

## РЕАЛИЗАЦИЯ ПРИНЦИПА ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОДДЕРЖКИ В РЕЧЕВОМ ПОВЕДЕНИИ ВРАЧА (НА МАТЕРИАЛЕ ТЕКСТОВ МЕДИКО-ЭТИЧЕСКОЙ НАПРАВЛЕННОСТИ)

Е.Ю. Бородина

*Кафедра русского языка*

*ФГБОУ ВО Тверской государственный медицинский университет Минздрава России*

**Резюме.** В данной статье рассматриваются особенности общения врача с пациентом. Особое внимание уделяется формам вербализации психологической поддержки во врачебной коммуникации, а речевое поведение врача определяется как зона повышенной коммуникативной ответственности.

**Ключевые слова:** речевое поведение; коммуникация; психологическая поддержка, вербализация сочувствия, речевое поведение врача

Речевое общение удовлетворяет коммуникативно-деятельностные потребности личности. Число потребностей потенциально бесконечно, т.к. их источником является деятельность в широком смысле слова, «общение существует не само по себе, а связано с производственной деятельностью участников общения, определяющей социальные отношения» [2]. Речевое поведение участников коммуникации всегда имеет личностную или групповую специфику, отражает стиль мышления, особенности мировоззрения. На речевое поведение в любой сфере влияют как минимум три фактора: мотивы и цели участников, ситуация (контекст) и адекватность восприятия собеседниками друг друга.

В ситуации профессионального врачебного общения (мы имеем в виду общение врача и больного) достижение целей коммуникации во многом зависит от степени выраженности вербальных способностей врача. Завоевание доверия больного и развитие доверительных устойчивых межличностных отношений, подтверждение понимания мыслей и чувств противоположной стороны, выражение сочувствия, тактичность в постановке проблемы и отражении чувств человека являются необходимыми условиями успешности профессиональной врачебной деятельности. Такая постановка проблемы врачебной коммуникации базируется на определении неязыковых условий общения врача и больного, неязыкового контекста коммуникации. Контекст определяет, какова «когнитивная действительность», на фоне которой протекает коммуникация. Принципиальной особенностью контекста общения врача и больного является наличие у больного чувства тревоги и страха, приводящее к особой «бдительности» в общении, что предъявляет особые требования к врачу как к участнику коммуникации. Больного занимает любое, даже самое незначительное явление, связанное с болезнью, любая информация, любая возможность ее получения. Малейший жест врача, мельчайшая деталь поведения не проходят мимо внимания больного. Для подобных переживаний страха характерно, что «напряженность больного ослабляется под влиянием любого вида успокоения, связанного с болезнью, при упоминании о любой благоприятной возможности, любом замечании» [6]. В процессе коммуникации больной желает видеть во враче заботливого, внимательного специалиста, который быстро решит все проблемы, и боится проявлений у него грубости и безразличия, т.е. соотносит его поведение, в том числе и речевое, с определенным культурным идеалом, с «положительной моделью» врача. Врач, в свою очередь, должен быть готов к диалогу на языке больного, с опорой на его систему ценностей. Стремление помочь человеку, сообщаемому о своих трудностях, отражается в речевом поведении врача в виде психологической поддержки. Анализ текстов медико-этической направленности показал, что психологическая поддержка со стороны врача проявляется в трех видах:

- экспликация понимания проблем больного;
- выражение сочувствия;

– стремление утешить.

Необходимость экспликации понимания со стороны врача связана, на наш взгляд, с тем, что больной, авансирующий врача своим доверием, часто нуждается в ответном психологическом сигнале: «Я тоже тебе верю». Лексема «понимание» в такой ситуации реализует свое «психологическое» значение: «чуткость», «отзывчивость».

Фраза «Я понимаю», используемая в таких ситуациях, иногда может быть представлена в развернутом виде, в том числе за счет эмфатического *повтора*: «Я понимаю, что, когда лечишься месяцами, а головные боли не ослабевают, это вызывает отчаяние и обиду на того, кто лечит» [1]. Повтор в этом случае служит экспликацией внимания, без которого понимание невозможно. Для обозначения понимания *аналогичным образом могут использоваться фразы типа* «Я вижу», «Я представляю»: «Ох, всю ночь не спал, задыхаюсь, лежать совсем не могу...» - «Да, замучились вы, вижу...»; «Представляю, как вы исстрадались!» [3]. Фраза «Я представляю» выглядит в данном контексте предпочтительной, поскольку, кроме понимания, включает значение эмпатии, сопереживания, тогда как использование глагола «понимать» может быть воспринято как неискренность в силу излишней для данной ситуации рациональности его семантики.

Выражение сочувствия обычно реализуется в речевых формулах, выражающих сожаление или огорчение: «К сожалению, быстрых успехов ждать не приходится, по безнадежным ваш случай не назовешь» [3]. Однако в контексте врачебной коммуникации использование подобных формул может быть воспринято больным как признание врачом своего бессилия в борьбе с болезнью.

Другие способы вербализации сочувствия – эмоционально-оценочные фразы типа «Какой ужас!», «Как обидно!», типичные для конвенционального общения, но которые следует признать неприемлемыми в контексте врачебной коммуникации, поскольку они могут быть восприняты скорее как констатация безнадежности ситуации, нежели как сочувствие.

Фраза «Я очень сочувствую Вам и членам Вашей семьи, так как уверен, что и они обеспокоены Вашим состоянием» выглядит механическим выражением сочувствия, поскольку в большей степени отражает следование этическим предписаниям, чем искреннее сопереживание.

Более приемлемыми в контексте врачебной коммуникации формами выражения сочувствия нам представляются имплицитные формы, содержащие констатацию осознания драматичности ситуации, в которой находится больной: «Да, замучились вы, вижу...», «Представляю, как Вы исстрадались». Другая имплицитная форма сочувствия может отражаться в номинациях типа: «Бедная, как же тяжело было вам этой ночью!».

Наш анализ показал, что кроме экспликации понимания и сочувствия понятие «психологическая поддержка» включает также утешение, успокоение и ободрение. Успокоение, утешение, отражающее оптимизм врача в отношении перспективы, может быть вербализовано в виде похвалы, ободрения, что может выражаться фразами типа: «Отлично, значит, у вас есть сила воли, а это важнейший фактор выздоровления»; «Молодец, вы отважная женщина! А раз все обошлось благополучно, значит, сердце у вас хорошее!» [5]. В то же время, возможность использования той или иной формы вербализации утешения ограничена в ситуации врачебного общения драматичностью, а зачастую и трагичностью положения утешаемого. Однако ограничения в выборе средств реализации утешения, имеющиеся в ситуации врачебного общения, не должны служить основанием для отказа от осуществления врачом своей роли в данной ситуации. Уже сам факт участия врача в судьбе больного, демонстрация понимания его проблем могут рассматриваться как утешение. Кроме того, трагичность состояния больного может приводить к изменению его сознания. Изменения сознания неизбежно отражаются на языке больного, затрагивая самые разные его уровни. В связи с этим, чтобы быть правильно понятым больным, находящимся в таком состоянии, врач должен производить соответствующую редукцию своего языка и своей вербальной активности. При этом больной оценивает речевое поведение врача не с точки зрения его

содержания, а метакоммуникативно, т.е. становится неважным, что именно говорит врач. Результатом редукиции речевого поведения врача в такой ситуации становится молчание, которое является коммуникативно значимым. При этом диалог возможен в двух формах: больной говорит («высказал и облегчил душу») и больной молчит («молчание вдвоем»). Тем не менее, ответственность за результативность такого диалога несет врач, поэтому эффективность редуцированной формы речевого поведения будет тем большей, чем больше врач удовлетворяет требованиям, к нему предъявляемым, т.е. чем выше его авторитет в глазах больного.

Как видим, формы вербализации психологической поддержки во врачебной коммуникации достаточно многообразны. Однако ограничения в выборе, обусловленные особенностями неязыковых условий общения, достаточно существенны, что «объясняется действием механизмов, определяющих своеобразие атмосферы в клинической медицине в целом и коммуникации в частности» [4] и определяет речевое поведение врача как зону повышенной коммуникативной ответственности.

### Список литературы

1. Дербенев Д.П. Психология общения в профессиональной врачебной деятельности. Тверь: Изд-во ТвГУ, 2001. 66 с.
2. Караулов Ю.Н. Русский язык и языковая личность. М.: Книжный дом «Либроком», 2019. 264 с.
3. Магазаник Н.А. Искусство общения с больными. М.: Медицина, 1991. 110 с.
4. Мирзоева В.М., Аксенова Е.Д., Кузнецова А.А., Мирзоева Е.З., Бородин Е.Ю. Практико-деонтологический подход к речевому поведению врача // Тверской медицинский журнал. 2020. № 1. С. 43-49.
5. Папленко В.П., Шамов И.А. Мудрость взаимности. Л.: Лениздат, 1989. 224 с.
6. Харди И. Врач, сестра, больной. Будапешт: Изд-во Академии наук Венгрии, 1988. 340 с.