знания, лежащие в основе выбора способа осуществления соответствующей деятельности;
4. умение, опыт успешного осуществления необходимых действий на базе имеющихся знаний.

Современные условия предъявляют к выпускникам новые требования, среди которых все больший приоритет получают требования системно организованных, интеллектуальных, коммуникативных, рефлексивных, самоорганизующих начал. «Знание, будучи разделенным на отдельные предметы и дисциплины, приводит к искусственному разделению отдельных подходов к знанию» [2]. Нужно учитывать «не только знание и содержание, но также и универсальные навыки и компетенции. Каждый студент должен испытать на опыте все разнообразие подходов и иметь доступ к различным типам образовательной среды» [7].

В медицине для осуществления профессиональной деятельности явно недостаточно умения осуществлять те или иные операции и действия. Помимо квалификации в строгом смысле слова и адекватного социального поведения медику необходимо иметь и другие навыки и компетенции.

Обучение врачей с позиций компетентностного подхода должно преследовать цель формирования трех профессиональных составляющих: 1) инструментальной, 2) общей и 3) ключевой – надпрофессиональной компетенций.

Предметные, собственно профессиональные компетенции включают в себя владение собственно медицинскими знаниями, умениями и навыками. Знания и представления составляют информационную основу деятельности врача. По мере освоения нормативно заданной деятельности, знания и представления образуют компетентности, которые интегрируют также отдельные навыки и умения. Врачебные умения – это способность и готовность принимать четкое решение и осуществлять целенаправленные действия для спасения жизни или восстановления здоровья больного, и для предупреждения заболеваний.

Общие компетенции включают в себя общепсихологическую (наличие систематизированных знаний о развитии и функционировании психики человека в состояниях здоровья и болезни, общении и др.), информационную (владение современными источниками информации). Кроме того, врач должен уметь клинически мыслить – воспринимать всю получаемую о больном информацию, критически осмысливать ее, сравнивать с имеющимися теоретическими сведениями о патологических процессах и закономерностях их развития, ставить диагноз и прогнозировать у каждого больного, определять конкретную программу действий на всех этапах ради достижения оптимального положительного результата.

Формирование в процессе обучения ключевых (надпрофессиональных) компетенций заключается не в усвоении готового знания, а в том, чтобы проследить условия происхождения данного знания. При таком подходе, компетентность, как результат обучения, не прямо вытекает из него, а является следствием саморазвития индивида, обобщения личностного и деятельностного опыта [1].

Ядро модели выпускника любого вуза составляют ключевые компетентности. С одной стороны, ключевые компетентности специалиста не являются профессионально обусловленными. Этими компетентностями должны обладать все современные специалисты, независимо от сферы их деятельности. С другой стороны, ключевые компетентности профессионально значимы и составляют основу, базу для профессиональных компетенций, позволяют им более полноценно реализовываться [1]. Они дают возможность выпускникам вуза быть востребованными на рынке труда, и при необходимости успешно реализовывать себя в других профессиях.

К ключевым (надпрофессиональным) компетенциям относятся:

- познавательная – готовность и способность к профессиональному саморазвитию;
- эмоциональная – способность к саморегуляции, способность работать в «зоне психологического комфорта»;
- рефлексивная – умение и навык анализировать и корректировать собственные действия;
- личностная – здоровье, зрелость, целостность, готовность и способность к личностному саморазвитию;
- ценностная сфера;
- сформированная профессиональная идентичность и профессиональная позиция;
- коммуникативная компетентность.

Коммуникативная компетентность врача — профессионально значимое качество. Профессия врача предполагает выраженное интенсивное и продолжительное общение: с больными, их родственниками, медицинским персоналом. От умения общаться, устанавливать и развивать взаимоотношения с людьми во многом зависит профессиональная успешность врача. Хороший психологический контакт с больным помогает точнее собрать анамнез, получить более полное и глубокое представление о больном. Умение общаться или коммуникативная компетентность обеспечивает взаимопонимание, доверие в отношениях, эффективность в решении поставленных задач. В отдельных случаях, психологические качества врача для больного более важны, чем профессиональные знания, умения, навыки [4].

Ташлыков при экспериментально-психологическом исследовании представил «эталон» врача больных невротиками [4]. С наибольшей частотой больные указывали на следующие наиболее существенные, по их мнению, качества врача: ум — 74 (в процентах от общего числа больных), внимательность — 57, увлеченность работой — 52, чуткость — 49, тактичность — 49, терпеливость — 49, чувство долга — 45, спокойствие — 40, серьезность — 38, чувство юмора — 38. Предполагаемый эталон врача изменялся в зависимости от клинической формы невроза, пола и возраста больных. Например, больные истерией предпочитали эмоциональный, «сопереживающий» тип врача. Они подчеркивали важность для них таких личностных характеристик врача как чуткость, доброта, терпеливость. Больные невротиками предпочитали «нейтральный», рабочий тип общения (внимательность, тактичность, серьезность, чувство долга).

Коммуникативная компетентность предполагает не только наличие определенных психологических знаний (о типах личности, о способах переживания и реагирования на стресс у разных людей в зависимости от типа темперамента, о специфике связи между типами телосложения и особенностями психического склада личности и т. п.), но и сформированность некоторых специальных навыков: умения устанавливать контакт, слушать, «читать» невербальный язык коммуникации, строить беседу, формулировать вопросы.

Важно также владение врачом собственными эмоциями, способность сохранять уверенность, контролировать свои реакции и поведение в целом. Адекватная коммуникация предполагает правильное понимание психической жизни больного и соответствующее реагирование на его поведение. Не зависимо от того, в каком душевном состоянии находится пациент, испытывает ли он гнев или печаль, беспокойство, тревогу или отчаяние, врач должен уметь с ним взаимодействовать, адекватно строить отношения, добиваясь решения профессиональных задач.

В связи с этим профессионально значимым качеством врача является коммуникативная толерантность (как один из аспектов коммуникативной компетентности) - терпимость, снисходительность. Наличие коммуникативной толерантности показывает, в какой степени врач переносит субъективно нежелательные, неприятные для него индивидуальные особенности пациентов, отрицательные качества, осуждаемые поступки, привычки, чуждые стили поведения и стереотипы мышления. Больной может вызывать разные чувства, нравиться или не нравиться, может быть приятен или неприятен врачу, но в любом случае психологическая подготовка последнего должна помочь справиться с ситуацией, предотвратить конфликт или возникновение неформальных отношений, когда вместо ролевой структуры «врач-больной» возникают отношения дружбы, психологической близости, зависимости, любви. Коммуникативная компетентность в профессиональной деятельности врача означает умение не только психологически правильно строить отношения с больным, но и способность в процессе этих отношений оставаться в рамках профессиональной роли [4].

Для формирования коммуникативной компетентности необходима такая психологическая характеристика личности, как стремление находиться вместе с другими людьми, принадлежать к какой-либо социальной группе, устанавливать эмоциональные взаимоотношения с окружающими, быть включенным в систему межличностных взаимоотношений. В конфликтных ситуациях, в случае обострения взаимоотношений, присутствие рядом эмоционально близких людей стабилизирует картину мира и самооценку, укрепляет позиции, позволяет более точно и адекватно реагировать на происходящие события. Эта психологическая черта, потребность в других людях, стремление к взаимодействию с ними, в литературе обозначается термином «аффилиация» — потребность человека быть в обществе других людей, стремление к «присоединению». Аффилиация проявляется в виде чувства привязанности и верности, а внешне — в общительности, желании сотрудничать с другими людьми, постоянно находиться вместе с ними, в особенностях невербального поведения. Хекхаузен определяет аффилиацию, как определенный класс социальных взаимодействий, имеющих повседневный и в то же время фундаментальный характер [4]. В работе врача, отличающейся длительностью и интенсивностью разнообразных социальных контактов, эта черта помогает сохранить живое и заинтересованное отношение к пациенту, стремление сочувствовать им и сотрудничать с ними, а также защищает от профессиональных

деформаций, равнодушия и формализма, удерживает от такого подхода к больному, когда он начинает рассматриваться как безличное анонимное «тело», часть которого нуждается в терапии [4].

Другая психологическая характеристика, обеспечивающая коммуникативную компетентность врача, - это эмоциональная стабильность, уравновешенность при отсутствии импульсивности, чрезмерной эмоциональной экспрессивности, с сохранением контроля над эмоциональными реакциями и поведением в целом. Эмоциональная стабильность помогает врачу во взаимоотношениях с больными избегать «психологических срывов», неконструктивных конфликтов. Больные с их нестабильной психикой, тревожностью, неуверенностью, беспокойством, лабильностью эмоциональных реакций нуждаются в стабилизирующей уверенности врача.

Психологическим качеством, обеспечивающим адекватную коммуникацию в системе взаимоотношений «врач-больной», является также эмпатия, способность к сочувствию, сопереживанию, состраданию, своеобразная психологическая «включенность» в мир переживаний больного. Эмпатию следует понимать, как возможность постижения эмоционального состояния, проникновения, вчувствования во внутренний мир другого человека. Выделяют три вида эмпатии: эмоциональную эмпатию, основанную на механизмах отождествления и идентификации; когнитивную (познавательную) эмпатию, базирующуюся на интеллектуальных процессах (сравнения и аналогии), и предикативную эмпатию, проявляющуюся в способности к прогностическому представлению о другом человеке, основанном на интуиции. Эмоциональное соучастие помогает врачу установить психологический контакт с больным, получить более полную и точную информацию о нем, о его состоянии, внушить уверенность в компетентности врача, в адекватности осуществляемого им лечебно-диагностического процесса, вселить веру в выздоровление. Эмпатические качества врача могут быть полезны в случаях несоответствия предъявляемых больным субъективных признаков тех или иных симптомов объективной клинической картине заболевания: при аггравации, диссимуляции и анозогнозии, а также в случае симулятивного поведения.

Психологической характеристикой, участвующей в формировании коммуникативной компетентности врача, является и сенситивность к отвержению. Способность воспринимать негативное отношение окружающих, в частности, пациентов, которое может возникать на определенных этапах лечения, предоставляет врачу своеобразную «обратную связь», позволяющую ему корректировать свое поведение во взаимоотношениях с больным. В то же время, сенситивность к отвержению не должна быть слишком высокой. В противном случае, она способствует снижению самооценки врача, блокирует его аффилиативную потребность и в целом снижает адаптивные и компенсаторные возможности. Высокая чувствительность к негативному отношению со стороны больного заставляет врача сомневаться в своей профессиональной компетентности. Подобные сомнения, в свою очередь, могут реально отразиться на качестве работы. Неуверенность в собственной профессиональной состоятельности может стать причиной психической травматизации и эмоциональных расстройств [4].

Профессиональная деятельность врача связана с разработкой стратегии и тактики терапевтического воздействия и, следовательно, требует умения прогнозировать события, предвосхищая возможные варианты развития заболевания, осложнения, последствия фармакологического лечения. В связи с этим, важно наличие у врача такой характеристики, как тревожность, которая влияет на его прогностические возможности, выполняя в зависимости от степени выраженности как адаптивную, так и дезадаптивную роль.

Тревога — это эмоция, направленная в будущее, связанная с прогнозированием, предвосхищением, ожиданием возможных неудач, с формированием соответствующих отношений и установок. Эмоция тревоги, как правило, возникает в ситуациях неопределенности и ожидания, обусловленных дефицитом информации и труднопрогнозируемым исходом. Легкая степень тревоги (беспокойство) - это обычная реакция на неопределенность, сигнализирующая о возможной опасности и выполняющая в этом случае адаптивную функцию. Мобилизация под воздействием эмоции тревоги адаптивных, компенсаторных и защитных механизмов позволяет более эффективно противостоять возможной опасности. Тревожность в качестве свойства личности позволяет врачу чутко реагировать на изменения в состоянии пациента и своевременно принимать необходимые меры. Больным это воспринимается как понимание со стороны лечащего врача, его не только профессиональная, но и эмоциональная поддержка, что повышает эффективность коммуникации «врач-больной». Однако интенсивная степень эмоции тревоги (страх, паника, ужас) выполняет по отношению к познавательной деятельности дезорганизующую, разрушающую функцию, парализуя продуктивную работу психически. Интенсивная тревога мешает адекватно оценить ситуацию, определить возможные варианты ее развития и выбрать наиболее правильное при данных обстоятельствах решение. Страх, паника у врача прерывают его коммуникацию с пациентом, разрушают психологический контакт между ними. Тревога врача «передается» больному, и дополнительно дезорганизует его [4].

Другой характеристикой врача, способной разрушить его коммуникацию с пациентом, может быть депрессивность. Врач, имеющий склонность к депрессивным реакциям, не вызывает доверия у больного. Наблюдая, как лечащий врач на любую, самую незначительную неудачу, неточность, ошибку реагирует чувством вины, больной начинает подозревать его в некомпетентности, перестает ему верить. Погруженный в собственные переживания врач может не заметить улучшения в состоянии пациента, вовремя не поддержать его, подчеркнув симптомы выздоровления и, напротив, «заражает» своего больного тоскливой безнадежностью, разрушая позитивные эффекты проведенной терапии.

Еще одна психологическая характеристика, затрудняющая установление доверительных отношений «врач-больной» - глубокая интровертированность врача. Интроверсия — термин, введенный в психологию Юнгом. Она определяется как направленность субъекта на самого себя, обращенность к собственным ощущениям, переживаниям, познавательным конструкциям, по-своему, субъективно интерпретирующим окружающий мир. Интроверт ориентируется на собственные ценности, идеалы, убеждения, моральные и этические нормы, Интровертированная личность, погруженная в свой психологический мир, занятая собой, своими чувствами, идеями, впечатлениями, мало интересуется другими людьми, обнаруживая беспомощность в ситуации, требующей взаимодействия и сотрудничества с окружающими. Как правило, интровертированность сопровождается недостатком интуиции, чуткости, тактичности в межличностных отношениях. У интровертированных людей низкий уровень эмпатии с недостаточной способностью откликаться на боль и страдание другого, отзываться на беспокойство и тревогу. Эти качества способны снизить коммуникативную компетентность врача, выступая в роли «коммуникативного барьера», препятствующего эффективному общению [4].

Эмоциональной составляющей профессионализма врача является выработка навыка определения той степени эмоциональной «включенности» больного, которая необходима в каждом конкретном случае профессионального общения. Этот навык связан с эмпатией, с «дозированием» эмпатической вовлеченности в процесс межличностного взаимодействия с больным. Врач в стремлении как можно лучше помочь больному переживает повышенную ответственность за свои действия, вследствие недостаточной уверенности в своем профессионализме, испытывает чрезмерные эмоциональные нагрузки. Избыточная эмоциональная «включенность» в переживания больного, повышенный уровень тревоги как реакция на ситуацию неопределенности, неуверенность, опасения и настороженность в отношении возможных последствий, приводят к хроническим эмоциональным перегрузкам. Возникает «синдром эмоционального сгорания» как специфическая профессиональная деформация лиц, работающих в тесном эмоциональном контакте с пациентами при оказании медицинской помощи.

Когда отсутствует достаточная поддержка, врач начинает принимать от своих пациентов больше беспокойства, чем может «переварить», у него возникает ощущение перегруженности работой. Источником стресса могут быть не только больные, но и особенности работы и организации, в которых работает специалист. Эти стрессоры взаимодействуют с личностью врача и со стрессорами за пределами рабочей ситуации. Файнмен (1985 г.) предложил простую и полезную модель, иллюстрирующую взаимосвязи между стрессом и поддержкой [10].

Некоторые виды стресса неизбежны и могут позитивно влиять на работника. Они могут побудить к действию, направленному на преодоление кризиса. Однако нередко в помогающих профессиях случаются моменты, когда стрессоры побуждают к действию, но врач не имеет возможности поддаться этому импульсу. Врач должен оставаться с болью пациента, справляться с фрустрацией из-за неспособности сохранить силы для встречи с теми потребностями пациента, которые есть и у него самого; или действовать в ситуации, в которой врач чувствует себя недостаточно подготовленным или эмоционально неадекватным. Стресс остается «непроработанным» и может проявиться в качестве симптома на физическом, умственном или эмоциональном уровне. Врачу следует знать о своих особенностях реакции на стресс, чтобы вовремя заметить растущее внутри напряжение.

«Синдром эмоционального сгорания» субъективно проявляется в чувстве психического истощения, вследствие чего снижается эффективность профессионального взаимодействия: врач уже не может полностью отдаваться работе, как это было прежде, снижается самооценка, деятельность субъективно воспринимается как недостаточно успешная. Возможно, появление негативного отношения к пациентам, воспринимаемым как источник хронической психической травматизации. Взаимодействуя с больным, врач перестает принимать во внимание психологические феномены, связанные с заболеванием (внутреннюю картину болезни пациента с ее сложной структурой), формирующиеся механизмы психологической защиты и копинг-поведение, не реагирует на тревогу пациента, не замечает его депрессивных, суицидальных тенденций. В высказываниях врача о больных могут появиться цинизм, холодное равнодушие и даже враждебность. Этот своеобразный «кризис» врачебной деятельности может повторяться время от времени. В период подобного кризиса врач нуждается в отдыхе, перемене деятельности, психологической «разгрузке», участии в профессиональных тренингах или в психотерапевтической помощи.

Наиболее остро вопрос о коммуникативной компетенции стоит при подготовке врачей психиатров, психиатров-наркологов, психотерапевтов и медицинских психологов, специалистов использующих свою психику в качестве основного профессионального инструмента.

До недавнего времени профессиональные, моральные и юридические обязанности медиков по отношению к больному, профессиональную ответственность врача перед обществом обсуждались лишь в контексте медицинской деонтологии. Врачебную деятельность определяли не службой, а общественным служением [7]. Считалось, что врач должен руководствоваться в своих действиях не только официальными предписаниями, но и сложившимися личными и профессиональными этическими правилами.

Актуальная на сегодняшний день компетентностная модель подготовки специалиста предъявляет требования не только к этическим нормам врача, но и к наличию у него компетенции, в том числе и в области коммуникации. Как и специалист любой другой творческой специальности, врач, особенно психиатр, не только назначает медикаменты, но и взаимодействует с пациентом непосредственно своей личностью. В соответствии с психоаналитической теорией личности ситуацию взаимодействия психиатра и пациента невозможно представить себе без «переноса» и «контрпереноса», т.е. происходит глубокая передача информации о личностных особенностях взаимодействующих. В связи с этим можно выделить две существенные проблемы, возникающие при работе врача-психиатра: проблема осознания собственных личностных особенностей, мотивации врачебной деятельности и проблема осознания врачом моментов соединения с особенностями пациента и проекция их на собственную личность. Видимо, недостаточно говорить лишь об этических моментах лечебного процесса. Врач, который вступает на путь такого глубокого взаимодействия, должен не только четко осознавать бессознательные мотивы своей деятельности, свои личностные особенности, но и помнить о необходимости соблюдения правил личной психогигиены. При несоблюдении этих правил, при отсутствии супервизорской помощи, врач неминуемо приходит к чувству очерствения, застенчивости, отгороженности, хотя профессия требует от него самоотдачи.

На кафедре психиатрии, наркологии психотерапии и клинической психологии СГМУ было проведено исследование коммуникативной компетентности врачей психиатров, проходивших обучение на цикле переподготовки для получения сертификатов по специальности «психиатрия-наркология». Объектом исследования явились 39 врачей (21 женщина и 18 мужчин), имеющие незначительный стаж работы психиатрами (от 3 до 4 лет). Целью исследования было: выявление уровня коммуникативной компетентности врачей. В исследовании использовались психодиагностические методики, с помощью которых можно было оценить наличие психологических характеристик, формирующих коммуникативную компетентность. Методики разработаны Санкт-Петербургским психоневрологическим институтом имени Бехтерева, они являются частью практикума по психологическому сопровождению диагностического и терапевтического процессов. Измерялись: уверенность в себе, эмоциональное отношение к общению (эмпатическая тенденция, тенденция к аффилиации, чувствительность к отвержению), уровень восприятия социальной поддержки. Кроме того оценивалось наличие и выраженность эмоционально-негативных состояний, формирующих «коммуникативный барьер» во взаимоотношениях врача с больным (уровни депрессии и тревоги).

Уверенность в себе оценивалась по четырехбалльной системе. Менее 1,5 баллов набрали 16 человек. Их можно было охарактеризовать, как неуверенных в себе людей. 13 человек при ответе на вопросы получили более 2,5 баллов. Это можно расценить как склонность к агрессии. Трое из 13 получили от 3,8 баллов до 4. Этих людей можно назвать агрессивными. Лишь 10 из

39 обследованных врачей имели средний уровень баллов, что свидетельствовало о достаточной уверенности в себе и об отсутствии скрытой и явной агрессивности.

При исследовании эмпатической тенденции у врачей было обнаружено, что она более выражена у женщин. У 4 женщин и 5 мужчин измеряемый параметр был значительно выше нормы. Это можно расценить как тенденцию к зависимому поведению. 10 врачей (7 мужчин и 3 женщины) продемонстрировали заниженную эмпатическую тенденцию.

Завышенная тенденция к аффилиации также более характерна для женщин. У 8 мужчин и 2 женщин практически полностью отсутствовало стремление быть в обществе других людей.

Повышенная чувствительность к отвержению отмечена у 12 врачей (5 женщин и 7 мужчин). 7 человек продемонстрировали отсутствие каких бы то ни было привязанностей.

Лишь 9 человек из 39 опрошенных имели адекватную социальную поддержку. А ведь помогать и принимать помощь - это трудный и часто амбивалентный процесс. Врач, который по каким-то психологическим причинам не способен принять помощь, вряд ли сможет оказать адекватную помощь своему пациенту, скорее, он будет манипулировать им для решения своих проблем.

Полученные результаты свидетельствуют не только о недостаточной коммуникативной компетентности врачей, обученных по старой квалификационной модели, но и о недостаточном четком представлении значимости этой категории подготовки. Четкое представление о своей мотивации выбора психиатрической специальности имели только трое из опрошенных. Остальные слушатели либо не задумывались над тем, почему они сделали такой выбор, либо скрывали истинное положение дел от окружающих, и что особенно опасно как для пациентов, так и для врачей, вообще не осознавали бессознательную причину своего столь ответственного поступка.

Мотивы, приводящие человека к психиатрической деятельности, как правило остаются неосознанными. Зачастую мы сталкиваемся со смешением мотивов, с теневой стороной своего стремления помогать, в том числе с жадной властью и попыткой удовлетворения собственных потребностей. Роль помогающего нагружена определенными ожиданиями. Иногда слияние с этой ролью мешает врачу увидеть силу в клиентах, уязвимость самого себя и их взаимозависимость. Намерение исследовать собственные мотивы - это основа эффективной работы. «Сумасшедший психиатрический пациент не должен нести бремя нашего собственного сумасшествия, когда мы притворяемся совершенно здравомыслящими» [12]. Осознавая то, что юнгианцы называют Тенью, «мы уменьшаем свою потребность превращать других в части себя, которые мы не можем принять. При этом мы меньше рискуем быть раздавленными глобальными фантазиями изменения других, не будучи в состоянии изменить самих себя».

Самой глубокой и наименее изученной частью коммуникативной компетентности можно считать ценностные ориентации человека. Именно на этих ориентациях базируется вся психическая жизнь человека, зачастую неосознанно формируются основные мотивы и стили деятельности индивида.

Проблема ценностей и ценностных ориентаций является предметом изучения ряда наук о человеке и обществе, в частности, философии, социологии, психологии, педагогики. «Понятие ценности скорее, чем любое другое, должно занять центральное место..., способное объединить интересы разных наук, касающихся человеческого поведения». Эти слова принадлежат психологу, но сходного мнения придерживались и социологи, и антропологи [10,11,12]. Эти ученые рассматривали ценности как критерии, которые используются людьми для обоснования своих действий, а также для оценки других людей, себя и событий. Ценности, таким образом, представляют собой в большей степени критерии оценки, чем качества, присущие самим объектам. В данной работе мы рассматривали только психологические аспекты проблемы, но следует помнить, что проблема ценностей и ценностных ориентаций является междисциплинарной.

Под ценностными ориентациями понимается отражение в сознании человека ценностей, признаваемых им в качестве стратегических жизненных целей и общих мировоззренческих ориентиров. Ценности личности обычно рассматриваются как индивидуальные формы репрезентации общественных (культурных, групповых и т.д.) ценностей. В отечественной психологии ценностные ориентации определяются как правило через понятия отношения, отражения, установки [11]. Обобщая определения ценностей многих зарубежных теоретиков, Шварц и Билски выделили основные характеристики ценностных ориентаций. Исследования ценностей могут проводиться на двух уровнях анализа: на уровне личности (индивидуальных различий) и на уровне культуры (различий в социальной культуре).

При анализе ценностей на уровне личности единицей анализа выступает личность. Для индивидов ценности представляют собой мотивационные цели, которые служат руководящими принципами в их жизни [3]. Отношения между различными ценностями отражают психологическую динамику конфликта и совместимости, которую индивиды испытывают, когда следуют ценностям в повседневной жизни.

Ценности делятся на терминальные (убеждения в том, что определенные конечные цели индивидуального существования с личной и общественной точек зрения заслуживают того, чтобы к ним стремиться) и инструментальные (убеждения в том, что определенный образ действий предпочтителен). На развитие и формирование ценностных ориентаций личности влияет ряд внешних и внутренних факторов.

Результаты, полученные при изучении коммуникативной компетентности врачей наркологов, побудили нас к исследованию у той же категории лиц личностных ценностных ориентаций. Использовалась методика Ш.Шварца для изучения ценностей личности в русскоязычной адаптации [3]. Опросник методики представляет собой шкалу, предназначенную для измерения значимости десяти типов ценностей. Он состоит из двух частей. Первая часть опросника позволяет оценить нормативные идеалы, ценности личности на уровне убеждений, а также структуру ценностей, оказывающих наибольшее влияние на всю личность, но не всегда отражающихся в реальном социальном проявлении. Вторая часть опросника изучает ценности личности на уровне поведения, т.е. индивидуальные приоритеты, наиболее часто проявляющиеся в социальном поведении.

Были обследованы 12 врачей психиатров-наркологов (6 мужчин и 6 женщин), проходивших обучение на кафедре психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии СГМУ.

Испытуемым были предложены десять мотивационно отличающихся типов ценностей (в соответствии с их центральной целью): власть, достижение (личный успех), гедонизм, стимуляция (потребность в волнении и новизне), самостоятельность, универсализм (понимание, терпимость и защита благополучия всех людей и природы), доброта, традиция (уважение и ответственность за культурные и религиозные обычаи и идеи), конформность и безопасность. Ценности были ранжированы.

9 врачей психиатров-наркологов (6 женщин и 3 мужчины) в качестве нормативных идеалов высшим рангом для себя выбрали самостоятельность, затем следовала безопасность и достижения. Двое молодых мужчин высшим рангом отметили достижения; один из них за достижениями выбрал гедонизм, затем стимуляцию; второй – за достижениями – самостоятельность, а затем – безопасность.

Лишь один из врачей третьим рангом (после самостоятельности и безопасности) отметил доброту.

Ценности на уровне поведения практически полностью по рангам совпадали с рангами нормативных идеалов. Т.е. можно сказать, что социальное поведение и индивидуальные приоритеты врачей психиатров-наркологов направлены на достижение самостоятельности, безопасности и социальных и личных успехов. Таким образом, отмечается соответствие целей и социальных, поведенческих инструментов для достижения этих целей.

Противоречие отмечается на другом уровне - уровне динамических отношений между ценностными типами. Самостоятельность, выбранная врачами как главная ценность, относится к разряду ценностей, характеризуемых как «открытость изменениям», а вторая по рангу ценность - безопасность противоположна первой и относится к «консерватизму». Это глубокое противоречие в психической жизни врачей, выявленное в проведенных исследованиях, свидетельствует о наличии внутрличностных конфликтов, об отсутствии единого мировоззренческого и мотивационного вектора профессионального и общего жизненного развития.

Исследования коммуникативной компетентности и ценностных ориентаций врачей психиатров-наркологов, обученных по старой квалификационной модели, дали нам возможность говорить об отсутствии необходимой компетентности у специалистов, работающих в такой сложной области медицины как «малая психиатрия». При работе с пациентами с личностными и невротическими расстройствами, алкоголиками и наркоманами врачей часто обуревают сомнения относительно самих себя, своих возможностей после негативных атак со стороны пациентов или в случаях, когда результат работы кажется отрицательным. Эта ситуация не случайна. Большая часть симптомов перечисленной патологии носит «эго-синтонный» для пациентов характер. Они не стремятся расстаться со своими заболеваниями, зачастую имея «вторичную выгодность» своих отклонений. Врачу в этой ситуации нужно не только оказать помощь больному, используя свою личностную целостность-компетентность, но прежде всего ему надо сохранить эту целостность от порой весьма активных нападок пациентов, желающих проманипулировать врачом, привлечь его в свой искаженный ценностно- мировоззренческий мир. Не случайно психические заболевания считаются зоной риска для людей, не имеющих специальной подготовки.

Идея о том, что мы являемся носителями помощи, а не ее проводниками, может оказаться опасной. Мы хотим получать признание за успех, но не хотим обвинений в неудаче. В работе психиатра может присутствовать как желание заботиться, лечить, исцелять, так и тайная жажда власти, стремление окружить себя людьми в более бедственном положении, так и в возможности до некоторой степени управлять жизнью людей, нуждающихся в помощи.

В процессе обучения врачей психиатров по квалификационной модели основное внимание уделялось потребностям клиентов, и это затрудняло фокусировку специалистов на собственных проблемах. Собственные стремления и желания, тем не менее, находятся в глубинных мотивах работы врача [12]. В своей работе специалист может реализовывать скрытые властные мотивы, обиды нуждающихся детей, проявление враждебности по отношению к родителям, бессознательное стремление быть любимыми, ценимыми. Не потребности сами по себе, а отрицание их наличия могут обойтись врачу очень дорого. Только знание себя, собственных мотивов и желаний позволяет помогать больным по-настоящему. Врачи не должны бессознательно использовать других для достижения своих целей и нагружать их тем, что не выносят в себе.

В своих поздних работах Дональд Винникотт, педиатр и психоаналитик, представил концепцию «хорошей матери». Если ребенок швыряет в нее еду, она не испытывает чувства беспомощности и вины, не воспринимает это как атаку на себя лично, а видит за таким поведением временную неспособность ребенка справиться с внешним миром. Винникотт говорил, что для любой матери очень трудно быть «хорошей», пока ее не начнет поддерживать отец ребенка или кто-то еще. Тогда строится «триада заботы», которая означает, что ребенка будут оберегать даже тогда, когда необходимо выразить несогласие или убийственную ярость. Эта концепция представляет собой очень полезную модель для супервизии, где «хороший» врач может пережить атаку негативности со стороны клиента, черпая силы в супервизорских отношениях. Супервизия призвана обеспечивать пространство, внутри которого помогающие отношения включаются в «терапевтическую триаду».

Выбирая профессию, врач, особенно психиатр, психотерапевт или нарколог, вступает в отношения, отличные от обычных профессиональных отношений. Пациенты, имеющие психиатрические заболевания, несут в себе наиболее сложную для врача патологию – нарушенное самосознание. Врач не может полагаться на сознание больного, психическая жизнь психиатрического или наркологического больного раздвоена. В процессе работы нить, связывающая разум врача с разумом пациента постоянно неуловимо ускользает. Бывают моменты, когда врач сомневается в своем выборе, возможно потому, что он вступает в неравный бой, или потому, что больной не выражает благодарности, или потому, что чувствует опустошение и неспособность дать что-то тому, кому призван помочь.

В такие моменты супервизия оказывается очень важной. Она может предоставить шанс подняться и оглядеться; шанс отказаться от легкого пути обвинения других – больных, коллег, организации, общества и даже самого себя. Она может дать шанс начать поиск новых возможностей, открыть знания, рождающиеся из самых трудных ситуаций, и получить поддержку.

Мы глубоко убеждены, что ценность хорошей супервизии должна быть осознана в период обучения помогающей профессии. Необходимость получать хорошую супервизию должна стать неотъемлемой частью профессиональной жизни и залогом постоянного развития. Врач должен осознавать, что, будучи помогающим профессионалом, он ответственен за то, чтобы замечать, когда его психическая жизнь перегружена, он должен быть уверен, что получает поддержку и не только для того, чтобы справляться со стрессами, но и для того, чтобы работать с их источником. Чем раньше это происходит, тем более совершенным можно считать специалиста.

Питер Ховкинс и Робин Шохет (1986 г.) исследовали один важный аспект «выгорания», которому в большинстве источников не уделялось внимания [10]. Это апатия и потеря интереса, развивающиеся у работников, которые в середине карьеры перестают учиться и развиваться. Они полагаются на устоявшиеся паттерны общения с пациентами и относятся к новым клиентам, как к повторениям предыдущих случаев. Делается вывод, что профилактика выгорания должна включать в себя создание обучающей

среды, действующей в период всей работы. Очень важно в процессе обучения врачей выработать у них мотивацию к постоянному усовершенствованию. Для этого целесообразно создавать некие долговременные отношения с выпускниками, возможно в рамках той же супервизии и системы постоянного повышения квалификации.

Подготовка компетентного специалиста, в частности врача, является сложным многоуровневым процессом. К сожалению, коммуникативная компетентность не выделяется в отдельную цель при подготовке врача. Хотя именно она является основой в деятельности специалиста любой помогающей профессии. Специализированные тренинги и супервизия заложены в образовательные стандарты лишь при подготовке психологов, медицинских психологов и частично – психотерапевтов. Но врачи психиатры и психиатры-наркологи не меньше вовлекаются в глубокое взаимодействие с пациентами. Вопросы супервизии вообще остаются вне систем подготовки врачей всех специальностей [5].

Итак, только компетентность может дать корректные и безопасные условия для помогающего (врача) и получающего помощь (больного). Компетентностная модель представляется нам единственно возможной для формирования полноценного «помогающего» специалиста.

Формирование коммуникативной компетентности, по нашему мнению, должно стать неотъемлемой частью подготовки специалистов разных областей. Для врачей, особенно психиатров, психиатров-наркологов и психотерапевтов, коммуникативная компетентность – это не только необходимое профессиональное качество, но и единственно возможная форма индивидуальной психологической защиты. Следует обращать особое внимание на формирование у будущих врачей мотиваций к поиску профессионального пространства супервизорской помощи и потребности к постоянному профессиональному росту.

Литература

1. Андриянова Е.А., Носкова С.В. Компетентностная модель выпускника медицинского вуза. В кн.: Педагогические технологии реализации компетентностного подхода в современном медицинском образовании. Сборник статей межрегион. науч.-практич. Конференции. Саратов.: Изд-во СГМУ, 2009: 9-18.
2. Зимняя И.А. Ключевые компетентности как результативно-целевая основа компетентностного подхода в образовании. М.: Исследовательский центр проблем качества подготовки специалистов, 2004; 42 с.
3. Карандашев В.Н. Методика Шварца для изучения ценностей личности: концепция и методическое руководство. СПб.: Речь, 2004
4. Клиническая психология. Под ред. Б.Д.Карвасарского. СПб.: Питер, 2002; 960 с.
5. Коломейчук А.В., Барыльник Ю.Б., Ледванова Т.Ю., Филиппова Н.В. Современные подходы к прогнозированию ремиссий при алкогольной зависимости. *Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии* 2014; (8): 51–57.
6. Коршунов С.В. Подходы к пректированию образовательных стандартов в системе многоуровневого инженерного образования. М., Исследовательский центр проблем качества подготовки специалистов, 2005; 88 с.
7. Ледванова Т.Ю., Лим В.Г., Свистунов А.А., Витренко М.Ю., Коломейчук А.В. Коммуникативная компетентность врача как часть компетентностной модели подготовки специалиста. В кн.: Менеджмент качества и инновации в образовании: региональный аспект. Коллективная монография в 2 томах. Том 2. М.: Изд-во РГТЭУ, 2010; 376 с.
8. Морозов Г.В., Шумский Н.Г. Введение в клиническую психиатрию. Н.Новгород: Изд-во НГМА, 1998; 95 с.
9. Татур Ю.Г. Компетентность в структуре модели качества подготовки специалиста. *Высшее образование сегодня* 2004; (3): 20-26.
10. Фокин Ю.Г. Психодидактика высшей школы. МГТУ, 2000: 103-107.
11. Ховкин П., Шохет Р. Супервизия. Санкт-Петербург: Изд-во «Речь», 2002; 352 с.
12. Ядов В.А. Диспозиционная концепция личности. В кн.: Социальная психология. Л.: Изд-во Ленинградского ун-та, 1979: 106-120.