

СТРАТЕГИИ ЗА КООПЕРАТИВНОСТ В ДИАЛОГА

Андреана Ефтимова

Понятието за кооперативност би следвало да се релативизира. Издигането на стандарти за кооперативност в диалога и посочването на вербални и невербални стратегии за сътрудничество е опасна задача и граничи с насилието. Затова би следвало да се уточни, че представата за кооперативност на събеседника зависи от национално-културните специфики на средата, в която се общува, от типовете “устни жанрове” в речевата практика и правилата за изграждането им, от субективни особености на участниците в интеракцията и т.н.

Кооперативност в комуникацията

Акцентът на Левинас върху фундаментално асиметричния характер на междуличностната комуникация, в която няма според него балансирана реципрочност, и твърдението на Лакан, че участниците в комуникацията не могат да следват едни и същи правила и да отсъждат твърденията си по право, не могат да ни откажат от търсенето на повече ефективност в диалога (вж. Жижек 2008). Рефренът на философите от този калибър за това, че комуникацията се основава на насилието и на ирационалността, е само още една причина да се търсят начини да се изясни понятието за кооперативност.

Понятието за кооперация може да се определи така - двама или повече субекти влизат в такива взаимоотношения, когато:

1. вземат рационално участие в интеракцията;
2. имат обща цел;
3. влизат в етични взаимоотношения един с друг;
4. имат си доверие (Олууд 2003: 133).

Ако тези четири условия са изпълнени, налице е желание за кооперативност в интеракцията. Говори се за степени на кооперация. Тези степени зависят от проявата на езикови и неезикови средства в ситуации, когато сътрудничеството е застрашено.

По-подробно:

1. Рационалното участие в разговора означава, че А би трябвало да се опитва да възприеме и да разбере рационално това, което Б прави;

2. Общата цел означава, че и глобалните, и локалните цели са последвани и от двамата участници в комуникацията. Например А и Б могат кооперативно да следват процеса на обучение, като ограничават поведението си според ролите си на учител и на ученик. На локално равнище, ако А пита Б нещо, Б би трябвало да прецени може ли да отговори и ако може, да го направи. Това би било принос към кооперативността;

3. Етичните взаимоотношения означават, че А би следвало да се съобразява и да се опитва да направи възможно за Б да продължи интеракцията като рационално мотивиран субект, т.е. той трябва да има точна и вярна информация и да му бъде позволено да участва свободно в интеракцията;

4. Доверието означава, че А не само се опитва да следва общи цели, докато рационално и етично се съобразява с Б, но и вярва, че Б върши същото, т.е. вярва, че Б действа в интерес на А (Олууд 2003).

В диалога участниците се кооперират чрез приносите си в него. Тези приноси в устната комуникация са мултиmodalни, т.е. реализират се по различни канали и чрез различни кодове. Нормалната междуличностна комуникация използва няколко модалности за продукция (речта и невербалните сигнали) и за рецепция (слушане и гледане) на споделената информация.

Възможни са различни отношения между съобщенията в различните модалности. По-важното е **как тези отношения променят хода на комуникативния процес за постигане на по-висока степен на кооперативност**. Промени могат да се налагат в темата на разговор, съдържанието на изказването, развитието на изказването (с цел доуточняване или онагледяване например), в отношението към събеседника и т.н. Те получават конкретна реализация на различни езикови равнища и чрез различни невербални средства. Чрез тях събеседникът проявява гъвкавост, която води до повишаване на кооперативността.

Описанието на стратегиите за кооперативност в диалога не е възможно в това изследване, но би следвало да е една от най-важните задачи, от чието изпълнение зависи повишаването на качеството на комуникацията. Тук се представя действието на някои стратегии в диалога между лекаря и пациента за постигане на по-висока степен на кооперативност.

Гъвкавост и превенция на конфликтите

Ако в по-голяма или по-малка степен са изпълнени четирите условия за кооперативност в интеракцията, би следвало да се проявят стратегии за

гъвкавост и за превенция на конфликтите в ситуации, които изискват да се възстановят условията за кооперативно общуване. Ето някои от стратегиите, цитирани в научни изследвания, поддържащи кооперативността в лекарския кабинет на базата на наблюдения в българската езикова практика:

1. Взаимно приятелско отношение

Приятелското отношение може да бъде засвидетелствано по различни начини – от избора на тоналност на общуването, през темите и начина на развиването им в хода на разговора, лексикалните средства, стиловите похвати, невербалните средства и др. Ето пример:

Пациент (жена, 68 г., малък град, средно образование): Ооо, докторке, ти ли си, бе? Откога не съм те виждала? Ето ти малко хризантеми от градината!

Лекар (жена, 50 г., малък град, интернист): Аа, благодаря! Много ти е хубава градинката! Вчера минах покрай вас.

Фамилиарната тоналност, обръщението с наставка за женски род, реторическите въпроси, както и началната тема на разговора показват наличието на приятелско отношение между комуникантите. Разговорът протича с висока степен на кооперативност.

2. Липса на напрежение

Често в лекарския кабинет има напрежение. Пациентът е разтревожен за болестта си, лекарят е притиснат от времето и опашката от пациенти. Съществуват различни стратегии за снемане на напрежението в подобни ситуации. Най-често това се налага при плашещи пациента манипулации или при малки деца.

Зъболекарите обичат, докато работят, да слушат радио. При едно от посещенията на пациент при такъв зъболекар по радиото започва песен на Уитни Хюстън. Зъболекарят разсъждава на глас: Голяма красавица е тази Уитни Хюстън, ама ей-на, не ѝ върви. Този, Боби, дето се ожени за него, наркотици взема и я биел, пиешие... Оф, ами то не може всичко да е наред. Хубавица, певица, ама не ѝ върви в личния живот. Няма нълно щастие на този свят, моето момичеее, няма...

През цялото време пациентът стои с отворена уста, а ужасно му се иска да се усмихне. Ето Ви и психотерапия в зъболекарския кабинет.

Този епизод показва една великолепна стратегия за отвлечение на вниманието на пациента от процедурата, която в голям процент от случаите

е плашеща. Темите, които се дискутират в лекарския кабинет, могат да са 1001 като нощите, в които Шехерезада е разказвала приказките си. Те не бива да се пренебрегват, защото според присъствието им може да се оцени типа взаимодействие между лекаря и пациента, успешността на прилаганите от тях стратегии, наличието на емпатия в отношението на лекаря и пр.

3. Липса на нужда от защита на собствената позиция

Пациентът влиза в лекарския кабинет със собствена представа за себе си и за болестта. Често не е съгласен с мнението на лекаря и трябва да налага позицията си. Това трябва да става много внимателно. Ето един пример за диалог, в който пациентът настоява за допълнителна процедура в лечението си, която лекарят по някакви причини е склонен да пренебрегне.

Пациент (жена, 36 г., град, висше образование): А как ще разберем дали синуситът е напълно излекуван?

Лекар (жена, 50 г., ларинголог): Нали ще отишумят оплакванията – няма да те боли главата, носът няма да е запушен?

Пациент: А трябва ли да правя физиотерапия?

Лекар: Ще видим дали ще се наложи.

Пациент: Понегие следващата седмица съм в командировка, може ли тази седмица да ходя на физиотерапия?

Лекар: Ако искаш, изчакай да отидете на море.

Пациент: Предпочитам да си мина сега и една физиотерапия.

Лекар: Добре, ще се обадя в отделението.

Понякога от успеха на подобни стратегии зависи животът на пациента. Затова и в съвременната лекарска практика все по-доброжелателно се гледа на активно въвлечение в лечението си пациент и на умението да представя собствената си позиция така, че да бъде приета.

4. Избягване на слабост и несигурност

Ролята на лекаря в много от случаите при общуването в лекарския кабинет е да предотврати проявите на несигурност на пациента. По време на медицинското интервю често пациентът не успява да вербализира адекватно намеренията си. Тогава се прилага принципът на тестването или преформулиране на изказванията, за да се уточнят неяснотите и празнотите в информацията.

Пациент (жена, 30 г., град, висше образование): Имам шум в ухото от известно време.

Лекар (жена, 58 г., град, отоневролог): Какъв е шумът?

Пациент: Ами фини-фини (разтваря дланта си). Много е дразнещ.

Лекар: Може би е пулсиращ?

Пациент: А, да, да, точно такъв.

Илг

Пациент (жена, 36 г., град, висше образование): Какво е това пък сега?

Лекар (жена, 35 г., гинеколог): Не е нищо страшно. Искам да те види за всеки случай и кожен лекар. Ела да те заведе!

5. Избягване на опити да се палага собственото мнение

Много често в този тип интеракция налагането на мнението на лекаря е наложително, въпреки че посоката в медицинското обслужване върви от принципа на информираното съгласие към принципа на информирания избор на пациента. При предписването на лечение налагането на схема на поведение на пациента е оправдано. Има случаи обаче, когато това би могло да се избегне. Например с предоставянето на възможности за избор:

Лекар (жена, 50 г., интернист): Трябва да спортуваш нещо, да ходиш на Витоша...

Пациент (жена, 36 г., град, висше образование): Олеле, само това не. Само спорт не. Никога не съм спортувала.

Лекар: Ще ти ги тогава за имунната система.

Пациент: Купила съм вече за сто лева нещо. Всичко ще изпия.

6. Координиране на вниманието и поведението

В много от случаите пациентът се отклонява от основната цел на общуването. Тогава лекарят трябва да се погрижи деликатно да върне отново диалога в рамките на основната цел – диагностицирането и лечението на заболяването.

Пациент (жена, 36 г., град, висше образование): Не искам само аз да боледувам. Искам и мъжа ми да се разболее поне веднъж. Той все казва, че се преструвам, че съм болна и че болестта ми е в главата.

Лекар (жена, 50 г., интернист): Те, мъжете, са така. Никога не вярват. Боли ли те много главата? Искаш ли нещо за болката?

Пациент: Да, много ме боли. Особено като се наведе.

Присъединяването на лекаря към започнатата тема е начин чрез показване на съпричастност да се зададе следващ въпрос за симптоми от болестта.

7. Обратни сигнали за взаимна подкрепа и съгласие

Подобни сигнали се откриват на всяко равнище и във всяка фаза на диалога. Все пак най-предпочитаните сигнали за взаимна подкрепа и съгласие са от невербалната модальност.

Пациент (мъж, 70 г., пенсионер): Абе (махва с ръка) какво не му слагах – боли и боли...

Лекар: (кима с глава и със свити вежди в знак на съчувствие)

8. Показване на разбиране и интерес

Глобализацията прави така, че взатъгпената Дания публикация в матък ежедневник може да предизвика демонстрации в мюсюлманския свят – Сирия, Пакистан, Ирак, Египет, Ливан и др. Те се оказват “съседни” страни. Петер Слотърдайк отбелязва, че “повечето комуникационни средства водят преди всичко до повече конфликти” (Жижек 2008: 50). Така нагласата за “взаимно разбирателство” е съпроводена от нагласата за “отдалечаване от пътя на Другия” за поддържане на подходяща дистанция. Жижек обобщава, че “Може би урокът, който би трябвало да научим, е, че понякога доза алиенация е полезна за мирно съжителство. Понякога алиенацията не е проблем, а решение” (Жижек 2008: 51). В интеракцията лекар-пациент подобен подход на дистанция не е маркер за кооперативност. Разбирането и интересът към пациента се изразяват по различни начини, най-често чрез невербални средства като кимане с глава, контакт с поглед, отворена позиция на тялото.

БИБЛИОГРАФИЯ

Ефтимова 2008: А. Ефтимова. Ефективната невербална комуникация. “Сиела”, 2008.

Жижек 2008: Slavoj Zizek. Violence. Profile Books LTD, London, 2008.

Кербрат-Оречioni 1997: Catherine Kerbrat-Orecchioni. A Multilevel Approach in the Study of Talk-In-Interaction. In: Pragmatics, Vol. 7, № 1, March 1997, pp. 1–20.

Олууд 2003: Jens Allwood. Cooperation and Flexibility in Multimodal Communication. In: Gestures: Meaning and Use. Edicoes Universidade Fernando Pessoa, Fundacao Fernando Pessoa. Porto, 2003, pp. 133–141.

Поджи 2003: I. Poggi. Mind Markers. In: Gestures: Meaning and Use. Edicoes Universidade Fernando Pessoa, Fundacao Fernando Pessoa. Porto, 2003, pp. 119–132.