

условий для здорового образа жизни, повышение эффективности управления.

### **Литература**

1. База данных Росстата: <http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/Rosstat/rosstatsite/main/>.
2. МЗ РФ Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения и социального развития Федеральное медико-биологическое агентство «Об итогах работы МЗ РФ в 2014 г и задачах на 2015 год», Москва
3. Государственная программа Российской Федерации «Развитие здравоохранения» в Российской Федерации,
4. Федеральный закон от 28 июня 2014 г. № 172-ФЗ «О стратегическом планировании в Российской Федерации»

---

*Расторгуева Т.И., Проклова Т.Н., Карпова О.Б.*

### **ЗНАЧЕНИЕ НЕВЕРБАЛЬНОЙ КОММУНИКАЦИИ**

### **ДЛЯ ПРОЦЕССОВ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ВРАЧА И ПАЦИЕНТА**

ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья имени Н.А.Семашко», E-mail – [tnproklova@mail.ru](mailto:tnproklova@mail.ru)

**Резюме.** В статье приведен анализ научных поисков решения вопросов действенного контакта врача и пациента.

**Ключевые слова:** невербальная коммуникация; поведение пациента; невербальные коммуникативные навыки врача; профессионально значимое качество врача.

В рамках стратегической цели повышения эффективности деятельности медицинских учреждений, активное внимание уделяется вопросам создания действенных, организационно подготовленных условий, направленных на возможность профессионального роста врача, мотивацию труда, формирование благоприятного социально-психологического климата, решение вопросов врачебной этики и деонтологии.

И одним из таких направлений, в рамках рассмотрения поставленных вопросов, является для медицинских работников

знание, распознавание и применение на практике невербальных сигналов, исходящих, в первую очередь, от пациента/собеседника в процессе общения.

Известно, что невербальная коммуникация представляет собой взаимодействие между людьми с помощью неречевых средств, обмен невербальными посланиями и их интерпретацией в данной ситуации [1]. Как отмечает известный специалист в области изучения невербальной коммуникации В.А. Лабунская[2], современные попытки установить круг движений, которые имеют отношение к невербальному общению и «по сути рассматривающихся, то как способ, то как средство передачи определенной информации», основываются на учениях и идеях Р. Бердвистелла, Ч. Дарвина, Ф. Дельсарта, В. Райха, Е. Холла. А. Шефлена, П. Экмана. Д. Эфрона и др. Исходя из положений, высказанных в их работах, система движений, рассматриваемых в контексте психологии невербального общения, включает:

- 1) Телодвижения, позы;
- 2) Движения рук, жесты;
- 3) Движения и выражения лица;
- 4) Прикосновения;
- 5) Движения, выражения и контакт глаз;
- 6) Параязык, интонационно-вокальные движения;
- 7) Передвижения в пространстве.

Большое влияние на изучение невербального поведения личности оказали отечественные ученые. Среди них И.М.Сеченов, Л.С.Выготский, С.Л.Рубинштейн, Б.Г.Ананьев, Б.Ф.Ломов, В.Н.Мясищев, А.А. Бодалев и др.

Так, отмечается, что И.М. Сеченов в своем фундаментальном труде “Рефлексы головного мозга” писал: “...все бесконечное многообразие внешних проявлений мозговой деятельности сводится окончательно к одному лишь мышечному движению. Смеется ли ребенок при виде игрушки, улыбается ли Гарибальди, когда его гонят за излишнюю любовь к родине, дрожит ли девушка при мысли о любви, создает ли Ньютон мировые законы и пишет их на бумаге — везде окончательным актом является мышечное движение...Итак, все внешние проявления мозговой деятельности могут действительно сведены к мышечному движению. Вопрос через это крайне

упрощается... Кроме того... все без исключения качества проявления мозговой деятельности, которые мы характеризуем словами: одушевленность, страстность, насмешка, печаль, радость и пр., суть не что иное, как результаты большего или меньшего укорочения какой-либо группы мышц — акта, как всем известно, чисто механического” [3].

Что же показывает анализ конкретного практического опыта в контексте рассматриваемого вопроса?

Так, клинический психолог, психотерапевт К.В.Ягнюк [4], обращаясь к вопросам анализа взаимосвязи невербальной коммуникации и продуктивности контакта врача и пациента отмечает, что Присутствие и невербальная коммуникация - базовые компоненты терапевтического взаимодействия. Невербальное присутствие - это навык, который является основой для установления контакта с пациентом в течение первой встречи и поддержания контакта на протяжении всего процесса психотерапии. Терапевты используют этот навык в ходе терапевтического процесса, чтобы пациенты чувствовали себя в безопасности и были способны исследовать свои переживания. Невербальные проявления терапевта могут способствовать открытости пациента и исследованию важнейших измерений его проблемы, но могут также приводить к недоверию и уклонению от терапевтического взаимодействия.

Подчеркивается, что качество присутствия можно определить как степень невербального выражения вовлеченности терапевта в контакт с пациентом. Качество присутствия включает в себя как физическое, так и психологическое присутствие в их единстве. Конгруэнтность при этом крайне желательна, однако не стоит забывать, что установление контакта - это процесс, который требует времени и специальных усилий. В этом процессе произвольное, пусть и неконгруэнтное, выражение физического присутствия, позволяет настроиться на одну волну с пациентом и приводит к увеличению степени психологического контакта и аутентичности.

Факторы, препятствующие качеству присутствия. Иган (1998)

1. Озабоченность (терапевта) чем-то
2. Осуждающая установка
3. Наличие предубеждений

4. Классификация или видение клиента исходя из определенного набора категорий

5. Сосредоточенность на фактах

6. Нудное перечисление сказанного клиентом

7. Одобрение

8. Прерывание

В исследовании делается знаковый вывод, что терапевту важно уметь "читать" как невербальное поведение пациента, так и собственные невербальные сигналы. Отслеживание невербальных сигналов в ходе беседы позволяет их исследовать и выявлять скрытое в них значение. Так, например, если по мере того, как пациент говорит, вы чувствуете возрастание скованности и напряжения в теле, вы может спросить себя: "Что вызвало мою тревогу? Какое невербальное послание я передаю сейчас пациенту?" Ваши скрытые сообщения могут быть очень важной информацией о ваших отношениях, поэтому поиск ответов на вопрос - "Что именно вы неосознанно сообщаете пациенту и почему это послание не может быть выражено вами открыто?" является важной составляющей профессиональной рефлексии. Чем раньше терапевт осознает собственную невербальную реакцию, тем больше у него времени для ее понимания и возможности для сохранения контроля над ней. Стремление понять причины вашей реакции позволяет в некоторой степени отстраниться от эмоции, а значит - и удержаться от её выражения, подчеркивает автор. При обращении с внутренними реакциями терапевт сталкивается с противоречивыми требованиями: быть открытым к собственным чувствам и вместе с тем воздерживаться от их внешнего выражения. Это трудная, но заслуживающая усилий задача.

Подчеркивается, что значимым моментом является тот факт, что в невербальной коммуникации важные подсказки могут быть найдены быстрее, чем в словах, так как люди часто реагируют раньше, чем оказываются готовы или способны выразить словами свои чувства и мысли.

В другой работе [5] отмечается, что исследования по невербальной коммуникации доказывают, что невербальные сигналы несут в 5 раз больше информации, чем вербальные, и в случае, если

сигналы неконгруэнтны, люди полагаются на невербальную информацию, предпочитая ее словесной.

Подчеркивается, что ситуация, когда умение «читать» невербальное сообщение собеседника может рассматриваться как профессионально значимое качество врача и позволяет осуществлять более точную диагностику – поведение диссимуляции, при котором пациент сознательно скрывает симптомы своего заболевания. Анализ невербального поведения позволяет выделить характерные мимические реакции на боль, сдержанные жесты, статичные позы – признаки, свидетельствующие о наличии «охранительного» стиля поведения: минимальное количество движений позволяет ограничивать воздействие болевых раздражителей.

Также отмечается, что умение ориентироваться в невербальных реакциях партнера по общению может быть важным, когда пациентом является больной с мутизмом (отсутствием речи). Мутизм встречается при различных заболеваниях, например, при истерии (F44), при шизофрении. Врач общей практики сталкивается с этим симптомом чаще всего при стихийных бедствиях – землетрясении, наводнении, пожаре, у пациентов в состоянии шока, у лиц в ситуации угрозы для жизни, ставших свидетелями гибели родных и близких. Вступая в контакт с такими пациентами, врач оценивает тяжесть поражений, степень срочности оказания медицинской помощи, ориентируясь лишь на видимые признаки повреждений, а также на невербальные характеристики поведения больных.

Наличие невербальных коммуникативных навыков врачу необходимо при «языковом барьере», когда врач и пациент, говоря на разных языках, не понимают друг друга. В этой ситуации они дополняют вербальную коммуникацию невербальной с помощью жестов, мимических реакций, интонаций голоса.

Развитие коммуникативных навыков требует и ситуация экспресс-диагностики, когда за небольшой промежуток времени врач должен обследовать большое количество пациентов. Подобная ситуация складывается во время стихийных бедствий и социальных катаклизмов (война, революция, массовая миграция беженцев). Врач должен быстро оценить наличие и тяжесть поражений, очередность оказания медицинской помощи, и с этой целью использует не только

вербальную коммуникацию (расспрос больного), но и невербальную, обращая внимание на мимические реакции, жесты, позы, возможные ограничения в движениях, связанные с травмой или с поражением внутренних органов.

Навыки невербального взаимодействия могут быть полезны и при профессиональном взаимодействии врача с маленькими детьми. Ребенок, не обладая развитыми навыками интроспекции, часто испытывает затруднения при описании характера боли, не может определить ее («колющая», «режущая», «давящая», «распирающая»). Маленькие дети часто затрудняются в установлении причинно-следственной связи между событиями: им трудно определить, связана ли боль с приемом пищи, с физическими или эмоциональными нагрузками и т.д. Наблюдение за поведением ребенка может помочь врачу получить необходимую дополнительную информацию.

Таким образом, в процессе оформления данных материалов, представлено лишь несколько работ по данной тематике, в научной медицинской литературе их гораздо больше. Задачей было привлечь внимание к этому важному вопросу, заинтересовать – и тем самым способствовать развитию изучения, понимания и применению на практике полученных знаний в рассматриваемом направлении.

### **Литература**

1. Куницына В.Н., Казаринова Н.В., Погольша В.М. Межличностное общение Спб:Питер, 2001.
2. Лабунская В.А. Экспрессия человека: общение и межличностное познание – Ростов/Дону: Феникс, 1999.
3. Коноваленко М.Ю. Обман в деловом общении. Методы диагностики. – Ростов н/Д: Феникс, 2005. – 224 с. (Серия «Психологический практикум»)
4. Ягнюк К.В. Присутствие и невербальная коммуникация //Журнал практической психологии и психоанализа. -№1. – 2000 с. 15-24
5. Болучевская В.В., Павлюкова А.И. (Волгоград) Общение врача: вербальная и невербальная коммуникация. (Лекция 2) Медицинская психология в России 2011 №02/