

КОММУНИКАТИВНАЯ СОСТАВЛЯЮЩАЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА. ЧАСТЬ 2*

Творогова Н.Д.

Творогова Надежда Дмитриевна

доктор психологических наук, профессор, руководитель отделения «Клиническая психология»; федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования Первый Московский государственный медицинский университет имени И. М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет), ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2, Москва, 119991, Россия. Тел.: 8 (499) 248-05-53.

E-mail: n.tvorogova@gmail.com

Аннотация

Общение специалиста помогающей профессии (к помогающим профессиям относятся профессии медицинского работника, психолога, педагога, др.) призвано обладать свойствами оздоравливающего (чтобы после общения с ним клиенту становилось «легче»); и даже вне профессиональной деятельности коллеги, знакомые ждут от профессионала демонстрации коммуникативной компетентности.

Врач в процессе своей профессиональной деятельности участвует в разных видах общения, среди которых: а) общение с пациентами и членами их семей; б) общение с коллегами врачами; в) общение в междисциплинарных бригадах (с медсестрами, психологами, социологами, педагогами, др.); г) общение с организаторами здравоохранения (начальниками, подчиненными, менеджерами, др.); д) общение с представителями общественности; е) общение с членами своей семьи, со своими родственниками и знакомыми (общение в роли врача); ж) общение с самим собой (самопомощь, самолечение, пр.); з) другие виды общения. Каждый из указанных видов профессионального общения имеет свою специфику. Особенности деятельностного подхода в организации общения, индивидуальный стиль общения, саморегуляция в ходе общения.

Ключевые слова: медицинская психология; общение врача; деятельностный подход; индивидуальный стиль общения; саморегуляция.

УДК 159.9:614.23

Библиографическая ссылка

Творогова Н.Д. Коммуникативная составляющая профессиональной деятельности медицинского работника. Часть 2 // Медицинская психология в России. – 2021. – Т. 13, № 4. – С. 2. doi: 10.24412/2219-8245-2021-4-2

Поступила в редакцию: .02.11.2020 Прошла рецензирование: 13.12.2020 Опубликована: 22.08.2021

Деятельность общения

Общение врача — это процесс, он включает определенные этапы, ступени (или еще говорят о фазах этого процесса). В отечественной психологии используется теория деятельности, разработанная научной школой Л.С. Выготского, А.Р. Лурии, А.Н. Леонтьева; этапы, которые выделены в теории деятельности, применимы и к процессу общения (Творогова Н. Д., 1976).

* Окончание. [Начало \(часть 1\)](#) читайте в номере 6 (65) 2020 г.

Любое общение личности предполагает ту или иную ее мотивацию. Если сфокусироваться на общении конкретного врача, то большое значение имеет его мотивация вступления в контакт со своим пациентом. Что им движет не как сотрудником того или иного учреждения, а как личностью; зачем ему это общение, зачем он занимается своей медицинской профессией, что он хочет от пациента; эта мотивация врача будет влиять на процесс протекания общения. Естественно, мы, как пациенты, хотим от врача, чтобы мотивация его коммуникативной активности была связана с тем, чтобы оказать помощь другому (пациенту), помощь в процессе профилактики, лечения, реабилитации; хотим, чтобы это была ведущая мотивация, которая двигала бы активность профессионала, который вступает с нами в общение как врач. Но могут быть другие мотивы; видим ток-шоу, где говорится о неэтичном поведении того или иного врача; наверное, у него была какая-то своя мотивация, свои личные цели, почему он так или иначе себя вел.

Когда говорим о мотивации личности, то известно, что она (мотивация) может быть осознаваемой личностью и неосознаваемой. Почему ты занимаешься этой профессией, почему ты пришел в медицину, почему ты работаешь здесь, что поднимает тебя каждый день приходить и общаться с твоим пациентом, что движет — эту свою мотивацию важно осознать каждому; тогда лучше будешь понимать, почему в некоторых случаях тебя «на крыльях» приносит на твою работу и почему, несмотря на зарплату и условия работы, ты работаешь; почему в конце рабочего дня даже не чувствуешь усталости. В других случаях ты заставляешь себя приходить на свое рабочее место, ждешь, когда рабочий день кончится — это связано с мотивацией, которая определяет и стимулирует такую малую активность.

Следующая после мотивации составляющая деятельности общения — цель общения, которой хочешь достигнуть; в случае деятельности общения врача: что хочешь получить от своего пациента. Вирджиния Сатир — ученица Абрахама Маслоу, американского выдающегося психолога, — в 90-е годы прошлого столетия приезжала в Россию, проводила среди психологов занятия, рассказывала о том, что существует несколько моделей, которые реализует врач-психотерапевт в общении со своими клиентами; выбор той или иной модели во многом связан с целью, которую он перед собой ставит. Так, специалист может заискивать перед своим пациентом, например, ставя цель, чтобы пациент не рассердился, чтобы он был удовлетворен и спокойно ушел с приема. Кто-то может поставить перед собой цель обвинять других; тогда его будут считать сильным, который много чего может сделать, но не делает только из-за того, что он поставлен в такие условия, за которые ответственность несут другие; да, кто-то виноват, а вот он сильный, он обвиняет, он нападает; он говорит, что находится в таких условиях (например, с такой низкой зарплатой), но все равно для других все от него зависящее делает. Реализация такой цели приводит к тому, что тот, кто пришел к нему за помощью — пациент — начинает испытывать чувство вины, что нагружает своими проблемами такого специалиста, работающего в неблагоприятной обстановке. А можно было бы ставить цель, как сообщила Вирджиния Сатир, чтобы строить коммуникацию так, чтобы избежать угрозы, чтобы на тебя не пожаловались; чтобы все внешне было, как положено, чтобы соблюдались какие-то стандарты; и в случае чего, чтобы ты был защищен. Что там по сути происходит — это не так важно; важно, чтобы все было как положено по тем бюрократическим стандартам, которые иногда медицински не обусловлены, но так сформулированы; в случае чего можно будет сказать: делаю так, как мне написали в инструкции. Вирджиния Сатир говорила, что можно ставить и такую цель, чтобы при «профессиональном», казалось бы, общении («профессиональном» в кавычках) можно было бы внутренне отстраниться от проблемы, считая: «Вы умираете, болеете, а мне нужно жить, у меня есть семья»; в описанном примере цель: особенно не включаться в своего пациента, а быть отстраненным, холодным, как компьютер, для того чтобы сохранить свои личные цели.

Важно, чтобы профессионал осознал: а) ту мотивацию, которая приводит его на рабочее место; б) те цели, которые он перед собой ставит; они будут влиять на выбор средств, которыми он пользуется при общении со своим клиентом. Если у тебя цель и мотивация одна, а изображаешь с помощью каких-то средств общения свою увлеченность пациентом, свое желание помочь, то такое общение будет рассматриваться как фальшь и будет отбрасываться пациентом; и пациенты будут не любить ходить к такому доктору. В таких ситуациях пациенту хочется спросить себя: «Знаю, что у этого доктора много пациентов, что он много знает и умеет (все это вижу по его рекламе); но почему мне не хочется идти к этому доктору? Лучше я выберу того, у кого лечиться легче».

Таким образом, могут быть разные цели общения, разная мотивация общения и потом выбираются разные *средства общения*. В принципе, это процесс очень естественный. В свое время великий режиссер К. Станиславский говорил: «Если у тебя есть определенная сверхзадача, она порождает уже определенные способы решения конкретных задач; она (сверхзадача) вызывает как поток определенную профессиональную деятельность актера и помогает ему освоиться с выбранной ролью». Известные актеры, музыканты, певцы в мемуарах писали, что перед своим концертом, когда через щелку занавеса каждый заглядывал в зал и видел собирающуюся публику, чувствуя при этом признательность и уважение, что они пришли на этот концерт, видел это позитивное чувство в себе, то знал, что его голос будет звучать особенно хорошо на этом концерте. Но если ты смотришь в зал и думаешь: «Ну, собрались, опять мне надо работать, опять напрягаться, я устану, я уже и так устал за столько концертов», — то, скорее всего, и голос будет звучать по-другому, и все будет по-другому, и эффект от этого концерта будет другой.

Когда мы говорим о враче, когда у него есть мотивация и определенные цели, то он же не думает каждый раз, как положить руку, поднять глаза, опустить глаза, сделать ту или иную модуляцию голоса или нет; проходит все как бы автоматизировано. Вот это и есть сверхзадача мотивации, цели, которые ставит перед собой профессионал; они вызывают те средства из имеющихся у него, которые соответствуют этим целям, этой мотивации.

Ориентировочная фаза общения. В то время, когда мы говорим о достижении коммуникативной компетенции, необходимо научить: *как сориентироваться, подготовить себя к встрече с конкретным пациентом*. Конечно, врач смотрит историю болезни предварительно, он себя настраивает на эту встречу, даже если у него только 1 минута передышки между приемом одного пациента и встречей с другим пациентом; он должен переключиться на новую личность своего нового пациента. Кто-то из врачей использует несколько минут, несколько секунд между приемом разных пациентов для медитации; кто-то, если он человек верующий, читает молитву, чтобы настроиться на прием нового пациента; кто-то использует другие приемы, для того чтобы встретиться с новой личностью, с новой проблемой и участвовать в ее разрешении. И здесь общение с выдающимися врачами-клиницистами как раз и помогает посмотреть не только на то, как он ставит диагноз, как назначает лечение, но и на то, как он ориентируется в личности другого. Один из психиатров рассказывал, что, когда пациент идет от двери к нему, он уже много может о нем сказать: в каком пациент состоянии не только в плане его болезни, в каком он эмоциональном состоянии, хочет ли он с этим врачом работать, доверяет ли он ему. Это все будет влиять на то, как доктор начнет с ним беседу, как начнет с ним встречу. Предварительная ориентировка в предстоящем пациенте важна для коммуникативной деятельности врача. Один специалист из Великобритании, который проводил у нас занятия, рассказывал, что он всегда раньше встречал пациента, сидя за своим рабочим столом; а пациенты, назначенные к нему, сидели в коридоре; они были назначены на определенное время и долго они не ждали; там в коридоре был колокольчик; когда врач готов был принять следующего пациента, он нажимал на кнопку, колокольчик звенел, и пациент понимал, что врач готов к встрече с ним. И вот однажды колокольчик перестал работать; врач должен был выйти и пригласить

своего пациента из коридора; потом врачу это понравилось, он перестал пользоваться колокольчиком и стал встречать пациента: «Я посмотрю его историю болезни, я его встречаю — мне так удобно». У каждого врача есть свои наработки, чтобы тоже было комфортно это делать — встречать пациента, готовиться к встрече с ним.

Далее, когда мы говорим об ориентировочной фазе общения, это всегда некоторое планирование беседы, особенно для молодых врачей; как они построят беседу с конкретным пациентом; как они вступят в контакт — особенно в первый контакт с новым пациентом, др. Здесь есть тоже много разных приемов. Я как-то разговаривала с академиком Мухиным по поводу установления контакта: «Как за ближайшие первые секунды вам удастся вызвать доверие пациента? Из данных психологической науки я знаю, что отношения между врачом и пациентом складываются уже в первые секунды. Пациент смотрит на врача, и он уже доверяет или не доверяет ему; также и врач смотрит на пациента и уже чувствует, будет ли ему легко или тяжело с ним работать. Как это происходит? Доктор Мухин мне ответил: «Вы знаете, что у каждого врача есть свой индивидуальный стиль вступления в контакт; и трудно сказать, как лучше или хуже это делать; это зависит от характера врача, от его опыта и той научной школы, с которой он себя отождествляет; конечно, контакт зависит и от пациента, в каком он состоянии пришел». Да, медицина персонифицирована. Когда мы говорим об установлении контакта, это могла бы быть отдельная тема, потому что здесь много есть составляющих и есть данные о том, какой пациент нравится врачам больше или меньше; какой идеал врача существует у наших пациентов. Мы имеем данные, что какой бы имидж у врача ни был, но каждый пациент, когда приходит к врачу, у него есть уже субъективный образ идеального врача и образ того, с которым он никогда бы не хотел бы иметь дело. Эти образы часто неосознаваемые. С помощью специальных психологических методик можно изучать семантику образа идеального врача и образа неидеального врача для наших пациентов, для пациентов, принадлежащих другим национальным группам, относящихся к другим культурам. И когда пациент встречается с врачом, у него происходит моментально сличение идеального образа и образа нежелательного с тем реальным образом врача, которого он видит; поэтому какой бы имидж врача ни был и как бы хорош он ни был, но всем нравиться невозможно, потому что ожидания у каждого из пациентов свои. Но если уже в первые секунды врач не вызывает доверия у многих пациентов, то ему следует задуматься о том, как работать со своим имиджем, своим внутренним миром, который через взгляд, интонацию, речь проявляется и вызывает негативную реакцию у большинства его пациентов. Пока, к сожалению, профессиональную консультацию психологов нашим врачам трудно получить; но они за советом обычно обращаются к своим коллегам. Очень важно, как уже было отмечено выше, уделять внимание первоначальному контакту, планированию беседы, установлению межличностного контакта — нет ничего зазорного поучиться этому у некоторых своих коллег, преуспевающих в общении с пациентами (врачи умеют оценивать по гамбургскому счету коллег своей среды).

Когда мы обсуждаем фазы профессионального общения, то кроме *планирования беседы* есть еще *этап реализация плана*. Когда говорим о развитии коммуникативных умений, которые формируются у наших будущих врачей, у начинающих врачей, то речь часто идет об умении дать понять пациенту, что он услышан, что его эмоции разделяются, что собеседник (врач) понимает, в каком он состоянии. Для этого используется техника эмпатического слушания, слушания понимающего, пр.; т. е. имеются разные техники, которым мы обучали будущих врачей, начинающих врачей умению слушать и давать понять пациенту, что он услышан, его мнение является ценностью для врача, его чувства учитываются в лечебном процессе. Для пациента важно, что общаются с ним как с личностью, которая имеет свои страхи, свои переживания, сомнения; важно, что врач не общается с ним как инженер каких-то человеческих тел, который все знает, все понимает, а пациент для него только объект для манипуляций, а не субъект, с которым надо сотрудничать. Помню, на кафедре эндокринологии в нашем вузе (кафедра эндокринологии и соответствующая клиника

находятся в одном корпусе) я когда-то заглянула в кабинет, в котором врач (бывший аспирант, который учился у меня на нашей кафедре) принимал пациента; когда он увидел меня, то сразу подошел к двери и сказал, что мы с ним поговорим позже. Для меня это стало демонстрацией его профессиональной коммуникативной компетентности: так должен вести себя врач; когда у него пациент, то все остальное уходит на второй план: и телефонные звонки, и появление в кабинете кого-то, даже высокого ранга. Главное — это пациент; пациент это чувствует, когда врач рядом с ним и относится к нему как к основной своей ценности на данный период.

Мы также учили способам убеждения партнера по общению. Я, например, видела прекрасно работающего стоматолога, который должен был получить от пациента информированное согласие на лечение. Он сообщал о разных стоматологических подходах к предстоящей операции, о плюсах и минусах каждого из них; пациент должен был знать о многих аспектах того, что ему предстоит. Когда доктора спросили, как бы он сам в такой же ситуации повел себя, он сообщил некоторые убеждающие доводы, делая это без насилия над пациентом; пациент на основании полученной информации принял участие в совместном принятии решения, подписав информированное согласие на предложенное врачом лечение.

Существуют техники, как оказать поддержку, как утешить, как перефразировать, резюмировать то, что сказал пациент. Это некоторые техники коммуникации, которые формируют действия и операции, входящие в профессиональную деятельность общения врача с пациентом.

Таким образом, мотивация, цели, конкретные действия и операции, с помощью которых врач достигает с пациентом межличностного контакта, который может быть и продолжительным, и осозанным, и произвольным, и разной степени глубины, и которой естественно развивается — составляют цель специального обучения специалиста. Высший уровень межличностного контакта — когда двое против болезни, врач и пациент; это уже давно было известно нашим отечественным медицинским работникам.

Индивидуальный стиль общения

Когда говорим об общении врача с пациентом, то имеем в виду гибкий индивидуальный стиль общения профессионала. Когда-то на занятиях с семейными врачами, которые проходили на кафедре семейной медицины, доценту Дмитрию Владимировичу Белокриницкому, который преподавал на этой кафедре много лет, я рассказывала о коммуникативных умениях. Он мне тогда в перерыве сказал, что мое сообщение напоминает ему какие-то западные модели, о которых пишут, но которые не учитывают русскую модель общения, модель общения врача с пациентом. По его мнению, иногда важно не только улыбаться, быть вежливым, быть лояльным, быть поддерживающим пациента, но и бывает нужно его «вздернуть», нужно его иногда даже разозлить, чтобы преодолеть его апатию, нежелание выполнять предписания врача, потому что он «опустил руки», уже смирился с тем, что с ним происходит. Я с ним согласилась, что по всякому надо уметь общаться с пациентом; так, например, Макаренко говорил в одном своем педагогическом труде, что он достиг мастерства, когда смог с двадцатью разными интонациями сказать своему колонисту «Подойди сюда» в зависимости от цели этого обращения, от того, с кем он имеет дело. Также важно, чтобы и индивидуальный стиль общения был гибким: иногда надо быть строгим, иногда отдаленным, иногда лично близким и самораскрывающимся, иногда думающим о высоком (о смысле жизни и о смерти); иногда тем, который призывает пациента делать все возможное, чтобы поддержать своих близких, до последнего момента жизни действовать, бороться за жизнь и пр. Мы помним, как выдающийся писатель К. Островский в тяжелом физическом состоянии писал свою книгу; т. е. можно выполнять свой долг, свое призвание и когда ты в тяжелом физическом положении, с тяжелой болезнью. Как свидетельствуют выдающиеся медики, терапия творчеством имеет положительный результат; когда человек видит, ради чего он живет, ради кого он

живет, что он еще нужен кому-то, появляются силы и против борьбы с болезнью; но для этого врач должен быть гибок в выборе индивидуального стиля общения и видеть, в каком пациент находится состоянии, а не просто выполнять инструкцию, что постоянно надо улыбаться, быть тактичным, быть вежливым и толерантным.

Слово «толерантность» также вызывает в нашей среде ряд сомнений. Толерантным надо быть тогда, когда к тебе приходят разные пациенты; но может приходиться и идеальный человек, и греховный человек; может приходиться человек, принадлежащий той или другой партии, которая тебе может не нравиться; может приходиться пациент с теми или иными изъянами в своем поведении, др. Но врач не судья, он помогает каждому. Но как быть с толерантностью, когда вы видите, что человек идет не по пути здоровья, а когда он сам себя разрушает? Конечно, каким путем идти (в направлении здоровья или болезни) — это выбор каждого; как один пациент сказал: «Пил, пью и буду пить», — до этого он потерял своего сына, он его один воспитывал. Если этого пациента детально информировать о том, что будет с его печенью при злоупотреблении алкоголем, что будет с его жизнью, то надо иметь в виду, что жизнь ему не мила, он потерял смысл своей жизни. Конечно, врач не судья, но он может помочь этому пациенту найти смысл дальнейшей его жизни, если, например, он начнет помогать жить другим (например, сыновьям других); это даст ему возможность вырваться из того состояния, в которое он попал, и поможет бороться с алкогольной зависимостью, которая у него есть. В этом случае «толерантность» странно смотрится; если пациент хочет начать двигаться в направлении здоровья, то врач ему помогает; он помогает разным пациентам, но быть толерантным к пороку, злу, к саморазрушению — это вопрос, какая здесь может быть толерантность?

Таким образом, поддержание гибкого, персонифицированного стиля общения — это задача мастерства начинающего врача и начинающего преподавателя, который обучает своих будущих врачей гибкому стилю; все в общении бывает полезным, но в свое время с разными людьми и в зависимости от того, ради чего ты это делаешь. Та цель и мотивация, которые стимулируют гибкий персонифицированный стиль общения, дают силы идти в выбранном направлении, менять в зависимости от динамики ситуации свой стиль общения. При этом принятие пациента не означает обязательное согласие с ним, разделение его взглядов, отказ от своих собственных убеждений; это просто предполагает, что медицинский работник уважает его мнение.

В то же время, когда мы говорим о межличностном общении врача с пациентом, которое предполагает некоторую паритетность (что врач и больной вместе против болезни), то все равно за результаты такого общения отвечает врач. Пациент не профессионал, он может ругаться, может сердиться, может обижаться, он живет спонтанно; а вот врач — профессионал, и он отвечает за результаты того, что происходит; и если контакт с пациентом обрывается (такое может быть по воле пациента), если это один случай, второй — это одно; но если контакты обрываются достаточно часто, то врачу надо думать о том, что он делает не так.

Когда обсуждают тему профессионального общения и обучают ему, то предлагают наборы обучающих коммуникативных задач, стараются предложить и эталоны решения этих задач. К сожалению, во всех таких случаях нельзя дать готовый алгоритм их решения. Каждый раз общение врача с конкретным пациентом предполагает решение им многих коммуникативных задач; врач ставит диагноз, назначает лечение и плюс еще параллельно решает коммуникативные задачи; и здесь, когда мы говорили о толерантности, очень важна система ценностей, которой придерживается врач, которая регулирует это поведение. Поэтому в настоящий период, когда мы говорим о гармонизации медицинского образования России и Европейского Союза, очень важно гармонизировать систему ценностей, которых придерживаются наша отечественная медицина и западноевропейская. Есть специфика российской отечественной медицинской школы, которую важно при этом не упустить.

Профессиональное общение врача, поскольку оно имеет большое социальное значение, несмотря на то, что оно должно быть персонифицировано, все-таки регламентируется; формулируются требования к такому общению частично в должностных инструкциях, в принятых в профессиональной среде правилах поведения, частично в закреплённых традициях учреждения, в котором врач работает, пр.

Саморегуляция

В психологии управления доказано, что эффект управления зависит от качества управляющего звена. Личность имеет ресурсы управлять не только своим поведением, но и трансформировать саму себя. Самотрансформация в направлении приближения к своей подлинной самости способствует усилению самоидентичности; симптомы, что человек стал зрелым: он начинает любить (любовь-бытие, любовь-подарок по А. Маслоу), «переполняться», делиться, отдавать вместо того, чтобы нуждаться. Зрелость личности — хорошая предпосылка для эффективного управления собственным поведением, для укрепления составляющих своего здоровья (физического, психического, социального, духовного благополучия). Человеку дана возможность в каждый момент его жизненного пути, самоопределившись, осознанно управлять своими мыслями, эмоциональными состояниями, своим поведением, что особенно важно на развилке жизненных дорог. Обычно принятие решения о дальнейшем пути сопровождается мучительными сомнениями, какими ориентирами воспользоваться.

Когда мы говорим об аутогенном менеджменте (Н. Д. Творогова), то имеем в виду постановку цели, планирование поведения и распределение своего времени, выбор техники достижения значимых для себя целей, овладение для этого необходимыми действиями и операциями, реализацию программ поведения и самоконтроль. Аутогенный менеджмент нацелен на собственную перестройку, использует волевую регуляцию, выбор приоритетов. Аутогенный менеджмент можно условно сравнить с коучингом для самого себя; его целевая функция — достижение субъективно значимого для конкретной личности успеха. При этом частный успех оценивается не только в результате соотнесения результата активности с вызвавшей ее потребностью, мотивацией деятельности, но и в зависимости от того, насколько он приближает личность к самореализации, цельности, раскрытию своего потенциала, к лучшему познанию своих возможностей, к здоровью (в понимании здоровья ВОЗ; в традиционном же медицинском понимании психическое и физическое здоровье человека — это ресурс его жизни, а не цель последней). Конечно, в аутогенном менеджменте есть определенные трудности и ограничения, поскольку в психике наряду с процессами и состояниями, поддающимися самоизменению, имеются и надындивидуальные, надсознательные явления, неосознаваемые мотивы и смысловые установки, неосознаваемые механизмы регуляции способов деятельности, неосознаваемые резервы органов чувств, др. Человек не всегда действует осознанно, он также зачастую демонстрирует «полевое» поведение, подверженное влиянию сложившихся динамических стереотипов, управлению окружающими людьми или внешними обстоятельствами. Именно поэтому профессиональная среда, здоровое профессиональное сообщество, поддерживающее социальное партнерство крайне важны для профессионала, для поддержания его рабочего состояния, при наличии которого неукоснительно выполняется не только требование «не навреди», но и оказывается профессиональная помощь тому, кто за ней к этому профессионалу обратился.

В своем общении врач ориентируется на этические нормы, выработанные профессиональным сообществом; имеется этический кодекс врача РФ, который воспроизводит общечеловеческие нормы морали и отражает специфику профессиональной деятельности, например предпочтение в любой ситуации интересов пациента. Но важно не только провозглашать, но очень важно и изучать реальные действующие ценности, убеждения и правила, то, что в реальности регулирует поведение врача в нашей стране (особенно в ее постперестроечный период). Самоосознание (да,

регламент такой, но какие ценности реально регламентируют мое поведение?) поможет выбросить и перестроить ценности, которые устарели или, наоборот, заставит держаться тех из них, которые являются твоей основой, за которой ты готов идти в огонь и воду, готов жизнь отдать за эти ценности.

Управление своим общением — осознанное воздействие на процесс общения с учетом цели лечебного процесса, своего состояния и состояния пациента, постоянно поступающей обратной связи, др. — приближает процесс профессионального общения врача с пациентом к решению задач, значимых для его участников. И когда мы говорим об этапах общения — это мотивация, цель, коммуникативные действия и операции, обратная связь. *Обратная связь*: подводя итоги, смотришь, что удалось из задуманного и что не удалось (например: этот пациент для меня трудный, не доволен общением с ним; а вот это моя победа, этим я готов даже поделиться с коллегами, рассказать, как у меня это хорошо получилось).

В Европейском Союзе проводятся специально для врачей балинтовские группы, где обсуждается не то, как врач поставил диагноз, назначал лечение, а обсуждаются его коммуникативные трудности, стоящие перед его личностью задачи, какие были находки или провалы в его профессиональном общении, пр. Специально нанимают тренера для таких групп, профессионалы собираются и обсуждают свою коммуникацию, делая ее осознанной, чтобы можно было управлять своим общением и его развивать, повышать свою коммуникативную компетентность. Поскольку ролевая защита не всегда оказывается надежной, общение может приводить к стрессу, хронической усталости (то, что иногда называют «отравление людьми»), то есть вероятность возникновения у врача профессионального заболевания, спровоцированного его общением. Чтобы не нарушать терапевтических отношений с пациентом, нередко прибегают не только к консультированию специалиста по ходу балинтовской группы, но и к супервизии.

Когда говорят об оценке эффективности общения врача с пациентом, то учитывается не только мнение родственника пациента, но и независимого оценщика. Оценка профессионального общения врача в нашей стране также может войти как элемент его аттестации. Чтобы проводить аттестацию врача в плане его коммуникативной компетенции, этому надо учить, а потом и контролировать самого эксперта. Кафедра семейной медицины Первого МГМУ им. И. М. Сеченова в этом направлении в свое время (в конце прошлого, в начале наступившего столетия) много сделала и была близка к проведению такой аттестации, которая, однако, не была принята официальными структурами при аттестации врача. Планировалось оценивать, как врач общается с пациентом с учетом не только европейских традиций, но и тех, которые сложились в нашей отечественной школе.

Здесь опять хочется отметить необходимость учета особенностей культуры, которые влияют на специфику общения населения. Например, Хамид Пезешкиан мне рассказывал, что в восточных странах (откуда его предки родом), когда человек заболевает, то его постель буквально ставят чуть ли не посреди комнаты и все родственники, знакомые приходят его проведать, выразить поддержку. А на западе (где Хамид живет вместе со своей семьей и семьей своего отца, известного врача Носарта Пезешкиана), когда человек заболевает, то его стараются все (близкие, знакомые) оставить в покое, не надоедать ему; а когда он придет в норму, вот тогда с ним и будут общаться. По его словам, это разные модели общения с пострадавшими их близких. То же самое должно быть и при аттестации коммуникации специалистов: надо учитывать особенности культурной среды, в которой этот специалист действует; все требования, которые работают в Евросоюзе, буквально перенять мы не можем, потому что есть свои особенности культуры.

При аттестации врачей нужно свое профессиональное сообщество, которое бы предварительно подвергло экспертизе существенные характеристики коммуникативной компетентности врача для того, чтобы выбрать ту шкалу оценки, которая действи-

тельно соответствует требованиям науки и принята и пациентами, и клиницистами. Поэтому переход к оценке коммуникативной компетенции врача требует как научной подготовки, так и опроса пациентов и, конечно, единого мнения профессионального сообщества врачей.

Взгляд в будущее

Страна, ее организации тогда идут ВПЕРЕД, когда не попадают в плен закостеневших, сложившихся ранее стереотипов (мышления, поведения, пр.); однако при этом важно, чтобы брали с собой в будущее лучшее из предшествующих этапов развития, стараясь извлечь уроки из побед и ошибок предшественников. Жизнь динамична, но есть некоторые законы и закономерности (в науке, образовании, общении, пр.), которые не стоит забывать и от которых нельзя отказываться (поскольку некоторые из них вечные).

Конечно, наступает новое время — время информатизации и робототехники. Некоторые даже предполагают, что в скором времени лечить будут не врачи, а роботы. *«Не следует опрометчиво выбрасывать за окно старые привычки, лучше провожать их до двери, как приятного гостя» — восточная мудрость* — может, так и надо среагировать на новую эпоху...

Однако нас в свое время ведущие медицинские работники учили, что лечат и учат соответственно врач и учитель, а имеющаяся на тот период техника — им в помощь, это их средство труда. Кроме того, работа врача включает не только ремесло (которое можно зафиксировать в виде алгоритма и передать компьютеру, роботу), но и творчество, персонифицированный подход в каждом случае выполнения лечебного процесса. Да и роботов подготовить к лечебному процессу без квалифицированных медиков (одним инженерам и айтишникам) вряд ли удастся. И лечить-то надо человека (общепризнана биопсихосоциальная модель человека), а не биоробота (хотя кто-то, может, и планирует переделать человека в биоробота и использовать его как раба — посмотрим, как на это отреагируют сами люди). Посмотрим, как жизнь пойдет дальше...

И все же на сегодняшний день в заключение хотелось бы высказать гипотезу психолога о том, какова директория дальнейшего движения по обеспечению эффективного общения врача с пациентом. Необходима доказательная медицина и доказательная психология, чтобы ответить на вопросы: а) почему одни виды общения оказываются благотворными и приводят к выздоровлению пациента, а другие, наоборот, губительны; б) какое общение может быть на сегодняшнем этапе понимания этой проблемы саногенным общением, а какое — патогенным.

На наш взгляд, актуальны и следующие вопросы: а) как обучать саногенному (оздоравливающему) общению; б) как проводить экзамен по коммуникативной компетенции врача, только что окончившего вуз или уже работающего. Думаю, что необходимы междисциплинарные бригады, совместная работа врачей, медсестер, организаторов здравоохранения с психологами; у нас должно появиться много возможностей для сотрудничества.

При разработке технологии общения врача с пациентом, на наш взгляд, надо учитывать данные:

- психологии здоровья;
- возрастной психологии;
- психологии индивидуальных различий;
- психологии управления;
- педагогической психологии.

Приложение 1

Словарь психологических терминов¹

Общение — процесс установления и развития контактов между людьми, порождаемый потребностями совместной деятельности и включающий обмен информацией, выработку единой стратегии взаимодействия, восприятие и понимание другого человека.

Коммуникация — смысловой аспект социального взаимодействия, обмен информацией («символами») между общающимися индивидами.

Интеракция — взаимодействие между общающимися, воздействие друг на друга.

Восприятие межличностное — восприятие, понимание и оценка человека человеком.

Роль — понятие, обозначающее поведение человека в определенной жизненной ситуации, соответствующей занимаемому им положению (например, роль врача, пациента, руководителя, отца, матери и т. п.).

Стереотип — упрощенное, зачастую искаженное представление о каком-либо социальном объекте (группе, человеке и др.).

Установка — субъективная ориентация индивида как члена группы на те или иные ценности, предписывающие индивиду определенные социально принятые способы поведения. Включает три измерения: когнитивное, аффективное, поведенческое.

Предубеждение — обобщенное представление, которого придерживаются члены одной группы относительно другой, вместе с суждением «хороший», «плохой», выносимое другим людям.

Трансфер — перенос на психотерапевта (врача, медсестру, психолога) эмоционального отношения пациента к значимым для него людям (отцу, матери и др.).

Идентификация личностная — уподобление, отождествление с кем-либо.

Проекция — механизм психологической защиты, заключающийся в неосознанном наделении другого человека присущими данной личности мотивами, чертами и свойствами.

Приложение 2

Признанные специалисты об общении

«Путь служения — путь созидания, хранения и передачи знаний по цепочке от Наставника к ученикам, чтобы мудрость, накопленная тысячелетиями, переходила к людям, готовым ее распознать» — Мирзакарим Норбеков.

«Сначала убедись, а потом уж убеждай» — Станиславский (Алексеев) Константин Сергеевич.

«Информация — это не знание; единственный источник знаний — это опыт» — Альберт Эйнштейн.

«Уверенность в себе заразительна, как и неуверенность. И от партнера не ускользнет ни то, ни другое» — Винс Ломбарди, американский футболист и тренер.

¹ Смотрите:

- а) Клиническая психология: энциклопедический словарь / под общ. ред. проф. Н.Д. Твороговой. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Практическая медицина, 2016. – 608 с.;
- б) Психология общения. Энциклопедический словарь / под общ. ред. А.А. Бодалева. – М.: Когнито-Центр, 2013; 2015.

«Наслаждайся дарованным тебе счастьем и терпеливо переноси горе, выпавшее на твою долю; спокойно жди, что принесет с собой время, как крестьянин ждет созревания плодов» — восточная мудрость.

«Да будет благословен тот, кто украшен мантией искренности и излучает свет вежливости» — из творений бахаи.

«Воспитатель сам должен быть тем, чем он хочет сделать воспитанника» — Даль Владимир Иванович.

«Учить других — потребен гений, потребна сильная душа» — поэт Некрасов Николай Алексеевич.

Приложение 3

ЦИТАТЫ из книг специалистов по теме общения

Из книги:

Пезешкиан Н. 33 — и одна форма партнерства / пер. с нем. — М.: Медицина, 1998. — 288 с.

... почему врачи лечат только тело, тогда как очевидно что причина болезни в душе, в психике (с. 9). ... лечат симптом, а не человека. ... врач и пациент говорят на разных языках (с. 22). Что скрывается за симптомами психических и психосоматических нарушений, ограничений в межличностных отношениях? Есть ли возможность соответствующим образом лечить эти нарушения? (с. 10). Цель книги ... — Предложить альтернативные модели мышления практикующим врачам ... (с. 12). Мы придаем особое значение сотрудничеству между врачами, психологами, ... социологами, педагогами и юристами (с. 23).

Из книги:

Норбеков М.С. Психология дурака / Мирзакарим Норбеков. — М.: АСТ, 2015. — 320 с. Автор — доктор психологии, доктор философии, доктор философии в медицине, профессор, действительный член и член-корреспондент ряда российских и зарубежных академий.

Отношение к другим — на лице показываем (выражение лица) (стр. 106). Улыбающийся человек вызывает чувство доброты, о нем думают, что он человек успешный (стр. 131). Через искренние комплименты можно добиться взаимности (стр. 137). Хмурость тоже порой бывает нужна (стр. 131). У людей противоположности тянутся друг к другу — больной тянется к здоровому (врач должен поддерживать свое здоровье — помогите себе и этим вы уже сможете помочь другим) (стр. 122). Считается, что здоровый, успешный человек более привлекателен для партнера, у которого проблемы со здоровьем, чем больной и опустившийся. ... Врачу важно вовлечь пациента в процесс лечения.

Из книги:

Блект Р. Три энергии. Забытые каноны здоровья и гармонии / Рами Блект. — М.: АСТ, 2018 г. — 320 с.

Качества личности врача играют не менее важную роль, чем его знания, профессиональные умения; именно поэтому используется термин «компетентность», в которой проявляются знания, умения, личные качества врача, его характер.

Важна и система ценностей, которой придерживается врач при реализации профессиональной деятельности. Когда пациент находится рядом с врачом, у которого много любви в сердце (не только к деньгам, к своему продвижению по службе, пр.) к своей деятельности, к здоровью пациента, др. — то пациент чувствует, что от него исходит позитивная энергия (эмоции, как известно, заразительны), даже если он уже устал от предыдущих этапов своей деятельности.

Из книги:

Линчевский Э.Э. Сфера обид, сфера надежд: Социально-психологические и нравственные аспекты общения в сфере обслуживания. – М.: Мысль, 1991. – 208 с.

Важно, общаясь с жалующимся родственником пациента (которому стало после лечения еще хуже), чтобы он не почувствовал враждебности, желания поскорее избавиться от них; в разговоре с таким трудным собеседником полезно дать ему выговориться... Настоящий специалист причину неудачи прежде всего ищет в себе, в своих просчетах; а неподатливость объекта для него не более, чем трудные условия, в которых приходится действовать. Здесь речь идет об элементах культуры общения, об овладении искусством общения с больными и с их родственниками (стр. 120–121).

Из книги:

Аппс Д. Чтобы слушали и слышали! Влияние вашего голоса. – СПб.: Питер, 2012. – 208 с.

Успех специалиста связан с качествами его личности — убеждениями, ценностями, жизненной позицией и т. д. От него также требуется ораторское искусство, отправной точкой успеха в этом являются не природные голосовые данные, а внутренний мир оратора (убеждения, ценности, позиции и цели выступления). Об умении слушать издавна рассуждали как об искусстве. ... Хороший психотерапевт не всегда вслушивается в тот зачастую мусор, который изливает в своей речи пациент, но восприимчив к звукам его голоса, запинкам (стр. 22).

Из книги:

Усанин А.Е. Пропуск в третье тысячелетие. – 2-е изд., доп. и перераб. – Ростов н/Д: ФриДом, 2010. – 480 с.

Помогать нужно всем, но разным людям нужно помогать по-разному (стр. 66). Настоящее является следствием прошлого и причиной будущего (стр. 326). Перед тем как приступить к лечению, разумный врач говорит пациенту: «... Я смогу вам помочь в том случае, если вы примите в лечении активное участие, если вы измените свой образ жизни в лучшую сторону» (стр. 318).

Из книги:

Файн С.Ф., Глассер П.Г. Первичная консультация: Установление контакта и завоевание доверия / пер. с англ. – 2-е изд. – М.: Когито-Центр, 2016. – 238 с.

Начиная работу с клиентом, специалист сталкивается с новым набором установок, страданий, переживаний и ожиданий; сталкивается с надеждой и отчаянием, с тревогой и гневом, с беспомощностью и агрессивностью, с требовательностью и уступчивостью, с открытостью и уловками. ... У специалиста есть и собственная тревожность, поскольку на предстоящей консультации он может столкнуться с сопротивлением клиента (или его родственников) и даже с враждебностью клиента (стр. 36). Укрепление доверия в процессе предстоящего общения с клиентом — важная цель, стоящая перед специалистом, но доверие не возникнет, если он будет неискренне одобрять клиента, говорить ему банальности или неправду (стр. 86).

Из сборника:

Преподавание этики и деонтологии на до- и постдипломном этапах обучения в медицинском вузе. Материалы тезисов итоговой научно-практической конференции преподавателей академии. — М.: ММА им. И. М. Сеченова, 1996. – 159 с.

«Идеи великого и благородного служения человечеству, заложенные нашими предшественниками, начиная с Гиппократов, Н. И. Пирогова, И. П. Павлова и др., актуальны и в наше время (стр. 3). ... новые изобретения ультразвуковой техники, электроники, компьютеризации помогают в работе, однако теряется искусство непосредственного общения врача с больным» — (стр. 4).

Приложение 4

Рекомендованная литература

1. Айзенк Г.Ю. Личность и история ... болезни? // Медицинская газета. – 1993. – № 81.
2. Андреева Г.М. Социальная психология. – М.: Аспект Пресс, 2004.
3. Асмолов А.Г., Петровский В.А. О динамическом подходе к психологическому анализу деятельности // Вопросы психологии. – 1978. – № 1. – С. 70–80.
4. Бодалев А.А. Восприятие и понимание человека человеком. – М.: Моск. гос. университет, 1982. – 200 с.
5. Бройтигам В., Кристиан П., Рад М. Психосоматическая медицина. – М.: ГЭОТАР Медицина, 1999. – 376 с.
6. Гозман Л.Я. Психология эмоциональных отношений. – М.: Моск. гос. университет, 1987. – 176 с.
7. Гундарев И.А. Влияние духовной атмосферы на жизнеспособность населения // Философия укрепления здоровья нации: материалы конференции / под общей ред. д. мед. н., проф. А.И. Вялкова, д. ф. н., проф. Ю.М. Хрусталева, к. ф. н., доц. В.Д. Жирнова. – М.: Российское философское общество, 2008. – С. 116–123.
8. Жирнов В.Д. Болезнь // Клиническая психология. Словарь / под общ. ред. Н.Д. Твороговой. – М.: ПЕР СЭ, 2007. – С. 161–163. (Психологический лексикон. Энциклопедический словарь в шести томах).
9. Жирнов В.Д. Здоровье // Клиническая психология. Словарь / под общ. ред. Н.Д. Твороговой. – М.: ПЕР СЭ, 2007. – С. 164. (Психологический лексикон. Энциклопедический словарь в шести томах).
10. Клиническая психология: энциклопедический словарь / под общ. ред. проф. Н.Д. Твороговой. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Практическая медицина, 2016. – 608 с.
11. Куницына В.Н., Казаринова Н.В., Погольша В.М. Межличностное общение. Учебник для вузов. – СПб.: Питер, 2001. – 544 с.
12. Кэмпбелл Дж. Герой с тысячью лицами. Киев: София, 1997. – 336 с.
13. Лабунская В.А. Невербальное поведение: социально-перцептивный подход. – Ростов-на-Дону: Издательство Ростовского государственного университета, 1986. – 136 с.
14. Леонтьев А.А. Психология общения. – 2-е изд., испр. и доп. – М.: Смысл, 1997. – 365 с.
15. Леонтьев А.Н. Деятельность, сознание, личность: учебное пособие. – 2-е изд. – М.: Политиздат, 1977. – 304 с.
16. Леонтьев Д.А. Очерк по психологии личности. – М.: Смысл, 1993. – 43 с.
17. Лурия А.Р. Природа человеческих конфликтов. Объективное изучение дезорганизации поведения человека. – М.: Когито-Центр, 2002. – 528 с.
18. Менделевич В.Д. Психология девиантного поведения: учеб. пособ. – М.: МЕДпресс, 2001. – 427 с.
19. Орлов Ю.М. Саногенное мышление. Теория и практика. М.: Импринт-Гольфстрим, 1998. – 63 с.
20. Орлов Ю.М., Творогова Н.Д. Фрустрация потребности к общению и состояние здоровья студентов // Вопросы гигиены и состояния здоровья студентов ВУЗов: сб. научн. трудов. – М.: Первый моск. мед. институт им. И.М. Сеченова, 1974.

21. Пезешкиан Н. Психосоматика и позитивная психотерапия / пер. с нем. – М.: Медицина, 1996. – 464 с.
22. Пезешкиан Н. 33 – и одна форма партнерства / пер. с нем. – М.: Медицина, 1998. – 288 с.
23. Петровский В.А. Активность субъекта в условиях риска: автореф. дис. ... канд. психол. наук. – М., 1977.
24. Понятие судьбы в контексте разных культур / под ред. Н.Д. Арутюновой. – М.: Наука, 1994. – 318 с.
25. Программы продолженного обучения преподавателей медицинских вузов: методические рекомендации. Примеры программ обучения преподавателей / Н.Д. Творогова, Н.Б. Водолазский, Т. Шеффер [и др.]. – Омск: Полиграфический центр КАН, 2012. – 100 с.
26. Психология здоровья: психологическое благополучие личности / под ред. проф. Н.Д. Твороговой. – М.: УРАО, 2005.
27. Психология здоровья: семейный аспект / под ред. проф. Н.Д. Твороговой. – М.: УРАО, 2004.
28. Психология: комплексный подход: учебник / М. Айзенк, П. Брайант, Х. Куликэн [и др.] / под ред. М. Айзенка. – Минск: Новое знание, 2002. – 829 с.
29. Психология общения. Энциклопедический словарь / под общ. ред. А.А. Бодалева. – М.: Когнито-Центр, 2011. – 600 с.
30. Столин В.В. Самосознание личности. – М.: Моск. гос. университет, 1983. – 284 с.
31. Творогова Н.Д. Успешность протекания в учебной группе деятельности общения студента и его состояние здоровья // Роль эмоционального стресса в генезе нервно-психических и соматических заболеваний: сб. науч. ст. – М.: Первый моск. мед. институт им. И.М. Сеченова, 1977.
32. Творогова Н.Д. Социально-психологический тренинг в учебно-воспитательном процессе медвуза // Психолого-педагогические исследования организации и оптимизации обучения в медвузе: сб. науч. ст. – М., 1980.
33. Творогова Н.Д. Социопсихосоматические закономерности общения. – М., 1996. – 112 с.
34. Творогова Н.Д. Медицинская педагогика // Медицинская помощь. – 1998. – № 5.
35. Творогова Н.Д. Программа для ординаторов «Психология управления здоровьем» // Программа подготовки ординаторов факультета управления здравоохранением ММА им. И.М. Сеченова по спец. «Общественное здоровье и здравоохранение». – М., МЗ РФ, 2001. – С. 88–96.
36. Творогова Н.Д. Общение: диагностика и управление: монография. – М.: Смысл, 2002. – 246 с.
37. Творогова Н.Д. На пути самореализации // Смысл жизни и акме: 10 лет поиска: Материалы VIII-X симпозиумов ПИ РАО: в 2-х ч. – М.: Смысл, 2004. – Ч. 2. – С. 179–191.
38. Творогова Н.Д. Социальное благополучие личности // Психология здоровья: семейный аспект. – М.: УРАО, 2004. – С. 7–12.
39. Творогова Н.Д. Благополучие гражданина – одна из основных ценностей общества // Прикладная психология как ресурс социально-экономического развития современной России: материалы межрегиональной научно-практической конференции. – М.: Моск. гос. университет, 2005. – С. 396–399.

40. Творогова Н.Д. Психологическое благополучие личности // Психология здоровья: психологическое благополучие личности. – М.: УРАО, 2005. – С. 207–217.
41. Творогова Н.Д. Духовное здоровье // Вестник Университета Российской академии образования. – 2006. – № 4. – С. 44–53.
42. Творогова Н.Д. Профессиональное общение клинического психолога с клиентом // Общение 2006: на пути к энциклопедическому знанию: матер. междунар. конф. – М., 2006. – С. 319–325.
43. Творогова Н.Д. Модели модификации поведения в школах здоровья // Материалы IV съезда психологов РПО. – Ростов-на-Дону, 2007.
44. Творогова Н.Д. Поведение в направлении здоровья // III Всероссийский форум «Здоровье нации – основа процветания России». – М.: Моск. гос. университет. – 2007. – Т. 2. – С. 133–137.
45. Творогова Н.Д. Психология здоровья // IV Всероссийский форум «Здоровье нации – основа процветания России». – М.: Моск. гос. университет. – 2008. – Т. 2.
46. Творогова Н.Д. Саногенное поведение // Философия укрепления здоровья нации: матер. конф. / под общей ред. д. мед. н., проф. А.И. Вялкова, д. ф. н., проф. Ю.М. Хрусталева, к. ф. н., доцента В.Д. Жирнова. – М.: Российское философское общество, 2008. – С. 124–139.
47. Творогова Н.Д. Психология: учебное пособие. – 3-е изд., перераб. и доп. – М.: Медицинское информационное агентство, 2011. – 576 с.
48. Узнадзе Д.Н. Экспериментальные основы психологии установки // Теория установки / под ред. Ш.А. Надирашвили, В.К. Цаава. – М.: Институт практической психологии; Воронеж: МОДЭК, 1997. – С. 146–372.
49. Фромм Э. Психоанализ и этика. – М.: Республика, 1993. – 416 с.
50. Человек. Философско-энциклопедический словарь / под общ. ред. акад. И.Т. Фролова. – М.: Наука, 2000. – 516 с.
51. Шапю де Сентонж Д.М. Духовное попечение в медицинской практике // Вестник семейной медицины. – 2008. – № 7. – С. 271–273.
52. Friedman M., Rosenman R.H. Association of specific overt behavior pattern with blood and cardiovascular findings; blood cholesterol level, blood clotting time, incidence of arcus senilis, and clinical coronary artery disease // Journal of the American Medical Association. – 1959. – Vol. 169, № 12. – P. 1286–1296.
53. Holmes T.H., Rahe R.H. The Social Readjustment Rating Scale // Journal of Psychosomatic Research. – 1967. – Vol. 11, № 2. – P. 213–218.
54. Kohut H. The analysis of the self: A systematic approach to the psychoanalytic treatment of narcissistic personality disorders. – New York: International Universities Press, 1971. – 384 p.
55. Modification of Type A behavior pattern in coronary heart disease: A cognitive-behavioral intervention program / I. Gearge, P. Prasadaro, V. Kumaraiah [et al.] // NIMHANS Journal. – 1998. – Vol. 16, № 1. – P. 29–35.
56. Rogers C.R. Counseling and psychotherapy. – Boston: Houghton Mifflin, 1942. – 450 p.
57. Skinner B.F. Science and human behavior. – New York: Macmillan, 1953. – 461 p.

The communicative component of the professional activity of a medical worker. Part 2

Tvorogova N.D.¹
E-mail: n.tvorogova@gmail.com

¹ I.M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University)
8-2 Trubetskaya str., Moscow, 119991, Russia
Phone: +7 (499) 248-05-53

Abstract

Communication of a specialist in a helping profession (helping professions include the professions of a medical worker, psychologist, teacher, etc.) is designed to have healing properties (so that after communicating with him, the client becomes "easier"); and even outside the professional activities of a colleague, acquaintances expect a professional to demonstrate communicative competence.

A doctor in the course of his professional activities participates in various types of communication, including: a) communication with patients and their families; b) communication with fellow doctors; c) communication in interdisciplinary teams (with nurses, psychologists, sociologists, teachers, etc.); d) communication with healthcare organizers (bosses, subordinates, managers, etc.); e) communication with members of the public; f) communication with members of your family, with your relatives and friends (communication in the role of a doctor); g) communication with oneself (self-help, self-treatment, etc.); h) other types of communication. Each of these types of professional communication has its own specifics. Features of the activity approach in the organization of communication, individual style of communication, self-regulation in the course of communication.

Key words: medical psychology; communication of a doctor; activity approach; individual style of communication; self-regulation.

For citation

Tvorogova N.D. The communicative component of the professional activity of a medical worker. Part 2. *Med. psihol. Ross.*, 2021, vol. 13, no. 4, p. 2. doi: 10.24412/2219-8245-2021-4-2 [in Russian, abstract in English].