

РЕЧЕВОЕ ОБЩЕНИЕ ВРАЧА С БОЛЬНЫМ С ПОЗИЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКИ И ДЕОНТОЛОГИИ

Мирзоева В.М., Аксенова Е.Д., Кузнецова А.А., Макарова Н.Ф.

ФГБОУ ВО Тверской государственный медицинский университет Минздрава России

Аннотация: В данной статье рассматривается проблема речевого общения врача с больным в аспектах медицинской этики и деонтологии. Анализ медико-деонтологических текстов позволил описать и проанализировать интенции речевого поведения врача, понимание которых является своеобразным инструментом улучшения профессионального речевого общения.

Ключевые слова: речевое общение, профессиональное поведение врача, медико-деонтологический текст, коммуникативно-речевые интенции, экстралингвистические условия коммуникации

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 качестве четвертой составляющей социальных отношений некоторые авторы представляют диаду «врач – общество», однако данную сферу вряд ли следует рассматривать в контексте речевого общения. В рамках статьи авторы сознательно ограничиваются анализом лишь одной сферы, а именно сферы «врач – больной», так как именно здесь в большей степени реализуется представление об идеальном культурном коммуникативном образе врача [1, 2], который создается с учетом гуманитарной парадигмы. В первую очередь в коммуникации отражается установка современной медицины на реализацию гуманитарной парадигмы в изучении и понимании человека. «Мы живем в такое время, когда недостаточно одного лишь знакомства с народами других стран, когда помимо знаний требуется еще и понимание друг друга» [3; 71].

Этически предписываемое профессиональное поведение врача рассматривается в лингвистике как совокупность речевых и невербальных действий, ориентированных на пациента (что можно рассматривать как модификацию важнейшей нормы медицинской этики: «Прежде всего не навреди!»). Ориентация проявляется на трех уровнях: 1) когнитивном: профессиональных знаниях психологии больного, его мотивации, социальных характеристик, коммуникативных предпочтений и ожиданий и т.п.; 2) функциональном: выполнения миссии облегчения физических и психологических страданий, ее направленности на выполнение

индивидуальных потребностей пациента; 3) прагматическом: стремление субъекта - профессионала наилучшим образом установить и поддерживать контакты с пациентом. Рассмотрение речевого поведения врача, ориентированного на пациента, должно базироваться, с нашей точки зрения, в первую очередь на определении неязыковых условий общения, которые принимают участие в формировании контекста коммуникации[2]. Ситуация общения, опыт и знания коммуникантов, намерения в их отношении к коммуникации, статусно-ролевым характеристикам, предмету общения, психические и физические состояниям, определенные культурные и социальные факторы, оказывающие влияние на реализацию смысла высказывания, являются необходимой предпосылкой формирования ряда неязыковых условий коммуникации. *«Больных занимает любое, даже самое незначительное явление, связанное с болезнью, любая информация, любая возможность ее получения. Малейший жест врача или сестры, мельчайшая деталь их поведения не проходят мимо внимания больного, находящегося в состоянии «повышенной бдительности». 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»*[5; 68-69]. Следует подчеркнуть, что речевое взаимодействие врача и больного во многом объясняется действием механизмов, определяющих своеобразие атмосферы в клинической медицине в целом и в коммуникации в частности, и наиболее полно отраженных в понятиях медицинской этики «авторитет врача» и «доверие пациента». Эти понятия играют ключевую роль в нормативной моральной регуляции взаимоотношений медиков с больными. На наш взгляд, релевантным авторитету понятием становится доверие. Доверие означает повышение искренности в коммуникации, предполагает понимание и трактуется автором также как возможность передачи интимных мыслей и чувств. Существенным в содержательном плане феномена «доверие» является также отражение в нем таких состояний, как неуверенность в своих силах, сомнение в самооценках, неверие в свои способности. Доверие выполняет функцию прогнозирования, понимается как предвидение возможного поведения человека. Анализ феноменов «авторитет врача» и «доверие больного» с коммуникатороцентрических позиций показывает, что больной, авансирующий врача своим доверием, прогнозирует ответное понимание своих коммуникативных ожиданий и предполагает реализацию этого понимания в речевом поведении врача.

Например, как положительные оцениваются номинации, обращения, подчеркивающие **уважение к собеседнику, доброжелательность, личностный подход к нему, выделяющие его положительные качества:***рыбонька, зайка, миленькая, моя хорошая, лапонька, солнышко, умница* и под.

Как отрицательные воспринимаются обращения, в которых содержится **агрессия, ирония, безразличие, подчеркиваются отрицательные качества собеседника:***больной, пациент, дамочка, мужчина, женщина* и под.

Подобным образом рассматриваются выражения, содержащие побуждение к действию (среди которых положительно оцениваются воспринимающиеся как **совет, поддержка, просьба, ориентирующие в поведении профессионала и подсказывающие нужные действия:***берегите себя, больше не болей, будьте здоровы, никогда не отчаивайтесь* и под.; отрицательно оцениваются высказывания, **директивно регулирующие поведение собеседника, демонстрирующие неприятие, отказ от контакта, угрозу, упрек:***быстрее, выйдите и подождите за дверью, давайте побыстрее, мненекогда с вами сидеть, закройте дверь* и под.), оценку собеседника и его действий (среди которых положительно воспринимаются **похвала, комплимент, демонстрация внимания, восхищения, подчеркивание правильности действий, нацеленность на положительный результат в будущем:***все будет хорошо, вы обязательно поправитесь, молодец, мы с этим недугом справимся* под.; отрицательно оцениваются **негативные оценки, упреки и угрозы, отсутствие перспектив:***ваши анализы оставляют желать лучшего, болит и будет болеть* и под.).

Отмечается желание респондентов увидеть в профессионале заботливого, внимательного, образованного специалиста, который быстро решит все проблемы, а также боязнь проявлений у него грубости и безразличия. На основании сказанного можно составить положительный и отрицательный портреты врача: врач должен быть *образованным, внимательным, добрым, вежливым, профессионалом, умным, ответственным, аккуратным, коммуникабельным, отзывчивым*; врач не должен быть *грубым, нервным, злым, равнодушным, безответственным, необразованным, глупым, невнимательным, неаккуратным*.

На наш взгляд, приведенные выражения, вызывающие позитивную реакцию опрошенных неспециалистов, отражают скорее представления о толерантном собеседнике, нежели о культурном идеале врача, поскольку в методике исследования не учтены экстралингвистические условия коммуникации, являющиеся весьма значимыми в контексте врачебного общения.

Коммуникативно-речевые интенции, получающие экспликацию в речевом поведении врача, в афористичной форме наиболее полно сформулированы одним из основоположников отечественной медицинской этики и деонтологии М. Я. Мудровым: «Зная взаимные друг на друга действия души и тела, долгом своим почитаю сказать, что есть и душевные лекарства,

которые врачуют тело. Они почерпаются из науки мудрости, чаще из психологии. Сим искусством печального **утешишь**, сердитого **умягчишь**, нетерпеливого **успокоишь**, робкого **сделаешь смелым**, скрытного **откровенным**, отчаянного **благонадежным**. Сим искусством сообщается та твердость духа, которая побеждает телесные боли, тоску, метания». Мы считаем закономерным утверждение о том, что именно установки на **утешение, успокоение, ободрение, снижение негативной реакции, вселение оптимизма, экспликацию психологической поддержки** следует рассматривать как интенции речевого поведения врача, актуальные применительно к медицинской этике и деонтологии. Приведем в пример следующий текстовый фрагмент: *Однажды утром перед обходом сестра доложила, что минувшей ночью вновь ухудшилось состояние одной из наших больных, которая и раньше не поддавалась лечению. Слушая это, я впал в отчаяние: как помочь несчастной женщине? Как посмотреть ей в глаза, что ей сказать, как показаться в палате, где все больные видят твою беспомощность? Виктор Абрамович тоже был расстроен. Но вот мы входим в палату, он садится у постели этой больной, **несколько минут молчит, с состраданием глядя на нее, вздыхает и искренне говорит: «Бедная, как же тяжело было вам этой ночью!»** (а я побоялся бы говорить об этом и сделал бы вид, что ничего плохого не произошло). «Ну, что ж, займемся делом». Я вижу, Виктор Абрамович вроде бы еще ничего не сделал, даже пульс не успел пощупать, но больной уже легче, исчезло выражение враждебности и отчуждения. Каневский тщательно обследует ее, задает вопросы, и, как будто невзначай, **подчеркивает мелкие детали, которые имеют положительное значение.** «Стало быть, зуд стал поменьше? **Отлично! И стул был! Хорошо!**». **Обращаясь ко мне, он говорит: «Экстрасистол сегодня определенно меньше, да и давление хорошее».** Я понимаю, что все это не имеет решающего значения, но больной становится легче. Самое главное, Виктор Абрамович не обманывает ее – она и сама ощущает перебои и знает, что сегодня их меньше. В заключение он говорит: **«Голубушка, конечно, положение трудное, но все-таки сдаваться мы с вами не будем. Кое-что в лечении надо будет изменить, а там посмотрим, К сожалению, быстрых успехов ждать не приходится, но безнадежным ваш случай никак не назовешь»** [4; 3-4].*

В приведенном примере мы можем наблюдать реализацию установок на эмпатию, сострадание, экспликацию позитивной оценки, снижение негативной реакции, психологическую поддержку и др. Следует отметить, что реализованы данные установки в вербальных образованиях различной степени сложности и в различной степени эксплицированы.

Описывая с лингвистической точки зрения речевое общение врача с больным, следует учесть практико-деонтологический подход, при котором значимыми оказываются контекст коммуникации, понимаемый в узком смысле, установка на «щажение» психики больного, с одной стороны, с другой – постижение душевного состояния, чувств, потребностей как больного, так и

врача, являющихся партнерами по общению. Таким образом, понимание коммуникативных отражений речевого общения является своеобразным инструментом улучшения взаимодействия врача и больного и, как следствие, положительно сказывается на качестве профессиональной деятельности врача.

Литература

1. Аксенова Е.Д., Мирзоева В.М. Национально-культурный компонент в языковой картине мира (на примере паремиологии) // Взаимодействие языков и культур при изучении русского языка иностранцами. Актуальные проблемы изучения и преподавания РКИ в вузе: материалы III Международной научно-практической конференции. 2014. С. 117-123.
2. Аксенова Е.Д., Мирзоева В.М., Мирзоева Е.З. Модальность научного (медицинского) текста (на материале текстов оториноларингологии // Современные исследования социальных проблем. 2016. № 4–1(28). С. 154 – 161.
3. Баженов Д.В., Иванов А.Г., Мирзоева В.М., Психолого-педагогические факторы успешности подготовки иностранных учащихся в медицинском вузе // Высшее образование в России. № 11/11. 2011. С. 70-75.
4. Магазаник Н.А. Искусство общения с больными. М.: Медицина, 1991. 112 с.
5. Харди И. Врач, сестра, больной. Психология работы с больными. Budapest: AkademiaKiado. 1981. 286 с.