

В.М. Мирзоева, Е.Д. Аксенова, Н.Д. Михайлова, А.А. Кузнецова, В.Ю. Скаковский, Ю.В. Алгунова

РОЛЬ НЕВЕРБАЛЬНОЙ СОСТАВЛЯЮЩЕЙ В ДИАЛОГЕ ВРАЧА С БОЛЬНЫМ

ФГБОУ ВО Тверской государственный медицинский университет Минздрава России

Рассуждения на тему врачебного общения являются необходимым атрибутом медицинских этико-деонтологических текстов и занимают в их содержательной структуре едва ли не центральное место. Традиционно проблема общения решается в медицинской этике и деонтологии применительно к трем институциональным сферам, представленным в диадах «врач – больной», «врач – родственники больного», «врач – врач». В рамках данной статьи мы сознательно ограничиваемся анализом лишь одной сферы, а именно сферы «врач – больной», так как именно здесь в большей степени реализуется представление об идеальном культурном коммуникативном образе врача. Следует добавить, что «признание коммуникативной функции важнейшей для самых разных сфер общения <...> обозначило круг исследовательских проблем, связанных с изучением языковых единиц в реальных актах многообразной коммуникации» [5, с. 207]. В этом аспекте интересно высказывание, приписываемое иранским медикам древности: «Три орудия есть у врача – слово, растения и нож», где слово стоит на первом месте, что объясняется, на наш взгляд, особым положением проблемы коммуникации в концептуальной картине медицинской этики и деонтологии. Следует отметить, что в первую очередь в коммуникации отражается установка современной медицины на реализацию гуманитарной парадигмы в изучении и понимании человека.

К невербальным составляющим коммуникации принадлежат оптико-кинестические средства – жесты, мимика, пантомимика, зрительный контакт, движения отдельных частей тела, движения всего тела в целом (прежде всего

позы и их изменения); пространственно-временные средства, к которым относятся дистанция между общающимися, время и место общения, другие внешние обстоятельства ситуации общения. Е.М. Верещагин и В.Г. Костомаров рассматривают два невербальных языка – соматический и язык привычного поведения. К соматическому языку исследователи относят жесты – значащие телодвижения, исполняемые сознательно и в расчете на наблюдателя; мимику – значащие движения лица (мимика и жесты близки по всем характеристикам, но приложимость их разная: мимика избирательно охватывает лишь игру лицевых мышц); позы, т.е. значащие положения человеческого тела, сохраняемые в течение определенного времени; выражения лиц – значащие фиксированные положения лицевых мышц (если позы – статичный аналог жестов, то выражения лиц – статичный аналог мимики); симптомы душевных движений и состояний – непроизвольное выражение лицом и телом эмоций и чувств, владеющих человеком.

Более подробно остановимся на семантике жестов, которая двупланова и имеет два типа употреблений: 1) физиологически исходное, симптоматическое, употребление в качестве средства выражения эмоции; 2) производное, коммуникативное, употребление – сознательная передача адресату некоторой информации. Анализ медицинских этико-деонтологических текстов показал, что невербальные аспекты коммуникации врача и больного, наряду с аспектами речевого общения, являются объектом пристального внимания с позиций медицинской этики и деонтологии. Еще в древнеиндийской «Аюр-Веде» Харака (Книга жизни. IX – III в. до. н.э.) имеется указание о должных позах, жестах врача: вступая в жилище больного, он должен быть хорошо одетым, с опущенной головой, размышляющим, с твердой осанкой и соблюдающим всякое возможное почтение. Гиппократ наставлял: «Во время прихода к больному тебе следует помнить о месте для сидения, о внешнем приличии... чтобы сейчас же присесть, во всем показывать внимание к нему... Что касается

до внешнего вида врача, пусть он будет с лицом, исполненным размышления, но не суровым, потому что это показывает гордость и мизантропию».

Приведенные примеры иллюстрируют употребление жеста во врачебной коммуникации как коммуникативное, направленное на сознательную передачу адресату (больному) некоторой информации. В данных примерах эта информация имеет социальное содержание, определяя социально-ролевую позицию адресанта (врача) и выражая наиболее яркие признаки этого положения. Дальнейшее рассмотрение жеста с подобных позиций выводит на передний план контактоустанавливающую функцию жеста, позволяя расценивать его как средство возбуждения аттракции. Под аттракцией мы понимаем комплекс коммуникативных действий субъекта, направленных на повышение собственной привлекательности в глазах партнера по общению.

К основным приемам формирования аттракции у партнера по общению относятся следующие:

- 1) обращение к партнеру по имени;
- 2) доброжелательная улыбка и другие невербальные проявления доброжелательного отношения к партнеру;
- 3) комплименты в адрес партнера;
- 4) терпеливое и внимательное выслушивание;
- 5) проявление доброжелательного и тактичного внимания к личным увлечениям и пристрастиям партнера [2].

Врач, применяя любой из этих приемов, запускает общий механизм формирования аттракции в психике больного. Действие этого механизма схематически можно представить следующим образом: а) обращение по имени, доброжелательная улыбка, комплименты и иные приемы аттракции являются подчеркнутым выражением внимания и уважения к больному как уникальной и ценной личности; б) подобные проявления внимания способствуют удовлетворению таких значимых для большинства людей (а особенно для больных) психологических потребностей, как потребности в безопасности и

самоутверждении среди окружающих, в устойчивых и высоких уровнях самоуважения и самооценки; в) удовлетворение указанных потребностей вызывает у больного положительные эмоции и позитивное. Основываясь на результатах исследования медицинских этико-деонтологических текстов, к числу наиболее информативных мимических движений врача необходимо отнести улыбку. Улыбка при неконфликтном общении, как правило, отражает дружелюбие, потребность в одобрении, является знаком уважения. Что из перечисленного побуждает партнера по общению улыбаться, можно понять, исходя из социального контекста общения. В общении врача с больным улыбка отражает, в первую очередь, открытость в общении, правдивость, искренность, в чем находят реализацию постулаты гуманистической психологии. Основное социальное назначение и мотивация улыбки врача – оказывать положительное влияние на больного, в частности, успокаивать его, ободрять, показывать добрые чувства к нему: «Врач должен подходить к больному с доброй улыбкой, когда врач мрачен и молчалив, каждый больной с тревогой смотрит на него и думает, что, по-видимому, дело у него очень серьезное» [7, с. 8]. Другими словами, в каждом коммуникативном акте «речь идет о наличии условий, благоприятных для превращения потенциальной ситуации в действительную» [1, с. 156].

Таким образом, как коммуникативные жесты улыбки являются сознательными и контролируемыми выражениями лица, хотя в разных ситуациях степень осознанности и контроля над улыбкой может быть различной. Отсутствие улыбки, как показывает приведенный пример, может интерпретироваться как коммуникативно значимое явление, поскольку говорит о напряженном актуальном состоянии партнера по коммуникации, что в условиях общения врача и больного воспринимается последним как манифестация опасности, угрозы. Смысловые компоненты, отвечающие за передачу позитивных чувств, тут отсутствуют, и в фокусе внимания больного оказываются элементы негативной оценки ситуации:

У меня работала женщина-хирург. Про нее больные говорили: «Она никогда не улыбнется, вся такая надутая, мрачная. Мы боимся ее, и не хочется говорить с ней о своих болезнях» [7, с. 8].

Редукция невербального поведения, таким образом, жестко регламентируется условиями коммуникации: «Врач при исполнении своих обязанностей, как бы он себя ни чувствовал, что бы ни переживал, должен стараться прикрыть маской все свои страдания, думы и тяготы и заниматься только больным, только его горестями и радостями» [7, с. 11].

Полученный в результате исследования медицинских этико-деонтологических текстов материал показал, что положительно оценивается больными доброжелательная, приветливая, добрая улыбка, воспринимаемая как манифестация успокоения, ободрения, одобрения, эмпатии.

Названные виды улыбок формируют центр невербальной системы врачебного общения. За такими улыбками в ситуации врачебной коммуникации скрываются важные социально нагруженные, интерактивные и эмоциональные смыслы. Среди них предложение установить коммуникативный контакт, теплое, доброжелательное отношение к больному, обещание безопасности и т.д.

Особым, близким по своей сути к мимике, средством невербального общения являются зрительный контакт и взгляд:

«От того, как врач выслушает жалобы, как спросит, как посмотрит, какое уделит внимание, во многом зависит дальнейшее состояние больного».

«При общении с больным особое деонтологическое значение имеют его глаза и лицо. Они могут сообщить больному больше и достовернее, чем многословные ободряющие монологи» [6, с. 57].

«Как видно из наблюдений, пациенты могут делать безошибочные умозаключения по лицевым, глазным «симптомам» врача» [6, с. 60].

Зрительный контакт выражается в том, что в процессе непосредственного общения партнеры с определенной частотой глядят в глаза друг другу. Как

показывает анализ медицинских этико-деонтологических текстов, оптимальный по частоте зрительный контакт является необходимым элементом невербального поведения врача:

При опросе больного нужно стремиться к тому, чтобы он почувствовал искреннее сочувствие врача к его страданиям и глубокую заинтересованность в установлении диагноза. Для этого необходимо слушать больного предельно внимательно; не отрываясь смотреть ему в лицо или на то место, которое больной указывает рукой.

Надо взять себе за правило: не делать записей во время своей беседы с больным, а внимательно слушать и почаще смотреть ему в глаза.

Направленность взгляда врача является содержательным невербальным сигналом. Однако как осознанно, так и бессознательно один или оба партнера по общению могут избегать контакта глазами, что также представляет ценную информацию. Если партнер пытается скрыть свою враждебность, пытается скрыть какую-то информацию или лжет, то он стремится сделать зрительный контакт более редким (он не смотрит в глаза, отводит глаза, его взгляд становится "бегающим"):

«Если больной рассказывает о своем горе, о своей болезни, а врач смотрит в это время в сторону, то едва ли у больного будет желание продолжать эту беседу, вряд ли он почувствует уважение к такому врачу» [3, с. 43].

Клинический опыт показывает, что у больных вызывают неприязнь врачи с «сонными», «заспанными» глазами, как и те, которые при беседе с больным не смотря ему в лицо либо смотрят исподлобья или не поднимая глаз. Эта манера общения врача дает повод к негативным умозаключениям самого неожиданного характера, так как активно противоречит установке Гиппократов – во всем показывать внимание к больному.

Таким образом, врачи, хорошо понимающие содержание невербальной составляющей профессионального диалога с больным, могут не только

получить более глубокое представление о личности пациента и его проблемах, связанных со здоровьем, но улучшить с ним речевое взаимодействие, что, безусловно, положительно скажется на профессиональной деятельности самого врача, который в глазах больного «лицо <...> с сомнениями, колебаниями в выборе решения или категоричностью» в выражении своей позиции [4, с. 224].

В заключение отметим, что в диалоге врача с больным «преобладают показатели недеонтологической модальности, что соответствует научной картине мира» [1, с.156], в которой «описываются фрагменты физических состояний», отражаются «знания врача об этиологии, патогенезе, профилактике и лечении того или иного заболевания» [1, с. 156].

Литература

1. Аксёнова Е.Д., Мирзоева В.М., Мирзоева Е.З. Модальность научного (медицинского) текста (на материале текстов оториноларингологии) // Научный журнал «Современные исследования социальных проблем». Серия «Филологические науки» – Красноярск. – 2016. – № 4-1 (28). – с. 154-161.
2. Дербенев Д.П. Психология общения в профессиональной врачебной деятельности. – Тверь: Изд-во ТвГУ, 2001. – 66с.
3. Магазаник Н.А. Искусство общения с больными. – М.: Медицина, 1991. – 112 с.
4. Мирзоева В.М., Михайлова Н.Д., Рюмшина Н.В. Вводно-модальные средства межфразовой связи как основа для выявления синтаксических и формальных особенностей структуры научного (медицинского) текста // Вестник Тверского государственного университета. Серия «Филология». – 2014. – №1. – С. 222-225.
5. Мирзоева В.М., Кузнецова А.А., Мирзоева Е.З. Коммуникативно-прагматическая функция сложных предложений в диалогической структуре текстов медицинской направленности // Вестник

Тверского государственного университета. Серия «Филология». – 2017. – №1. – С. 207-211.

6. Орлов А.Н. О внешней культуре врача: Избранные лекции по деонтологии. – Красноярск: Изд-во Красноярского ун-та, 1990. – 136 с.
7. Углов Ф. Под белой мантией. – М.: Советская Россия, 1984. – 317с.