

УДК 615.851:81'23:614.23

НАРАТИВНА КОМПЕТЕНТНІСТЬ ЛІКАРЯ НА ПЕРЕТИНІ ДОСЛІДЖЕНЬ ПСИХОЛІНГВІСТИКИ І НАРАТИВНОЇ МЕДИЦИНИ

Лариса Засєкіна

докт. психол.наук, професор,
Східноєвропейський національний університет
імені Лесі Українки, Луцьк, Україна
lora_zasyekina@mail.ru

АНОТАЦІЯ. У статті представлено результати теоретичного й емпіричного дослідження категорії наративної компетентності. Запропоновано авторське тлумачення наративної компетентності як наративної репрезентації професійного досвіду, що визначає ефективність стратегій взаємодії лікаря у різних наративних ситуаціях його професійного життя: лікар-лікар, лікар-пацієнт, лікар-суспільство, лікар-Я. Визначено типи наративної компетентності лікарів: прогресуюча, регресуюча, амбівалентна.

Результати емпіричного дослідження засвідчили, що наративна компетентність може слугувати основою для прояву професійно важливих особистісних рис лікарів, зокрема емпатії й комунікативної толерантності.

Доведено, що наративна компетентність – це динамічне утворення, яке безпосередньо пов'язане із індивідуально-психологічними особливостями постаті лікаря й впливом соціального середовища, в якому розгортається його професійне життя.

Операціоналізація категорії наративної компетентності особистості є суттєвим внеском у розвиток поняттєвого апарату психолінгвістики і наративної медицини.

Ключові слова: наративна компетентність, наративне знання, професійна діяльність лікаря, автонаратив, професійний досвід.

НАРРАТИВНАЯ КОМПЕТЕНТНОСТЬ ВРАЧА НА ПЕРЕСЕЧЕНИИ ИССЛЕДОВАНИЙ ПСИХОЛИНГВИСТИКИ И НАРРАТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ

АННОТАЦИЯ. В статье представлены результаты теоретического и эмпирического исследования категории нарративной компетентности врача. Предложено авторское исследование нарративной компетентности как репрезентации профессионального опыта, обеспечивающего осуществление эффективных нарративных стратегий в ситуациях: врач-пациент, врач-врач, врач-общество,

врач-Я. Определены типы нарративной компетентности: прогрессирующая, регрессирующая, амбивалентная.

На эмпирическом уровне установлено, что нарративная компетентность является основой для проявления профессионально важных черт врача: коммуникативной толерантности и эмпатии.

Доказано, что нарративная компетентность – динамическое образование, непосредственно связанное с индивидуально-психологическими особенностями личности врача и социальными факторами, в частности профилем профессиональной деятельности.

Операционализация категории нарративной компетентности личности является существенным вкладом в развитие понятийного аппарата психолінгвістики и нарративной медицины.

Ключевые слова: нарративная компетентность, нарративные знания, профессиональная деятельность врача, автонарратив, профессиональный опыт.

DOCTOR'S NARRATIVE COMPETENCE FROM THE PERSPECTIVE OF PSYCHOLINGUISTICS AND NARRATIVE MEDICINE

ABSTRACT. The results of theoretical and empirical study of doctor's narrative competence are represented in the article. The author's definition of narrative competence is proposed as representation of professional experience which determines effective narrative strategies in the situations: doctor-doctor, doctor-patient, doctor-self, and doctor-society. The types of narrative competence were defined: regressive, progressive, ambivalent.

On the empirical level the narrative competence is revealed as basis for doctor's professionally important traits: communicative tolerance and empathy.

Narrative competence is defined as dynamic phenomenon, which is determined by individual peculiarities of the doctor's personality and social factors, in part profile of professional activity.

The research of narrative competence is theoretically and practically significant for Psycholinguistics and Narrative medicine development.

Key words: narrative competence, narrative knowledge, professional activity, professional experience, auto-narrative.

Вступ

Запропоноване дослідження спрямоване на вирішення двох важливих проблем (сутності феномену нарративної компетентності і якості професійної діяльності лікаря), які знаходяться на перетині різних галузей психологічного знання: нарративна психологія, психолінгвістика, психологія здоров'я і психологія праці, а також суттєво доповнюють відносно нову галузь – нарративну медицину. Такий міжгалузевий характер дослідження, з одного боку,

дещо ускладнює логіку і процедуру його проведення у плані операціоналізації провідних понять, які мають різні відтінки тлумачення у цих галузях, водночас з іншого – мають широкий дослідницький спектр, пов'язаний із конкретними прикладними запитамі сфери суспільства, які забезпечують охорону психічного і фізичного здоров'я людини.

Запропоноване дослідження цілком вписується у постнекласичну парадигму психологічних досліджень, для якої характерною є багатопредметність і мультидисциплінарність. Як справедливо зазначає М. С. Гусельцева, багатомірність світу, сітьова організація знань, сполучення різних логік дослідження і міждисциплінарний дискурс є важливими ознаками науки і постпозитивістської картини світу на стадії постмодернізму (Гусельцева, 2003).

Категорія наративної компетентності є відносно новою, відтак, мало дослідженою у науковій літературі. Р. Чарон вважає це поняття основоположним для емпатії, рефлексії і толерантності лікаря (Charon, 2001). У цих працях наративна компетентність трактується як здатність сприймати, усвідомлювати, інтерпретувати та діяти відповідно до особистісних історій інших та своїх власних.

Медицина, яка реалізується фахівцями, із розвинутою наративною компетентністю, називається наративною медициною, і слугує важливою умовою для ефективної й гуманної медичної практики. Р. Чарон розрізняє чотири основні наративні ситуації у медичній практиці: лікар-пацієнт, лікар-лікар, лікар-Я, лікар-суспільство. Таким чином, маючи розвинену наративну компетентність, лікарі можуть ефективно супроводжувати своїх пацієнтів у процесі їхнього одужання, осмислювати власний професійний досвід і його вплив на особисте життя, усвідомлювати свою професійну ідентичність і вибудовувати стосунки із своєю професійною групою, а також створювати послідовний і поміркований дискурс з громадськістю і суспільством.

Слід зазначити, що усі окреслені наративні ситуації є вкрай важливими для вітчизняної медицини, яка шукає вдалі шляхи для реформування у період відновлення нашої країни. Окрім цього наративний підхід дає змогу розглядати пацієнта як цілісну людину у сукупності душі і тіла, а предмет професійної і діяльності не як хворобу внутрішніх органів (що нині визначається у нормативних документах), а як людину з генетично

успадкованим і соціально набутиим минулим, що розгортається і оформлюється в особистісну історію, тим самим конструюючи теперішнє і окреслюючи майбутнє.

Доцільність наративного підходу до дослідження компетентності лікаря також пояснюється наявністю чіткого діагностичного інструментарію для вивчення наративів, представленого психолінгвістичними методами дослідження (Засекіна, Засекін, 2008). Методи кількісного і якісного аналізу текстів, якими володіє психолінгвістика, дають змогу привідкрити «таємницю» професійної діяльності лікаря, яка є важливою для кожної людини, оскільки пов'язана із задоволенням дефіцитарної потреби особистості.

Наративний підхід також дає змогу подолати надлишковий апоцентризм у допомозі людини, в сенсі апоцентричної думки про те, що «людина є мірилом усього». Адже людина є істота соціальна і духовна, тому потребує окрім покладання виключно на себе відповідної допомоги у творенні здорової особистості через породження різних наративів з Іншими (з Богом, світом, з іншими людьми). У ситуації політичної, економічної й соціальної невизначеності в Україні, така допомога й ефективний супровід в галузі охорони здоров'я є надзвичайно важливим.

Таким чином, необхідність дослідження наративної компетентності лікаря як важливої передумови якості його професійної діяльності, з одного боку, а також відсутність комплексних досліджень цього феномену попри наявність ґрунтовних методологічних засад для його дослідження, з іншого – зумовлює *актуальність запропонованого дослідження*.

Аналіз сучасних досліджень із проблеми

Наративна компетентність у вітчизняній психології загадується у працях Н. В. Чепелевої (Чепелева, 2004). Враховуючи визначення компетентності і наративу, які пропонує вчена, доходимо висновку про те, що наративна компетентність особистості – це репрезентації минулого досвіду з допомогою послідовності упорядкованих речень, які передають часову послідовність подій. У контексті діяльності лікаря, розуміємо, що мова йде про репрезентацію професійного досвіду у вигляді подієвих історій.

Не заглиблюючись в аналіз теорій компетентності, вважаємо за доцільне використати когнітивну парадигму, оскільки це поняття чітко операціоналізоване у таких дослідженнях і не

містить зайвих термінологічних нашарувань. За узагальненням Р. Стернберга, компетентність визначається переважно як сукупність знань та їх організація, необхідні для ефективного розв'язання конкретних задач (Стернберг, 2002).

Відповідно, розглядаємо структуру наративної компетентності як сукупність наративних знань, які забезпечують реалізацію ефективних наративних стратегій особистості. Наративні знання – це, за Р. Чарон, сукупність репрезентацій, які дають змогу лікарю встановлювати значення особистісних історій на основі когнітивних, афективних і символічних ознак наративу. Природно, що з погляду такого тлумачення особливого значення набувають психолінгвістичні методи дослідження усного і письмового мовлення.

Важливим є те, що відмінною ознакою наративу від дискурсу, є завершеність структури першого, адже будь-який наратив має початок, кульмінацію і кінцівку. Відтак, наявність наративних знань дає змогу особистості завершити особистісну історію, а наративні стратегії спрямовані на надання конкретного значення особистісним подіям, висвітленим у цій історії. Тому в наративі можемо встановити ставлення особистості до різних життєвих подій та явищ фізичного і соціального світу.

Таким чином, наративні знання відкривають шлях для глибинного розуміння лікарем власних особистісних історій, історій своїх пацієнтів, і своїх колег, власної ролі у житті суспільства у розгортанні життєвих скриптів: одруження, народження дітей, професійної освіти, працевлаштування тощо.

Як справедливо зазначає Р. Льюїс, наративи відображають досвід, а не пропозиції (Lewis, 1955). Тоді як логічне знання передбачає визначення універсалій, уникаючи одиничне, на основі загального, наративне знання передбачає встановлення універсального на основі і через визначення одиничного.

М. Муррей зазначає, що наративні знання мають низку особливостей (Murrau, 2008). По-перше, вони завжди функціонують як результат взаємодії, як мінімум двох осіб: читача й автора, слухача й мовця, у нашому дослідженні – лікаря й пацієнта, лікаря-лікаря, лікаря-суспільства. По-друге, наративні знання ґрунтуються на урахуванні конкретного контексту (одиничного): Хто сприймає? Хто породжує наратив? Які особливості наративу?

Слід зазначити, що саме відповідь на останнє запитання потребує психолінгвістичного інструментарію, спрямованого на визначення когнітивних, афективних і символічних ознак тексту, а також особистісних профілів учасників наративної діяльності, упродовж якої конструюється спільне наративне знання. Відповідно до вираженого ставлення особистості до різних подій у наративі та специфіки емоційно забарвлених лексичних одиниць М. Муррей розмежовує наративи на регресуючі, прогресуючі, й емоційно нейтральні (Murray, 2008). Вітчизняна дослідниця Н. В. Чепелева диференціює наративи на емоційно-позитивні, емоційно-негативні, емоційно-нейтральні й амбівалентні (Чепелева, 2004).

У наших попередніх працях окрім визначення емоційного тону наративу як відображення ставлення людини до різних подій, ми також використовували психографологічний аналіз мовленнєвої продукції в наративах для визначення особистісних профілів нараторів на матеріалі їхнього індивідуального мовлення (Zasiekina, 2014).

Процедура психолінгвістичного аналізу наративів у наших досліджень ґрунтується на таких основних ідеях:

- змістова спрямованість найчастотнішої лексики свідчить про основні цінності та інтереси досліджуваних;
- наявність когнітивних дієслів (думати, розуміти, відчувати) та причино-наслідкових сполучників (тому що, оскільки) свідчать про осмислення професійного досвіду та високу імовірність усвідомлення необхідності перегляду власного життя;
- наявність емотивної лексики свідчить про емоційне забарвлення ставлення людини до конкретних подій, а також присутність частки не негативно забарвлює ставлення особистості до різних фрагментів фізичного і соціального світу;
- наявність займенника «я» свідчить про суб'єктну активність людини у плануванні свого майбутнього та знаходження відповідної життєвої перспективи, а також вставних слів із різним ступенем вірогідності (напевно, звичайно – високий ступінь особистісної впевненості; можливо, не впевнений – низький ступінь вірогідності) показує різний рівень впевненості і готовності людини до прийняття рішень.

Розглянемо наративні ситуації, поширені у медичній сфері, більш докладно. Перша з них, лікар-пацієнт, породжує

особистісну історію пацієнта у сукупності мовних одиниць, жестів, пауз, які представляють об'єктивну картину життя, здоров'я і хвороби пацієнта, а також суб'єктивні складові цієї картини у вигляді страхів, переживань, побоювань, асоціацій.

На думку представників наративної психології, така вербальна об'єктивація симптомів в історію є дуже важливою, оскільки допомагає впорядкувати «хаос хвороби», і вибудувати чітку стратегію одужання (Charon, 2001). Погляд на етапи лікувально-діагностичної діяльності лікаря: опитування, клінічне обстеження, постановка попереднього діагнозу, аналіз результатів дослідження, постановка кінцевого діагнозу, призначення лікування засвідчує наскрізне породження наративів для встановлення контакту з пацієнтом.

Зокрема упродовж з'ясування скарг щодо самопочуття (виявлення суб'єктивних симптомів, їх деталізація); виявлення суб'єктивної картини захворювання (загальний характер захворювання, узгодження виявленого симптому з іншими спорідненими); збору анамнезу захворювання (початок, особливості перебігу захворювання, досвід лікування); збору анамнезу життя хворого (загальнобіографічні відомості, житлові та трудові умови, перенесені захворювання, спадковість, алергологічний анамнез), інсталяції надії породжуються особистісні історії пацієнта і творяться спільні значення цих історій внаслідок співпраці лікаря і пацієнта.

Друга ситуація, лікар-Я, пов'язана із особливостями професійної діяльності лікаря і вимогами до неї. Ґрунтовні дослідження соціально-психологічного портрету лікаря зводяться до опису комплексу особистісних якостей. До них належать морально-етичні якості лікаря: чесність, порядність, обов'язковість, відповідальність, інтелігентність, людяність, доброта, надійність, принциповість, безкорисливість; комунікативні якості лікаря: особиста привабливість, ввічливість, повага до оточуючих, готовність допомогти, авторитет, тактовність, уважність, спостережливість; вольові якості лікаря: впевненість у собі, витримка, схильність до ризику, сміливість, незалежність, стриманість, врівноваженість, рішучість, ініціативність, самостійність, самоорганізація, настирність, цілеспрямованість; організаційні якості лікаря: вимогливість до себе та оточуючих, схильність брати на себе відповідальність, вміння приймати

рішення, вміння правильно оцінити себе та пацієнта, вміння планувати свою роботу.

Природно, що в Україні професійна діяльність лікаря ускладнюються низьким матеріальним забезпеченням, відсутністю необхідного обладнання і медичних препаратів, великою кількістю пацієнтів, надто коротким проміжком часу для обстеження пацієнта (для терапевтичного обстеження близько 7 хвилин), відповідно зниженою якістю життя цих фахівців, підвищеною стресогенністю і схильністю до професійного вигорання. У таких умовах надзвичайно важливого значення набуває активізація внутрішніх ресурсів особистості лікаря, яка забезпечуватиме йому професійне здоров'я і довголіття. З-поміж інших ресурсів наративна компетентність посідає чільне місце, адже породження власних професійних історій, їх завершення та надання їм особистісного значення, дає змогу усвідомлювати професійний досвід, підкріплювати професійну ідентичність і вибудовувати професійне майбутнє.

Таке бачення пояснює і необхідність наративної компетентності лікаря в ситуаціях лікар-лікар і лікар-суспільство. Відповідно до ситуації лікар-лікар, наративна компетентність зароджується вже впродовж професійної підготовки лікаря і передбачає оволодіння майбутніми лікарями великим масивом професійних знань і вмінь через породження наративів із своєю професійною групою. Враховуючи високу гуманну цінність професії лікаря і основний фокус його діяльності – людину, сфера медицини широко обговорюється у суспільстві. При цьому громадськість часто викликає лікарів на відкритий і відвертий діалог стосовно різних тем, пов'язаних із сферою медицини, наприклад, проблема еутаназії, загальної імунізації тощо.

Таким чином, результати теоретичного аналізу літератури свідчать про важливість наративної компетентності лікаря як сукупності наративних знань, що забезпечують реалізацію ефективних стратегій наративної взаємодії у різних професійних ситуаціях лікарів.

Процедура емпіричного дослідження

Метою емпіричного дослідження є встановлення особливостей наративної компетентності лікарів шляхом здійснення психолінгвістичного аналізу, також зіставлення наративної компетентності із професійно важливими якостями цих фахівців.

Загальний об'єм вибіркової сукупності досліджуваних становить $n=250$, серед них 115 осіб чоловічої статі, 135 – жіночої; 110 особи хірургічного профілю роботи, 140 – терапевтичного.

Вибіркова сукупність була сформована на базі лікарів Луцької міської поліклініки № 2, обласного бюро судово-медичної експертизи, Луцької міської лікарні.

З метою дослідження наративної компетентності лікарів було проведено методичку «Автонаратив», темою якою була «Моя професія». Аналіз 250 автонаративів відповідно до емоційного тону ставлення лікарів до різних життєвих подій дав змогу розмежувати тексти на три групи: амбівалентні (40 %), емоційно позитивні (32 %) й емоційно нейтральні наративи (28 %).

Враховуючи особливості амбівалентних автонаративів, можемо визначити наративну компетентність їх авторів також як амбівалентну, оскільки попри визначення провідних життєвих подій, відсутнім є ставлення і осмислення професійного досвіду. Провідною наративною стратегією є поведінкова інтерпретаційна схема (на протигагу аналітично-рефлексивній). Відтак, така наративна компетентність не приводить повною мірою до підкріплення професійної ідентичності і конструювання позитивного професійного майбутнього.

Важливим етапом психолінгвістичного аналізу було виокремлення лексичних одиниць, які характеризують наративні ситуації описані вище: лікар-лікар, лікар-пацієнт, лікар-суспільство, лікар-Я. В амбівалентних наративах найбільшою мірою проявляються ситуації поведінкові (що зіставляється із поведінковою інтерпретаційною схемою таких наративів) у діаді: лікар-пацієнт (наприклад, *виснажливе спілкування з смертельно-важкими хворими*); лікар-лікар (*випробування характеру професійності, колегіальності – все в інституті... Там дійсно пройшли школу життя*); лікар-суспільство (*безсумнівно складнощі в праці є: недосконале медичне законодавство, відсутність страхової медицини, низька заробітна плата*).

Слід зазначити, що найбільш динамічними у розгортанні подій у таких наративах є початок, кульмінаційні епізоди. Водночас такі наративи переважно не мають кінцівки, що також пов'язано із відсутністю аналітично-рефлексивної стратегії у структурі наративної компетентності лікарів. На це вказує і низька частотність когнітивних дієслів у таких наративах і причинно-

наслідкових сполучників. Такі психолінгвістичні особливості є суголосними відсутності наративної ситуації лікар-я, яка характеризується осмисленням свого професійного досвіду і його впливом на професійну я-концепцію і життєву перспективу.

Наступна група виділених наративів – емоційно-позитивні автонаративи характеризуються такими особливостями: відображають переломні і важливі події життя, які глибоко осмислюються і слугують траєкторією для подальшого професійного й особистісного зростання. Таким чином провідна інтерпретаційна схема у таких наративах – аналітично-рефлексивна, яка породжує нові смисли, підкріплює професійну ідентичність і окреслює подальшу професійну перспективу. В таких наративах чітко простежується кінцівка, яка відображає породження нових смислів (*недооцінену матеріальну роботу лікаря нам компенсують вдячні очі пацієнта після одужання; проте після спілкування з важкими пацієнтами розумієш зміст і цінність життя!*).

В емоційно-позитивних наративах домінують наративні ситуації лікар-Я та лікар-пацієнт. Наприклад, *Я – лікар-анестезіолог. Мені подобається вибрана спеціальність. Я вважаю, що дана професія підходить до мого темпераменту та психоемоційного стану. Можна сказати, що у даній спеціальності відразу видно результати твоєї роботи. У книзі Зільбера був малюнок – з одного боку лікар-анестезіолог, з іншого – бог смерті Танатос – тягнуть пацієнта за дві руки. Ось така моя професія – «хто кого?». І хоч хірурги, безсумнівно, Боги, я Ангел, що стоїть у голові».*

Таким чином, емоційно-позитивні наративи відображають сформовану (прогресивну) наративну компетентність їхніх авторів, яка здійснює значний внесок у професійну діяльність лікаря і підвищує задоволеність своєю працею, а відтак, якість професійного життя.

Наступна група – емоційно-нейтральні автонаративи вирізняються такими особливостями: відображають формальні події життя, не містять уявлення особистості про цілісний життєвий шлях. Форма вигляду у таких наративах – формально-логічна зазвичай без смислової кінцівки. Основна інтерпретаційна схема – уникання від реальності, що виявляється у байдужому ставленні до свого досвіду і його впливу на професійне майбутнє.

В емоційно-нейтральних наративах спостерігається переважання наративної ситуації лікар-пацієнт (*цікаво спостерігати, як підростають діти в сім'ях, навчаються, і стають батьками, як змінюється їх поведінка упродовж років; у терапевта є можливість спостерігати пацієнта в побутових умовах, його спосіб життя і поведінки, протягом довгих років на одній дільниці*). Формальний виклад подій в таких наративах без вираження ставлення дає змогу визначити наративну компетентність їх авторів як недостатньо сформовану (регресійну), що негативно впливає на професійну діяльність лікарів. Слід зазначити, що у таких наративах практично відсутня як емоційно забарвлена лексика, так і наявність когнітивних дієслів і причинно-наслідкових сполучників.

Наступною сходинкою нашого аналізу став розподіл типів автонаративів відповідно до медичного профілю лікарів. За отриманими даними, серед лікарів терапевтичного профілю 43 % опитаних створили амбівалентні, 43 % – емоційно-нейтральні і лише 14 % – емоційно-позитивні наративи. Це вказує на той факт, що переважна частина лікарів терапевтичного профілю не осмислюють свій професійний досвід, не усвідомлюють його значення і не включають його в аналітично-рефлексивну інтерпретаційну систему свого світогляду, а відтак, не породжують смислів, які б сприяли розвитку професійної я-концепції і зростанню професійної якості життя.

Очевидно, це пов'язано з особливостями терапевтичного напрямку роботи, результати якої виявляються не миттєво, як скажімо, після вдалого хірургічного втручання. Здійснення лікувально-діагностичної діяльності терапевта зазвичай потребує значних затрат часу. Більше того специфікою терапевтичного лікування є те, що пацієнт часто переходить «із рук в руки», змінює лікуючого лікаря і в цьому довготривалому процесі результати роботи конкретного лікаря постають непомітними.

Серед лікарів хірургічного профілю роботи, 55 % респондентів створили емоційно-позитивні автонаративи, 36 % – амбівалентні та лише 9 % – емоційно-нейтральні. Така відмінність у результатах пов'язана, на наш погляд, із вищезазначеними особливостями профілю роботи.

Для перевірки припущення, здійсненого Р. Чарон про те, що наративна компетентність слугує своєрідною емпіричною

моделлю для прояву толерантності й емпатії лікаря, ми здійснили дослідження прояву цих професійно важливих рис у групах лікарів із різними видами наративної компетентності. З метою перевірки значущих відмінностей у показниках зазначених індивідуально-психологічних особливостей відповідно до типу наративної компетентності був проведений статистичний аналіз з допомогою критерію Н-Краскала-Уоллеса.

Для діагностики рівня емпатії й толерантності використовувалися опитувальники В. Бойка для вивчення рівня емпатійних здібностей та комунікативної толерантності. Сумарний показник рівня розвитку емпатійних здібностей коливається від 0 до 36 балів: 30 балів і вище – дуже високий рівень емпатії, 29-22 – середній, 21-15 – занижений, менше 14 балів – дуже низький. Методика діагностики комунікативної толерантності передбачає максимальну кількість балів, яку можна одержати, – 135, що свідчить про повну відсутність толерантності. Тобто методика характеризується зворотнім порядком обрахування.

Результати емпіричного дослідження представлені у таблицях 1, 2.

Таблиця 1

Відмінності у показниках емпатійних здібностей відповідно до типу наративної компетентності

№ з/п	Тип наративної компетентності	Показник емпатії
1	Прогресуюча	27,88
2	Амбівалентна	32,75
3	Регресуюча	12,43

На рівні значущості $p \leq 0,01$, існують відмінності у показниках емпатії між порівнюваними групами. Найвищий рівень емпатії виявлено у групі респондентів, які написали амбівалентний автонаратив із амбівалентною наративною компетентністю. На нашу думку, це може бути наслідком використання поведінкової інтерпретаційної схеми в осмисленні власного професійного досвіду, яка використовується переважно в наративній ситуації лікар-пацієнт.

Середній рівень емпатійних здібностей виявлений у лікарів, які написали емоційно-позитивні автонаративи, тобто із прогресуючою наративною компетентністю. Можемо припустити, що саме середній рівень розвитку емпатійних здібностей є

оптимальним для конструювання професійної я-концепції лікаря, збереження професійної якості життя і довголіття. Саме середній рівень емпатії як найкраще зберігає взаємодію лікаря із самим собою в наративній ситуації лікар-Я.

Найнижчий рівень емпатійних здібностей спостерігається у групі досліджуваних, які написали емоційно-нейтральні автонаративи, що зіставляється із відсутністю емоційного ставлення до подій професійного життя. Зауважимо, що серед цих автонаративів знову спостерігається поширення наративної ситуації лікар-пацієнт, водночас ця взаємодія розглядається формально-логічно без надання їй смислового і ціннісного значення.

Результати емпіричного дослідження комунікативної толерантності відповідно до типунаративної компетентності відображені у таблиці 2.

Таблиця 2

Відмінності у показниках толерантності відповідно до типу нарративної компетентності

№ з/п	Тип нарративної компетентності	Показник толерантності
1	Прогресуюча	15,64
2	Амбівалентна	26,63
3	Регресуюча	32,72

Отримані дані дають змогу спостерігати, що на рівні значущості $p \leq 0,01$, найвищі показники комунікативної толерантності належать авторам емоційно-позитивних наративів із прогресуючою нарративною компетентністю. Тоді як регресуюча наративна компетентність пов'язана із низьким рівнем комунікативної толерантності.

Результати емпіричного дослідження дають змогу підтвердити припущення про те, що наративна компетентність може слугувати емпіричною моделлю для толерантності й емпатії лікаря.

Таким чином, результати теоретичного й емпіричного осмислення проблеми наративної компетентності дають змогу дійти **таких висновків**. Наративна компетентність – це важлива міждисциплінарна категорія, яка функціонує на перетині наративної медицини й психолінгвістики. Операціоналізація цієї категорії дає змогу розглядати її як репрезентації професійного досвіду, що визначають ефективність стратегій взаємодії лікаря

у різних наративних ситуаціях його професійного життя: лікар-лікар, лікар-пацієнт, лікар-суспільство, лікар-Я.

Наративна компетентність може слугувати емпіричною моделлю для прояву професійно важливих особистісних рис лікарів, зокрема емпатії й комунікативної толерантності. Існують різні види нарративної компетентності, які змінюються відповідно до профілю лікарської діяльності. Відтак, нарративна компетентність – це динамічне утворення, яке безпосередньо пов'язане із індивідуально-психологічними особливостями постаті лікаря й впливом соціального середовища, в якому розгортається його професійне життя.

Література:

- Большакова, Т. В. (2004). Личностные детерминанты и организационные факторы возникновения психического выгорания у медицинских работников : автореф. дис. ... канд. психол. наук : 19.00.03 / Большакова Татьяна Валентиновна ; Ярослав. гос. ун-т им. П. Г. Демидова. – Ярославль, 26 с.
- Гусельцева, М. С. (2003). Культурно-историческая психология: от неклассической к постнеклассической картине мира / М. С. Гусельцева // Вопросы психологии. – № 1. – С. 99-115.
- Жорняк, Е. С. (2001). Нарративная психотерапия : от дебатов к диалогу / Е. С. Жорняк // Московский психотерапевтический журнал. – № 3. – С. 79-90.
- Засекіна, Л. В. (2008). Психолінгвістична діагностика / Л. В. Засекіна, С. В. Засекін. – Луцьк : РВВ «Вежа» Волин. нац. ун-ту ім. Лесі Українки, 187 с.
- Стернберг, Р. Дж., Форсайт, Дж. Б., Хедланд, Дж. (2002). Практический интеллект. – СПб. : Питер, 272 с.
- Чепелева, Н. В. (2004). Проблеми психологічної герменевтики : Монографія. – К.: Міленіум, 273 с.
- Bolton, G. (1999). *The Therapeutic Potential of Creative Writing: Writing Myself.* – London, England: Jessica Kingsley Publishers, 361 p.
- Charon, R. (2001). Narrative medicine: form, function, and ethics. *International Medicine*, 83-87.
- Lewis, R. (1955). *The American Adam: Innocence, Tragedy and Tradition in the Nineteenth Century.* – Chicago: University of Chicago Press, 533 p.
- Murray, M. (2008). *Narrative Psychology in Qualitative Psychology: A Practical Guide to Research Methods* / Ed. J. A. Smith. – London: Sage Publication Ltd, 2008 – P. 111-131.
- Zasiekina, L. (2014). Psycholinguistic reorganization of individual traumatic memory // *East European Journal of Psycholinguistics.* – № 2. – P 87-94.

References:

- Bolshakova, T. V. (2004). Lichnostnyie determinanty i organizatsionnyie faktoryie vznikoneniya psihicheskogo vyigoraniya u meditsinskih rabotnikov. *Extended abstract of candidate's thesis.* Yaroslavl. [in Russian].

- Guseltseva, M. S. (2003). Kulturno-istoricheskaya psihologiya: ot neklassicheskoy k postneklassicheskoy kartine mira. *Voprosyi psihologii. 1.* 99-115. [in Russian].
- Zhorneyak, E. S. (2001). Narrativnaya psihoterapiya: ot debatov k dialogu / E. S. Zhorneyak. *Moskovskiy psihoterapevticheskij zhurnal.* Moskva: MGU 2001. 3. 79-90. [in Russian].
- Zasekina, L. V. & Zasekin, S. V. (2008). *Ppsiholingvistichna diagnostika.* Lutsk: RVV «Vezha». 187 s. [in Ukrainian].
- Sternberg, R. Dzh., Forsayt, Dzh. B. & Hedland, Dzh. (2002). *Prakticheskij intellekt.* Spb.: Piter, 272 s. [in Russian].
- Chepeleva, N. V. (2004). *Problemi psihologichnoyi germeneytiki.* K.: Milenium. 273 s. [in Ukrainian].
- Bolton, G. (1999). *The Therapeutic Potential of Creative Writing: Writing Myself.* London, England: Jessica Kingsley Publishers, 361 p. [in English].
- Charon, R. (2001). Narrative medicine: form, function, and ethics. *International Medicine.* (pp. 83-87). [in English].
- Lewis, R. (1955). *The American Adam: Innocence, Tragedy and Tradition in the Nineteenth Century.* Chicago: University of Chicago Press, 533 p. [in English].
- Murray, M. (2008). Narrative Psychology in Qualitative Psychology: A Practical Guide to Research Methods / Ed. J. A. Smith. London: Sage Publication Ltd, (pp. 111-131). [in English].
- Zasiekina, L. (2014). Psycholinguistic reorganization of individual traumatic memory. *East European Journal of Psycholinguistics. 2.* 87-94. [in English].

Поштова адреса установи:
Східноєвропейський національний
університет імені Лесі Українки
проспект Волі, 13
Луцьк, Україна,
43025

Стаття надійшла до редакції 15.09.2015