

Сікорська О. О.,
кандидат філологічних наук, доцент,
завідувачка кафедри суспільних наук
Одеського національного медичного університету

Шаніна О. С.,
кандидат філологічних наук,
старший викладач кафедри суспільних наук,
Одеського національного медичного університету

КОНФЛІКТНА МЕДИЧНА КОМУНІКАЦІЯ

Анотація. Стаття присвячується аналізу мовленнєвої поведінки учасників медичної комунікації у конфліктних ситуаціях, а також розглядаються причини виникнення конфліктних ситуацій у професійній діяльності медика. Встановлено, що конфліктна медична комунікація виступає у вигляді мовленнєвої взаємодії комунікантів, у результаті якої учасники відчують негативні емоції завдяки вербальному впливу один на одного, у зв'язку з тим, що іллокутивна домінанта мовної взаємодії характеризується наявністю зіткнення вербально виражених цілей. Конфлікт є складною системою інтерацій реципієнтів, що дає можливість характеризувати конфліктну медичну комунікацію з точки зору її фазових складових.

Метою нашого дослідження є опис мовленнєвої поведінки учасників медичного дискурсу у конфліктних ситуаціях спілкування. Це можуть бути конфліктні ситуації спричинені незадоволенням вимог і очікувань учасників, а також несправедливим, на їхню думку, розподілом яких-небудь обов'язків, переваг і спрямованих на досягнення конкретних результатів, часто пов'язаних з розбіжністю очікувань пацієнта з реальністю. Приводом може бути невідповідне уявлення про належну поведінку медичного персоналу (брутальність, нечемність), проведення процедур (нерегулярність, непунктуальність, недбалість), санітарно-гігієнічні умови перебування в стаціонарі (бруд, шум, запах), неправильна діагностика або неправильне призначення терапії, а також конфлікти, які мають на меті відкрите вираження негативних емоцій, що нагромадилися, образ ворожості, коли гостра конфліктна взаємодія стає не засобом досягнення конкретного результату, а самоціллю і нерідко зумовлені упередженим ставленням пацієнта до медичної служби в цілому або до окремого лікаря зокрема, а також емоційне спілкування.

Емоції представляють собою частину захворювань пацієнта, тому ідентифікація різних переживань та адекватне реагування на них лікарем має важливий терапевтичний характер у медичному дискурсі.

Ідентифікацію емоцій ми здійснили на основі декількох видів інформації – невербальної, паравербальної (просодичної) та вербальної.

Ключові слова: медична комунікація, конфлікт, дискурс, медичний дискурс, комунікативний акт, конфліктне спілкування.

Сучасні дослідження в галузі прагмалінгвістики відображають зростання інтересу вчених до мовленнєвої взаємодії комунікантів у ситуаціях, що характеризуються недотри-

манням максим принципу комунікативного співробітництва, а саме у конфліктних ситуаціях спілкування. Проблема порушення принципу комунікативного співробітництва торкається навіть тих ситуацій спілкування, які орієнтуються на комунікативну згоду. Це стосується конфліктних ситуацій, в яких цілком втрачено комунікативну мету досягнення консенсусу. У таких випадках мовленнєва поведінка комунікантів відзначається застосуванням особливого, конфліктного дискурсу, стратегія якого зорієнтована на конфронтацію. Втім, кожному комунікативну модель можна описати з точки зору наявності чи відсутності в ній конфлікту – саме такий аспект цікавить науку конфліктологію, завданням якої є дослідити механізми виникнення комунікативних конфліктів, їхні причини і способи запобігання та вирішення, і врешті – спробувати віднайти найефективніші засоби досягнення толерантності в міжособистісних і суспільних стосунках.

Якщо психологічні, соціологічні важелі врегулювання конфліктів обговорювали досить плідно (А. Ішмуратов, К. Павлова, Дж. Скотт, В. Шейнов, R. Fisher, W. Uri, M. Godowski та ін.), то мовознавці зацікавилися проблемами конфліктної вербальної поведінки лише віднедавна. Зокрема, у їхньому полі зору перебували апарат стратегій і тактик суб'єктів у конфліктному дискурсі (Т. Артеменко, В. Рудякова, О. Фадєєва, Л. Шкатова), гендерні особливості мовленнєвої взаємодії у конфлікті (Н. Мартисюк, К. Піщікова), особливості прояву вербальної агресії (І. Бублик, В. Жельвіс, R. Aman). Меншу увагу приділено типам мовленнєвих жанрів, які функціонують у межах конфронтативного дискурсу і визначають його природу.

Отже, зусилля сучасних дослідників конфліктного спілкування спрямовані на створення лінгвістичної моделі конфліктної мовленнєвої взаємодії, що, в свою чергу, потребує системного аналізу конфліктного дискурсу та його різновидів.

Метою нашого дослідження є опис мовленнєвої поведінки учасників медичного дискурсу у конфліктних ситуаціях спілкування.

У спілкуванні між лікарем і пацієнтом центральну роль відіграє не лише слово, а й невербальна мова. Яке важливе значення іноді має лише мовчання лікаря!

Обмін мовними діями учасників спілкування має свою назву в комунікативній лінгвістиці – комунікативний акт [1, с. 152].

Якщо говорити про конфліктну комунікацію, як про типовий різновид класичної комунікативної взаємодії, очевидним

стане структурна ідентичність класичного комунікативного акту і конфліктної інтеракції. Вважаємо, що конфліктною комунікацією виступає мовленнєва взаємодія комунікантів, у результаті якої учасники відчують негативні емоції завдяки вербальному впливу один на одного, у зв'язку з тим, що ілюктивна доміанта мовної взаємодії характеризується наявністю зіткнення вербально виражених цілей. Конфлікт є складною системою інтеракцій реципієнтів, що дає можливість характеризувати конфліктну комунікацію з точки зору її фазових складових.

Враховуючи той факт, що конфлікти є невід'ємною частиною професійної діяльності і необхідною умовою для її розвитку [2, с. 15], медична комунікація не є винятком, особливо враховуючи її потенційну конфліктність.

Отже, у спілкуванні “лікар-пацієнт” є дві проблеми: чинник часу та різні “мовні світи”. За допомогою зорового контакту лікар може заспокоїти пацієнта. Простий ескіз пояснює більше, ніж детальні вербальні пояснення для розуміння пацієнта. У багатьох країнах студенти-медики вивчають в університеті форми спілкування з пацієнтами. Виникає питання, чи студенти вміють пояснювати власні знання, здобуті на професійній лексичній, немедичній? Чи здатні вони передати суть медичної термінології загальнозрозумілою мовою? Ці питання, на жаль, часто залишаються без відповіді. Однак реальність свідчить про необхідність вдосконалення комунікативної складової роботи лікаря.

Чому, як і на якому рівні виникають труднощі взаєморозуміння у розмові між лікарем і пацієнтом? Перш ніж відповісти на це питання, треба розуміти, що йдеться про різні ситуації. Перший візит до лікаря побудований по-іншому, ніж, наприклад, підготовка лікарем пацієнта до операції. Для того, щоб нівелювати перешкоди до максимального взаєморозуміння між лікарем і пацієнтом, потрібно використовувати спеціальний підхід залежно від конкретного випадку.

Що варто сказати пацієнтові в тій чи іншій ситуації? Як йому це сказати? “Що” і “як” стосується також і мовного висловлення з боку пацієнта. Тут теж існують певні ситуативні й інтерактивні правила. З іншого боку, багато пацієнтів відчувають, що вони не можуть правильно пояснити лікарю свій стан. Найчастіші причини цього: нездатність підібрати відповідні вирази; так зване комунікативне домінування, тобто надмірна балаканина, пацієнт висловлює більше інформації, ніж потрібно [3, с. 16].

Треба виділити окремі випадки, коли найчастіше виникають конфлікти між лікарем і пацієнтом:

- поширений конфлікт між професійною та побутовою мовою: пацієнт просто не розуміє, що каже або пише лікар. Наприклад, “Обстеження з приводу підозри на *Vitium cordis*”; “Спондильоз”; “Стан після *Zoster oticus*”. У таких випадках медична лексика не впливає на пацієнта заспокоїливо, а навпаки ще більше його заплує і часто призводить до хибних інтерпретацій слів лікаря;

- пацієнт неправильно розуміє інформацію. Здебільшого через плутанину термінів: *гіпотензія* – це щось інше, як *гіпертонія*;

- пацієнт вважає, що все, що говорить лікар – це лише спроби заспокоїти та приховати правду щодо його стану. Такі пацієнти схильні інтерпретувати слова лікаря більш у негативному світлі, ніж є насправді;

- пацієнт вважає, що лікар йому щось недоговорює. Це відбувається, якщо лікар не пояснює пацієнтові його стан після огляду;

- пацієнт або його сім'я не отримують інформацію про стан хворого аж доки ситуація не є критичною.

Ми намагаємось систематизувати спілкування між лікарем і пацієнтом та труднощі, які виникають у цьому випадку, опираючись здебільшого на емпіричні обстеження. Тут можна звернутись до психосоціальних категорій надмірної стимуляції та недостатньої стимуляції, тобто: якщо пацієнт отримує занадто мало словесної інформації, то нам доводиться мати справу з недостатньою стимуляцією або якщо потік інформації від лікаря надто інтенсивний (занадто багато іноземних слів), тоді спостерігаємо надмірну стимуляцію.

Особливо ускладненим є конфліктне спілкування лікарів з родичами хворих, які страждають від термінальних захворювань. У таких випадках діагностичні заяви викликають емоції високої інтенсивності, повністю порушуючи хід комунікації та надаючи їй іраціонального характеру. Єдиним виходом з таких ситуацій є апеляція лікаря до власної інституційної влади за допомогою докору і навіть погрози на адресу осіб, які порушують канони інституційної поведінки.

Різниця у рівні інформованості пацієнта та родича часом може бути підставою для виникнення непорозумінь, конфліктів у спілкуванні в родині та з медичними працівниками, та ізоляції хворого [4, с. 89].

Найчастіше подібна ситуація виникає у випадках, коли прогноз хвороби пацієнта є поганим. “Негативні новини” у членів родини запускають переживання ряду психологічних реакцій, які можуть реалізуватися у надмірній турботі, гіперопіці, чи навпаки дистанціюванні від пацієнта, перешіптування членів сім'ї та припинення розмов про захворювання, коли хворий заходить до кімнати, відведенням погляду, мовчанням, спробами задовольнити найменші побажання пацієнта. Така зміна поведінки родичів у пацієнта, який не має реальної інформації щодо свого стану, часто викликає нерозуміння, настороженість, відчуття обману зі сторони рідних та медичних працівників. Пацієнт інтуїтивно відчуваючи негативні зміни у своєму стані, ставленні до себе оточення, і неможливість проговорити свій стан та потреби залишається на самоті зі своїми переживаннями і проблеми, що є підґрунтям в тому числі і для розвитку психічних розладів.

Подібна комунікативна проблема може виникати як наслідок:

- Відсутності достатніх компетенцій лікаря щодо повідомлення “негативних новин” обумовлених: малим стажем медичної практики та відсутністю досвіду роботи з тяжким контингентом пацієнтів; особистою позицією лікаря “негативні новини забирають у хворого надію, приводять до депресії, суїцидальних думок, тому краще незнання, ніж гірка правда”; байдужістю до ситуації та стану пацієнта.

- Складності психологічного чи психосоціального статусу пацієнта: психічні розлади, що можуть загостритися чи повернутися на фоні додаткового стресу; суїцидальні висловлювання чи спроби в анамнезі; тиск родини на лікаря та адміністрацію закладу.

Конфліктні ситуації, які трапляються в професійній діяльності, можуть бути результатом недостатнього володіння вміннями та навичками спілкування і розуміння, відсутністю

співчуття до пацієнта, невмінням уважно слухати, станом здоров'я пацієнта. Грубість і роздратованість пацієнтів, викликані станом здоров'я, лікарі можуть сприйняти на власний рахунок і відповідно зреагувати. Таким чином виникають конфлікти, що призводять до формування психологічних проблем (стресів, дратівливості, невротів, депресії), взаємна напруга і невдоволеність. Усе це дуже впливає на професійну діяльність і нервово-психологічний стан як лікаря, так і пацієнта [5, с. 103–104].

Варто зазначити, що у комунікативних ситуаціях, ускладнених емоціями високої інтенсивності (осуд+обурення), лікар вимушений демонструвати комунікативну владу шляхом демонстрації корпоративної солідарності, посилання на професійні знання та ексклюзивне право приймати рішення. Метою таких заяв є підтримка авторитета лікаря повернення дискурсу в інституційне русло: *Я гадаю, що на той момент це було єдине правильне рішення.*

Вираження направлених емоцій високої інтенсивності може створювати серйозні перешкоди у розвитку комунікації. У наведеному нижче висловлюванні докору осуд супроводжується емоцією обурення, надаючи дестабілізуючий вплив на лікаря, пацієнта і ситуацію в цілому. Це призводить до таких явищ, як незакінчені речення, паузи, оклична просодія. Репліки лікаря провокують негативну реакцію пацієнта, зниження його комплаєнтності.

Наприклад,

Пацієнт: Так, пишіть – нормально все. Не потрібно мені зараз проходити нічого!

Лікар: Ну, в такому випадку Ви візьміть, самі собі напишіть, якщо вважаєте себе...

Пацієнт: Що?

Лікар: Ну, сам...Навіщо було взагалі приїздити! Самі б написали – у мене все добре... в довідці!

Пацієнт: НЕ ПОТРІБНО мені більше ніяких обстежень!

Або:

Лікар: Так, бачу-бачу, аналізи у Вас в нормі, тож можете бути спокійні.

Пацієнт: Як у нормі? А гній?

Лікар: Ви на себе наговорюєте. У Вас нічого немає.

Пацієнт: Ви нічого не розумієте! Звідки ж тоді гній?

Лікар: А Ви приходьте до мене з цим гнійним вмістом.

Пацієнт: Смішно. Як же я можу прийти до Вас саме в цей момент?

Лікар: Я Вам вкотре повторюю у Вас все в порядку.

Пацієнт: Я все зрозумів, у мене точно якась невиліковна хвороба, то Ви не хочете казати. Ой, ну Вас, все одно помирати...

Серед деяких емоцій в усній медичній комунікації поширені такі емоційні прояви, як пригніченість, відчай, які виконують компенсаторну функцію. Зазначені емоційні прояви, з одного боку, ірраціоналізують усний медичний дискурс, викликаючи такі явища, як порушення його когерентності, погіршення якості мовлення хворих, ігнорування правил інституційної поведінки, що призводить в деяких випадках до комунікативних збоїв. З іншого боку, їх вираження слугує цінним джерелом інформації для лікаря, що є важливим сигналом особливостей адаптації пацієнта до захворювання і до нових обставин життя.

Для розглянутих емоцій характерний загальний прототипний пропозиційний компонент – наявність трагічних, або вкрай небажаних обставин, подій, не підвладних контролю пацієнта,

які перешкоджають нормальному перебігу його життя. Такі емоції часто супроводжують серйозні, або термінальні захворювання. На рівні просодії пригнічений стан маркує повільний темп висловлювання висловлювань, використання пауз як пошукового характеру (гезитації), так і пауз, що свідчать про небажання пацієнта продовжувати обговорення емоціогенної теми. Мовленнєві відрізки продукуються тихим і зазвичай глухим голосом, без помітного інтонаційного виділення рематичної інформації. Висловлювання пацієнтів в пригніченому стані часто включають односкладні або короткі відповіді, позбавлені когерентності. Зазначені особливості призводять до того, що для дискурсу таких пацієнтів характерна малоінформативність.

Отже, прояв емоцій лікарями обмежений нормами їхньої інституційної поведінки. Вербальні негативні емоції містять некатегоричні, або імпліцитно виражені емотивні оцінки. Метою емоцій роздратування, обурення, осуду, несхвалення є перш за все вираження особистого відношення з метою надання психоемоційної дії на пацієнта. Експлікація лікарем емоцій високої інтенсивності надає дестабілізуючий вплив на ситуацію, викликаючи серйозні комунікативні перешкоди і навіть конфліктні ситуації.

У будь-якому випадку ключовою є інтерпретація самим пацієнтом комунікативного процесу.

У підсумку, варто особливо наголосити, що передусім потрібне відповідне навчання студентів в університетах, а саме впровадження у навчальний процес елективних курсів з комунікативної лінгвістики, комунікативної компетентності, конфліктології та деонтології, що б допомогло майбутнім лікарям залежно від конкретної ситуації якомога краще інтерпретувати медичну термінологію загальнозрозумілою мовою. Університети які впроваджують такі курси в навчання медичних студентів, залучаючи відомих лікарів з довголітнім досвідом, стануть в майбутньому прогресивними навчальними закладами, що забезпечить високий рівень підготовки майбутніх лікарів.

Література:

1. Шаніна О. С. Медичний дискурс: комунікативно-прагматичний і сугестивний аспекти : дис. ... канд. філол. наук: 10.02.01. Одеса, 2015. 265 с.
2. Гришина Н. В. Психологія конфлікту. СПб., 2003. 463 с.
3. Heer, Friedirch. Europäische Geistesgeschichte, Stuttgart (W. Kohlhammer Verlag) 1953. 1953.
4. Асимов М. А., Мадалиева С. Х., Ерназарова С. Т., Алибаева Р. Н. Коммуникативная компетентность медицинской сестры в конфликтной ситуации. *Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований*. 2014. № 11. С. 87–89.
5. Філоненко М. М. Психологія спілкування. *Навчальний посібник*. Київ, 2008. 224 с.

Sikorska O., Shanina O. Conflict Medical Communication

Summary. The article is devoted to the analysis of speech behavior of participants of medical communication in conflict situations, and also the reasons of occurrence of conflict situations in professional activity of the doctor are considered. Conflicting medical communication has been found to be a verbal interaction of communicators, as a result of which participants experience negative emotions due to verbal influence on each other, due to the fact that the illocutionary dominant of verbal interaction is characterized by a clash of verbally expressed goals. Conflict is a complex system of recipient interactions, which makes it

possible to characterize conflicting medical communication in terms of its phase components.

The aim of our study is to describe the speech behavior of participants in medical discourse in conflict situations of communication. These can be conflict situations caused by dissatisfaction with the requirements and expectations of participants, as well as unfair, in their opinion, the distribution of any responsibilities, preferences and results-oriented, often related to the discrepancy of patient expectations with reality. The reason may be inappropriate perception of the proper behavior of medical staff (brutality, rudeness), procedures (irregularity, non-punctuality, negligence), sanitary and hygienic conditions in the hospital (dirt, noise, odor), incorrect diagnosis or incorrect appointment of therapy, as

well as Conflicts aimed at open expression of accumulated negative emotions, the image of hostility, when acute conflict interaction becomes not a means to an end, but an end in itself and often due to the patient's bias towards the medical service in general or the individual doctor in particular, and emotional communication.

Emotions are part of the patient's illness, so the identification of different experiences and adequate response to them by the doctor has an important therapeutic character in medical discourse.

We identified emotions on the basis of several types of information – nonverbal, paraverbal (prosodic) and verbal.

Key words: medical communication, conflict, discourse, medical discourse, communicative act, conflict communication.