

## **РЕЧЕВАЯ ИНТЕНЦИЯ ВРАЧА В ПОСТРОЕНИИ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ДИАЛОГА С ПАЦИЕНТОМ**

Фомина Наталья Вячеславовна, к.п.н., доцент кафедры общей и клинической психологии, ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России, Россия, Нижний Новгород

Акмеологическая модель успешной профессиональной деятельности специалистов «помогающих профессий» включает два фактора – профессиональные знания, умения и навыки и личностный фактор, который в профессии врача включает умение устанавливать эмоциональные контакты с пациентом, разговаривать с ним и слушать его.

В 50-х годах XX в. М. Балинт обратил внимание на тесную взаимосвязь биологических и психосоциальных причин в формировании болезни. Он ввел понятие «доктор как лекарство», подчеркнув при этом решающее значение личностных особенностей врача как субъекта общения в терапевтическом процессе, отметив динамическую природу уникальных эмоциональных отношений в системе врач-пациент. Он писал: «...лекарством, которым чаще всего пользуются в повседневной врачебной практике, является сам врач. Другими словами, важны не только пузырёк с микстурой или коробочка с таблетками, но и та манера, с которой врач прописывает их больному и даже атмосфера, в которой лекарство назначается и принимается». Поэтому профессия врача относится к типу профессий, в которой личностный фактор занимает важное место. И одна из личностных компетенций специалиста – это коммуникативная компетенция.

В современном контексте она определяется как это определенный уровень сформированности межличностного и профессионального опыта взаимодействия с окружающими, который необходим индивиду для успешного функционирования в профессиональной сфере и в обществе (В.П. Дуброва). Из этого определения следует, что коммуникативная компетентность зависит не только от индивидуальных свойств, но и от изменений в обществе, на которые вынужден реагировать врач. Нам важно

отметить еще один аспект этого понятия, о котором писал социальный психолог Ю.Н. Емельянов. Коммуникативная компетентность – не просто индивидуальное качество, а определенное состояние сознания людей, стремящихся понять друг друга.

Коммуникативная компетентность – это система, которая имеет сложную многоуровневую структуру и включает в себя базовый уровень (ценностно-смысловой) – предполагает отношение к пациенту как к ценности, как к активному соучастнику взаимодействия, содержательный уровень (построение программ и тактических планов врачебного общения) и инструментальный (операционный, технический) – умения и навыки эффективно управлять ходом общения, саморегуляция, регуляция эмоционального состояния и поведения пациента и т.п. Центральным компонентом общения врача является речевое общение, поэтому речевая коммуникативная компетентность важный аспект всей профессиональной деятельности врача и его общение с пациентом.

С конца 80-х – начала 90-х годов в современной медицине два парадигмальных подхода. Биомедицинская врач-ориентированная модель восходит к Гиппократу и оформилась в 18 веке. В ее основе лежит понимание пациента как механизма, который нужно лечить. Тут присутствуют врач-центрированные консультации, они обычно директивны: пациент отвечает на вопросы и практически не играет роли в постановке диагноза.

В 90-е годы была утверждена другая модель - биопсихосоциальная пациент-центрированная модель. Пациент-центрированная консультация ориентирована на то, что надо лечить не болезнь, а больного человека и - врач фокусируется на нуждах пациента, выслушивает его до конца до того, как поставить диагноз, и включает пациента в процесс выбора лечения и постановки диагноза. И в рамках дискурса появляются такие понятия, как пациент-центрированная коммуникация и совместное принятие решения врачом и пациентом.

## Пациент-центрированное общение для врача

(в отличие от ориентации врача на болезнь) подразумевает следующие цели:

- 1) выявление точки зрения пациента на заболевание;
- 2) понимание психосоциального контекста пациента;
- 3) достижение общих для врача и пациента целей лечения на основе ценностей пациента;
- 4) обучение пациента с учетом конкретного заболевания и типа его личности.

Результаты пациент-центрированного подхода во взаимодействии с врачом для пациента:

1. Обеспечение благоприятного климата общения, снижение конфликтности;
2. Снятие тревожности и понимание целей назначенного врачом лечения;
3. Рост доверия и желания сотрудничать с врачом в плане лечения болезни;
4. Достижение терапевтического союза – приверженности пациента требованиям врача в лечении заболевания

Патерналистский характер отношений "врач-пациент" может быть обусловлен следующими причинами:

- 1) врач недостаточно понимает важность процесса общения и поэтому не подготавливает коммуникативное пространство;
- 2) врач недостаточно осведомлен относительно собственных коммуникативных особенностей и возможностей, склонен к механистическому подходу, поэтому такое отношение экстраполирует и на пациента;
- 3) врач представляет пациента скорее как пассивного исполнителя его распоряжений, а не автономного и компетентного субъекта общения.

С другой стороны, подчеркивается неравномерность медицинского дискурса из-за разной компетентности его участников, его эмотивная заряженность, установка пациентов на некооперативное поведение.

Эффективная коммуникация «врач–пациент»:

- повышает точность, результативность разговора,
- умение поддержать пациента;
- увеличивает успех лечения;
- повышает удовлетворенность и пациента, и врача;
- развивает терапевтические взаимоотношения/

Коммуникация повышает клиническую эффективность как для пациента, так и для врача.

Отражением данных аспектов коммуникации врача является РЕЧЕВОЕ общение врача с пациентом. Начинать изучение необходимо с первого уровня речи - с уровня речевой интенции - коммуникативного намерения говорящего. Интенции отражают их актуальное состояние, смысловые позиции, установки, видение ситуации. Интенции связаны с взаимопониманием, взаимодействием общающихся сторон и формирующихся в результате отношений собеседников

В ходе проведенного исследования при анализе смоделированных ситуаций общения врача и пациента выделялись:

- тип общения врача в диалоге с пациентом – это показатель отношения субъекта речи к собеседнику, инициативность в общении, направленность на дело, на собеседника или, напротив, пассивность;
- тип реакции врача на действия или слова пациента – отражает интенциональную направленность субъекта речи на то или иное речевое действие в ходе врачебной практики.

На основании исследования сделаны следующие выводы:

- Коммуникативно-речевая компетентность врача формируется на уровне интенции, которая определяет направленность в общении

- Рефлексия коммуникации и характера взаимодействия врача и пациента на приеме может способствовать развитию комплаентных отношений и снижать конфликты в общении.
- Необходимость в специально созданных образовательных программах в обучении коммуникации врачей и среднего медицинского персонала.