

ТИПОЛОГИЯ УМЕНИЙ ИНОЯЗЫЧНОГО ДИАЛОГИЧЕСКОГО ОБЩЕНИЯ БУДУЩЕГО ВРАЧА С ПАЦИЕНТОМ

Т.С. Серова, Л.А. Гаспарян

Аннотация. Рассматривается проблема типологизации умений иноязычного диалогического речевого общения будущего врача с пациентом в коммуникативной ситуации «медицинская консультация». Раскрывается интегральный характер коммуникативной компетентности врача, обосновывается значимость функционального подхода к выделению основных групп коммуникативных умений, направленных на реализацию информационно-когнитивной, регуляционно-организационной и эмотивно-эмпатийной функций пациент-центрированного диалогического общения. Доказывается актуальность умений установления, поддержания и развития межличностных отношений, являющихся условием равноправного, кооперативного взаимодействия.

Ключевые слова: коммуникативная компетентность; иноязычная коммуникативная компетенция; диалогическое речевое общение; медицинская консультация; пациент-центрированный диалог.

Анализ общекультурных и профессиональных компетенций, представленных в Федеральном государственном образовательном стандарте третьего поколения высшего профессионального образования по специальности «Лечебное дело», позволил выявить исключительную значимость коммуникативного взаимодействия врача и пациента, направленного на решение проблем, связанных со здоровьем, обучением и просвещением [1].

Коммуникативная компетентность врача как интегративное свойство личности, «интеллектуально- и личностно-обусловленная социально-профессиональная жизнедеятельность человека» [2], готовность и способность осуществлять профессиональную деятельность, связанную с общением с коллегами, пациентами и родственниками, является результатом не только владения знаниями, умениями и навыками, приобретенными в процессе обучения, но и опыта профессиональной деятельности, личностного опыта, ценностных ориентаций, внутренней и внешней мотивации.

Профессиональная деятельность врача включает 7 видов деятельности (профилактическая, диагностическая, лечебная, реабилитационная, психолого-педагогическая, организационно-управленческая, научно-исследовательская), осуществление которых требует высокого уровня профессиональной коммуникативной компетенции, под которым мы, вслед за И.А. Зимней, понимаем как «внутренние, потенциальные, сокрытые психологические новообразования: знания, представления, программы (алгоритмы) действий, системы ценностей и от-

ношений, которые затем выявляются в компетентностях человека как актуальных, деятельностных проявлениях» [2]. Из перечня умений, которыми должен обладать выпускник медицинского вуза, необходимо выделить номенклатуру коммуникативных умений, без которых невозможно овладение студентами профессиональными компетенциями и их использование в учебно-профессиональной, профессиональной и научно-исследовательской деятельности.

В первую очередь, владение общекультурными компетенциями предполагает способность и готовность к письменной и устной коммуникации – это способность и готовность к логическому и аргументированному анализу, к публичной речи, ведению дискуссии и полемики, к редактированию текстов профессионального содержания, к осуществлению воспитательной и педагогической деятельности, к сотрудничеству и разрешению конфликтов, к толерантности.

В составе профессиональных компетенций следует особо выделить те, которые необходимы для ситуаций контакта и взаимодействия врача и пациента: способность и готовность проводить и интерпретировать опрос, физикальный осмотр, клиническое обследование; написать медицинскую карту амбулаторного и стационарного больного; проводить санитарно-просветительскую работу по гигиеническим вопросам; давать рекомендации по здоровому питанию и двигательным режимам; способность и готовность к обучению взрослого населения, подростков и их родственников основным гигиеническим мероприятиям оздоровительного характера. Многие из важных коммуникативных умений выражены имплицитно: способность и готовность осуществлять свою деятельность с учетом принятых в обществе моральных и правовых норм, соблюдать правила врачебной этики, законы и нормативные правовые акты по работе с конфиденциальной информацией, сохранять врачебную тайну. Это предполагает не только умения вести разные типы диалогов с учетом этико-деонтологических норм и социокультурных особенностей данного сообщества, связанных со стратегиями вежливости, но и умения особым образом строить тактики и стратегии информирования, «сообщения диагноза», отказа от информирования, «получения информированного согласия» и т.д. Целая группа умений связана с концепцией «врач как учитель», в частности, способность и готовность к обучению персонала и обучению взрослого. Умения врача обучать пациента здоровьесберегающим технологиям, а также управлять его поведением, используя функции общения, коммуникативные стратегии и тактики [3], становятся приоритетными и могут формироваться в процессе обучения иностранному языку как средству профессионального общения.

Иноязычная профессиональная коммуникативная компетентность будущего врача формируется при обучении иностранному языку

постепенно на общем и специальном этапах в курсе «Иностранного языка для профессиональных целей», ориентированного на требования новых образовательных стандартов, и должна быть соотнесена с профессиональными компетенциями, представленными в модели специалиста. Для реализации принципов этапности обучения, профессиональной направленности и значимости, функционального подхода к отбору умений общения важно выделить общие и специальные умения коммуникативно-речевого взаимодействия врача и пациента на трех взаимосвязанных уровнях: информационно-когнитивном, эмотивно-эмпатийном и регулятивно-организационном [4].

В свете компетентностного подхода эти умения рассматриваются как компоненты лингвистической, социолингвистической и прагматической компетенций [5]. Последняя имеет непосредственное отношение к функциям и целям общения как взаимодействия, так как именно она включает способность и готовность индивида «создавать и воспринимать дискурсы» [6], реализуя коммуникативные намерения в соответствии с конкретной сферой, ситуацией, контекстом в типах и формах речи, адекватных целям и прогнозируемым результатам [7, 8]. Социокультурная и стратегическая субкомпетенции позволяют решать коммуникативные задачи в соответствии с социокультурными нормами и преодолевать возникающие затруднения за счет компенсаторных вербальных и невербальных средств.

Общение в профессиональной сфере требует «приращения» компетенций за счет специальных предметных знаний, умений и навыков в двух областях – языковых знаний, умений и навыков «для специальных целей» и знаний, умений и навыков по специальности. Разрыв между взаимозависимыми иноязычными коммуникативными и профессиональными компетенциями можно преодолеть только при минимизации содержания обучения языку за счет выделения и ранжирования по значимости групп умений иноязычного диалогического речевого общения в типичных профессионально-значимых ситуациях с типовыми моделями ролевого поведения и конвенциональным (стандартизованным) характером коммуникативного взаимодействия.

Обучение и оценка коммуникативных умений должны базироваться на широком взгляде на коммуникацию в медицине, *т.е. включать не только развитие релевантных умений, но и понимание природы, контекста и этики взаимоотношений врача и пациента* [9]. При этом обучение умениям коммуникации и обучение клиническим умениям должны быть связаны и дополнять друг друга, хотя осуществляются на разных этапах медицинского образования, а также расширять репертуар стратегий и умений для того, чтобы проявлять гибкость при беседе с пациентом в процессе решения пациент-центрированных коммуникативных задач.

В документе «Общеввропейские компетенции владения иностранным языком: изучение, преподавание, оценка» [5] отмечается, что в зависимости от конкретных целей можно сконцентрировать внимание на определенном «наборе» умений и уровней владения языком, поэтому мы можем выделить умения, наиболее соответствующие нашим целям и задачам, потребностям обучаемых, уровню сформированности коммуникативной компетентности, требуемой для удовлетворения конкретных потребностей.

Сущность процесса общения как взаимодействия обуславливает сложность классификации и типологизации умений: умение общаться – не «сумма умений говорить, аудировать, читать и писать», а «представляет собой целую систему умений разного порядка и характера» [10. С. 38, 42], которая включает собственно речевые умения и умения невербального общения; умения речевого этикета; умение общаться в различных организационных формах; умения общаться на разных уровнях взаимодействия (в паре, группе, коллективе). В профессиональной деятельности врача умения говорения как вида речевой деятельности тесно связаны с умениями чтения, письма и слушания, однако являются приоритетными при устно-речевом диалогическом общении с пациентом в ситуации врачебной консультации (приема, посещения).

Для овладения умениями общения и их использования необходима высокая степень социально-психологической и психологической готовности личности к взаимодействию с «другим»: умения адаптивного поведения, готовности к инициации общения, установлению и поддержанию контакта, межличностных отношений, умений воздействовать на собеседника, изменяя его внутреннее состояние и поведение и др.

Типология умений диалогического речевого общения может основываться на разных классификационных признаках в зависимости от исследовательских или дидактических целей.

При построении дидактической модели обучения иноязычному профессиональному речевому общению в институциональном дискурсе медицинской консультации необходимо минимизировать учебные цели, фокусируя внимание на задачах, соответствующих: а) мотивам, потребностям, целям, задачам, намерениям и установкам обучающихся (мотивационный, прагматический уровень языковой личности); б) уровню владения единицами иностранного языка (лексиконом); в) знаниям об особенностях их социальной и стилевой дифференциации (вербально-семантический уровень языковой личности); г) способности и готовности к интеракции с учетом собственной картины мира, ценностных представлений, знаний о предметном содержании общения; д) познавательной активности (лингвокогнитивный уровень языковой личности).

Зарубежными методистами определены три широких «домена» коммуникативных умений в зависимости от содержания общения и адресата: коммуникация с пациентом, коммуникация о пациенте, коммуникация о медицине и науке [11, 12]. Интересующее нас «общение с пациентом» занимает центральную и доминирующую позицию в иерархии коммуникативных компетенций врача и медицинского дискурса в целом как вида институционального дискурса с оппозицией субъектов «врач – пациент». Два других существуют как производные и результат «коммуникации с пациентом».

По сложности состава специальные умения диалогического речевого общения врача с пациентом можно разделить на три группы: 1) базовые умения, например умения слушать и интервьюировать (расспрашивать), необходимые для общения в любой ситуации; 2) сложные умения общения с более специфической целью, например достижения комплаенса (приверженности лечению), обучения пациента и т.д., 3) сложные умения для узкоспециальных целей, например «сообщения плохих новостей» [13], донорство органов, отказ от лечения и др.

Другими основаниями для типологии являются:

- *количество участников взаимодействия*: умения общаться в диаде (врач – пациент), в триаде (врач – пациент – медсестра), в малой группе (медицинский консилиум (врач – врач – пациент), обучение (врач – пациенты)) и другое, что требует умений вести полилог, регулируя смену коммуникативных ролей, соблюдая иерархию статусных отношений, изменяя регистры (тональность) общения и др.;

- *каналы связи для консультации*: контактные, дистантные способы общения (по телефону, электронной почте, через социальные и специализированные сайты);

- *гендерные и возрастные особенности* адресата-пациента: владение лингвистическими средствами и приемами митигации (mitigare – от лат. «смягчать», «ослаблять»), дистанцирования, перефразирования и другими, позволяющими гармонизировать общение с пациентом разных возрастов и полов [14];

- *временные ограничения ситуации*: умения общаться в ситуации жестких временных ограничений согласно регламенту лечебного учреждения или в связи с состоянием пациента в экстренных ситуациях;

- *владение умениями экономного использования языка*, средствами невербального общения, алгоритмами для достижения конкретных целей [15];

- *модели поведения*: умения использовать стратегии сотрудничества, компромисса, избегания, конфликта, приспособления;

- *модели интеракции врача и пациента*: умения участвовать в патернальных, коллегиальных, партнерских, контрактных, врач-центрированных и пациент-центрированных моделях общения и др. [16].

Умения *невербального общения*, актуальные для коммуникации с пациентом, могут быть разделены на группы в зависимости от их функции: способствовать восприятию и пониманию информации, осуществлять эмотивно-эмпатийную регуляцию общения, регуляцию диалогического взаимодействия.

Коммуникативная компетентность врача оценивается как результат овладения им декларативными знаниями и процессуальными знаниями и умениями (включая перцептивные умения), так как они являются фундаментом всех компонентов коммуникативной компетентности, а именно лингвистической, социолингвистической и прагматической компетенций.

Для овладения профессиональной коммуникативной компетентностью необходимы, в первую очередь, знания о целях общения врача и пациента, об этапах консультации, о целях и функциях каждого этапа, о типах диалогов, стратегиях и тактиках для достижения коммуникативных намерений, о моделях взаимоотношений между врачом и пациентом, о типах пациентов, стилях общения, средствах невербальной коммуникации и др.

Процедурные (процессуальные) умения как структурный компонент коммуникативной компетентности включают: умения представиться и объяснить цель интервью; обеспечение комфортности пациенту; возможность пациенту изложить основные жалобы, проблемы; умения использовать следующие техники: задавать открытые вопросы, использовать повторы и рефлекссию, объяснения, молчание, фасилитацию (говорении), обобщения; умения использовать техники проведения интервью: соблюдение баланса слушания и структуры интервью, распознавание намеков, реакция на них, эмпатические реакции, оказание поддержки, правильное завершение интервью.

Диалогическое речевое общение представляет собой сложное явление, в основе которого лежат механизмы не только аудирования и говорения, но и взаимодействия на трех уровнях: информационно-когнитивном, регулятивно-организационном и эмотивно-эмпатийном.

При этом мы рассматриваем две группы умений – общие (базовые), которые развиваются на неспециальном этапе обучения, и специальные – для общения в ситуациях профессиональной деятельности врача, которые формируются на специальном этапе. Первая группа умений определяет уровень иноязычной коммуникативной компетентности личности, актуализируемой в условиях межкультурного общения в сфере социальных отношений, вторая группа умений связана с профессиональной коммуникативной компетентностью, обеспечивающей общение как взаимодействие в ситуации профессиональной деятельности. «Язык для специальных целей» в сфере медицины, в свою очередь, требует общих, универсальных умений для врачей любого профиля и специфических умений для трудных ситуаций коммуникации с пациентом.

Рассмотрение консультации как типа социального контакта, происходящего в институциональной сфере, в котором актуализируются умения делового общения, дает возможность, используя типологию Т.С. Серовой и Т.А. Горевой [4. С. 55–65], выделить следующие группы базовых коммуникативных умений: нормативного этикетно-речевого поведения субъектов с целью вступления в общность или выхода из нее; функционально-речевого поведения субъекта во взаимодействии с другими субъектами с целью поддержания устойчивых связей и взаимоотношений; диалогически организованного информационно-контактного взаимодействия; функционально-ролевого и регулятивно-организационного поведения субъектов взаимодействия в диалогах различных типов; положительно окрашенного эмоционального коммуникативно-речевого поведения в равнопартнерском взаимодействии; регулятивно-координационного, мотивационно обусловленного поведения во взаимодействии с партнерами при помощи лингвистических средств и метакоммуникативные компенсаторные умения, связанные с преодолением языковых барьеров, возникающих при иноязычном общении.

Эти группы умений релевантны *специальным коммуникативным умениям*, которые необходимы для врача в процессе исполнения профессиональной функции в ситуации медицинской консультации.

Задача отбора и минимизации номенклатуры умений коммуникативного взаимодействия в конкретной типовой инвариантной ситуации «Медицинская консультация» с минимальным количеством *коммуникантов* («врач – пациент»), четко обозначенными *целями* (в соответствии с типами консультаций), с ограниченным репертуаром глобальных *тем* (жизнь и здоровье человека), *моделей интеракции* и *статусно-ролевых отношений* облегчается тем, что за последние 30 лет разработаны и используются несколько десятков типологий коммуникативных умений и обучающих моделей врачебной консультации, которые внесли значимый вклад в совершенствование процесса профессионального обучения [17–21].

Несмотря на различие подходов, их объединяет признание значимости коммуникативной компетентности врача для организации диалогического общения с больным, которое, в свою очередь, является и способом, и средством достижения целей и задач врачебной консультации.

Для ответа на вопрос о требованиях к номенклатуре и типологии диалогических коммуникативно-речевых умений, как мы полагаем, необходимо выявить цели (результаты) обучения иноязычному профессионально-ориентированному общению в медицинском вузе, т.е. проанализировать аутентичные контрольно-измерительные материалы для оценки и итогового контроля коммуникативных умений студентов (выпускников, врачей). Медицинские организации по всему миру требуют

высокого уровня коммуникативной компетентности на всех этапах медицинской подготовки. В 1999 г. Аккредитационный совет по последипломному медицинскому образованию (ACGME) разработал номенклатуру компетенций, включая межличностные и коммуникативные умения. С 2004 г. студенты-медики в США, выпускники медицинских вузов из других стран, которые намереваются стажироваться или практиковать в США, должны продемонстрировать коммуникативную компетентность на Медицинских лицензионных экзаменах в США (USMLE) [22].

Обобщение результатов анализа зарубежных источников и собственного опыта позволяет в соответствии с четырьмя основными функциональными целями консультации, к которым следует отнести *сбор информации, предоставление информации, помощь пациенту в принятии решения, развитие взаимоотношений и поддержка эмоций*, осуществить отбор общих и специальных умений диалогического общения врача и пациента в ситуации «Медицинская консультация» для курса обучения студентов-медиков и разделить их на *четыре основные группы*, каждая из которых включает умения актуализации различных интенций (вербальными и невербальными средствами) для достижения этих целей.

В соответствии с учебными задачами первая группа связана с *умениями получать информацию, т.е. умения спрашивать (Questioning skills)*: уместно использовать открытые и закрытые вопросы; правильно строить их последовательность по методу «тоннеля», «воронки» или «перевернутой воронки» от открытых к закрытым и наоборот; четко формулировать вопросы в соответствии с установленными алгоритмами расспроса; задавать вопросы с немедленным пояснением или объяснением терминов; уметь правильно слушать, используя техники активного и пассивного слушания, позволяющее пациенту завершить ответы без прерывания и обдумывать ответы; вербально и невербально стимулировать ответы пациента, используя подбадривание, молчание, повтор, парафраз, интерпретацию; обращать внимание на вербальные и невербальные сигналы, показывая понимание и принятие; уточнить и обобщить сказанное пациентом, прежде чем переходить к следующей группе вопросов (к другой теме).

Минимальный диалог как цель (результат) реализации умений этой группы – диалогическое единство, состоящее из 2–3 реплик: вопрос (стимул) – ответ (реакция) или вопрос (стимул) – ответ (реакция) – реакция (оценка).

Вопросно-ответные диалогические единства образуют каркас любого варианта информативного диалога (расспроса, интервью, беседы) на протяжении всей консультации. Третья реплика (например *I see*) – дань эмпатийного характера общения врача и пациента, так как

часто выражает оценку, завершает тему, помогает перейти к следующей теме, смягчает директивность всего этапа расспроса, ее односторонний характер (врач – инициатор диалога). Количество диалогических единств определяется количеством тем, требующих раскодирования и развертывания. Предметная сторона общения направлена на выявление биомедицинского аспекта – последовательности событий, анализа симптомов и биопсихосоциальных аспектов, связанных с пациентом: его мыслей, представлений, чувств, ожиданий и т.д.

Умение спрашивать необходимо врачу с первого этапа консультации – контактоустанавливающего диалога-знакомства, специфика которого состоит в том, что коммуникативно-речевая микроситуация «Начало консультации» задает определенный стиль и тональность общения, закладывает структурную и тематическую целостность диалога и отношения взаимопонимания. Целями врача являются установление контакта и стабилизация эмоционального состояния пациента через создание поддерживающей атмосферы; определение темы общения и всех возможных вопросов, которые пациент хотел бы обсудить или получить на них ответы; согласование «повестки» или плана консультации; вовлечение пациента в процесс сотрудничества.

Для достижения этих целей от врача требуются умения этикетного поведения, включающие выбор правильной вербальной формы приветствия и представления, вербальную и невербальную демонстрацию уважения к пациенту, соответствующие данной культуре в целом и корпоративной или профессиональной культуре в частности. Изучение особенностей европейской и американской культур профессионального этикета и овладение коммуникативной культурой в межкультурной коммуникации – одна из задач обучения [23]. Обращение к наборам стереотипных речевых и неречевых действий для начала и завершения диалогического общения облегчает овладение ролевыми моделями межкультурного этикетно-нормативного поведения.

Врач как инициатор коммуникации намеренно отбирает языковые средства и определенный регистр общения – нейтральный, неформальный или формальный: формы обращения, приветствия отражают социально-статусные, позиционные и межгендерные отношения, присущие данной культуре ценности и нормы и зависят от приверженности врача определенной модели отношений врача и больного: пациент-центрированные модели способствуют установлению паритетных, симметричных отношений.

Лингвистическая вежливость как средство успешного установления межличностных отношений для достижения индивидуальных и групповых целей направлена не только на «сохранение своего лица», но и «сохранение лица» пациента в сложной жизненной ситуации, стресса, беспомощности, немотивированной агрессии. Поведенческая

эмпатийность как способность вербально или невербально выражать сочувствие, использовать сигналы понимания направлена на оказание психотерапевтического суггестивного воздействия на пациента, так как только в спокойной, дружелюбной атмосфере возможно достижение цели – получение информации о больном и его здоровье.

Этап приветствия и знакомства переходит в стандартизованный диалог-расспрос «Сбор информации: сбор анкетных данных», представляющий собой последовательность прямых закрытых вопросов с фиксированной темой, ответы на которые должны быть максимально точны и лаконичны, так как они документируются в карте больного: *Ваши фамилия, имя, отчество? Сколько Вам лет? Адрес?* Умения речевого этикетно-нормативного поведения (использование формул вежливости, неформального невербального поведения (кивки, улыбка, дружелюбного тона голоса, адекватного интонационного оформления)) позволяют смягчить прагматический характер фокусированных вопросов, образующих двухкомпонентные диалогические единства «вопрос – ответ», формальный тон которых превращает диалог в допрос.

«Сбор жалоб» – начало этапа вербального исследования пациента. Конвенциональный характер данного этапа отражается в стереотипной модели микроситуации с клишированными фразами зачина для выяснения глобальной темы – причины прихода пациента к врачу. Умение врача заключается в регуляции объема и содержания ответных высказываний пациента: рассказ пациента имеет когнитивную ценность, так как врач «вылавливает» недостающие для построения гипотезы факты, касающиеся симптомов и этиологии болезни при помощи дополнительных вопросов, задаваемых по модели «суживающейся воронки»:

– специальный открытый вопрос, не ограничивающий рассказ пациента: *Как бы Вы описали эти боли?*;

– специальный, но конкретный вопрос, ограничивающий пациента в объеме высказывания: *Где болит?*;

– общий закрытый вопрос, предполагающий ответ «да / нет»: *Здесь болит?*

«Суживающаяся воронка» переходит в стадию «туннеля», когда задаются однотипные вопросы, затем в «расширяющуюся воронку» с переходом от закрытых вопросов к открытым, если обнаруживается новый симптом.

Переходы от открытых вопросов к закрытым (от жанра интервью к жанру диалог-расспроса) знаменуют, как правило, переход к врач-центрированному этапу консультации. Таким образом, медицинское интервью рассматривается как совокупность пациент-центрированного и врач-центрированного интервью [24].

Сбор анамнеза настоящего заболевания и сбор анамнеза жизни больного предполагают обсуждение событий, имеющих место в

момент консультации, произошедших в прошлом или недавно, поэтому требуют умения задавать общие и специальные вопросы определенного типа в составе речевых моделей, например *Have you ever – questions, Do/did you ever..? – questions*. Другим вариантом является иницирующий открытый вопрос: «*What medical problems have you had..?*» с вопросами-уточнениями или вопросами, стимулирующими приращение информации: «*What else, when?*». Для сбора аллергологического, семейного анамнеза, выявления вредных привычек и зависимостей необходимы умения «выпытывания» посредством чередования открытых и закрытых вопросов, альтернативных, уточняющих вопросов, повторов и переспросов, с тем, чтобы получить информацию, которую скрывает пациент.

Вторая группа умений включает умения предоставлять информацию, обмениваться информацией (делиться информацией) (*Information-sharing skills*): предоставлять партнеру по общению нужный тип и объем информации в зависимости от его желания; делить информацию на части, постоянно проверять понимание; давать объяснения постепенно, ранжируя информацию по важности; использовать повторы и обобщения; объяснять смысл сказанного без использования медицинских терминов или немедленно их разъяснять; проверять понимание пациента при помощи различных тактик переспроса (например, попросить пациента повторить услышанное и понятое); улучшать понимание посредством использования визуальных методов передачи информации (диаграммы, схемы, модели, печатную информацию); предупреждать о намерениях и комментировать действия во время обследования.

Структурообразующими единицами диалога-сообщения, диалога-объяснения, диалога-рассуждения, диалога-прескрипции являются:

а) вопросно-ответное единство, в котором изменились коммуникативные роли (пациент – инициатор вопроса); б) микромонолог как последовательность высказываний, объединенных общей темой, логикой смыслового развертывания тем и рем.

Информирование требует лингвосоциокультурной и психологической компетентностей, так как для оказания воздействия и организации взаимодействия необходимы понимание ценностных ориентаций пациента, знание о внешних и внутренних мотивах обращения пациента за помощью, а также и умения воздействовать на него через актуализацию мотивов в соответствии с психотипом больного, стилем его реагирования, его моделью мира, представлений о здоровье и внутренней картине болезни, т.е. совокупности когнитивных, эмоциональных, волевых, ценностно-смысловых и психических явлений, связанных с осознанием, переживанием и отношением к болезни.

Анализируя вторую группу умений, необходимо отметить, что новые субъект-субъектные отношения знаменуют не только тенден-

цию к переходу на интеракцию между равноправными партнерами и преодоление статусного и коммуникативного доминирования врача, но свидетельствуют о качественных изменениях в содержании коммуникации между профессионалом в области специальных знаний и «экспертом, знающим себя». При встрече с врачом больные не удовлетворяются простым информированием, а хотят быть вовлечены в информационно-познавательный процесс, сходный с клиническим мышлением. С нарастанием информированности увеличиваются способность и готовность пациента к сотрудничеству, так как информированные больные дают более надежный анамнез и более точное описание симптомов при последующих контактах с врачом [25]. Принцип «выбор пациента» часто помогает врачу снимать с себя ответственность за принятие решения, поэтому соблюдение баланса между потребностями врача и потребностями пациента в предоставлении и получении информации является сложным коммуникативно-когнитивным умением.

Умения предоставлять информацию обеспечивают пациент-центрированность консультации и вовлечение пациента в общение. Если сбор информации направлен на «выравнивание» общей осведомленности за счет информации от пациента как «эксперта самого себя», то на этапе предоставления информации происходит обратный процесс – врач как эксперт уравнивает себя и пациента в осведомленности относительно заболевания и лечения, предоставляя информацию в соответствии с установленными законодательством правами пациента [26]. В иерархии коммуникативных умений информирования самым сложным является комплекс умений для реализации диалога «Сообщение диагноза» («Осторожное сообщение плохой новости») [27]. Не все врачи справляются с задачей информирования успешно, так как обучение студентов и врачей стратегиям и тактикам информирования до сих пор не рассматривается в России в качестве актуальной задачи и не предусмотрено программами обучения иностранным языкам.

Третью группу составляют умения интеракции, связанные с принятием совместного решения: предоставлять по просьбе пациента все необходимые объяснения; регулировать меню коммуникативных ролей, постоянно стимулировать участие пациента в обсуждении, предоставляя возможность задавать вопросы, выражать мнения, отношения; давать ответы на все «намекы», сигналы, «послания» пациента, выражаемые вербально и невербально; вовлекать пациента в обсуждение, давая не указания, а выдвигая предложения и применяя тактики убеждения; предлагать выбор пациенту относительно планов и решений, особенно на этапе назначения лечения; осуществлять «сверку» – проверять совпадение мнений и решений.

Диалоги как цели (результаты) реализации умений этой группы – диалог – обмен мнениями, диалог-спор, диалог-унисон, в которых каждый из участников имеет равные права на высказывание мнения. Диалог-убеждение предполагает использование тактик аргументации, включающие констатации, утверждения, приведение примеров, апелляцию к разуму пациента, т.е. требует высокого уровня коммуникативной компетентности.

Процесс взаимодействия для достижения общего понимания и согласия (решения) базируется на описанных выше двух группах информационно-коммуникативных умений, а также на регулятивно-коммуникативных умениях убедить (уговорить) при помощи логических рассуждений, фактов и аргументов. Данный комплекс умений наиболее отчетливо проявляется в коммуникативной ситуации «Получение информированного согласия», в которой интегрированы две прагматические цели – информирования и принятия общего решения [28]. Форма и содержание диалога «Получение информированного согласия», представленные в специально составленных алгоритмах, зависят от стандартов информирования, принятых в данном медицинском сообществе, нозологической формы заболевания, типа лечебного учреждения, предмета соглашения, а также адресата, с которым ведутся «переговоры», его возраста и дееспособности (врач – родственник, врач – родитель, врач – опекун), однако основные стратегии – информирование и убеждение являются инвариантными, обязательными, и, следовательно, умения информировать и убеждать будут доминирующими.

Четвертая группа включает умения установить раппорт, овладение культурой профессионального поведения, стилем общения (Professional manner and rapport). Она состоит из двух групп субкомпетенций (Supporting emotions и Fostering the relationship) – поддержки эмоций и развития взаимоотношений, а именно: установление и поддержание контакта вербальными и невербальными средствами в течение всей консультации и выхода из него при его завершении; невербального поведения, демонстрирующего уверенность, компетентность, дружелюбие; умения эмпатийного общения с использованием специальных тактик передачи понимания и выражения оценок и поддержки; оказание моральной поддержки выражением озабоченности, понимания, желания помочь, предложением сотрудничества; умения вербально проявлять чувствительность при встрече с физической болью, связанной с физикальным обследованием; умения вовлечь пациента в процесс исследования во время обследования; предоставлять пациенту возможность выразить чувства и переживания и др.

Умения этой группы актуализируются в диалоге-знакомстве в начале консультации, на этапе завершения коммуникативного события, на этапе сообщения диагноза и как «вертикальные», сквозные компоненты на протяжении всей консультации – микродиалоги с целью установить, поддерживать и развивать межличностные отношения, необходимые для достижения терапевтического результата.

Сочетание двух групп умений – информирования и эмпатийно-эмпатийного воздействия для психотерапевтического эффекта – осуществляется в упомянутой выше коммуникативной ситуации «Осторожное сообщение плохой (печальной новости)» [29, 30]. Эмпатийность в общении является условием диалогичности в общении, способом и средством обеспечить взаимопонимание, кооперативность и сотрудничество в деятельности принятия общих решений и установлении межличностных отношений. В основе эмпатийности лежат когнитивные, эмоциональные и поведенческие механизмы и умения, связанные с мотивационно-ценностным отношением к миру и к людям. Очень важно, но сложно сформировать умение чувствовать состояние другого человека, но нужно учить распознавать и понимать эти состояния. Развита аффективная сфера, однако, не означает, что человек уже может показать свое понимание, сочувствие, уважение, желание помочь, так как поведенческая эмпатия требует специальным образом организованного обучения, тренировки и опыта.

Процесс овладения студентами новыми умениями эмпатийного речевого поведения опирается на заложенные природой, воспитанием и образованием эмпатические способности, которые часто осознаются самими молодыми людьми на этапе выбора профессии, а затем приобретаются в течение всего процесса преддипломного и последипломного образования. Коммуникативная культура будущего врача формируется и совершенствуется на основе активного овладения декларативными и процессуальными знаниями из гуманитарных и профессиональных дисциплин, дающих представление о профессиональной этике, ритуалах, нормах и конвенциях, связанных с коммуникативной деятельностью в рамках института и за ее пределами.

Таким образом, профессиональная деятельность врача, осуществляемая в рамках типовой коммуникативной ситуации «Медицинская консультация», рассматривается нами как процесс профессионального диалогического речевого общения, представляющего собой систему иерархически выстроенных и взаимозависимых микродиалогов с индивидуальными темами, целями и задачами. Тематическое развертывание предметного содержания таких микродиалогов может происходить только на основе равнопартнерского кооперативного взаимодействия для принятия взаимосогласованных решений. Каждый из партнеров по общению должен владеть всеми группами

ми коммуникативных умений, направленных на реализацию коммуникативной, интерактивной и перцептивной функций пациент-центрированного диалогического общения, а именно: умениями, обеспечивающими информационную сторону общения (получать и предоставлять информацию, создавать условия для понимания); умениями, обеспечивающими перцептивную сторону общения (эмпатийное понимание, восприятие партнера, установление взаимоотношений и др.), и умениями, обеспечивающими интерактивную сторону общения (организация взаимодействия вербальными и невербальными средствами, активация партнера, побуждение к действию, изменению поведения и т.д.). Универсальными, но важными умениями являются умение следовать профессиональным алгоритмам и стандартам обследования на этапе сбора информации, соблюдение этико-деонтологических норм и императива «Не навреди» при общении с пациентом или родственниками, а также «time-management» – умение управлять временем в условиях ограничения времени контакта.

Коммуникативная компетентность будущего специалиста, таким образом, является результатом целенаправленного педагогического воздействия на эмоциональную, когнитивную и поведенческую сферы личности.

Литература

1. **Федеральный** государственный образовательный стандарт высшего профессионального образования по направлению подготовки (специальности) 060101 ЛЕЧЕБНОЕ ДЕЛО (Квалификация (степень) «СПЕЦИАЛИСТ») от 8 ноября 2010 г. № 1118 (в ред. Приказа Минобрнауки РФ от 31.05.2011 г. № 1975).
2. **Зимняя И.А.** Ключевые компетентности как результативно-целевая основа компетентностного подхода в образовании. М. : Исследовательский центр проблем качества подготовки специалистов, 2004. 20 с. URL: 87.103.175.205/materials/.../Библиотека/компетенции/keycomp.doc
3. **Ясько Б.А.** Психология личности и труда врача : курс лекций. Ростов н/Д : Феникс, 2005. 304 с.
4. **Серова Т.С., Горева Т.А.** Формирование умений коммуникативно-речевого взаимодействия при обучении иноязычному деловому общению. Пермь, 2005. 167 с.
5. **Общеввропейские** компетенции владения иностранным языком: изучение, преподавание, оценка / Департамент современных языков Директората по образованию, культуре и спорту Совета Европы ; перевод выполнен на кафедре стилистики английского языка МГЛУ под общ. ред. проф. К.М. Ирисхановой. М. : Изд-во МГЛУ, 2003.
6. **Гураль С.К., Шатурная Е.А.** Болонский процесс: роль дискурсивной компетенции в обучении иностранным языкам // Успехи современного естествознания. 2008. № 7. С. 109–111.
7. **Елухина Н.В.** Роль дискурса в межкультурной коммуникации и методике формирования дискурсивной компетенции // Иностранные языки в школе. 2002. № 3. С. 9–13.
8. **Изаренков Д.И.** Базисные составляющие коммуникативной компетенции и их формирование на продвинутом этапе обучения студентов-нефилологов // РЯЗР. 1990. № 4. С. 54–57.

9. **Report** III Contemporary Issues in Medicine: Communication in Medicine. Association of American Medical Colleges (AAMC) / Medical Schools Objectives Project. October 1999. Copyright 1999 by the Association of American Medical Colleges. 32 p. URL: <https://www.aamc.org/initiatives/msop>
10. **Пассов Е.И.** Основы коммуникативной методики обучения иноязычному общению. М. : Рус. яз., 1989. 276 с.
11. **Macy** Initiative in Health Communication (University of Massachusetts Medical school). URL: <http://www.umassmed.edu/Macy/initiative/index.aspx>
12. **Janicik R., Kalet A.L., Schwartz M.D. et al.** Using Bedside Rounds to Teach Communication Skills in the Internal Medicine Clerkship. Med Educ Online [serial online] 2007;12:1. URL: <http://www.med-ed-online.org>
13. **Communicating** Bad News. Behavioral Science Learning Modules. Division of Mental Health Organization. World Health Organization. Geneva, 1993. 23 p.
14. **Backhaus P.** Care, Control and communication. Linguistic interaction between staff and residents in a Japanese nursing home for the elderly. Working Paper 06/6. Tokyo, 2006. 24 p. URL: <http://www.dijtokyo.org/publications/WP0606-Backhaus.pdf>
15. **Evolving** general practice consultation in Britain: issues of length and context BMJ 2002; 324:880 doi. URL: <http://www.dx.doi.org/10.1136/bmj.324.7342.880> (Published 13 April 2002).
16. **Consultation** models. URL: <http://www.Skillscascade.com>
17. **Bayer-Fetzer** Conference on Physician-Patient Communication in Medical Education. Essential elements of communication in medical encounters: the Kalamazoo consensus statement // Academic Medicine. № 76. P. 390–393.
18. **Kalet A.L., Pugnaire M.P., Cole-Kelly K. et al.** Teaching communication in clinical clerkships: models from the Macy Initiative in Health Communications // Academic Medicine. 2004. № 79. P. 511–520.
19. **Simpson M., Buckman R., Stewart M. et al.** Doctor-patient communication: the Toronto consensus statement // BMJ. 1991. № 202. P. 1384–1387.
20. **Frankl R.M., Stein T.** Getting the most out of the clinical encounter: the four habits model // The Permanente Journal. 1999. № 3 (3). URL: <http://www.xnet.kp.org/permanente-journal/fall99pj/habits.html>
21. **Kurtz S., Silverman J., Draper J.** Teaching and Learning Communication Skills in Medicine. 2nd ed. Abingdon, Oxon, UK : Radcliffe Medical Press, 2005.
22. **2013 Bulletin** of Information Copyright © 2012 by the Federation of State Medical Boards of the United States, Inc., and the National Board of Medical Examiners® (NBME®). URL: <http://www.usmle.org>
23. **Кузьменкова Ю.Б.** Материалы курса «Стратегии речевого поведения в англоязычной среде». Лекции 1–4. М. : Педагогический университет. «Первое сентября», 2006. 48 с.
24. **Richard R.** Medical History Taking Study Guide Author: Richard Rathe, MD / rrathe@dean.med.ufl.edu Copyright: 1996 by the University of Florida Location. URL: <http://www.medinfo.ufl.edu/year1/bcs/clist/history.html>
25. **Brody H.** Transparency; Informed consent in Primary Care // Hastings Center Report. Vol. 49 (September–October 1989). P. 5–9. URL: <http://www.ethics.missouri.edu/docs/Transparency%20Informed%20Consent.pdf>
26. **«Об основах** охраны здоровья граждан в Российской Федерации (с изменениями и дополнениями). Права и обязанности граждан в сфере охраны здоровья». Ст. 18–28. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ.
27. **Гаспарян Л.А.** Сообщение диагноза в структуре профессиональной коммуникативной компетенции медика // Психология и педагогика: методика и проблемы практического применения : материалы XIX Междунар. науч.-практ. конф. «Наука и современность – 2011». Новосибирск, 2011. С. 157–162.

28. *Charles C., Gafni A., Whelan T.* Shared decision-making in the medical encounter: what does it mean? (or it takes at least two to tango) // *Social Science & Medicine*. 1997. № 44 (5). P. 681–692.
29. *Buckman R.A.* Breaking bad news: the S-P-I-K-E-S strategy // *COMMUNITY ONCOLOGY*. March–April 2005. URL: <http://www.CommunityOncology.net>
30. *Гаспарян Л.А.* Получение информированного согласия в структуре коммуникативной компетенции врача // *Вопросы современной лингвистики и методики обучения иностранным языкам в школе и вузе : материалы Междунар. очно-заочной науч.-практ. конф. (17 мая 2011 г.). Комсомольск-на-Амуре : Изд-во АмГПУ, 2011. С. 210–214.*

TYPOLOGY OF FOREIGN LANGUAGE DOCTOR-PATIENT COMMUNICATION SKILLS

Serova T.S., Gasparyan L.A.

Summary. The article is devoted to the problem of doctor-patient communication skills typology. The integral nature of communicative competence of a doctor is considered on the basis of functional approach to categorizing the basic groups of communication skills which enable to achieve the information-cognitive, organizational-regulatory and emotive – empathic functions of patient-centered dialogue. The interpersonal skills for establishing, maintaining and developing positive relationship to provide equal, cooperative doctor-patient interaction are presented.

Key words: communicative competence; foreign language communicative competency; dialogic communication; medical consultation; patient-centered dialogue.