

К ВОПРОСУ О СТРАТЕГИЯХ И ТАКТИКАХ МЕДИЦИНСКОГО ДИСКУРСА

В. М. Мирзоева, А. Т. Аксенова, М. Н. Павлова, Макарова Н.Ф.

ФГБОУ ВО Тверской государственный медицинский университет Минздрава России

TO THE QUESTION OF STRATEGIES AND TACTICS OF MEDICAL DISCOURSE

Mirzoeva V. M., Aksenova A. T., Pavlova M. N., Makarova N. F.

Tver State Medical University

Аннотация: В статье рассматривается специфика стратегий и тактик медицинского дискурса в аспекте толерантного общения как обязательного компонента профессионально-коммуникативной компетенции врача. Уделяется внимание тактике гармонизации дискурса, эмоционально настраивающим тактикам, а также личностно-психологическому подходу к коммуникации врача с пациентом.

Ключевые слова: медицинский дискурс, стратегии и тактики общения врачей, толерантное общение, эмпатическое слушание.

Abstract: The article discusses the specifics of strategies and tactics of medical discourse in the aspect of tolerant communication as a mandatory component of a doctor's professional and communicative competence. Attention is paid to the tactics of harmonizing discourse, emotionally attuning tactics and the personal-psychological approach to the doctor's communication with the patient.

Key words: medical discourse, strategy and tactics of doctors' communication, tolerant communication, empathic listening.

Стратегии медицинского дискурса довольно специфичны, что обусловлено множеством факторов: традициями народа, правилами и нормами профессионального поведения, системой личностных ценностей и приоритетами врача и пациента. К тому же ошибки в профессиональном общении врача могут привести к таким негативным последствиям, как к снижению эффективности лечения, а подчас и ухудшению состояния больного. В связи с этим толерантность становится одной из базовых категорий медицинского дискурса, а важнейшими задачами образования будущих медицинских специалистов является обучение стратегиям и тактикам толерантного речевого общения, которое является обязательным компонентом профессионально-коммуникативной компетенции, которая предполагает "1) речевое поощрение, интенцию автора, 2) обстоятельства действительности, в которых осуществляется акт общения, 3) отношения между коммуникантами" [1]. Данные навыки и умения главным образом востребованы в общении будущих специалистов и пациентов. Иностранные студенты медицинских вузов, которые на третьем курсе начинают проходить клиническую практику, могут использовать свои умения вести диалог с больным для проверки уровня

собственной профессиональной компетентности в отношении толерантного общения с пациентами, относящимися к различным гендерным, социальным, возрастным и профессиональным группам [2].

К стратегиям интерперсонального общения врачей относят такие, как информирование, убеждение, разъяснение и другие. К одним из самых важных как в профессиональном, так и в лингводидактическом отношении относятся диагностирующие стратегии медицинского дискурса, ведь именно они оказывают влияние на постановку верного диагноза и выбора эффективного лечения. К компонентам структуры диагностирующей стратегии относятся:

1. Установление контакта с пациентом.
2. Расспрос с целью диагностики состояния больного.
3. Завершение беседы.

В зависимости от типа и степени тяжести заболевания данный дискурс предполагает вариативность [3], которая также может быть обусловлена личностными характеристиками пациента и врача. Например, значительные различия будут иметь опросы пациентов разных возрастов (беседа с пожилым пациентом будет отличаться от беседы с молодым человеком), различного образования и т. д.

Тема дискурса определяет и стратегию диагностики, её сложность и продолжительность. В частности, во время расспроса больного врач использует следующие тактики:

- выяснение общего состояния больного с целью его оценки;
- установление продолжительности, причин патологического состояния;
- уточнение наличия и характера основных и дополнительных симптомов.

Приведём в качестве примера дискурсивную реализацию стратегии диагностики состояния больного с симптомами заболевания сердечно-сосудистой системы:

1. Выяснение общего состояния пациента:
 - *На что вы жалуетесь?*
 - *Что вас беспокоит?*
2. Установление продолжительности и причин патологического состояния:
 - *Когда впервые вы почувствовали эти симптомы?*
3. Уточнение наличия и характера основных симптомов.
 - 3.1 Место локализации:
 - *Где именно вы чувствуете боль? Покажите.*
 - *А в подложечной области бывают боли?*
 - *Куда отдают боли: влево или вправо?*
 - 3.2 Характер боли:
 - *Какие боли у вас, сильные или слабые? Острые или тупые?*
 - *Боли постоянные или быстро проходят?*
 - 3.3 Продолжительность приступов боли:
 - *Сколько времени продолжаются боли?*
 - *Сколько раз в сутки случаются приступы?*
 - *Через сколько времени повторяются приступы болей?*

4. Уточнение наличия и характера дополнительных симптомов:

- *Какие ещё ощущения появляются у вас во время приступа?*
- *Когда появляются приступы болей: во время ходьбы, при подъёме по лестнице или в покое?*
- *Сопровождаются ли боли чувством тоски, страхом смерти?*

В то же время стратегия диагностики состояния больного с симптомами заболевания органов пищеварения реализуется в медицинском дискурсе следующим образом:

1. Выяснение общего состояния больного:

- *Что вас беспокоит?*
- *На что вы жалуетесь?*

2. Уточнение наличия и характера основных симптомов.

2.1 Локализация болей:

- *Где именно болит, покажите?*
- *Где вы ощущаете боль?*
- *Где именно вы ощущаете боли: в подложечной области, в области пупка или в подреберье?*

2.2 Время возникновения болей:

- *Когда появляются боли?*

2.3 Иррадиация болей:

- *Боли отдают куда-нибудь?*
- *Куда отдают боли: вправо или влево от позвоночника?*

2.4 Условия возникновения болей:

- *Когда появляются боли: до еды, во время еды или после еды?*
- *После какой пищи возникают боли: после острой, жирной или любой?*

3. Уточнение наличия и характера дополнительных симптомов:

- *Вас беспокоят тошнота, рвота?*
- *Отрыжка, изжога не беспокоят?*
- *Какой у вас аппетит?*
- *Бессонница бывает?*
- *Бывает ли раздражительность, потливость?*
- *За последнее время вы поправились или похудели?*

Для каждой из названных ситуаций общения предлагается ряд речевого поведения врача и выделяются оптимальные (удачные) и неудачные варианты, которые следует исключить из врачебного коммуникативного арсенала.

Например, в ситуации терапевтического или хирургического вмешательства стоматологу рекомендуется исключить все раздражители, способные усилить нейровегетативную реакцию больного:

1. Не начинать лечение зубов или операцию с выражения своих сомнений в возможности излечения (например: *"К сожалению, корни очень изогнуты!"*; *"А коронка-то у вас слабенькая, боюсь - сломается"*; *"Да..., зуб тяжёлый. Здесь придется поработать"*, *"Ваш зуб кто-то слишком сильно залечил..."*).

2. Исключить из употребления травмирующие психику слова (*скальпель, игла, разрез, нож, долото, кусачки* и т. п.). Не допускать замечаний ("*Опять тупой нож!*"; "*Никуда не годное долото!*" и т. п.), упрёков в адрес ассистента ("*Не то делаете!*"; "*Не тяните!*"; "*Шейте здесь, а не там!*"). Реплики в адрес больного должны быть ободряющим ("*Вы молодец!*"; "*Вот и прекрасно, приближаемся к концу!*"; "*Вам не больно, а только чуть-чуть неприятно, но это не так уже и страшно!*")
3. Недопустимо панибратство между врачом и сестрой, между врачом и больным. Необходимо обращаться друг к другу только на "Вы". Отношение к больному должно быть исключительно корректным, доброжелательным.
4. Все рабочие "разговоры" в стоматологическом кабинете должны быть сокращены до минимума. Стоматолог (терапевт, хирург, ортопед) должен объясняться с ассистирующим врачом или медсестрой жестами, мимикой, короткими фразами, использовать латинские термины, непонятные для больного (*инцизио, вульнус, пус, сутура* и т. п.).
5. Не способствуют успокоению больного и уменьшению болевых ощущений такие сентенции стоматологов: "*Нечего закатывать мне здесь истерики!*"; "*Возьмите себя в руки и ведите себя прилично!*"; "*Я же сделал укол, поэтому Вам не должно быть больно!*"; "*Это же операция, а Вы хотите, чтоб совсем не было больно?*".

Личностно-психологический подход состоит в рассмотрении трудностей коммуникации с точки зрения особенностей психологии и личности конкретного больного. При таком подходе определяющими становятся психические и физические состояния, оказывающие влияние на коммуникацию, т. е. собственно когнитивный аспект общения.

Анализ стратегий и тактик медицинского дискурса позволил выделить несколько типично трудных в психологическом отношении ситуаций общения:

1. "Неприятный" больной.
2. Умиравший больной.
3. "Упирающийся" больной.
4. Заболевший врач.

Особо выделяется следующая категория больных, "трудных" в психологическом отношении:

- больной при повторных визитах говорит, что ему не становится лучше;
- больной доказывает окружающим, что он серьезно болен и вынужден постоянно лечиться;
- медлительный больной;
- "дотошный" больной;
- словоохотливый больной;
- капризный больной, претендующий на особое отношение к себе;
- больной, у которого стремление избавиться от болезни становится сверхценной идеей;
- озлобленный, мрачный, агрессивный больной.

При общении с такими больными, на наш взгляд, реализуется подход к коммуникации, при котором на передний план выступают этические соображения, значимыми при таком подходе становятся также культура речи врача, его "актерское мастерство" [4].

Установление контакта врача и пациента должно выходить за рамки дежурных формул речевого этикета. Успокоить больного, установить с ним доброжелательные отношения - вот задача, которая стоит перед врачом. В зависимости от ориентации в ситуациях межличностных контактов можно различать субъектов, ориентированных на людей, и "людей против людей", стремящихся занять позиции над или под ними. Отметим в этом отношении, что при обучении врачей правильным навыкам общения многообразие возможных ситуаций общения между врачом и пациентом упрощается в виде определенных схем, в которых отражается наличие названных процессов, что можно заметить уже на стадии номинации. Так, суть ответов врача на жалобы больного классифицируется в следующей форме: 1) агрессивный ответ (конкретное поведение врача в таком случае может состоять в выражениях типа: "*Кто здесь врач, вы или я?*" или же "*Держите себя в руках! Не умеете себя вести!*"); 2) инквизиторский ответ (состоит в том, что врач забрасывает пациента вопросами, не давая ему выразить свои мысли, чувства и переживания); 3) оценивающий ответ (в данном случае врач ведёт себя как непогрешимый верховный судья пациента); 4) эмпатический ответ (при таком ответе на первый план выступает установка врача на безусловное принятие пациента в качестве ценного и интересного человека независимо от возраста, социального статуса, типа болезни и т. д).

В преподавании языка медицинской специальности русисты стремятся сформировать в будущих врачах стремление помочь человеку, т. к. больной, авансирующий врача своим доверием, часто нуждается в ответном психологическом сигнале. В этой связи для иностранного студента-медика становится особенно важным овладение специальными речевыми формулами сочувствия, сострадания и умение использовать их в соответствии с ситуациями общения. К ним относятся, в частности, императивы: *Не волнуйтесь! Потерпите, пожалуйста! Не беспокойтесь!* Необходимым является также умение поддержать разговор на личные темы: о самом пациенте, о его семье, об особенностях образа жизни, об особенностях профессии. Личностный контакт врача и пациента нередко влияет на верное установление диагноза и выбор метода лечения.

Отдельно необходимо отметить необходимость снижения категоричности высказываний врачом своего мнения. Этому способствуют дискурсивные тактики, требующие знания и использования в речи вводных конструкций: *по моему мнению, как мне кажется, по всей вероятности, пожалуй, возможно, с точки зрения* и др. Кроме того, для снижения категоричности высказывания может использоваться сослагательное наклонение (*я бы посоветовал..., я бы не рекомендовал...*) И, наконец, немаловажное значение имеет владение стратегиями эмпатического слушания, при котором реализуются

соответствующие средства языковой реализации тактик-сигналов понимания собеседника, сочувствия и сопереживания.

Литература

1. Мирзоева В. М., Кузнецова А. А., Мирзоева Е. З. Коммуникативно-прагматическая функция сложных предложений в диалогической структуре текстов медицинской направленности // Вестник тверского государственного университета. Серия: Филология. - 2017. - № 1. - С. 207-211.
2. Мирзоева В. М., Кузнецова А.А. К вопросу важности формирования ключевых компетенций для подготовки специалиста в сфере медицины // Тверской медицинский журнал. - 2014. - № 2. - С.89-95.
3. Аксенова А.Т., Мирзоева В. М., Михайлова Н.Д. Проблема влияния американской лингвокультуры на состояние русского языка в средствах массовой информации // Вестник тверского государственного университета. Серия: Филология. - 2013. - № 4. - С. 158-165.
4. Мирзоева В. М., Кузнецова А.А., Мирзоева Е.З., Толкачева Н.Н. Функциональная нагрузка сложного предложения в диалоге врача-отоларинголога с пациентом // Тверской медицинский журнал. - 2017. - № 2. - С. 44-50.
5. Бахтин М. М. Статьи. - М.: Лабиринт. - 2000.
6. В. Н. Дьякова. Подготовка к клинической практике: пособие по развитию речи для иностранных студентов-медиков. - 4-е изд. - СПб. : Златоуст. - 2009. - 296 с.