

Отрывок из книги

*Все должно быть настолько простым, насколько возможно...
Но ничуть не проще.*

Альберт Эйнштейн

«... Я сижу в удобном кресле, в кругу из восьми или девяти моих талантливых, во многом даже гениальных коллег», — так британский врач John Salinsky, автор популярного эссе о работе балинтовской группы и ее многолетний ведущий, начинает описание своих «private thoughts», воспоминаний, размышлений и впечатлений (2016), — «Они активно вовлечены в обсуждение случая. Я не произношу пока ни слова. Это балинтовская группа и я ее ведущий. Моя основная роль — быть полностью *здесь*, в этом пространстве, сохранять немногословие и чувствовать свою возможность направлять происходящее, излучая спокойствие и уверенность, создавая возможность каждому участнику группы почувствовать вдохновение, свободу и одновременно безопасность ее атмосферы, которая позволяет ему высказать все, что захочется сказать, и при этом быть точно услышанным. Но все же, что я вправе иногда говорить им? Могу ли я обращаться в них самих ко всему, даже к иногда присутствующей в них глупости, сохраняя, конечно, границы уважения и конфиденциальности? Группа может нуждаться в том, чтобы ее движение кто-то направлял и придавал вдохновение этому процессу. Она нуждается в этом, потому что то, что я слышу, сидя в группе, это тревожный колокол, звучащий в моей душе и означающий, что мы отклонились от важнейшей цели балинтовской группы, — анализа коммуникации «врач — пациент».

Мы все знаем об этой ее цели, но все же регулярно отклоняемся от нее. Это случается во всех балинтовских группах и в вашей группе тоже. Многие группы тратят очень много времени, двигаясь по этому неверному пути, и затем так же много усилий на то, чтобы вернуться на правильную траекторию. Так что мы обсуждаем, когда говорим о чем-то, только не о проблемах коммуникации «врач — пациент»? Чаще всего — это рассуждения о клинических симптомах представленной истории, анамнезе, дифференциальном диагнозе, проведенном обследовании, лечении и т. д. Конечно, это все важные вопросы, они неизменно есть в программе обучения и подготовки врачей, поэтому на них должны находиться ответы, чтобы снижать нелегкое чувство неопределенности в работе врачей. Поэтому так часто докладчик в группе ждет совета, и поэтому так часто в группе всегда есть участник, стремящийся стать консультантом всем остальным и который обычно точно знает, что нужно делать в представленном случае, потому что считает себя экспертом. Еще одной непростой особенностью работы врачей в этих группах является то, что в них часто возникает своеобразное соглашение о своеобразном сплочении в „борьбе с пациентами“, отнимающее много времени и усилий на его явное или неявное поддержание. Оно связано с широко распространенным у врачей представлением, нередко даже убеждением в „неправильном“, безответственном, назойливом, часто грубом, заслуживающем осуждения и критики поведении пациента, от которого бывает так трудно отвязаться, и „бедственном“, заслуживающем всяческого сочувствия, положении врача.

Может быть, ведущему надо просто быть достаточно мудрым, чтобы доверять своей группе?»).

Во многих странах, где достаточно широко распространены идеи Майкла Балинта и в которых работают группы, основанные на предложенной им технологии аналитической супервизии, слово «*балинт*» уже многие десятилетия употребляется как имя нарицательное. Когда имя человека отделяется от него самого и начинает определять целое общественное явление, это говорит о многом. Это, несомненно, можно считать одной из форм признания всем человечеством заслуг того человека, которому принадлежит это имя. Вероятно поэтому в англоязычной литературе слово «*balint*», являющееся по смыслу нарицательным, тем не менее всегда пишется с заглавной буквы, как фамилия. Например, *Balint group work*.

Одной из предпосылок необходимости создания балинтовских групп врачей и психологов служит анализ их профессионального «самочувствия», который показывает, что даже при их большом опыте и стаже работы необходимость в получении новой информации и квалифицированной обратной связи от коллег в различных неясных и трудных случаях достаточно велика. Выраженность этой потребности часто парадоксально зависит от величины профессионального стажа — более опытные врачи проявляют не только не меньшую, но даже большую заинтересованность в обмене опытом, в конструктивном обсуждении, и тем самым во внимании и поддержке коллег, чем врачи молодые. Важность коммуникации между врачом и пациентом и, соответственно, важность внимания к этому аспекту профессии врача отмечается еще со времен античности. Это можно найти, в частности, в «*Corpus Hippocraticum*», который включает в себя клятву Гиппократова и до сих пор сохраняет свое значение представления о личности врача, его роли, этических принципах медицинской профессии и взаимодействия с пациентами.

Перефразируя Франсуа Жюста Ренуара (1761—1836), французского писателя и драматурга, члена французской академии, заметившего: «Что в искусстве главное — ответ на вопрос „Что?“ или „Как?“ Главное — „Кто!“», можно сказать, что во врачебной профессии существуют не только особые требования к личности и качеству подготовки специалистов. Это определяется характером их обучения, но вместе с тем существуют и высокие требования к последующей супервизии этих специалистов как процессу необходимому, неизбежному, постоянному и бесконечному. Вопрос «Кто?» всегда первичен.

Аргументом в пользу такого метода групповой супервизии, профессионального самоусовершенствования и эффективного предупреждения выгорания, как балинтовские группы, служит то, что врачебная и консультативная деятельность имеют ряд специфических особенностей, в частности таких, как влияние и взаимодействие многочисленных постоянно меняющихся факторов, которые нередко невозможно формализовать, алгоритмизировать для анализа, внести в жестко структурированные схемы, а эффективность врачебных действий, особенно с точки зрения пациента, часто трудно оценить однозначно. Можно отметить и другие важные характеристики нашей профессии, определяющие необходимость супервизии во врачебной и консультативной деятельности.

1. Специфика работы определяется в большей степени личностными особенностями самого профессионала, чем объектом труда.
2. Эмоциональная насыщенность межличностного взаимодействия в процессе работы.

XXI Национальный конкурс "Золотая Психея" по итогам 2019 года.
Материалы к проекту "Балинтовские группы: история, технология, структура, границы и ресурсы"
(учебное пособие)
<https://psy.su/psyche/projects/2393/>

3. Высокая степень ответственности (нередко понимаемая иррационально).
4. Необходимость постоянного креативного саморазвития вследствие отсутствия готовых программ и алгоритмов работы.
5. Высокая частота негативного переживания социального сравнения/сходства с пациентами.

Во врачебной профессии нередко в той или иной степени существует дефицит возможностей профессионального общения с коллегами, что, очевидно, затрудняет обмен знаниями и опытом и оказание друг другу эмоциональной поддержки, которая многими исследователями рассматривается как один из важнейших факторов предупреждения профессионального стресса. Поэтому понятно стремление врачей преодолеть разобщенность, перестать «вариться в собственном соку». Если этого не происходит, существенно возрастает вероятность искажения внутреннего образа своей профессиональной деятельности, самоидентификации врача, приводящей либо к разочарованию, неуверенности, социальной апатии либо к излишней самоуверенности, снижению критичности и саморефлексии, возрастанию своеобразной профессиональной ригидности.

Зигмунд Фройд, австрийский психоаналитик, автор идеи групп-анализа, предложил нейрофизиологическое описание групп нейронов, в которой функцию («поведение») отдельно взятого нейрона невозможно понять, изучая ее изолированно, без анализа и описания того, как функционирует целая группа других активных клеток, в которую он неразрывно включен, без понимания его сложных и многообразных связей с другими нейронами. Среди этих реакций есть и «зеркальные», когда один нейрон отражает реакцию другого, тем самым делая ее более понятной и доступной описанию. Это прямая аналогия с балинтовскими группами, в которых «поведение» специалиста, врача или психолога, его реакции и переживания понимаются по реакциям других людей, с которыми он профессионально взаимодействует. Балинтовская супервизия работы врачей и психологов успешно реализует достаточно хорошо известную философскую идею: чтобы дать как можно более четкое определение некоему предмету или явлению, описать его сущность и тем самым понять его, нужно как можно корректнее описать пространство вокруг него, поэтому и начинать понимание явления нужно с описания этого пространства. Не существует человека без окружающей социальной среды, соответственно, действий и эмоций врача — без реакций пациента. И основной сущностью этого пространства «человек–среда» является его целостность. Каждое психическое состояние человека, чувствующего себя субъектом отношений, стремится найти определенное отражение в объекте этих отношений. Поэтому два человека, находящиеся в процессе взаимодействия, важного для них обоих, уже не могут быть такими, какими они были до его начала. *«Встреча двух личностей подобна контакту двух химических веществ: если есть хоть малейшая реакция, изменяются оба элемента»* (К. Г. Юнг), поэтому в профессиональном взаимодействии врач в своих реакциях не существует отдельно от пациента, они вдвоем образуют новую среду и новую коммуникативную целостность.

В ней происходит определенная коммуникация, проявляющаяся опытом установления границ между собою и социальной средой, их адекватного понимания и поддержания и, естественно, преодоления нарушений, когда они возникают. Отношение человека к своему развитию является одним из главных инструментов успешности этого процесса

вследствие необходимости сосредоточения внимания и поддержания на нем: «Никакой истинный импульс внимания не потрачен зря, даже если это не принесло видимого быстрого результата». Посвящая себя постоянному самосовершенствованию, мы ускоряем свое продвижение по этому пути. Это способствует тому, что составляет основу любых успешных

отношений, в особенности профессиональных, — лучшему пониманию и осознанию себя. И этот процесс цикличен: знание себя помогает улучшать свою профессиональную деятельность, построенную на отношениях и взаимодействии с пациентами, и тем самым повысить ее эффективность, а это взаимодействие само по себе помогает более глубокому самоосознаванию и укреплению самооценки профессионалов, тем самым и улучшению их профессионального «самочувствия» и даже здоровья, психического и соматического.

Несмотря на очевидный технический прогресс в медицине на протяжении веков, мало что реально изменилось в том, что больной, по существу, всегда одинок в своем переживании болезни и ее последствий. Поэтому разобщенность «миров» врачей и пациентов остается серьезной проблемой клинической практики, и это очень заметно по тому, как развивается направление, которое мы сейчас называем «доказательной медициной».

Поэтому в мировом опыте формирования системы подготовки врачей уже много лет акцент делается на актуальности изучения и, соответственно, супервизии различных аспектов практической коммуникации с пациентами, компетентность в которой рассматривается как один из важнейших показателей профессионализма врачей и других медицинских работников. Так, например, опрос 1593 британских врачей показал, что самым важным в процессе обучения и супервизии они признают освоение навыков конструктивного взаимодействия с пациентами (Shoenberg P., 2005). М. И. Плугина (2009), анализируя достаточно большое количество научных публикаций, отмечает, что, как показывает терапевтическая и консультативная практика, далеко не всегда возникающие в ней трудности и проблемы связаны непосредственно с узкопрофессиональными знаниями и умениями. Профессиональный энтузиазм и чувство долга не отменяют психологической компетентности во взаимодействии с пациентами и внимания помогающих профессионалов к самим себе и не компенсируют дефицит этих знаний и умений.

Очень часто источник этих сложностей и барьеров на пути к успеху в работе находится в сфере эмоциональных состояний врачей, их низком уровне психологической компетентности, неумении управлять своим психологическим состоянием и конструктивно преодолевать психологические барьеры во взаимодействии с пациентами. По данным ряда исследований (Grupnick J. [et al.], 1998; Reichman M., 2007; Чуркин А. А. [и др.], 2009), профессиональная успешность врачей определяется в первую очередь уровнем их психологической, в частности коммуникативной, компетентности, которая реализуется во взаимодействии с пациентами и коллегами, а успешно сформированные терапевтические отношения, хорошо развитые навыки понимания пациентов, так же как и понимания врачами самих себя в этих отношениях, являются ключевым элементом в эффективном лечении широкого круга самых разных расстройств и в формировании удовлетворенности пациентов оказываемой им помощью. Применительно к психотерапии это можно сформулировать так: психотерапия — это не то, что терапевт делает с пациентом, а то, что происходит между ними.

XXI Национальный конкурс "Золотая Психея" по итогам 2019 года.

Материалы к проекту "Балинтовские группы: история, технология, структура, границы и ресурсы" (учебное пособие)

<https://psy.su/psyche/projects/2393/>

К важнейшим навыкам, которыми должен обладать специалист, работающий в «помогающей» профессии, относят не только *hard-skills* (собственно профессиональные навыки, относящиеся к данной врачебной специальности), но и *soft-skills* (навыки, необходимые всем специалистам коммуникативных профессий: креативность, умение развивать и поддерживать конструктивное взаимодействие и сотрудничество в команде других профессионалов, коммуникативная компетентность, когнитивная гибкость, умение справляться с эмоциональным напряжением в процессе работы, умение учиться у других людей и т. д.). Среди различных критериев успешности работы специалистов «помогающих» профессий, к которым, прежде всего, относят врачей, в качестве важнейшего отмечают эффективное владение навыками профессиональной коммуникации (Гулина М. А., 2017). К этим навыкам относят умение критически оценивать качество терапевтического альянса и взаимодействия с пациентами, умение конструктивно справляться с эмоциональным напряжением в процессе работы с «трудными» пациентами, умение и способность демонстрировать техники эффективной коммуникации с пациентами, а также навыки достаточно высокого уровня понимания и анализа этичности терапевтического процесса. На это обращается внимание и в рекомендациях по подготовке психотерапевтов в странах Европейского Союза (*ESCO. V.1.02 — Education, Skills, Competences. — update 04/10/ 2017*), согласно которым такие навыки и умения, как способность принимать на себя ответственность за течение терапевтического процесса, продуктивно создавать и развивать атмосферу терапевтического сотрудничества с пациентом, справляться с эмоциональным напряжением в процессе работы, конструктивно выражать себя и слушать пациента, относят к существенно важным компетенциям и навыкам врачей. Представляется важным и то, что среди навыков профессиональной компетентности этих специалистов отмечена способность критически анализировать супервизионную помощь и использовать ее потенциал для собственного развития в своей работе, потому что неспособность врачей принять помощь коллег приводит в итоге к неспособности самим ее оказывать.