

ПРАКТИКО-ДЕОНТОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД К РЕЧЕВОМУ ПОВЕДЕНИЮ ВРАЧА

Мирзоева В.М., Аксенова Е.Д., Кузнецова А.А., Мирзоева Е.З., Бородинна Е.Ю.

*ФГБОУ ВО Тверской государственный медицинский университет
Минздрава России*

PRACTICE-ETHICAL APPROACH TO THE VERBAL BEHAVIOR OF THE DOCTOR.

*Mirzoeva V.M., Axenova E.D., Kuznetsova A.A., Mirzoeva E.Z., Borodina E.Y.
Tver State Medical University*

Аннотация: В статье представлены результаты лингвистического анализа речевого поведения врача в общении с пациентом с точки зрения норм медицинской этики. В центре внимания работы находится системное описание стратегий речевой деятельности врача, которые оправдывают коммуникативные ожидания пациента

Summary: The article presents the results of the linguistic analysis of the speech behavior of the doctor in communication with the patient from the point of view of the norms of medical ethics. The focus of the work is a systematic description of the strategies of speech activity of the doctor, which justify the communicative expectations of the patient

Ключевые слова: речевое поведение врача, особенности психологии общения с больным, типология коммуникативных ожиданий больного.

Key words: speech behavior of the doctor, features of psychology of communication with the patient, typology of communicative expectations of the patient.

Профессиональное поведение врача рассматривается нами 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. « Многоаспектное исследование <...> различных уровней <...> данного феномена, способствует расширению научных представлений о его природе» [3; 155]. 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. Подобная интерпретация контекста характеризует его с когнитивно-прагматических позиций. При этом необходимо понять, какой должна быть ментальная репрезентация языкового знания, и как это знание «когнитивно» перерабатывается. 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.

Рассматривая особенности психологии общения с больными, исследователи отмечают такие характерные для больного состояния личности, влияющие на формирование системы ценностей, как *общая неуверенность, чувство беспомощности, страх и беспокойство, направленные на будущее, сомнения, опасения, озабоченность, взволнованность, иногда, напротив, внутреннее оцепенение, «парализованность», в особо драматичных ситуациях безнадежность, бесперспективность, отчаяние* [8; 101], [1; 266-272]. Данные состояния личности, стимулируя откровенность и самораскрытие с одной стороны, с другой – являются причиной особой бдительности в 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*** [8; 68-69]. О данной особенности коммуникативных ожиданий больного говорит большинство авторов медицинских этико-деонтологических текстов (далее МЭДТ). Так, Н.А. Магазаник отмечает: *«Больной не знает, что с ним случилось, и поэтому хочет услышать название болезни, диагноз: ведь ничто так не питает страх, как неопределенность, неизвестность. ...Наконец, он жаждет ободрения, успокоения; он хочет услышать, что болезнь его не так уж страшна, что ему можно помочь»* [5; 34]. На эту особенность указывает и Ю.И. Бернадский: *«Больной должен услышать от врача слова ободрения, вселяющие надежду на благоприятный результат лечения»* [4; 70].

Проведенный нами анализ МЭДТ показал, что такое положение вещей в речевом взаимодействии 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. 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. Поэтому вполне закономерно утверждение о том, что, определив типологию эмоционально-психологических состояний и соответствующих им коммуникативных ожиданий больного, мы получим типологию целей и соответствующих им стратегий речевого поведения врача. Следует отметить, что материалом для составления типологии коммуникативных ожиданий больного в нашем исследовании служит эмпатический опыт авторов МЭДТ, что не противоречит, на наш взгляд, пониманию коммуникации как речевой деятельности, эффективность которой оценивается получателем информации. Результаты исследования представлены в нескольких больших группах выражений (например, номинаций, обращений), используемых специалистами в профессиональной коммуникации и воспринимаемых неспециалистами как положительные или как отрицательные. Например, как положительные оцениваются номинации, обращения, подчеркивающие **уважение к собеседнику, доброжелательность, личностный подход к нему, выделяющие его положительные качества: рыбка, 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, мне некогда 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** и 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. В результате исследования были составлены 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**. Отметим, что, принимая во внимание данные описания, мы, тем

не менее, не можем признать выводы репрезентативными при рассмотрении с позиций медицинской этики и деонтологии. 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. Сравним: приводя данные исследования, посвященного определению параметров русского коммуникативного идеала как важной категории коммуникативного сознания народа, И.А. Стернин приводит перечень признаков коммуникативного идеала, среди которых находим: *умеет слушать, умный, образованный, компетентный, эрудированный, веселый, с чувством юмора, оптимист, вежливый, воспитанный, с хорошими манерами, не грубый, тактичный, культурно, красиво говорит, грамотный, хороший русский язык, понимающий дружелюбный, доброжелательный, общительный, легкий в общении, умеет не спорить, соглашаться, ищет консенсус, не навязывает свою точку зрения, интересный, с разносторонними интересами, откровенный, открытый, искренний, спокойный, сдержанный, умеет дать совет, физически опрятный, аккуратный, приятно одет, интеллигентный, умеет убедить, владеет способами доказательства* [7; 54].

Другие исследователи, рассматривая вербальные аспекты психотерапевтической деятельности, определяют основную задачу специалиста в коммуникации как необходимость понять, не на вербальном, а мыслимом уровне, проблемы и мотивы пациента, осознать особенности его личности, абстрактно воссоздать условия ее формирования и функционирования.

Особую роль в этом играют 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» [6; 78]. 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. «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» » [2; 7]. Проиллюстрируем данные положения фрагментом МЭДТ:

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» [5; 3-4].

В приведенном примере мы можем наблюдать реализацию установок на эмпатию, сострадание, экспликацию позитивной оценки, снижение негативной реакции, психологическую поддержку и др. Данные проявления интенциональности врачебного речевого общения определяют оптимальный вариант коммуникации врача с больным. Таким образом, вариант речевого поведения врача в общении с пациентом с максимально возможной экспликацией позитивных оценок способствует не только эффективности диалога, но и может даже изменить эмоционально-психологическое состояние больного.

Литература

1. Аксенова Е.Д., Кузнецова А.А., Мирзоева В.М. Метатекстовые свойства вводно-модальных связующих средств на материале научных (медицинских) текстов. // European Social Science Journal/ 2014/ # 8-1 (47)/ С 266-272
2. Аксенова Е.Д., Мирзоева В.М., Кузнецова А.А., Мирзоева, Е.З., Шматко, Т.Ф. Базовые составляющие морально-этического диалога врача с больным. // Тверской медицинский журнал. 2018. (5). С. 5-9.

3. Аксенова Е.Д., Мирзоева В.М., Мирзоева, Е.З., Модальность научного (медицинского) текста (на материале текстов оториноларингологии). // Современные исследования социальных проблем. Филологические науки. № 4-1 (28). 2016. Красноярск. С. 154-161
4. Бернадский Ю.И., Бернадская Г.П. Врач и больной в стоматологии. К.: Здоровье, 1990. 152 с.
5. Магазаник Н.А. Искусство общения с больными. М.: Медицина. 1991. 112 с.
6. Мудров М.Я. Избранные произведения. М.: Изд-во Акад. мед. наук СССР. 1949. 294 с.
7. Стернин И.А. Модели описания коммуникативного поведения. Воронеж: Истоки. 2000. 183 с.
8. Харди И. Врач, сестра, больной. Психология работы с больными. Budapest: Akademia Kiado, 1981. 286 с.