

ДІАЛОГ У ФОРМАТІ СПІВПРАЦІ ЛІКАРЯ ІЗ ПАЦІЄНТОМ

У статті здійснено теоретичний аналіз дослідження проблеми діалогу у структурі взаємодії лікаря з пацієнтом. Розкрито механізми довіри як вихідної умови діалогічності спілкування. Розглянуто психологічні особливості мовленнєвого спілкування у структурі взаємовідносин «лікар-пацієнт», зокрема його семантичний, фонетичний та прагматичний компоненти. Проаналізовано відмінності між суб'єкт-суб'єктивним і суб'єкт-об'єктивним типами взаємодії лікаря з пацієнтом. Звернута увага на рівень професійних знань та вмінь лікаря, у форматі котрих особливе місце відводиться його комунікативним здібностям, мовленнєвій культурі, вмінню організувати зворотній зв'язок з пацієнтом, здійснювати рефлексивний аналіз власного психологічного стану, володіти навичками психотерапевтичного впливу.

Ключові слова: *діалог, взаємодія, мовленнєве спілкування, співпраця, довірче спілкування, комунікативний простір, рефлексія психічного стану, слово.*

Постановка проблеми. У сучасних умовах розвитку суспільства, коли йдеться про гуманізацію та демократизацію всіх сфер суспільного буття, проблема взаємодії та комунікації виступає однією з визначальних у розбудові ефективних технологій, інновацій у різних галузях теоретико-прикладних знань.

Медична галузь сьогодні, як одна з найбільш затребуваних щодо кардинальних змін та реформ у суспільстві, потребує нових технологій і з боку психологічного супроводу лікарської практики. Йдеться про інтегративну медицину, яка розглядає людину у сукупності її біопсихофізіологічної, соціальної та духовної природи.

Відтак, звернення до діалогу покликане реалізувати одне з найважливіших завдань у лікарській практиці – налагодження ефективної взаємодії у структурі зв'язків «лікар–пацієнт».

Аналіз останніх досліджень та публікацій. У психологічній науці вчення про діалог дістало розвиток у працях Б.Ананьєва, А.Беляєвої, О.Бодальова, М.Кагана, Г.Ковальова, Б.Ломова, А.Хараша, Н.Чепелевої, Т.Флоренської та ін. Аналіз різних підходів до вивчення діалогу показав, що склалися два основні уявлення про нього. Перша група дослідників розглядає діалог як безпосереднє мовне спілкування двох людей, підкреслює специфічність цієї форми спілкування і вбачає її у низці відмінних рис, зумовлених

тим, що процес спілкування розвивається спільними зусиллями двох суб'єктів. Друга група вважає, що взаємодія двох суб'єктів ще не означає діалогу, який з'являється там, де є взаємодія двох різних змістових позицій, які можуть належати як двом особам, так і одній. Дослідниками визначено специфічні риси діалогу, однак особливості їх прояву у діалозі різних типів, зокрема професійно орієнтованого спрямування, у системі взаємозв'язку «лікар-пацієнт» не розглянуто.

Мета статті: здійснити теоретичний аналіз існуючих підходів до розкриття змісту феномену «діалог» та окреслити особливості діалогічної взаємодії у структурі взаємозв'язків «лікар-пацієнт»

Виклад основного матеріалу дослідження. Суб'єктно-діяльнісні основи психології людського існування побудовані на уявленнях про те, що розвиток людської психіки проходить у спілкуванні людей, у діалозі суб'єкта зі світом [10]. Первинна репрезентація «Я-Ти»-стосунків - синкретична (нерозчленована) єдність двох взаємодіючих суб'єктів. При цьому Я (як самість) ще не знає себе. Я знаходить підтвердження у Ти, яке засвідчує факт його самобуття. Існування Я у Ти означає цілісну духовну установку на іншого як унікальну істоту, носія смислу самого себе.

Таким чином, абсолютна самоактивність індивіда реалізується у «Ти-визнанні» як одного з «голосів» Абсолюту (М.Бубер). Відносини змінюються, розвиваються, чергуються і сильніше виявляється партнер Ти у все більш відособленому Я. Це досягається через довірливі стосунки (що завжди мають форму діалогу).

Довіра є умовою взаємодії у системі «людина-людина». Іншими словами, можна сказати, що довіра є основною вихідною умовою діалогічності у спілкуванні. Вона існує як суб'єктивна соціальна позиція у ставленні до іншого у внутрішньоособистісному просторі; її існування «виноситься» назовні, породжуючи зміни у міжособистісних відносинах. Однак цей процес є зустрічним, оскільки існуючий рівень довіри може змінюватися, посилюватися, послаблюватися чи взагалі зникати. Тому, якщо у якомусь акті спілкування чи взаємодії людей існує певна кількість довіри, то кількість або міра є динамічною характеристикою, що визначає якісний бік процесу взаємодії, або діалогічності. У зв'язку з цим виділяють два види діалогічних відносин. Це – істинний діалог, який виступає творчим смислоутворювальним процесом, і квазідіалог, який має діалогічність лише за формою, у якому порушується симетричність відносин [6].

Універсальними умовами виникнення довіри є атрибуція значущості і безпечності об'єкта довіри. Однак об'єктом довіри може бути як інша людина, так й інформація, яку вона передає. Причому вони можуть не співпадати. Індивід може довіряти інформації, що передає, інший і не довіряти людині, яка її передає. І, навпаки,

довіряти людині, проте не довіряти інформації, яку вона передає. У зв'язку з цим ідеальна модель діалогових відносин буде мати місце тільки тоді, коли рівень довіри до інформації співпадає з рівнем довіри до особистості, від якої вона отримана. При цьому значущість інформації повинна співпадати за рівнем в обох взаємодіючих суб'єктів. Власне тому довіра і довірче спілкування повністю не співпадають за своєю суттю.

Таким чином, істинний діалог передбачає симетричність (конгруентність) таких змінних: 1) взаємність довірчих установок у ставленні один до одного; 2) взаємна довіра до інформації, що передається; 3) взаємна значущість цієї інформації для обох взаємодіючих суб'єктів. Порушення хоча б однієї змінної приводить до квазидіалогу [6].

Суттєвою ознакою соціальної активності (самоактивності) альтруїстичної особистості, на думку М.Й.Боришевського, є гармонійне поєднання мотивів, що обслуговують її потребу у реалізації власного Я, з мотивами, спрямованими на підтримку аналогічної потреби інших людей – не-Я. Обидві групи мотивів для альтруїстичної особистості мають однакову спонукальну силу, оскільки представлені у її свідомості та самосвідомості як рівнозначні щодо особистого сенсу цінності. Завдяки цьому у свідомості (як і в підсвідомій сфері) альтруїста відсутній конфлікт між власними та чужими інтересами. Чужі інтереси є органічною складовою потребової сфери особистості альтруїста [4]. Зрозуміло, що такою альтруїстичною особистістю повинен бути лікар. Сам процес взаємодії лікаря і пацієнта відбувається у комунікативному просторі, який поєднує, з одного боку, запити пацієнта, а з іншого – відгуки на них (допомогу) з боку лікаря. Йдеться не про повідомлення інформації, як таке, структура котрого - монологічна, а про спілкування, ядром якого виступає діалогічність комунікативного формату. М.Бахтін ще півстоліття тому говорив про «діалогічну орієнтацію слова», так як слово народжується у діалозі, як його жива репліка, формується у діалогічній взаємодії з чужим словом у реальному мовному житті [2]. Логічні і предметно-змістовні відносини, щоб стати діалогічними, повинні втілитись, стати словом, тобто висловлюванням. Тільки тоді, коли предметне значення наділяється голосом, висловлюється у якості усвідомленої позиції особистості, виникають діалогічні відносини.

У комунікативному просторі лікаря і пацієнта знаходять своє вираження наміри і цілі учасників взаємодії, засоби повідомлення та канали передачі інформації, норми спілкування, мовленнєві цінності, загальний смисл. На думку М.Бахтіна, мінімальною одиницею мовного спілкування є висловлювання, яке включає у себе відносини, по-перше, до того, хто говорить (автор), по-друге, до іншого учасника мовного спілкування, по-третє, до предмету, про який

йдеться. Між висловлюваннями існують специфічні відносини: питання-відповідь, ствердження-заперечення, ствердження-згода, наказ-виконання. Першою і визначальною особливістю висловлювання, як одиниці мовного спілкування, є зміна мовних суб'єктів. Друга особливість – завершеність висловлювання, яка дозволяє відповісти на нього і зайняти відповідно до нього певну позицію (наприклад, виконати наказ тощо). Ця завершеність (цілісність) визначається, за М.Бахтіним [2], такими чинниками:

1.Предметно-сисловою вичерпністю висловлювання (на момент діалогу).

2.Мовним задумом або мовною волею того, хто говорить.

3.Типовими композиційно-жанровими формами завершення (мовний жанр діалогу).

Розуміння особистостей, які спілкуються, як унікальних, зближує М.Бахтіна з поглядами О.Ухтомського [11], який стверджував, що людина бачить реальність такою, якою є її доміанти (головні напрями діяльності). Вона не бачить інших людей такими, якими вони є, а спрямовує на них свої погляди, установки, тобто бачить в іншому саму себе. У цьому переключенні доміанти на іншого людина виявляє себе, свою неповторну індивідуальність.

Звідси, розбудовуючи діалог із пацієнтом, лікар повинен відслідковувати свої власні проєкції на нього, думки, очікування, володіти рефлексивними знаннями, вміннями, навичками. В іншому випадку, якщо такі вміння не будуть у нього розвинені, виникне непорозуміння між лікарем і пацієнтом, оскільки перший не буде зорієнтований щодо того, як пацієнт сприймає його, і відповідно, канал інформації, по якому здійснюватиметься повідомлення пацієнту, буде заблокований. Мовленнєве спілкування у такому випадку виявиться неефективним. Для того щоб інформація була результативною (зрозумілою і прийнятною) для пацієнта, лікар повинен знати, як досягати її ефективності, ставлячи перед собою питання (за Г.Лассуелом):

1.Хто передає інформацію?

2.Що передається?

3.Як (за допомогою якого каналу) ?

4.Кому?

5.З яким результатом (ефект впливу) ?

Рефлексивні знання і прогностичні вміння лікаря сприятимуть налагодженню взаємодії з пацієнтом від початку встановлення діалогу, його тривання і результативного завершення. Звідси передача інформації від лікаря до пацієнта наступна: інтенція-смілкодування-текст. Для пацієнта смисл одержаного повідомлення розкривається майже одночасно з декодуванням, а далі наступає процес інтерпретації інформації. Інформація, яка вноситься у свідомість, перш ніж стати іманентною частиною особистості,

«обговорюється у ній», незалежно від того, хоче людина цього чи ні. Чуже слово мусить перетворитися у своє-чуже (або ж чуже-своє).

Звідси, переводячи проблему діалогічності у площину взаємодії «лікар-пацієнт», розуміємо вагомість не лише високої кваліфікації лікаря (володіння медичними операційними знаннями, вміннями та навичками), а й власне комунікативно значущими якостями. Вміння розпочати розмову, вислухати пацієнта, кваліфіковано ставити запитання, давати професійну (з точки зору психологічних та медичних вимог) відповідь, і, врешті-решт, - формулювати діагноз, – перший крок до успішного лікування з застосуванням різних лікарських методів та засобів лікування (фармакотерапія, хірургія тощо). Тому діалог у контексті лікар-пацієнт є поліфункціональним. У процесі спілкування лікар повідомляє про можливості сучасного стану розвитку медицини, нові медичні технології, як і новинки у фармакотерапії, стимулюючи тим самим когнітивну активність пацієнта, мотивує усвідомлення доцільності певного курсу лікування, професійно обґрунтовуючи вибір того чи іншого методу лікування. Саме так здійснюється і психотерапевтичний вплив на пацієнта шляхом зниження у нього емоційного напруження через зняття ситуації невизначеності, надання підтримки (у якості фасилітатора), вселення віри як в ефективність лікування, так і резервних сил самого організму.

Уміння вести діалог з пацієнтом багато у чому визначає майстерність лікаря володіти словом, зокрема його семантичним, фонетичним та прагматичним компонентами. Семантична властивість слова включає його значення та змістовну характеристику. Прагматична властивість насичує слово яскравістю, емоційністю та енергійністю. Хвора людина особливо чутлива на слово, яке виступає подразником-реакцією на підняття її настрою, і відповідно, життєвої сили, так і реакцією спаду–пригнічення, зневіри у своє одужання. Відповідно, лікар повинен володіти здібністю до саморегуляції власної діяльності і вмінням контролювати словом як засобом впливу на психіку пацієнта; не допускати явища ятрогенії, як хворобливої реакції на неправильно витлумачені вислови (зайві розмови про діагноз, результати аналізів, вживання латинських термінів). Фонетична властивість слова проявляється в інтонації, оскільки велику увагу пацієнт приділяє не тільки змісту повідомлюваного лікарем (про що мовиться), але й формі (як говорити) повідомлення. Інтонація має бути співзвучною з текстом, виразом очей, конгруентною невербальним засобам спілкування.

Не менш важливо вміти визначати стан пацієнта за зовнішніми проявами – мімікою, жестами, що допоможе зрозуміти ситуативну роль співрозмовника й уміло використати її у процесі спілкування. Під час встановлення діагнозу та лікування лікар повинен уміти враховувати вплив психологічних чинників на виникнення низку

соматичних та психічних захворювань, а також зважати на зміни психіки при різноманітних соматичних розладах. У такому разі він зуміє краще вислухати, порадити, повернути віру у власні сили, розбудувати контакт, основою котрого є взаємоповага, довіра, здатність до емпатії (співпереживання та співчуття) [3].

У діалозі кожне повідомлення лікаря, як і пацієнта, розраховане на його інтерпретацію співрозмовником та на його повернення у переломному, збагаченому та інтерпретованому вигляді для подальшої аналогічної обробки іншим. Під час збору анамнезу лікар повинен дати можливість пацієнту протягом певного часу розповісти те, що він вважає за необхідне у з'ясуванні його психічного і фізичного стану. Це дасть йому можливість оцінити ситуацію спілкування і підібрати найбільш оптимальні засоби впливу. Розчарування, викликане перериванням монологу пацієнта мине, якщо лікар небайдужий і перебив його тільки з причини більш детального запиту про ті чи інші деталі (симптоми), що можуть прояснити загальну картину хвороби [7].

Для того щоб слово лікаря увійшло у свідомість як «своє», необхідно, щоб у цій свідомості було «місце» для нього, відкритість по відношенню до нього, готовність «зустрітися з іншим голосом», почути його. Це можливо лише у тому випадку, коли лікар сприймається не тільки як висококваліфікований спеціаліст, але і як людина, якій можна довірити свій внутрішній світ. У процесі діалогу відбувається «зустріч і взаємодія своїх і чужих очей, перехрещення світогляду свого і чужого, перехрещення двох свідомостей» [2, с.314].

На думку І.Харді, реакція лікаря має бути резонансом на сказане пацієнтом, він (лікар) повинен відгукнутися на розповідь пацієнта всім своїм розумом, у всій своїй повноті. Спільна мовленнєва взаємодія суб'єктів спілкування (лікаря і пацієнта) передбачає наявність зворотнього зв'язку – інформації про те, як пацієнт сприйняв самого лікаря та його повідомлення, оцінив його поведінку і слова. Механізм зворотнього зв'язку полягає у тому, що комунікатор (лікар) тільки тоді зрозуміє, що його інформація проінтерпретована правильно, коли відбудеться зміна ролей: коли реципієнт (пацієнт) перетвориться на комунікатора і своїм висловлюванням дасть знати, що він зрозумів зміст інформації.

За умов діалогу, коли послідовно змінюються ролі учасників комунікації (комунікатор перетворюється на реципієнта і навпаки) зворотній зв'язок допомагає збагаченню і розвитку інформації [9]. Намагаючись прийти до діалогу, комуніканти змушені пройти через механізми, котрі сприяють чи гальмують взаєморозуміння. Якщо зворотній зв'язок передається у формі, яка не приймається партнером через недоброзичливість, то він сприймається не як зворотній зв'язок, а як тиск, образа з усіма наслідками для спілкування, які з цього випливають. Інформація приймається лише у тих випадках,

коли вона не викликає внутрішнього дискомфорту, когнітивного дисонансу, а також задовольняє потреби партнерів [9].

Звідси, при відчутті негативного настрою пацієнта, лікар має з'ясувати його причини, щоб зняти бар'єри для подальшого діалогу. У випадку поганого настрою самого лікаря, йому необхідно відрефлексувати свій психічний стан перед тим, як намагатись навести контакт із пацієнтом (для профілактики власних проєкцій). Результатом успішної мовленнєвої взаємодії є створення загального смислу між лікарем і пацієнтом, налагодження діалогічних відносин, які ведуть до прийняття чи неприйняття інформації, що поступає.

Слід відмітити, що лікар повинен володіти тактовністю і делікатністю щодо власних позицій «поінформованості» пацієнта на предмет лікування своєї недуги, вміти пропонувати альтернативу їм, а у випадку їх доцільності, запропонувати як додаткові засоби у комплексному підході бачення процесу зцілення. Висловлюючи своє негативне ставлення до власних розмірковувань пацієнта на предмет його фізичного стану, лікар тим самим авторитарно руйнує процес діалогу, бере ініціативу виключно у свої руки, нехтуючи думкою пацієнта, позбавляє його можливості власного прийняття рішення, що формується у діалогічній взаємодії. На цьому рівні взаємодії мають місце «суб'єкт-об'єктні» відносини, де лікар здійснює односторонній вплив на індивідуальну свідомість. Тому, якщо раніше пацієнт повинен був слідувати медико-діагностичній схемі і не міг наблизитись до своїх переживань з приводу страждань, то тепер лікар і пацієнт повинні зрозуміти разом історію життя пацієнта, тобто переходити до моделі співробітництва.

Висновки. Проведений змістовий аналіз проблеми діалогічної взаємодії у структурі зв'язків «лікар-пацієнт» розкриває вагомість її подальшого дослідження у царині психологічної науки. Це завдання має вже стояти на порядку денному у процесі підготовки майбутніх лікарів у вищому медичному закладі. Відтак, перспективу дослідження вбачаємо у визначенні засобів оптимізації діалогічної взаємодії лікаря з пацієнтом та реалізації розвивально-корекційної програми розвитку вмінь майбутніх лікарів до діалогічного мовленнєвого спілкування з пацієнтом.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Амеліна С.М. Розвиток культури мовлення як складової культури професійного спілкування / С.М.Амеліна // Вісник Дніпропетровського університету імені Альфреда Нобеля. Серія «Педагогіка і психологія». — 2011. — № 2 (2). — С.5 - 8.
2. Бахтин М.М. Проблемы поэтики Достоевского / М.М.Бахтин. — М. Советский писатель, 1963. — 348 с.

3. Борисюк А.С. Психологічні особливості формування професійних якостей майбутнього медичного психолога: автореф. дис... канд. психол. наук: 19.00.07/ Борисюк Алла Степанівна; Прикарп. ун-т ім. В.Стефаніка. — Івано-Франківськ, 2004. — 20 с.
4. Боришевський М.Й. Дорога до себе: від основ суб'єктності до вершин духовності: монографія / М.Й.Боришевський. — К.: Академвидав, 2010. — 416 с.
5. Коломієць О.В. Педагогічний стиль спілкування як засіб самореалізації викладача вищого навчального закладу: автореф. дис. ... канд. психол. наук : 19.00.07 / Коломієць Олена Вікторівна; Нац. акад. держ. прикордон. служби України ім. Б.Хмельницького. — Хмельницький, 2010. — 20 с.
6. Кравченко В.Ю. Довіра як прояв афіліативної потреби особистості в юнацькому віці : дис. ... канд. психол. наук: 19.00.07 / Кравченко Вікторія Юріївна. — Івано-Франківськ, 2009. — 238 с.
7. Магазаник Н.А. Врач как лекарство (Размышления старого врача). / Н.А.Магазаник // Психиатрия. — М. —2007. — №6. — 67 с.
8. Максименко С.Д. Генеза здійснення особистості/ С.Д.Максименко. — К.:ТОВ«КММ», 2006. — 239 с.
9. Орбан-Лембрик Л.Е. Психологічні засади спілкування: монографія / Л.Е. Орбан-Лембрик, Ю. Подгурецькі. — Івано-Франківськ: Нова зоря, 2008. — 416 с.
10. Папуча М.В. Феномен діалогізму у дослідженні розвитку психіки людини / М.В.Папуча. — Ніжин: НДУ, 2007. — С.154-175.
11. Ухтомский А.А. Доминанта как форма поведения: Собр.соч. / А.А.Ухтомский. — М.,1950. — Т.1.— 328 с.
12. Чуйко О.В. Сутнісні характеристики особистісного становлення у контексті сучасних напрямків професійної освіти / О.В. Чуйко // Науковий вісник Миколаївського державного університету імені В.О. Сухомлинського: збірник наукових праць / [ред. С.Д. Максименка, Н.О. Євдокимової]. — Т.2. — Вип.7. — Миколаїв: МНУ імені В.О. Сухомлинського, 2011. — С. 293-298.

REFERENCES

1. Amelina S.M. Rozvitok kul'turi movlennja jak skladovoї kul'turi profesijnogo spilkuvannja / S.M.Amelina // Visnik Dnipropetrovs'kogo universitetu imeni Al'freda Nobelja. Serija «Pedagogika i psihologija». — 2011. — № 2 (2). — S.5 - 8.
2. Bahtin M.M. Problemy pojetiki Dostoevskogo / M.M.Bahtin. — М. Sovetskij pisatel', 1963. — 348 s.
3. Borisjuk A.S. Psihologichni osoblivosti formuvannja profesijnih jakostej majbutn'ogo medichnogo psihologa: avtoref. dis... kand. psihol. nauk: 19.00.07/ Borisjuk Alla Stepanivna; Prikarp. un-t im. V.Stefanika. — Ivano-Frankivs'k, 2004. — 20 s.

4. Borishevs'kij M.J. Doroga do sebe: vid osnov sub'ektnosti do verшин duhovnosti: monografija / M.J.Borishevs'kij. — K.: Akademvidav, 2010. — 416 s.
5. Kolomic' O.V. Pedagogichnij stil' spil'kuvannja jak zasib samorealizacii vikladacha vishhogo navchal'nogo zakladu: avtoref. dis. ... kand. psihol. nauk : 19.00.07 / Kolomic' Olena Viktorivna; Nac. akad. derzh. prikordon. sluzhbi Ukraïni im. B.Hmel'nic'kogo. — Hmel'nic'kij, 2010. — 20 s.
6. Kravchenko V.Ju. Dovira jak projav afiliativnoï potrebi osobistosti v junac'komu vici : dis. ... kand. psihol. nauk: 19.00.07 / Kravchenko Viktorija Jurievna. — Ivano-frankivs'k, 2009. — 238 s.
7. Magazanik N.A. Vrach kak lekarstvo (Razmyshlenija starogo vracha). / N.A.Magazanik // Psihiatrija. — M. —2007. — №6. — 67 s.
8. Maksimenko S.D. Geneza zdijsnennja osobistosti/ S.D.Maksimenko. — K.:TOV»KMM», 2006. — 239 s.
9. Orban-Lembrik L.E. Psihologichni zasadi spil'kuvannja: monografija / L.E. Orban-Lembrik, Ju. Podgurec'ki. — Ivano-Frankivs'k: Nova zorja, 2008. — 416 s.
10. Papucha M.V. Fenomen dialogizmu u doslidzhenni rozvitku psihiki ljudini / M.V.Papucha. — Nizhin: NDU, 2007. — S.154-175.
11. Uhtomskij A.A. Dominanta kak forma povedenija: Sobr.soch. / A.A.Uhtomskij. — M.,1950. — T.1.— 328 s.
12. Chujko O.V. Sutnisni harakteristiki osobistisnogo stanovlennja u konteksti suchasnih naprjamkiv profesijnoï osviti / O.V. Chujko // Naukovij visnik Mikolaïvs'kogo derzhavnogo universitetu imeni V.O. Suhomlins'kogo: zbirnik naukovih prac' / [red. S.D. Maksimenka, N.O. Ćvdokimovoï]. — T.2. — Vip.7. — Mikolaïv: MNU imeni V.O. Suhomlins'kogo, 2011. — S. 293-298.

КАХНО И.В.

*Ивано-Франковский медицинский национальный университет,
г. Ивано-Франковск*

ДИАЛОГ В ФОРМАТЕ СОТРУДНИЧЕСТВА ВРАЧА С ПАЦИЕНТОМ

В статье осуществлен теоретический анализ исследования проблемы диалога в структуре взаимодействия врача с пациентом. Раскрыты механизмы доверия как исходного условия диалогического общения. Рассмотрены психологические особенности речевого общения в структуре взаимоотношений «врач-пациент», в частности его семантический, фонетический и прагматический компоненты. Проанализированы отличия между субъект-субъектным и субъект-объектным типами взаимодействия врача с пациентом. Обращено внимание на уровень профессиональных знаний и умений врача, в формате которых особое место отводится его коммуникативным

способностям, речевой культуре, умению организовывать обратную связь с пациентом, осуществлять рефлексивный анализ собственного психологического состояния, владеть навыками психотерапевтического воздействия.

Ключевые слова: диалог, взаимодействие, речевое общение, сотрудничество, доверительное общение, коммуникативное пространство, рефлексия психического состояния, слово.

I. V. KAHNO

Ivano-Frankivsk National Medical University, Ivano-Frankivsk

THE DIALOGUE IN THE FORMAT OF COOPERATION BETWEEN DOCTOR AND PATIENT

This article provides a theoretical analysis the problem of dialogue structure interaction physician with the patient. Reveals the mechanisms of trust as the initial conditions of communication. The ideal model dialog relationships will be when the level of trust in information coincides with the level of personal credibility, from which it is derived. Features of the emergence of trust create two types of dialogue: true (creates meanings) and artificial (holds shape).

Discusses the psychological characteristics of speech communication in the structure of the relationship between doctor-patient, in particular its semantic, phonetic and pragmatic components. Compare the differences between the subject-to-subject and subject-object types of interaction between doctor and patient.

The author draws attention to the level of professional knowledge and skills of the doctor. Among these skills will stand out the following: 1) communication skills, which are manifested in the ability to collaborate with the moment of greeting before diagnosis to the patient; 2) the verbal culture (what they say and how they say?); 3) the ability to provide feedback to the patient (understanding verbal and non-verbal components of communication); 4) to carry out reflective analysis of their own mental state (as prophylaxis own projections); 5) to have the skills of psychological impact on the patient (by reducing the emotional stress of the patient, overcoming the uncertainties of support, earliest check-faith in the effectiveness of treatment, and reserve forces of the organism itself).

Keywords: *dialogue, interaction, speech communication, cooperation, trust communication, communicative space, reflection of the mental state, word.*

Матеріал надійшов до редакції: 23.05.2015