DOI: 10.17117/na.2015.12.03.372

<http://ucom.ru/doc/na.2015.12.03.372.pdf>

Поступила (Received): 31.12.2015

Кравченко Л.М.

Причины коммуникативных неудач в общении врача с пациентом (на примере немецкого языка)

Kravchenko L.M.

Causes of breakdown in the doctor-patient communication

Статья посвящена рассмотрению основных причин коммуникативных неудач в общении между пациентом и врачом. Анализируются коммуникативные барьеры различных типов между коммуникантами, снижающие эффективность общения и негативно влияющие на качество лечебного процесса

Ключевые слова: коммуникативная неудача, коммуникативный барьер, общение между пациентом и врачом

The paper deals with the causes of breakdown in the doctor-patient communication. Communicative barriers between patient and doctor are analysed

Key words: communication breakdown, communicative barriers, doctor-patient communication

Кравченко Ли́я Миха́йловна

Кандидат филологических наук, старший преподаватель
Волгоградский государственный университет
г. Волгоград, пр. Университетский, 100

Kravchenko Liya Mikhaylovna

Candidate of Philological Sciences, Senior lecturer
Volgograd state university
Volgograd, Universitetskiy ave., 100

Взаимоотношения между врачом и пациентом – одна из важных проблем медицины. Сложности в коммуникации врач-пациент влияют на качество врачебной помощи и сказываются на течении лечебного процесса.

Наиболее часто встречающаяся жалоба, поступающая от пациентов, – неспособность практикующих врачей внимательно выслушать, дать ясные и понятные ответы и выявить сущность проблемы, с которой пациент пришел к врачу.

Подобная ситуация имеет место в условиях цейтнота, при наличии рутинных привычек у медперсонала, сформировавшихся в течение многолетней работы, а также является следствием его недостаточной коммуникативной компетенции.

Интеракция вследствие этого зачастую превращается в довольно формальную медицинско-бюрократическую процедуру. Главным движущим мотивом врачей, обремененных множеством других профессиональных обязанностей и озабоченных большим количеством пациентов, является как можно быстрее и полнее собрать информацию о пациенте, необходимую для постановки диагноза, назначения лечения, то есть выполнение их непосредственных профессиональных обязанностей. Пациенты же, попадающие в клинику,

ожидают от врачей не только профессиональной помощи и лечения, но и утешения, понимания, психологической поддержки в жизненной ситуации, внушающей обычно неуверенность и страх. Этот конфликт интересов, как свидетельствуют многочисленные социологические и лингвистические исследования [3, 4, 5], пронизывает все типы медицинского дискурса и является причиной большинства коммуникативных неудач. Тот факт, что наряду со сбором информации целью общения между врачом и пациентом является установление доверительных отношений с пациентом, с тем чтобы получить представление о его жизни и личности, для чего необходимо подойти к пациенту индивидуально, приспособиться к его языку и дать ему понять, что врач готов уделить ему много времени, часто игнорируется.

Адресату при этом отводится пассивная роль отвечающего на вопросы; его иницирующие высказывания регламентируются врачом, так как пациенты вынуждены использовать для них паузы, необходимые для графической фиксации врачом собранной информации; часто их высказывания прерываются или игнорируются врачом, если оцениваются им как нерелевантные.

Профессиональный медицинский язык, на котором говорят врачи, также является фактором, ограничивающим коммуникативные возможности адресата. Врач в ходе беседы озабочен скорее тем, чтобы перевести жалобы пациента, выраженные на бытовом уровне, на язык медицинских терминов и зафиксировать их в истории болезни, чем обратным процессом, нарушая одно из главных требований – необходимость приспособиться к языку пациента («Sprechen Sie Patientisch?» [2]). Врачи очень ценят пациентов, опытных в медицинско-бюрократических процедурах, способных дать исчерпывающую информацию о своей болезни в медицинских терминах быстро и четко, экономя время и усилия врачебного персонала. И напротив, пациенты, неопытные в этом отношении или негибкие, например, в силу преклонного возраста, задерживающие привычное течение беседы или прерывающие ее вопросами и замечаниями, оцениваются как трудные и не демонстрирующие кооперативного поведения.

Адекватное восприятие информации зависит также от наличия или отсутствия в процессе общения коммуникативных барьеров. Битянова [1] выделяет фонетический, семантический, стилистический, логический, социально-культурный и барьеры отношений.

Фонетический барьер может возникать, когда врач и пациент говорят быстро и невыразительно или на разных языках и диалектах, имеют дефекты речи и дикции.

Семантический (смысловой) барьер связан с проблемой жаргонов, свойственных людям определенных возрастных групп, профессий или социального положения (например, язык подростков, наркоманов, моряков, хакеров, жителей удаленных местностей и т.д.). Снятие такого барьера – актуальная проблема для представителей медицинской профессии, поскольку от его преодоления зависит успешность терапевтического контакта. Поэтому у врача должны быть навыки усвоения чужих семантических систем. В экстренных ситуациях правильно собранный анамнез, быстрый контакт с пациентом часто стоит человеку жизни. С другой стороны, бывает, что медработник сам провоцирует возникновение

смыслового барьера у пациента, без надобности используя профессиональные термины.

Возникновение стилистического барьера возможно при несоответствии речи врача ситуации общения, например при его фамильярном поведении, когда он не учитывает психологических особенностей людей и их психологического состояния (изменение сознания вследствие заболевания или приема лекарственных препаратов). Например: *Ich kenne keinen Alkoholiker, der die Wahrheit sagt!*

Когда врач проводит психопрофилактические беседы с пациентами перед всевозможными вмешательствами, обучает их навыкам приема лекарственных препаратов, использованию аппаратуры, знакомит с различными методиками здорового образа жизни, может возникнуть барьер логического непонимания, т.е. логика рассуждений врача может быть либо слишком сложна для пациента, либо казаться ему неверной или неубедительной. Логика доказательств пациента также может быть ошибочной с точки зрения врача: *Wer hat Ihnen denn diesen Blödsinn erzählt!*

Причиной возникновения социально-культурных барьеров может выступать восприятие пациента как лица определенной профессии, определенной национальности, пола, возраста, социального статуса. Врач должен быть готов к возникновению этого барьера и научиться толерантности вопреки своим субъективным предрассудкам и установкам.

В процессе общения врача и пациента могут возникать и барьеры отношений. Речь идет об отрицательных эмоциях, которые вызывает человек, причем причину этого часто трудно осознать, о формировании к нему отрицательного отношения. Для успешной работы врачу необходимо воспитать в себе некоторые профессионально важные качества личности: умение сохранять доброжелательность, соучастие, искреннее желание быть полезным, чувство человеческого достоинства; быть великодушным, снисходительным, готовым к спокойному повторению фундаментальных положений, с помощью которых больные избавляются от слабостей, ошибок, вредных привычек, от предрассудков, тенденциозности, предубеждений и суеверий.

Список используемых источников:

1. Битянова М.Р. Социальная психология. М., 2010. 368 с.
2. Bechmann S. Medizinische Kommunikation: Grundlagen der ärztlichen Gesprächsführung. Tübingen, 2014. 272 p.
3. Ehlich, K. et al. (Hrsg.) Medizinische und therapeutische Kommunikation. Diskursanalytische Untersuchungen. Opladen: Westdeutscher Verlag, 1990.
4. Löning, P., Rehbein, J. (Hrsg.) Arzt-Patienten-Kommunikation. Analysen zu interdisziplinären Problemen des medizinischen Diskurses. Berlin: de Gruyter, 1993.
5. Redder, A., Wiese I. (Hrsg.) Medizinische Kommunikation: Diskurspraxis, Diskursethik, Diskursanalyse. Opladen: Westdeutscher Verlag, 1994.