

А. А. Кузнецова, канд. филол. наук, доцент

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, Тверь, Россия

А. Т. Аксенова, канд. филол. наук, доцент

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, Тверь, Россия

Н. Д. Михайлова, канд. филол. наук, доцент

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, Тверь, Россия

СТРАТЕГИИ И ТАКТИКИ МЕДИЦИНСКОГО ДИСКУРСА

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

The article discusses the specifics of strategies and tactics of medical discourse in the aspect of tolerant communication as a mandatory component of professional and communicative competence of medical students. 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.

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

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

Особенности коммуникации в области медицины имеют специфику, связанную с совокупностью различных факторов: культурными традициями народа, профессиональными стандартами поведения, системой личностных ценностей и установок врача и пациента. Немаловажное значение имеет и тот факт, что ошибки в профессиональной коммуникации «врач – пациент» могут повлечь за собой негативные последствия, такие как снижение эффективности лечения или даже ухудшение состояния больного. Поэтому толерантность является одной из важнейших категорий медицинского дискурса, а обучение стратегиям и тактикам толерантного общения становится приоритетной задачей в процессе обучения студентов медицинских вузов. Такой вид общения является необходимой частью профессионально-коммуникативной компетенции, предполагающей: "1) речевое понуждение, интенцию автора, 2) обстоятельства действительности, в которых осуществляется акт общения, 3) отношения между коммуникантами" [4, с.208].

Эти навыки и умения наибольшим образом востребованы в коммуникации будущих медиков и их пациентов и овладение ими становится важной частью процесса обучения иностранных студентов, которые на третьем курсе начинают проходить клиническую практику. В процессе практики обучающиеся могут реализовать свои навыки ведения диалога с больным, закрепить и усовершенствовать умение вести толерантное общение с пациентами, относящимися к различным стратам общества (профессиональным, социальным, гендерным, возрастным и др.) [3, с. 92].

Стратегии интерперсонального общения медиков включают информирование, убеждение, разъяснение и другие. Однако в медицинском дискурсе на первый план выходят диагностирующие стратегии, ведь именно от них зависит правильная диагностика заболевания, выбор эффективного лечения и, как следствие, выздоровление пациента. Структура диагностирующей стратегии представлена следующими компонентами:

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

При этом диагностирующая стратегия предполагает некоторую вариативность, которая обуславливается вариативностью условий самого дискурса, связанных, например, с особенностями личностных, гендерных, возрастных и др. характеристик врача или пациента. [1, с.160]. Например, расспрос пожилого пациента будет отличаться от расспроса молодого человека.

Стратегия диагностики заболевания, ее объем, глубина и временные рамки определяются темой дискурса.

Как правило, расспрос больного включает следующие тактики:

- определение и оценка общего состояния больного;
- установление продолжительности болезни;
- выявление 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 тошки, 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? [2]

Каждая из представленных ситуаций общения предполагает варианты речевого поведения врача, среди которых можно выделить оптимальные (то есть удачные) и неудачные. Последние необходимо убрать из медицинского дискурса.

Так, при стоматологическом вмешательстве (хирургическом или терапевтическом) врачу необходимо исключить все раздражители, которые могут напугать больного и вызвать его усиленную нейровегетативную реакцию:

1. Не желательно начинать проведение медицинских манипуляций (лечение зуба, протезирование, операция) с выражения сомнения в возможности успешного лечения (Например: «К сожалению, корни зуба изогнуты!», «У вас очень слабая коронка, может сломаться», «Предыдущее лечение зуба было некорректным», «Очень сложный случай, придется поработать...»). Реплики в адрес пациента должны быть позитивными, ободряющими («Вы хорошо держитесь! Молодец», «Процедура почти закончена», «Будет не больно, а немного неприятно», «Видите – ничего страшного!»).

2. Нельзя употреблять слова, которые могут травмировать психику пациента (кусачки, скальпель, долото, игла, нож, разрез и др.). Не допускаются замечания, упреки в адрес ассистента («Неправильно делаете!», «Вы дали не тот нож!», «Не там шьете!», «Не надо тянуть!»).

3. Не допускаются фамильярные отношения между врачом и ассистентом, врачом и пациентом. В кабинете врача необходимо обращаться друг к другу исключительно на «Вы». Отношение к пациенту должно быть уважительным, доброжелательным корректным.

4. Общение по рабочим вопросам в кабинете стоматолога должно быть минимизировано. Врач-стоматолог должен общаться с медсестрой при помощи невербальных средств – мимики, жестов, или использовать короткие фразы или специальную медицинскую терминологию, непонятную для пациента (*incisio, pus, vulnus, sutura* и т. п.).

5. Усугубить состояние больного и усилить болевые ощущения могут такие высказывания врача: «Не надо закатывать здесь истерику!», «Ведите себя прилично!», «Не надо делать вид, что вам больно! Я сделал обезболивающий укол!», «Ведите себя прилично, вы на операции!», «Возьмите себя в руки!».

При личностно-психологическом подходе, который заключается в рассмотрении трудностей коммуникации с позиции особенностей личности конкретного пациента и его психологических установок, определяющими являются физические и психические состояния, влияющие на коммуникацию, то есть социальная перцепция.

Согласно анализу стратегий и тактик медицинского дискурса, выделяются некоторые типично сложные в психологическом отношении ситуации коммуникации:

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

Отметим особую категорию больных, "трудных" в психологическом отношении:

- больной, приходя на повторные визиты к врачу, не отмечает улучшения своего состояния;
- больной утверждает, что серьезно болен и ему необходимо постоянно лечиться;
- словоохотливый больной;
- медлительный больной;
- агрессивный больной;
- "дотошный" больной;
- больной, который претендует на особое отношение к себе;
- больной, у которого стремление избавиться от болезни становится сверхценной идеей.

Когда врач вступает в коммуникацию с данными типами пациентов, должен реализовываться подход, связанный с этическими соображениями. Кроме того, важную роль начинают играть культура речи врача и его «актерское мастерство» [5, с. 48].

Основная задача, стоящая перед врачом при общении с «трудными» пациентами, – установить доверительные, доброжелательные отношения, поэтому налаживание контакта врача с больным должно выходить за рамки формального общения и не ограничиваться дежурными формулами речевого этикета. В ситуации межличностных контактов различают субъектов, ориентированных на сотрудничество, и "людей против людей", стремящихся занять доминирующую или зависимую позицию.

Необходимо отметить, что в процессе обучения врачей правильным коммуникативным навыкам разнообразные ситуации общения упрощаются до определенных моделей, в названиях которых отражается наличие названных процессов. Данные модели следующим образом классифицируют реакции врача на жалобы пациента: 1) агрессивный ответ (реплики врача могут демонстрировать его раздражение или пренебрежение к пациенту: "Кто здесь врач, вы или я?" или же "Держите себя в руках! Не умеете себя вести!"); 2) инквизиторский ответ (врач задает множество вопросов пациенту, не давая ему возможности выразить свои мысли, чувства или переживания); 3) оценивающий ответ (врач воспринимает себя как непогрешимого судью, оценивая поведение пациента и его состояние без учета личностных особенностей последнего); 4) эмпатический ответ (врач демонстрирует готовность безусловного принятия пациента как ценного и интересного человека независимо от возраста, социального статуса, типа болезни и так далее).

В процессе преподавания языка медицинской специальности преподаватели русского языка стремятся сформировать в будущих медиках стремление помогать людям, ведь пациенты, доверяя

врачу, часто нуждаются в психологической поддержке. В связи с этим иностранным студентам медицинских вузов особенно важно овладеть специальными речевыми формулами, выражающими сочувствие и сострадание и уметь правильно применять их в различных ситуациях общения с пациентом. К таким фразам относятся, например, императивы: «Не волнуйтесь!», «Не беспокойтесь!», «Потерпите, пожалуйста!». Также необходимо уметь поддержать с пациентом разговор на личные темы: о его жизни, семье, образе жизни и профессии.

Личный контакт врача и пациента важен для установления верного диагноза и выбора оптимальной схемы лечения заболевания.

Отдельно отметим, что для врача важно снижать категоричность высказывания своего мнения пациенту. Для этого могут быть использованы дискурсивные тактики, связанные с использованием в речи вводных слов и конструкций: *возможно, как мне кажется, по всей вероятности, по моему мнению, пожалуй, с точки зрения и др.* Сделать высказывание менее категоричным может также использование в речи сослагательного наклонения (*я бы посоветовал..., я бы не рекомендовал...*) И, конечно, важную роль играет владение стратегиями эмпатического слушания, когда используются языковые средства для выражения понимания, сочувствия и сопереживания собеседнику.

Литература

1. Аксенова А. Т. Проблема влияния американской лингвокультуры на состояние русского языка в средствах массовой информации / А. Т. Аксенова, В. М. Мирзоева, Н. Д. Михайлова. // Вестник Тверского государственного университета. Серия: Филология. – 2013. – № 4. – С. 158-165.
2. Дьякова В. Н. Подготовка к клинической практике: пособие по развитию речи для иностранных студентов-медиков / В. Н. Дьякова– 4-е изд. – СПб. : Златоуст, 2009. – 296 с.
3. Мирзоева В. М. К вопросу важности формирования ключевых компетенций для подготовки специалиста в сфере медицины / В. М. Мирзоева, А. А. Кузнецова // Тверской медицинский журнал. – 2014. – № 2. – С.89-95. <http://tvermedjournal.tvergma.ru/id/eprint/418>
4. Мирзоева В. М. Коммуникативно-прагматическая функция сложных предложений в диалогической структуре текстов медицинской направленности / В. М. Мирзоева, А. А. Кузнецова // Вестник Тверского государственного университета. Серия: Филология. – 2017. – № 1. – С. 207-211.
5. Мирзоева В. М. Функциональная нагрузка сложного предложения в диалоге врача-отоларинголога с пациентом / В. М. Мирзоева, А. А. Кузнецова [и др.] // Тверской медицинский журнал. – 2017. – № 2. – С. 44-50. <http://tvermedjournal.tvergma.ru/id/eprint/418>