

Коммуникативная составляющая в обучении клинической риторике

Статья посвящена проблеме теоретического осмысления дисциплины «Клиническая риторика», а также вопросам её практической реализации в курсах подготовки медицинских специалистов. Материалом для анализа послужили различные ситуации общения медицинских работников с коллегами, пациентами и их родственниками, представленные в фильмах, видеофрагментах и художественной литературе.

Ключевые слова: медицинский дискурс, клиническая риторика, клиническое мышление, языковая личность врача, коммуникативные стратегии и тактики

Возросший в последние десятилетия интерес к ораторскому мастерству, обучению красноречию связан с изменениями, происходящими в обществе, с осознанием социальных функций риторики и возможностей её применения. Стало ясно, что человек, владеющий навыками эффективного общения, сможет проявить себя в любой сфере деятельности: экономической, политической, научной, педагогической и др. Расширяя сферы общения, мы неизбежно сталкиваемся с ситуациями, в которых необходимо воздействовать, убеждать, аргументировать, отстаивая собственную точку зрения. Знание основ риторического мастерства помогает в решении этих задач.

Риторика – это научная область и учебная дисциплина, исследующая и формирующая законы и правила эффективного общения в различных сферах и коммуникативных ситуациях в устной или письменной форме при непосредственном или опосредованном контакте собеседников. Риторика развивает и совершенствует умения общаться и взаимодействовать с партнёром по коммуникации, стимулирует речемыслительную деятельность, определяет систему ценностей человека, играя важную роль в становлении его личностных качеств [12].

Особого внимания риторика требует от представителей «лингвоактивных» [17] профессий, к которым в том числе относится профессия врача. Известный клиницист-терапевт начала XIX в. М. Я. Мудров отмечал: «...врачевание не состоит ни в лечении болезни, ни в лечении причин... Врачевание состоит в лечении самого больного» [13, с. 220]. Безусловно, доктору необходимы умения объяснять, задавать вопросы, слушать и убеждать пациента, интерпретировать его речь и невербальное поведение. Всё это позволит не только правильно поставить диагноз, дать рекомендации, назначить лечение, но и установить контакт, эмоциональную связь с больным, расположить его к себе, тем самым обеспечив комплаенс, т.е. вовлеченность пациента в процесс лечения.

В конце XX – начале XXI в. появились научные работы, посвященные описанию специфики общения в медицинской среде, анализу тактико-стратегической организации медицинского дискурса, формированию коммуникативной компетенции врача [2]; [3]; [4]; [9]; [10]; [15]. В дальнейшем концепция медицинской риторики была обоснована в статьях, а затем и в учебном пособии Е. Н. Гринько [6]; [7]; [8].

Продолжая исследования в данной области, профессор кафедры факультетской терапии Военно-медицинской академии им. С. М. Кирова В. И. Один заявил о необходимости введения в медицинских вузах дисциплины «Клиническая риторика», предложив и разъяснив новый термин для обозначения предмета [14]. Следуя определению В. И. Одина и уточняя его, под клинической риторикой мы понимаем частную риторику, предметом исследования которой являются закономерности результативного общения врача с пациентами и их родственниками, коллегами, а также в ситуациях научной, учебной и просветительской деятельности.

Клиническая риторика участвует в формировании клинического мышления как «вида интеллектуальной деятельности, основанного на специальных знаниях, наблюдательности, интуиции, сопереживании больному, умении мыслить диалектически и логически, благодаря чему врач представляет патологический процесс у данного пациента в его целостности...» [1, с. 25]. Интегративность мышления врача проявляется в совмещении нескольких его видов: наглядно-действенного, наглядно-образного и словесно-логического, в тесном сочетании теоретических знаний и практических умений, соединении рационального и эмоционального уровней общения. Особенности клинического мышления неизбежно проявляются в речи и её организации, задают вектор развития коммуникативных отношений с пациентом. Таким образом, обучение клинической риторике является необходимым условием становления и воспитания успешного доктора, развития его профессиональной компетентности.

Несмотря на особый интерес к проблеме оптимизации речевого поведения врача, актуальными остаются вопросы разработки терминосистемы, методологической базы и учебного материала клинической риторики.

Материалом для наблюдений в данной статье выбраны фрагменты медицинского дискурса, представляющие различные ситуации общения доктора и пациента. В исследовании реализуется подход к текстам медицинской направленности в аспекте их коммуникативной организации, применяется описательный метод, метод семантического анализа, а также приёмы лингвопрагматической и стилистической характеристики.

Общение занимает главенствующее положение в структуре повседневной и профессиональной деятельности врача, именно поэтому с его изучения начинается преподавание клинической риторики – «Введение в клиническую риторику». Будущим врачам необходимо иметь представление о нормах и правилах,

организующих процесс речевого взаимодействия. Основу категориального аппарата данного блока составляют следующие понятия: культурно-языковое пространство, коммуникация и общение, виды общения, коммуниканты и их роли в общении, коммуникативные качества речи, языковая личность, коммуникативная ситуация, коммуникативное намерение, коммуникативная неудача, речевые стратегии и тактики и ряд других.

Овладение понятийным содержанием в практическом аспекте строится на анализе устных и письменных текстов медицинского дискурса. Так, предлагается рассмотреть несколько коммуникативных ситуаций и оценить эффективность речевого поведения врача: *«Больной спросил лечащего врача о том, что показал последний анализ мочи. Врач ответил оптимистично: “Ничего... патологического, кроме нескольких гробовых крышек”.* Услышав это, больной укрылся одеялом и отказался от дальнейших расспросов. Нам же он мрачно сказал, что его дела очень плохи, что ему достаточно и одной гробовой крышки, а у него в моче их даже несколько» [16, с. 13]. Следует пояснить, что «гробовыми крышками» по сходству формы называют трипельфосфаты в моче, которые могут свидетельствовать о возникновении мочекаменной болезни, но не являются симптомом смертельно опасного заболевания. Или же можно проанализировать такой пример: *«Во время очередного обхода старший ассистент, подтвердив диагноз, обратился к группе студентов, участвовавших в обходе, и сказал: “Terapia nihil, prognosis pessima”, не подозревая, что больной знал латинский язык. На другой день по своему настоянию больной был выписан из клиники. Через несколько дней стало известно, что он покончил жизнь самоубийством» [11].* Как мы видим, необдуманные высказывания врачей, некорректная эмоциональная оценка или отчуждённость могут привести к нежелательным для лечения пациента последствиям. Для обозначения таких последствий был введён специальный термин *ятрогенное заболевание*, т.е. «заболевание, обусловленное неосторожными высказываниями или поступками врача (или другого лица из числа медицинского персонала), неблагоприятно воздействовавшими на психику больного» [18, с. 455]. В последнее время предотвращение развития ятрогении вызывает особый интерес. Разумеется, избежать коммуникативных неудач, тем самым устранив одну из причин ятрогенных заболеваний, легче всего.

Для характеристики языковой личности доктора и создания речевых портретов врачей в синхроническом и диахроническом аспектах целесообразно использовать фрагменты из кинофильмов и сериалов о врачебной деятельности: «Собачье сердце», «Дорогой мой человек», «Дети Дон Кихота», «Клиника», «Интерны», «Врач», «Аритмия» и др. Видеозаписи создают на занятии коммуникативно-речевую среду, позволяют анализировать различные коммуникативные ситуации (общение с пациентами и их родственниками, коллегами, начальством и младшим медицинским персоналом), максимально приближённые к ре-

альности, обогащают коммуникативный опыт обучающихся через познание новых моделей речевого поведения и наблюдение за достоинствами и недостатками речи доктора. Важно также и то, что поликодовый характер фильмов не только обеспечивает анализ языковой стороны общения, но даёт возможность оценить коммуникативную ситуацию, паралингвистические особенности речи врача, невербальное поведение, приёмы взаимодействия с пациентом, а также эффективность использованных говорящим стратегий и тактик.

В качестве примера рассмотрим фрагмент из кинокартины Г. Куценко «Врач»:

В¹: Здравствуйте!

РП: Здравствуйте! Мы от Николаевой к Вам.

В: Ааа! Она звонила мне вчера, я был в Москве на конференции.

РП: Я Герман. Это моя супруга Алла.

В: Очень приятно!

П: *Кивает.*

РП: У нас проблема.

РП: Мы у Надежды Николаевны наблюдались по женским делам, а вот тут это всё и выявилось.

В: Уу, Герман, извините, как Ваше отчество?

РП: Алексеевич. Герман Алексеевич Рыбак. Зам полпреда президента РФ... в Приморском округе.

В: Ну, что, Алла Евгеньевна? И снова здравствуйте!

П: Здравствуйте!

В: Как Вы себя ощущаете?

П: Ощущаю.

В: Угу. Есть дети у Вас?

П: Полгода. Мальчик.

В: Ага. Ну, отлично, поздравляю! Вот. Как назвали?

П: [*с вызовом*] Юрием!

В: То есть тёзка? Юрий Германович. Дважды поздравляю.

РП: Спасибо!

В: Головные боли сильные? Часто?

П: В последнее время – да.

В: Что со зрением?

П: [*недоумекает*] Не понимаю, почему... почему Вы спрашиваете?

В: Ну, это один из симптомов Вашего заболевания.

РП: Ну, помнишь, как раз справа в аварию попала. Мотороллер ударил, ты не заметила. Как раз было.

¹ Приняты следующие условные сокращения: В – врач, П – пациент, РП – родственник пациента.

П: [*агрессивно*] Я заметила. Это он.

В: Ну, я так понимаю, Вы знакомы с предварительным диагнозом Вашего заболевания? Я вижу здесь заключение из Бурденко. Я лично знаю нейрохирурга, который Вас консультировал. Это блестящий специалист с именем. Иии... каково было Ваше решение?

П: Вы понимаете, я... я достаточно хорошо изучила свою болезнь. И я... я понимаю все... все свои шансы. И что мне предстоит.

РП: Вы понимаете, Алла вообще не хочет оперироваться. Это я её уговариваю, а она говорит: «Не буду, потому что шансов нет». А я думаю, что надо бороться обязательно.

П: Да я... не против... борьбы. Ну, просто я реалист, и я не хочу этих иллюзий.

В: Но тем не менее Вы у нас?

П: Я не люблю Москву. Вот Герман любит. А я нет. Ведь если умирать, то дома?

В: *Кивает.*

РП: Аллочка, Алл.

П: Да.

Обстановку, в которой происходит общение, вряд ли можно назвать комфортной: в кабинете врача на экране телевизора транслируется запись операции, это негативно сказывается на психоэмоциональном состоянии пациентки и её мужа.

Основу сбора анамнеза, безусловно, составляет стратегия работы с информацией, реализующаяся при помощи тактик расспрашивания, уточнения, разъяснения («*Головные боли сильные? Часто?*», «*Это один из симптомов Вашего заболевания*»). Интересно, что здесь врач заменяет стандартный вопрос «*Как Вы себя чувствуете?*» на вопрос «*Как Вы себя ощущаете?*», делая акцент на физическом состоянии больной (ср. глаголы *чувствовать* и *ощущать*), а не на эмоциональных переживаниях, которые он и так видит. В терапевтических целях происходит деформализация общения, сокращение коммуникативной дистанции. Доктор старается создать психологически комфортную атмосферу, сделать эмоциональную перефокусировку, используя иронию («*И снова здравствуйте!*»), а также заставляя пациентку вспомнить о своём маленьком сыне («*Есть дети у Вас?*», «*Как назвали?*», «*То есть тёзка?*»). Врач уточняет наличие симптомов заболевания, иногда выступая даже в роли провидца, например, указав на связь заболевания с ухудшением зрения и тем самым удивив пациентку («*Что со зрением?*» – «*Не понимаю, почему... почему Вы спрашиваете?*»). Кроме того, по ходу разговора доктор использует стратегии самопрезентации («*Я был в Москве на конференции*», «*Я лично знаю нейрохирурга, который Вас консультировал*») и убеждения (напоминание о ребёнке, «*Я лично знаю нейрохирурга, который Вас консультировал. Это блестящий специалист с*

именем», «Но тем не менее Вы у нас?»), тактику поддержания положительного имиджа коллег («Я вижу здесь заключение из Бурденко», «Это блестящий специалист с именем»).

Особое значение придаётся невербальному поведению: открытая поза, отсутствие активной жестикуляции, сочувственный взгляд, кивки демонстрируют рефлексивное слушание врача, вследствие чего достигаются точность и полнота понимания слов пациента.

После просмотра видеофрагмента учащимся можно предложить ряд вопросов и заданий:

1. Охарактеризуйте обстановку, в которой протекает общение.
2. Определите коммуникативные намерения говорящих.
3. Кому принадлежит ведущая роль в диалоге?
4. Учитывает ли врач психоэмоциональное состояние своих собеседников? Старается ли он повлиять на него? Аргументируйте свой ответ.
5. Как вы думаете, почему врач использует вопрос «Как Вы себя ощущаете?», а не «Как Вы себя чувствуете?»?
6. Допускают ли говорящие коммуникативные неудачи?
7. Выделите речевые стратегии и тактики коммуникантов.
8. Проанализируйте невербальное поведение участников общения.

Материалом для анализа могут также послужить отрывки из художественных произведений о врачебной деятельности, автобиографий докторов: «Записки юного врача» М. А. Булгакова, «Записки врача» В. В. Вересаева, «Сердце хирурга», «Под белой мантией» Ф. Г. Углова, «Записки районного хирурга», «Записки городского хирурга» Д. А. Правдина и т.д.

Например, студентам предлагается проанализировать диалог из книги В. В. Вересаева:

«На амбулаторный приём профессора-сифилидолога пришла молодая женщина с запискою от врача, который просил профессора определить, не сифилитического ли происхождения сыпь у больной.

– Где у вас сыпь? – спросил профессор больную.

– На руке.

– Ну, это пустяки. Бывшие фурункулы. Ещё где?

– На груди, – запнувшись, ответила больная. – Но там совсем то же самое.

– Покажите!

– Да там то же самое, нечего показывать, – возразила больная, краснея.

– Ну, а вы нам всё-таки покажите; мы о-чень любопытны! – с юмористической улыбкою произнёс профессор.

После долгого сопротивления больная наконец сняла кофточку.

– Ну, это тоже пустяки, – сказал профессор. – Больше нигде нет? Скажите вашему доктору, что у вас нет ничего серьёзного.

Тем временем ассистент, оттянув у больной сзади рубашку, осмотрел её спину.

– Сергей Иванович, вот ещё! – вполголоса произнёс он.

Профессор заглянул больной за рубашку.

– А-а, это дело другое! – сказал он. – Разденьтесь совсем, – пойдите за ширмочку... Следующая!» [5].

В данном случае основу речи врача составляют короткие и точные вопросы, требующие однозначного ответа («Где у вас сыть?», «Ещё где?», «Больше нигде нет?»), команды, выраженные глаголами повелительного наклонения (*покажите, скажите, разденьтесь, пойдите*). Прослеживается разнообразие интонационного оформления речи (в тексте это графически выделяется знаками препинания: точки, вопросительные и восклицательные знаки). Доступность и эмоциональность речи достигается на фонетическом уровне посредством растягивания гласных (*о-чень, а-а*), на уровне лексики – через включение разговорных слов (*ну, пустяки, ширмочка*), на синтаксическом уровне – за счёт преобладания простых предложений, инверсии («ещё где?», «вы нам всё-таки покажите», «это дело другое»). Однако подобная форма общения не снимает психологического дискомфорта пациентки, стеснения, что подтверждается описанными в тексте невербальными сигналами общения («запнувшись», «краснея», «после долгого сопротивления наконец сняла»). При этом профессор и его ассистент не стараются облегчить ситуацию, а наоборот, усугубляют её, допуская ряд ошибок: чрезмерное коммуникативное давление, неуместные шутки, нарушение личного пространства («Ну, а вы нам всё-таки покажите; мы о-чень любопытны!»), «Тем временем ассистент, оттянув у больной сзади рубашку, осмотрел её спину», «Разденьтесь совсем, – пойдите за ширмочку... Следующая!»).

Этот пример подтверждает, что в ситуации общения между врачом и пациентом существует коммуникативная асимметрия, обусловленная разным уровнем знаний собеседников. Доктор обладает коммуникативной властью, а пациент находится в подчинённой роли. Это требует от врача жёсткого контроля собственного речевого поведения, ведь больной должен быть не объектом, а субъектом взаимодействия.

Литература предоставляет богатый материал для изучения как образцового речевого поведения врача, так и негативного опыта, что, с одной стороны, предупреждает возникновение ошибок в будущей профессиональной деятельности студентов, развивая их аналитические и рефлексивные умения, а с другой стороны, способствует выработке продуктивных умений, реализации сделанных наблюдений в собственном общении.

В условиях повышенного внимания к качеству оказания медицинской помощи остро встала проблема формирования и совершенствования коммуникативной компетенции медицинских работников. Эффективность взаимодействия между врачом и пациентом выражается в том, следует ли больной рекоменда-

ям доктора, выполняет ли его назначения, а это зависит не только от профессионализма врача, но и от того, в какой степени он владеет нормами общения.

Клиническая риторика вносит весомый вклад в развитие речевой и мыслительной культуры будущего врача, интеллектуальное преобразование личности, воспитывает сознательное отношение к своей и чужой речи.

Литература

1. Абаев Ю. К. Клиническое мышление. Минск: БГМУ, 2008. 60 с.
2. Акаева Э. В. Коммуникативные стратегии профессионального медицинского дискурса: дис. ... канд. филол. наук. Омск, 2007. 149 с.
3. Барсукова М. И. Медицинский дискурс: стратегии и тактики речевого поведения врача: автореф. дис. ... канд. филол. наук. Саратов, 2007. 21 с.
4. Бейлинсон Л. С. Характеристики медико-педагогического дискурса (на материале логопедических рекомендаций): дис. ... канд. филол. наук. Волгоград, 2001. 187 с.
5. Вересаев В. В. Записки врача. На японской войне. М.: Правда, 1986. 560 с.
6. Гринько Е. Н. Концепция медицинской риторики // Бюллетень науки и практики. 2016. № 4. С. 295–302.
7. Гринько Е. Н. Медицинская риторика в формировании коммуникативной компетентности врачей педиатров // Вопросы современной педиатрии. 2017. № 16 (1). С. 12–15.
8. Гринько Е. Н. Медицинская риторика: учеб. пособие. М.: Флинта, 2018. 208 с.
9. Жура В. В. Дискурсивная компетенция врача в устном медицинском общении: автореф. дис. ... д-ра филол. наук. Волгоград, 2008. 40 с.
10. Зосимова Л. П. Основные коммуникативные характеристики диалога между врачом и пациентом: автореф. дис. ... канд. филол. наук. М.: МГУ, 1997. 24 с.
11. Интеграция общепсихологических умений общения [Электронный ресурс]. URL: <https://lektsia.com/2x270e.html> (дата обращения: 28.03.2023).
12. Методика преподавания риторики: учеб. пособие / под ред. Н. А. Ипполитовой. М.: Экзамен, 2014. 335 с.
13. Мудров М. Я. Избранные произведения /под ред. А. Г. Гукасяна. М.: Изд-во АМН СССР, 1949. 294 с.
14. Один В. И. Клиническая риторика в высшей школе [Электронный ресурс] // Клиническая медицина. 2016. № 6. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/klinicheskaya-ritorika-v-vysshey-shkole> (дата обращения: 28.03.2023).
15. Орлова Е. В. Культура профессионального общения врача: коммуникативно-компетентностный подход. М.: ФОРУМ, 2015. 288 с.
16. Орлова Е. В. Русский язык и культура речи для медицинских вузов. Ростов н/Д: Феникс, 2016. 464 с.
17. Формановская Н. И. Речевое общение: коммуникативно-прагматический подход. М.: Рус. яз., 2002. 216 с.
18. Энциклопедический словарь медицинских терминов: в 3 т. / под ред. Б. В. Петровского. М.: Сов. энцикл., 1982. Т. 1. 464 с.