

## **Литература**

1. Водопьянова Н. Е., Старченкова Е. С. Синдром выгорания: диагностика и профилактика: 2-е изд. – Санкт-Петербург: Питер, 2008. – 223 с.
2. Первичко Е. И., Зинченко Ю. П. Эмоциональное выгорание медицинских работников как клиничко-психологическая проблема // Сборник: Психология стресса и совладающего поведения : материалы III Междунар. науч.-практ. конф. : в 2 т – Кострома, 2013 г. – с. 113–115.
3. Первичко Е. И., Коноховская Ю. Е. Психологическое благополучие врачей и медицинского персонала в условиях пандемии COVID-19: обзор зарубежных исследований // Психиатрия, психотерапия, клиническая психология, 2020, Том 11, №3, 595-608.
4. Первичко Е. И., Митина О. В., Степанова О. Б., Коноховская Ю. Е., Дорохов Е. А. Восприятие COVID-19 населением России в условиях пандемии 2020 года // Клиническая и специальная психология. – 2020. – Том 9. – №2. – С. 119–147.
5. Петриков С. С., Холмогорова А. Б., Суроегина А. Ю., Микита О. Ю., Рой А. П., Рахманина А. А. Профессиональное выгорание, симптомы эмоционального неблагополучия и дистресса у медицинских работников во время эпидемии COVID-19 // Консультативная психология и психотерапия. – 2020. – Т. 28. – №2. – С. 8–45.
6. Холмогорова А. Б., Петриков С. С., Суроегина А. Ю., Микита О.Ю., Рахманина А. А., Рой А. П. Профессиональное выгорание и его факторы у медицинских работников, участвующих в оказании помощи больным COVID-19 на разных этапах пандемии // Журнал им. Н. В. Склифосовского «Неотложная психология помощь». – 2020. – Т.9. – № 3. – С. 321–337.
7. Maslach C., Jackson S. E. Maslach Burnout Inventory (MBI): Manual. – Palo Alto: Consulting Psychologists Press, 1986. – 112 p.

УДК 159.9

**КРИЗИСОГЕННЫЕ СТРАТЕГИИ  
В НИСХОДЯЩИХ КОММУНИКАТИВНЫХ ПОТОКАХ  
В ОРГАНИЗАЦИЯХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
CRISISOGENIC STRATEGIES  
IN DOWNWARD COMMUNICATION FLOWS  
IN HEALTHCARE ORGANIZATIONS**

*Филипович В. И.,* ГрГМУ (г. Гродно, Беларусь)

*Philipovich V. I.,* GrSMU (Grodno, Belarus)

В статье рассматриваются потенциально кризисогенные коммуникативные стратегии управления в медицине. Данные стратегии разрушают связность коммуникативной среды внутри организации. Общим призна-

ком кризисогенных коммуникативных стратегий управления в медицине является их противоречие профессиональным ценностям медицинской профессии, в частности, ценности Другого. Эффективные стратегии удерживают внимание менеджера на контекстуальном системообразующем факторе организации, на целях здравоохранения в сообществе.

The article discusses potentially crisisogenic communication strategies of management in medicine. These strategies destroy the coherence of the communication environment within the organization. A common feature of crisisogenic communicative management strategies in medicine is their contradiction with the values of the medical profession, in particular, the value of the Other. Effective strategies keep the manager's focus on the contextual system-forming factor of the organization, on the health goals of the community.

**Ключевые слова:** Кризисогенные коммуникативные стратегии, нисходящие коммуникативные потоки, подсистема «менеджер – подчиненный», организация здравоохранения

**Keywords:** Crisisogenic communication strategies, downward communication flows, subsystem "manager - subordinate", health care organization

Эффективная коммуникация в здравоохранении позволяет отвечать на запрос среды – сообщества и создавать полезные для сообщества изменения в здоровье индивидуумов.

Причины неэффективности организаций здравоохранения часто связаны с нарушенной коммуникацией организации со средой и внутри организации, воспроизводством коммуникативных барьеров. Характеристики здравоохранения как социального института делают существенными условия психического функционирования и межличностного взаимодействия участвующих в нем индивидуумов.

В данной работе рассматриваются возможные причины конфликтности и кризисогенности в вертикальных нисходящих коммуникативных потоках в организациях здравоохранения, в системе управления.

Особенности медицинской профессии, влияющие на организацию управления в здравоохранении, конкретизируются в особенностях профессионально-должностного статуса врача, заключающихся «в том, что для него более важна не вертикальная (движение вверх по должностной лестнице), а профессиональная (содержательное освоение профессии, повышение профессионального уровня, накопление опыта работы, уважение пациентов) карьера» [3, с. 85]. Менеджер, видящий в подчиненном средство, объект, отчуждается от содержательной составляющей медицинской профессии, опирающейся на ценности служения Другому, реализует управленческую коммуникацию в условиях ролевого, затем,

и внутриличностного конфликта, создает потенциально кризисогенные условия для психического функционирования в подсистеме персонала.

Анализ коммуникативных проблем в подсистеме «менеджер – подчиненный» мы осуществили совместно со слушателями факультета повышения квалификации для медработников по курсу «Психология конфликта», реализующемуся на кафедре психологии и педагогики ГрГМУ.

Характеристики и подчиненного, и пациента, данные менеджерами – слушателями курса повышения квалификации «Психология конфликта», содержат на первых ранговых позициях эпитеты «зависимый», «эмоциональный». Характеристики, данные подчиненными пациенту и подчиненному, содержат противоположные качества. Пациент – «тревожный», «мнительный», «неуверенный», а подчиненный – «уверенный», «самостоятельный», «решительный». Очевидна интерференция образа подчиненного и пациента у менеджеров и подчиненных.

В данной работе мы понимаем как кризисогенные условия, которые не выполняют требования к поддержанию связности, непрерывности коммуникативной среды в представлении субъекта (А. Антоновский). Патогенные коммуникативные стимулы, поступающие к исполнителю по нисходящему каналу, невозможно однозначно истолковать, построить их стохастическую модель, невозможно выполнить, так как у исполнителя на рабочем месте нет необходимых ресурсов, невозможно присвоить и оценить как жизненный вызов. Коммуникативное взаимодействие создаст стрессогенные условия для психики, если требование менеджера не будет обладать характеристиками постижимости для подчиненного, управляемости и осмысленности [1, с. 6]. Создаст коммуникативную турбулентность сообщение-требование, которое субъект исполнения не может принять по причине невозможности его понять в принятой логике. Требование не может быть выполнено, так как у исполнителя нет доступного способа организовать исполнение на практике. Требование расценивается исполнителем как странное, бессмысленное, не соотносимое ни с одним из контекстов, доступных исполнителю, например, с контекстом функциональных обязанностей, ценностным контекстом жизни.

Каждый врач выступает в роли своеобразного менеджера по отношению к пациенту и сообщает ему предписания, который тот должен выполнить. Вместе с тем диада «врач – пациент» не организована вертикально. Врач – менеджер, привносящий манипулятивные коммуникативные стратегии управления во взаимодействие с пациентом, не

только противоречит ценностным установкам медицины, но и разрушает саногенный эффект медицинской коммуникации.

Слушателями факультета повышения квалификации по курсу «Психология конфликта» были обозначены коммуникативные управленческие стратегии, потенциально конфликтогенные и кризисогенные для личности, нарушающие саногенную динамику коммуникации в медицине. Неэффективные потенциально кризисогенные коммуникативные стратегии реализуются в управленческих практиках наряду с эффективными коммуникативными стратегиями, существующими в управленческом дискурсе, разработанными в научном менеджменте персонала, восходящими к культурному ценностному контексту. Неэффективные кризисогенные коммуникативные стратегии управления, по всей видимости, происходят из дискурса «практического менеджмента», могут являться вариантами интерпретации стратегий, взятых в различных науках, применительно к конкретным условиям управленческого сообщества. Общим признаком кризисогенных коммуникативных стратегий управления в медицине является их противоречие профессиональным ценностям медицинской профессии. В частности, противоречие ценности Другого, ограниченности пространства для патерналистской, инженерной биоэтических моделей отношения к Другому, приоритетности субъект-субъектных отношений, трансцендированию отношений ради достижения блага вне их конкретного содержания. Кризисогенная коммуникативная стратегия также помещает в нисходящий коммуникативный поток, в один и тот же нарратив, два противоречивых сообщения: «не проявляй инициативу, бездействуй», и «проявляй инициативу, реши задачу с множеством неизвестных».

Мы объединили неэффективные потенциально кризисогенные коммуникативные стратегии управления в медицине в три группы с условными названиями «макиавеллизм», «флексплуатация», «дисциплинирование».

Коммуникативная управленческая стратегия «макиавеллизма» опирается на разделяемые в среде менеджеров представления о человеческой природе как изначально порочной, плохой, глупой. Подчиненный – тот, кто не способен и не хочет принимать решения. Менеджер выше подчиненных, умнее, лучше. Подчиненных следует удерживать в рамках путем манипулирования, обмана для их же блага. Точно в таком же свете начинает видеться и пациент, а врач-менеджер не способен его уважать и устанавливать с ним диадные отношения. Менеджер чувствует себя всемогущим по отношению к подчиненным и ничтожеством перед вышестоящим менеджером. Развивается внутриличностное

противоречие, формирующее защитные интрапсихические стратегии, описанные К. Хорни: формируется идеализированный и презираемый образы себя. Личность может колебаться между этими двумя полюсами всемогущества и ничтожества, формируя порочный круг, усиливающий тревогу. Личность сама создает кризисогенные условия не только в собственной жизни, но и в профессиональных отношениях.

Коммуникативная стратегия «флексплуатация» представляет собой интерпретацию стратегии капиталистического принуждения, описанную П. Бурдье, основанную на создании у сотрудника образа враждебного мира, пугающей неопределенности за пределами трудового контракта. У подчиненного должно создаться убеждение, что какими тяжелыми бы ни были условия труда, их нужно ценить и беречь, так как альтернатива в случае увольнения подобна гибели. Такая стратегия охотно принимается постсоветской ментальностью, у сотрудника легко вырабатывается выученная беспомощность и покорность жертвы. Тревога, страх неизвестного, зависимость, доминирующая среди психических характеристик врача, не способствует созданию надежного помогающего полюса в диаде «врач – пациент». Врач лишается ресурса, необходимого для удержания делегированной ему власти над здоровьем пациента, необходимой для оказания помощи.

Коммуникативная стратегия «дисциплинирование» реализует воспринятые в практическом менеджменте как прямое руководство к действию идеи М. Фуко о процессах генезиса и микродинамики власти. Стратегия предполагает разветвленный дисциплинарный надзор, пресечение инициативы, дробление и множественность сообщений-требований в нисходящих коммуникативных потоках. В произведениях М. Фуко исследуются механизмы власти, которая по меткому выражению М. Серто «никому не принадлежит, не обладает привилегированным местом, не имеет высших и низших, не заключает в себе ни репрессивной деятельности, ни догматизма, которая осуществляется почти автономным образом...» [2, с. 125]. Жест разметки, присвоенный дискурсом «практического менеджмента», употребленный как средство производства власти над подчиненным, воспроизводит, скорее, разделение социального пространства для менеджера и для подчиненного. Менеджер занят удержанием своей идентичности путем воспроизводства разграничения с подчиненным, как если бы подчиненный все время стремился отобрать власть и место у менеджера. Жест разметки становится жестом разделения ради разделения. Смысл управления как деятельности ради достижения организацией социально

значимого эффекта утрачивается. Создается и воспроизводится разрыв между коммуникативными агентами, руководителями и исполнителями, разрыв коммуникации, сущность которой в объединении ради третьего – продукта организации, организационного эффекта. Создается клановая организационная культура, «клан» начальников, и в сообществе – «клан» врачей, оберегающий свое превосходство над пациентом. Организация утрачивает на всех уровнях непрерывность функционирования. Коммуникативная среда также утрачивает непрерывность, становится стрессогенной и кризисогенной для всех ее участников, в том числе и для пациента.

Эффективные коммуникативные стратегии в управлении в медицине организуют коммуникативное пространство как невозможное для реализации кризисогенных стратегий. В частности, развитие метамышления менеджера позволяет удерживать внимание на контекстуальном системообразующем факторе функционирования организации – на целях здравоохранения в сообществе. Фактическое содержание требования исполнителю строится на основе необходимых для организационного функционирования задач. Способы поддержания статусного разделения, если возникает в них необходимость, строятся на объяснении подчиненным различий в должностных требованиях, различий в степени ответственности у менеджера и подчиненного.

### **Литература**

1. Психологический код выживания : монография / Л. А. Пергаменцик [и др.] ; под науч. ред. Л. А. Пергаменщика ; Брест. гос. ун-т им. А. С. Пушкина, Белорус. гос. пед. ун-т им. М. Танка. – Брест : БрГУ, 2015. – 262 с.
2. Серто, М. де Изобретение повседневности. 1. Искусство делать / М. де Серто. – СПб. : Издательство Европейского университета в Санкт-Петербурге, 2013. – 330 с.
3. Сурмач, М. Ю. Организационная культура и социальная ответственность в здравоохранении : монография / М. Ю. Сурмач, С. Л. Бойко. – Гродно : ГрГМУ, 2020. – 152 с.