

СТРАТЕГИИ ГАРМОНИЗАЦИИ В ПРОФЕССИОНАЛЬНОМ МЕДИЦИНСКОМ ДИСКУРСЕ

В.Б. Куриленко, М.А. Макарова

Кафедра русского языка
Медицинский факультет
Российский университет дружбы народов
ул. Миклухо-Маклая, 6, Москва, Россия, 117198

Г.М. Дрогова

Медицинский факультет
Российский университет дружбы народов
ул. Миклухо-Маклая, 6, Москва, Россия, 117198

В статье выявляются и анализируются дискурсивные стратегии, способствующие и препятствующие гармонизации общения врача и пациента. Рассмотрены роль и место обучения данным стратегиям в системе профессиональной подготовки будущих врачей.

Ключевые слова: профессиональный дискурс, медицинский дискурс, дискурсивная стратегия, методика обучения русскому языку, профессионально-ориентированная лингводидактика.

Лингвотерапевтическая направленность является одной из базовых категорий профессионального медицинского дискурса [1]: эффективность самых совершенных лекарственных средств и лечебных процедур может быть сведена к нулю, если больной находится в депрессивном состоянии, не верит в успех лечения. Известный французский мыслитель М. Сапир к основным личностным качествам врача относил действенную добродетель – способность сопереживать больному, помогать ему в преодолении болезни всеми доступными средствами. Российский врач-интернист Р.А. Лурия различал внешнюю и внутреннюю «картины болезни». Внешняя картина – объективные проявления заболевания – корректируется с помощью лекарств. Внутренняя картина такому воздействию не всегда подвластна, т.к. объединяет «все то, что испытывает и переживает больной, всю массу его ощущений, ... его общее самочувствие, самонаблюдение, его представление о болезни, ... все, что связано для больного с его приходом к врачу, – весь тот тот огромный внутренний мир больного, который состоит из всех сложных сочетаний восприятия и ощущения, эмоций, аффектов, конфликтов, психических переживаний и травм» [3]. Способность гармонизировать сложную и противоречивую «внутреннюю картину болезни» – неотъемлемая составляющая профессиональной компетентности современного врача. Формирование этой способности у студентов медицинского факультета – задача, которую необходимо решать не только на лекциях по специальности, но и на занятиях по русскому языку, культуре профессионального общения. В этой связи необходимы выявление, таксономизация, измерение и лингводидактическая интерпретация стратегий гармонизации, актуальных и типичных для профессионального медицинского дискурса.

Как показывает проведенный нами анализ необходимо различать стратегии гармонизации: а) состояния больного; б) отношений в системе *врач – пациент*. Рассмотрим более подробно стратегии первой группы. Для того, чтобы гармонизирующее воздействие было эффективным, врач должен точно определить психологический тип пациента, а также характер и степень тяжести его заболевания, поэтому стратегия гармонизации состояния больного всегда включает два компонента-этапа. Первый этап – речевая диагностика психоэмоционального состояния пациента, второй – лингвотерапевтическая коррекция его состояния. Как показал проведенный нами анализ, первый этап реализуется посредством

тактик прямой и косвенной речевой диагностики. Примерами тактик первой группы могут послужить:

а) *тактика интервью* – наиболее распространенная тактика прямой речевой диагностики, которая реализуется в форме вопросов врача о симптомах заболевания, его возможных причинах. Эти вопросы могут быть открытыми, предполагающими развернутый ответ пациента (*Что вас беспокоит? На что вы жалуетесь?* и т.п.); направляющими, когда врач «подсказывает» больному ответ, обращает его внимание на возможное наличие типичного симптома (*Одышка у вас бывает?*) или уточняющими, цель которых – детализация полученной врачом общей информации (*Какая боль вас беспокоит: колющая, давящая или режущая? Боль возникает в состоянии покоя или при физическом напряжении?* и т.д.);

б) *тактика устной вербализации состояния*, которая представляет собой подробный рассказ больного о патологическом состоянии и его проявлениях, врач при этом может попросить пациента уделить особое внимание субъективным ощущениям или событиям, которые предшествовали заболеванию и могли вызвать его начало;

в) *тактика письменной патобиографии* – письменный рассказ пациента о причинах, проявлениях, динамике развития болезни и т.д.

Тактики *косвенной речевой диагностики* состояния больного, как правило, сопутствуют тактикам первой группы и часто используются одновременно с ними. К этой группе можно отнести:

а) *тактики паралингвистической диагностики* – определение состояния пациента, например, по фонационным характеристикам устной речи или графическим – письменной. К паралингвистическим признакам речи больного, обладающим диагностической силой, относятся: темп, мелодичность, прерывистость речи; тембр, громкость, «сдавленность» его голоса; особенности дикции; характер паузации; интонационное оформление высказываний. Так, установлено [4], что ускорение темпа речи до 120 слов/мин. свидетельствует о состоянии аффекта, тревожных расстройствах, а если скорость речи увеличивается до 130 – 140 слов/мин., это может говорить о паническом состоянии или состоянии ажитации, в котором находится больной. В то же время замедление темпа до 40 – 50 слов/мин. – свидетельство астенического или депрессивного состояния. Если же больной, беседуя с врачом, произносит менее 40 слов в мин, это может означать расстройство сознания, депрессию и другие более тяжелые патологические нарушения. Врач должен обращать внимание на характер изменения темпа речи – резкое или постепенное. Внезапные, резкие изменения темпа речи свидетельствуют об ослаблении эмоционального контроля, истероидном состоянии больного. В характере звучания речи больного диагностическим потенциалом обладают такие признаки, как продолжительность (непродолжительная, отрывистая речь характерна для больных, находящихся в подавленном состоянии), неразборчивость и слитность (свидетельствующие о состоянии крайнего возбуждения), интенсификация гласных (депрессия) или согласных (органическая патология, невротическое состояние) звуков и т.д.;

б) *тактики лингвистической диагностики*, предполагающие фиксацию в речи больного количества слов, которые относятся к какой-либо части речи или лексико-семантической группе; определение характера тема-рематического членения высказываний; анализ содержательной стороны речи; преобладание тех или иных типов речевых актов. К примеру, преобладание в речи глаголов указывает на активность человека, его готовность к практическим действиям. Снижение этого показателя говорит о нерешительности, зависимости, состоянии тревоги. Если речь больного изобилует словами и выражениями с семантикой долженствования (*должен, обязан, исполнять без возражений* и т.п.), врач имеет дело с личностью авторитарной, решительной и бескомпромиссной, склонной к экспансии и доминированию. В речи таких больных фиксируется и большое количество директивов (*Срочно выпишите мне рецепт! Я не могу долго ждать, сейчас же вызовите старшую медсестру!* и т.п.). Большое количество рематических конструкций наблюдается в речи

эгоцентриков, интровертов. Существенное преобладание темы указывает на личность обстоятельную, склонную к резонерству. Дополнительный диагностический признак в данном случае – преобладание в речи больших ассертивов даже в тех случаях, когда они описывают тревожные состояния или их симптомы (*Раньше сердце болело, когда я много работала или сильно переживала, сейчас боли появляются и тогда, когда я отдыхаю*);

в) *тактики диагностики состояния пациента по речеповеденческим реакциям*, основанные на фиксации и анализе жестов, мимики, позы больного. Например, о скрытой или явной тревоге свидетельствует длительная фиксация руки на горле (поведенческий «синоним» комка в горле). Тревожное состояние может также проявляться в «жестовом смущении», мимике «растерянности и удивления», большом количестве пауз хезитации, которые заполняются нервным покашливанием, междометиями, словами-паразитами. Если во время разговора с врачом больной долго смотрит в окно или на источник света, высока вероятность того, что он находится в депрессивном, подавленном состоянии. Если во время беседы с врачом ребенок слишком крепко обнимает любимую игрушку, слишком сильно прижимает ее к себе – перед врачом ребенок, обделенный лаской и вниманием родных.

Изменить состояние, поведение человека можно разными способами: воздействуя на его эмоции, меняя его «поле смысла» или оценку каких-либо фактов и явлений [2]. Поэтому *тактики коррекции состояния больного* можно условно объединить в три группы: информирующие, эмотивные, аксиологические. Информировав больного о его состоянии, прогнозируя развитие заболевания, врач имеет определенный «тактический выбор»: он может акцентировать внимание на всех симптомах болезни или на тех проявлениях, которые современная медицина может предотвратить или преодолеть. Врач может сделать акцент или на тяжести проявлений заболевания или на современных способах их лечения. Информирование тактики, направленные на коррекцию состояния больного, предполагают оптимистическую или нейтральную трактовку диагноза, фокусировку внимания на широких возможностях современной медицины даже в случае тяжелого заболевания.

Аксиологические тактики гармонизируют состояние больного с помощью изменения оценки степени тяжести заболевания, его проявлений и т.д. Примером подобной тактики может послужить *тактика девальвации* оценки, которую больной дает своему состоянию или прогнозу болезни. Примером эмотивных тактик могут послужить *секуративные* (от лат. *securus* – дающий успокоение) лингвотерапевтические тактики – тактики «утешения, успокоения» пациента, например, во время болезненной лечебной или диагностической процедуры, в случае неблагоприятного медицинского прогноза: *«цель медицины – если можно – вылечить, если нет – облегчить, но всегда – утешить»* (Амбруаз Паре). Эти тактики в дискурсе реализуются с помощью таких языковых средств: *Не волнуйтесь! Не беспокойтесь! Ничего страшного! Потерпите, пожалуйста! Все будет хорошо! Все идет нормально!* и т.д.

Стратегия гармонизации отношений между врачом и пациентом также двухкомпонентна. Тактики, реализующие первый – диагностический – этап, имеют сходство с аналогичным этапом предыдущей стратегией, поэтому сосредоточим внимание на втором этапе, целью которого является установление гармоничных отношений между врачом и пациентом или его родственниками. Тактики, реализующие этот этап, многообразны, остановимся на тех, которые обладают наибольшей репрезентативностью в дискурсе врача.

Тактика установления коммуникативной доминанты направлена на завоевание врачом ведущей, лидирующей позиции в общении с больным. С этой целью целесообразно продемонстрировать знания о заболевании, которым страдает пациент, рассказать об опыте лечения подобных болезней. Большое значение имеют спокойная поза, уверенный тон, отсутствие или минимизация пауз хезитации, сдержанная жестикуляция. Положительное воздействие оказывают «жесты принятия», например, обращенные к пациенту ладони рук, покачивание головой, означающее согласие и понимание.

К тактикам гармонизации общения врача и пациента относятся также *тактики снижения категоричности высказывания*, основанные на знании и корректном использовании вводных конструкций (*по моему мнению, по всей вероятности, как мне кажется, пожалуй и т.п.*), соответствующих модификаций базовых моделей предложений (*Я бы не рекомендовал этот препарат. Я бы посоветовал принимать ...*).

К гармонизирующим также относятся *тактики «эмоционального поглаживания»*: одобрения, поощрения, похвалы, комплимента. Цель применения этих тактик – положительно отреагировать на какой-либо поступок собеседника, подбодрить его, расположить к дальнейшей деятельности, при этом врач указывает на конкретные действия, черты характера, качества личности больного, которого хвалит. Психологи отмечают, что поощрение является более действенным стимулом к деятельности, чем порицание: большинство людей охотнее отзывается на похвалу, а не на принуждение. Еще одна разновидность гармонизирующих тактик – *тактики эмпатического слушания*, которое, будучи по своей природе активным, предполагает знание вербальных и невербальных сигналов понимания собеседника, сопереживания и сочувствия, эмоциональной солидарности с больным.

Эффективно построить диалог с больным поможет врачу и знание *тактик фасцинации* (от англ. *fascination* – обаяние, очарование). Использование этих тактик позволяет снять напряжение, преодолеть барьеры коммуникации. Тактики фасцинации предполагают открытость в общении, демонстрацию симпатии, расположения к собеседнику, демонстрацию готовности к дискурсивному взаимодействию и т.д. Как отмечают исследователи, субъективную степень доверия собеседника можно повысить языковыми средствами. Если врач просто сообщит о каком-то факте, пациент воспримет это сообщение с одной мерой доверия, если врач сопроводит факт оценкой, выражением личного отношения и т.п. – с другой. Если врач хочет в чем-то убедить пациента или своего коллегу, это не должно выглядеть как навязывание или давление. Как отмечают психологи, прежде чем человек принимает чужую точку зрения, в его сознании происходит достаточно болезненная смена мнений, привычек, стереотипов. Принятие чужой точки зрения «подсказывает» человеку, что другой умнее, осведомленнее, более компетентен. Убедить человека легче, если применять тактики не прямого, а косвенного убеждения.

В заключение рассмотрим тактики, которые мы отнесли к деструктивным, нарушающим или затрудняющим достижение гармонии в общении врача и пациента:

– *неосознанное внушение больному симптомов предполагаемого заболевания*. В.А. Урываев [4] следующим образом объясняет механизм такого внушения: у врача появляется определенная гипотеза относительно характера заболевания, и он неосознанно пытается «подгонять» фактические данные под эту гипотезу, в результате чего некорректно используются тактики интервью:

В. Вас беспокоит головная боль?

Б. Нет.

В. Неужели у Вас никогда не болела голова?

Б. Ну, я не могу так категорически утверждать.

В. Так все-таки головные боли бывают или нет?

Б. Наверное, да.

В. А если точнее?

Б. Ну, в общем, бывают.

– *несовпадение кодов общения*: врач не владеет средствами и навыками межстилевой трансформации и начинает задавать больному, не имеющему специального образования, такие вопросы: *Куда иррадирует боль? Чем купируется приступ боли?* и т.д.;

– *неумение распознать агрессию (сгущение, усиление) и, тем более, симуляцию симптомов*. Чтобы эти явления предотвратить, врач должен хорошо владеть тактиками интервью, уметь задавать уточняющие, направляющие и др. вопросы;

– отсутствие умений эмпатического слушания, нежелание и неумение выслушать больного во время расспроса или консультации.

Как нам представляется, выявление и изучение номенклатуры стратегий и тактик гармонизации, характерных для профессионального медицинского дискурса, инвентаризация языковых, речевых, невербальных средств их манифестации имеют большое методическое значение. Выпускникам медицинских вузов предстоит работать в зоне «повышенной речевой ответственности», и без специально организованного обучения этому аспекту снижается эффективность профессиональной подготовки будущих врачей.

ЛИТЕРАТУРА

[1] Куриленко В.Б., Макарова М.А., Логинова Л.Д. Лингвотерапевтическая направленность как базовая категория медицинского дискурса // Современные научные исследования и инновации. – Январь, 2012. [Электронный ресурс]. URL: <http://web.snauka.ru/issues/2012/01/6431>.

[2] Леонтьев А.А., Шахнарович А.М., Батов В.И. Речь в криминалистике и судебной психологии. – М.: Наука, 1977.

[3] Лурия Р.А. Внутренняя картина болезней и иатрогенные заболевания. – М.: Медицина, 1977.

[4] Урываев В.А. Социальная психология личности: Практикум. – Ярославль, 2006.

LITERATURA

[1] Kurilenko V.B., Makarova M.A., Loginova L.D. Lingvoterapevticheskaya napravlenost kak bazovaya kategoriya meditsinskogo diskursa // Sovremennye nauchnye issledovaniya i innovatsii. – Yanvar, 2012. [Elektronnyy resurs]. URL: <http://web.snauka.ru/issues/2012/01/6431>.

[2] Leontev A.A., Shakhnarovich A.M., Batov V.I. Rech v kriminalistike i sudebnoy psikhologii. – M.: Nauka, 1977.

[3] Luriya R.A. Vnutrennyaya kartina bolezney i iatrogennye zabolevaniya. – M.: Meditsina, 1977.

[4] Uryvaev V.A. Sotsialnaya psikhologiya lichnosti: Praktikum. – Yaroslavl, 2006.

HARMONIZATION STRATEGIES IN THE PROFESSIONAL MEDICAL DISCOURSE

V.B. Kurilenko, Makarova M.A.

Russian Language Department
Medical Faculty
Peoples' Friendship University of Russia
Miklukho-Maklay str., 6, Moscow, Russia, 117198

G.M. Drogova

Medical Faculty
Peoples' Friendship University of Russia
Miklukho-Maklay str., 6, Moscow, Russia, 117198

In this article discourse strategies, which promote and prevent harmonization of verbal contacts between a doctor and a patient, are revealed and analyzed. Role and place of teaching these strategies to medical students in the whole system of professional education are also examined.

Keywords: professional discourse, medical discourse, discourse strategy, methods of teaching Russian, professionally-oriented Language education