

БАЗОВЫЕ СОСТАВЛЯЮЩИЕ МОРАЛЬНО-ЭТИЧЕСКОГО ДИАЛОГА ВРАЧА С БОЛЬНЫМ

Е. Д. Аксенова, В. М. Мирзоева, А. А. Кузнецова, Е. З. Мирзоева, Т. Ф. Шматко

*ФГБОУ ВО Тверской государственный медицинский университет Минздрава
России*

В статье описывается специфика морально-этических составляющих профессионального диалога врача с больным с учетом его коммуникативно-прагматической функции. Особое внимание уделено экспликации в диалоге номинаций «страх», «тревога», «благодарность», «признательность», анализ которых позволяет подчеркнуть важность эмоционально-экспрессивной стороны в диалогическом общении врача с пациентом.

Ключевые слова: морально-этический диалог врача с больным, аспект «доверия», номинации «страх», «тревога», номинации «благодарность», «признательность», особенности врачебной коммуникации.

«Признание коммуникативной функции важнейшей в сфере общения врача с больным, наряду с когнитивной и эмоционально-экспрессивной, обозначило круг вопросов, связанных с изучением этико-деонтологической доминанты»[5; 207]. Не вызывает сомнений, что благо больного как высшей цели подчинена вся профессиональная деятельность врача, поскольку в своих действиях врач руководствуется нравственными мотивами. При принятии профессиональных решений врачу принадлежит преимущественно активная роль, а больному – преимущественно пассивная. Однако в нравственном отношении больной вовсе не пассивен. Он хорошо знает, что главной целью профессиональной деятельности медицинского работника является благо больного и непременно дает моральную оценку всем решениям и действиям врача. В морально-этическом диалоге с врачом больной является чрезвычайно взыскательным оппонентом, поскольку речь идет о его важнейших в данный момент интересах, а именно: надеждах на избавление от страданий, на восстановление здоровья: «Диагностический процесс для врача начинается уже с момента появления больного: его внешнего вида, походки, особенностей речи и т.п. Однако нельзя забывать, что и больной с первых мгновений оценивает врача. Разница в том, что если врач видит каждого пациента на фоне бесконечной вереницы больных, то для больного врач – человек необычный, уникальный, которому он вверяет свое благополучие, а то и жизнь» [4; 15].

Значимость морально-этического диалога для этико-деонтологической картины мира детерминирует наличие у концепта «больной» также функции субъекта в рамках концептуального концентра «врач – больной»: «Больной изучает своего врача прежде всего как человека: добр ли он, внимателен ли, участлив, спокоен или суетлив» [4; 16]. И в этом аспекте понятие «доверие больного» является релевантным понятию «авторитет врача» и рассматривается нами как признак нравственных отношений, основанных на вере в ответственность, ум, опыт, высокие душевные качества врача, т.е. имманентно содержит момент знания о враче. В этико-деонтологической картине мира доверие выполняет функцию прогнозирования соответствия образа врача идеальным представлениям о нем. Для экспликации содержания концепта «доверие» в МЭДТ возможен номинативно-семиотический способ. Так, вера во врача как аспект «доверия» эксплицирована в следующем прецедентном высказывании: *«Данное положение хорошо сформулировал Наполеон, который не раз повторял сформировавшуюся у него истину: «Я не верю в медицину, но верю в своего врача Корвизара»»* [6; 10].

Понятие «доверие больного» включает также аспект доверительности, прозрачности в коммуникации. Не вызывает сомнений тот факт, что при хорошем контакте с врачом больной любит своего «исцелителя», верит в него, принимает его советы, выполняет назначения. Таким образом, чувство доверия к врачу можно рассматривать как важнейший терапевтический фактор, способный помочь в борьбе с болезнью, но, несомненно, веру в выздоровление необходимо вселить в больного, а доверие – завоевать.

Однако следует иметь в виду, что психология страждущего осложнена, как правило, чувством тревоги и страха. При этом тревога как объективное состояние больного раскрывается в номинациях «страх», «тоска», «уныние», «бессилие»: *«Очевидно, что чем бы ни заболел человек, /.../, он страдает также от тревоги, страха, уныния, тоски, бессилия и прочих тягостных чувств. Он не понимает, что с ним случилось, он не уверен, смогут ли ему помочь доктора, он тревожится за свое будущее»* [4; 8]. В процессе экспликации этих смыслов больной выступает попеременно в функции субъекта и объекта: *«Ему нужна помощь двоякого рода: психологическая и чисто медицинская. Во-первых, он хочет быть уверенным, что ему искренне сочувствуют и сострадают, что его не бросят и останутся с ним до конца. Во-вторых, он хочет знать, что врач приложит все старания, чтобы облегчить страдания плоти»* [4; 8].

Чувство тревоги, мнительности трудно выразить рациональными структурами, но следует иметь в виду, что они, с одной стороны, способствуют осмысливанию сложившейся ситуации, а с другой – активируют нелепые страхи, что находит свое проявление в речевом и невербальном поведении больного. Ведь «ощущение неопределенности», само «превращение потенциальной ситуации в действительную» могут определять «деонтологическую модальность, обусловленную нормами поведения в

социосфере». *«Выдающийся отечественный врач и педагог профессор Б. Е. Вотчал описывал случай, происшедший с ним в начале его деятельности.*

...Во время обхода в палате ассистент показал ему больного, находившегося на лечении по поводу инфаркта миокарда и готовящегося к выписке. Б. Е. Вотчал, осматривая больного, сказал, что его не следует выписывать, так как ему не нравятся тоны сердца. Больного оставили в клинике. Ночью у него развился повторный инфаркт миокарда и он скончался.

Наутро больной, находившийся рядом с умершим, рассказал профессору, что тот очень расстроился после обхода, был обеспокоен и говорил: «Когда я сам чувствовал, что умираю, приходил Борис Евгеньевич, и ему всегда нравились тоны моего сердца. Если сейчас даже ему они не нравятся – мои дела плохи» [7; 39].

Тревога и страх детерминируют низкую степень самооценки больного, актуализируют неуверенность в себе, которые становятся порой доминантой образа больного: *«Как-то один из выдающихся московских терапевтов заболел и пригласил к себе моего учителя В.А. Каневского, которого он очень уважал и ценил как практического врача. После осмотра тот сказал: «Ну что же, М.С., у вас банальный легкий энтероколит, надо попринимать фталазол по 2 таблетки 4 раза в день». – «В.А., а когда их принимать, до еды или после?» А ведь этот профессор заслуженно славился своим искусством врачевания» [4; 84].*

Доверие к врачу, хотя и осложняется многочисленными сомнениями больного, вызванными неуверенностью в своих силах, чувством страха, тревогой, но неукоснительно растет и крепнет вместе с возникающим ощущением признательности, благодарности за лечение, заботу и внимание со стороны доктора, что раскрывается в следующей номинации: любовь благодарных больных находит отражение в том, как они называют врача:

«Благодаря своей доступности и сердечной отзывчивости А.И. Мещанинов прочно завоевал доверие и любовь людей: его называли «народным врачом», «народным профессором»» [3; 48];

«Этот старик был главный врач московских тюремных больниц Фридрих Иосиф Гааз – «Федор Петрович», как называла его «вся Москва». /.../ Они знали, что это «Федор Петрович», что это «святой доктор» и «божий человек», как привык звать его народ» [3; 38].

В заключение хочется подчеркнуть: болезнь является базовой составляющей медицинского этико-деонтологического текста, определяющей отношения субъекта и объекта, т.е. врача и больного, и победа над ней во многом зависит от врачебной коммуникации, от усилий врача, направленных на вселение веры в него больного. Другими словами, «рекомендуется стремиться к тому, чтобы пациент почувствовал сочувствие врача к его страданиям и глубокую заинтересованность в установлении диагноза».

Литература:

1. Аксенова Е. Д., Мирзоева В. М., Кузнецова А. А. Роль невербальной составляющей профессионального диалога врача с больным // Вестник

Тверского государственного университета. – Тверь, 2015. – № 3. – С. 245-249.

2. Аксенова Е. Д., Мирзоева В. М., Мирзоева Е. З., Модальность научного (медицинского) текста на материале текстов оториноларингологии // Современные исследования социальных проблем. – Красноярск, 2016. - № 4-1 (28). – С. 154-161.
3. Вагнер Е. А., Росновский А. А. О самовоспитании врача. – Пермь: Кн. изд-во, 1976. – 156 с.
4. Магазаник Н. А. Искусство общения с больными. – М.: Медицина, 1991. – 112 с.
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. – Тверь, 2017. – № 1. – С. 207-211.
6. Чикин С. Я. Современные проблемы биомедицинской этики. – М.: АО «Чертановская типография», 1995. – 122с.
7. Шапов И. А. Врач и больной. – М.: Изд-во УДН, 1986. – 168 с.