

ЭМОЦИОГЕННОСТЬ ОБЩЕНИЯ «ВРАЧ – ПАЦИЕНТ» КАК КОММУНИКАТИВНАЯ ПРОБЛЕМА УСТНОГО МЕДИЦИНСКОГО ДИСКУРСА

В статье проводится изучение эмоциогенности устного медицинского дискурса как одного из факторов, осложняющих коммуникацию врача с пациентом. Целью работы стало определение аспектов эмоциогенности данного дискурса. К ним отнесены эмоционально заряженные темы, дискурсивные эмоции его участников, способы реагирования на них врачом и пациентом. Установлены особенности вербализации эмоций врачом и пациентом, их дезорганизирующее влияние на развитие устного медицинского дискурса, определены способы оптимизации коммуникации.

V. Zhura

EMOTIOGENICITY OF THE INTERCOURSE “DOCTOR – PATIENT” AS A COMMUNICATIVE PROBLEM OF THE SPOKEN MEDICAL DISCOURSE

The article investigates the emotiogenicity of the spoken medical discourse as a factor impeding the doctor-patient communication. The study aims to establish the main aspects of the emotiogenicity of the discourse. They include emotionally charged topics, emotions of its participants, doctors' and patients' ways of responding to them. The article reveals features of verbalisation of patients' and doctors' emotions and their disorganising effect on the progress of the spoken medical discourse. The ways of doctor-patient communication optimisation are also suggested.

Эмоциогенность медицинской коммуникации представляет собой один из важнейших аспектов изучения устного медицинского дискурса (далее УМД), являясь потенциальным источником коммуникативных помех и сбоев. Эмоциональный аспект общения определяется внешним

контекстом данного дискурса. Процесс адаптации пациента к заболеванию, к новым жизненным обстоятельствам приобретает личностную значимость, получая эмоциональную оценку. Эксплицируемые пациентами эмоции в вербальной и невербальной формах являются важными со-

ставляющими УМД, так как они оказывают существенное влияние на его дальнейшее развитие, определяя тактические ходы врачей.

Основной линией эмоционального поведения врача является эмоциональная отстраненность, позволяющая ему объективно оценивать ситуацию и выбирать адекватные дискурсивные способы решения проблем. С другой стороны, отвечая за создание определенной терапевтической атмосферы общения, а также психоэмоциональное здоровье пациента, врач организует общение в соответствии с эмоциональными потребностями больных, нуждающимися в утешении, ободрении, поддержке.

Целью нашего исследования стало изучение эмоциональных проявлений участников УМД как причин коммуникативных помех и сбоев. Это определило логику нашего анализа эмоциогенности общения. Нами будут рассмотрены эмоционально заряженные темы, дискурсивные эмоции пациентов и способы эмоционального реагирования на них врачами, а также эмоции последних. Материалом для исследования послужили аудиозаписи 200 медицинских консультаций.

Тематический анализ нашего фактического материала позволил выявить целый ряд эмоционально маркированных тем, обладающих регулярной воспроизводимостью в рамках УМД. Различные эмоционально заряженные темы рассматриваемого дискурса были разделены нами на четыре группы в зависимости от типов эмоций, проявления которых их сопровождают. Первая группа включает темы о проведенном ранее обследовании и лечении пациентом. Основными эмоциональными проявлениями, сопровождающими обсуждение данных тем, становятся возмущение, осуждение, неодобрение, отчаяние.

Вторая тематическая группа включает обсуждение проблем адаптации к заболеванию и связана с такими эмоциями и чувствами, как страх, отчаяние, расстроен-

ность, подавленность в случае отрицательной динамики заболевания, либо эмоции радости в случае улучшения состояния.

Третья группа охватывает вопросы личной жизни пациента (отношения с близкими, смерть или заболевание близкого человека, разрыв отношений, семейные проблемы и др.). Обсуждение таких тем вызывает чувства отчаяния, расстроенности, депрессии, недовольства.

Последняя группа включает «деликатные» темы, т. е. вопросы, открытое обсуждение которых представляет собой некоторое психологическое табу вследствие того, что полученная информация может повлечь за собой моральные и даже социальные санкции. Такие темы связаны с проявлением стыда, смущения и даже страха.

Рассмотрим дискурсивные эмоции пациента в УМД. Эмоции представляют собой часть заболевания пациента, поэтому идентификация различных переживаний и адекватное реагирование на них врачом носит важный терапевтический характер в УМД. Разные заболевания могут сопровождаться различными эмоциями. Важную роль, которую играет выражение эмоций пациентов в УМД, демонстрирует тот факт, что в 89,9% эмотивных высказываний вербализацию получали эмоциональные проявления больных, в то время как эмоции врачей объективировались лишь в 11,1% высказываний.

Идентификация эмоций осуществлялась нами на основании нескольких видов информации – невербальной, паравербальной (просодической) и вербальной¹. Невербальная информация включала анализ выражения лица (отрешенный вид, нахмуренные брови, улыбка и т.п.), кинетических и физиологических проявлений (беспокойные движения, частые тяжелые вздохи и т.п.). Просодическими средствами выступали темп речи, громкость и тембр голоса, диапазонная высота, эмфаза, мелодика, логическое ударение. Вербальная информация включала эмотивные выска-

звания пациентов, а также обозначения эмоций пациентами и врачами. Синтезируемая информация об эмоциональной ситуации сопоставлялась с прототипической для той или иной эмоции ситуацией² для установления вида вербализованного переживания.

Эмоции группы «грусть» представлены в УМД такими эмоциональными проявлениями, как *подавленность* (2,6%), *расстроенность* (15,7%), *отчаяние* (13,1%). Просодическими маркерами подавленного состояния выступают медленный темп произнесения высказываний, паузы. Речевые отрезки продуцируются тихим и глухим голосом, без заметного интонационного выделения рематической информации. Реплики таких пациентов включают односложные малоинформативные ответы, лишены когерентности. Депрессивные пациенты часто игнорируют обсуждение вопросов, обладающих высокой эмоциогенностью: *Пациент: У меня... жена болела раком...* (тихо, медленно) – *Врач: Когда?* – *Пациент: Ну, вот два с половиной года болела, умерла три месяца назад.* – *Врач: То есть три месяца назад у Вас была стрессовая ситуация, да?* – *Пациент:* (молчание).

Вербальные эмоциональные проявления расстроенных пациентов более разнообразны. Эмоции высокой интенсивности (при сообщении отрицательной диагностической информации) часто выражаются при помощи междометий, эксплетивов: *Ой, беда, беда! Ай-яй-яй! Ой, господи!*

В случае менее интенсивных эмоций речевые отрезки больных могут быть более пространны. Для них характерно интонационное и просодическое (громкостью, ударением) выделение важной информации, замедление темпа речи, снижение ее громкости, появление пауз перед произнесением эмоционально заряженной информации. Сама эмоционально маркированная информация произносится обычно быстро. На синтаксическом уровне используются эллиптические, инвертированные, параллельные конструкции, незакон-

ченные, восклицательные предложения. Расстроенные пациенты, сфокусированные на своих внутренних переживаниях, невнимательно слушают врача, дают некогерентные ответы:

Пациент: Ну, у меня еще была собака... Она меня вдохновляла тем, что с ней надо пойти гулять и ночью, и вечером. Она меня ПОДНИМАЛА, как говорится. В БОЙ! С БОЛЕЗНЬЮ! Да (тихо)... Собака, значит, ... (убыстрение темпа речи) нет собаки больше (глухим голосом), машина ее сбила, и я теперь... один... пытаюсь восстановить то, что было...

Эмоциональные реакции врача могут представлять собой высказывания утешения, ободрения. Распространенными способами ободрения пациентов выступают мобилизация их психологических ресурсов на продолжение лечения (*надо в принципе лечиться*), апеллирование к оптимистическим перспективам (*у Вас неплохие шансы*), ссылки на медицинский опыт и статистику (*в большинстве случаев такое лечение приносит хорошие результаты*), минимизация интенсивности отрицательной оценки ситуации (*не нужно воспринимать это так трагически*), похвала (*Вы у нас человек просто героический!*).

Особенно коммуникативно затрудненным является общение врачей с родственниками больных, страдающих от терминальных заболеваний. В таких случаях диагностические заявления вызывают эмоции высокой интенсивности, полностью нарушая ход коммуникации и придавая ей иррациональный характер. Единственным выходом из таких ситуаций является апелляция врача к собственной институциональной власти посредством упрека и даже угрозы в адрес лиц, нарушающих каноны институционального поведения:

Врач: Послушайте, я вообще не буду сейчас ничего этого говорить, если Вы себя будете так вести. Вы знали, КУДА Вы едете. Вы предполагали, КАКОЙ диагноз (громко). И надо сейчас держать себя чуть-чуть в руках.

В общении с расстроенными и депрессивными пациентами широко используется принцип рационализации (семантической перефокусировки с эмоциональных аспектов ситуации на эмоционально нейтральные), выражение эмпатии (демонстрация понимания пациенту).

Следующая группа включает такие разновидности базовой эмоции «страх», как тревога/беспокойство и страх. В медицинском контексте пациенты сталкиваются с угрозой ухудшения состояния здоровья, утратой дееспособности и даже угрозой смерти³. Представляя собой ответную реакцию на возникающую опасность, данные эмоциональные проявления доминируют в эмотивных высказываниях пациентов (28,4%).

Наиболее часто вербализацию получает чувство тревоги/беспокойства (18,6%). Такие высказывания представляют собой квеситивы, целью которых становится уточнение информации диагностического или прогностического характера, данных о побочных эффектах лекарств и методов лечения: *Ну это что-, что-то серьезное у меня, да? Дезорганизирующее влияние чувства тревоги находит выражение в том, что такие вопросы включают незаконченные, эллиптические конструкции, самокоррекцию, повторы.*

Эмоциональные проявления тревоги могут быть вербализованы при помощи слов, обозначающих эмоции: *Ну, меня беспокоит, вот как... не глотать, ... я не знаю, слюну вот не сглатывать, я не смогу или..*

В связи с тем, что одной из причин появления чувства тревоги, страха является недостаточная информация, распространенными способами реагирования на такие эмоциональные проявления выступают объяснение, пояснение, сообщение диагностической и прогностической информации:

Пациент: А поджелудочную я этим не трону? – Врач: Нет, Мигес улучшает качество жизни. Очень хорошо переносится.

Другими реакциями выступают эмпатия, суггестия, похвала, а иногда и игнорирование эмотивных реплик пациентов:

(1) Пациент: Меня волнует ситуация сверху с левой стороны. – Врач: Меня тоже это волнует (эмпатия).

*(2) Врач: Естественно, что любой человек волнуется и до операции, и после операции, и, конечно, нужно настраиваться на то, что ему может **ПОВЕЗТИ**, что не обязательно будет плохо, правда же? Надо настраиваться, что ... **СКОРЕЕ ВСЕГО** будет **ХОРОШО** (суггестия).*

Проявления эмоций группы «гнев» менее характерно для дискурса пациентов в сравнении с эмоциями двух рассмотренных групп (9,3%). Причиной этому является более высокий коммуникативный статус врача, определяющий основные установки институционального поведения пациента – уважение и почтительность. Проявления возмущения характерны для пациентов, страдающих от серьезных заболеваний, в случае прогрессирования заболеваний, длительного лечения, либо свидетельствуют об их принадлежности к определенному психоэмоциональному типу. Такие высказывания представлены восклицательными, инвертированными, эллиптическими, вопросительно-апеллятивными предложениями, повторами. Для них характерны изменения просодии (повышение громкости голоса, ускорение темпа произнесения, выделение рематических слов):

Пациент: Конечно! Туда один билет почти тыщу стоит! Бесплатно это называется!

Эффективными способами управления эмоциями этой группы выступают эмпатия (*ясно, понятно*), рационализация (*Вы все записываете, да?*), ободрение, суггестия, игнорирование эмотивных реплик больного.

Наряду с выражением ненаправленных эмоций, характеризующих эмоциональное состояние больного, дискурс пациентов может эксплицитно выражать их эмоциональное отношение (16,4%). Объектом эмоцио-

нального отношения (осуждения, неодобрения) выступают субъекты медицинской деятельности, их действия. Указанные эмоции получают вербализацию в высказываниях упрека, обвинения, насмешки.

Распространенными формами организации высказываний упрека и обвинения выступают нарративы пациентов о пройденном обследовании и лечении. Особенностью выражения неодобрения в них является имплицитность оценки путем апелляции к объективным фактам, имевшим негативное значение для пациента. Неопределенная субъектная референция таких высказываний является способом снижения интенсивности отрицательной оценки: *После этого мне приписали таблетки. Ну, в общем, эти таблетки я стал пить, у меня... значит, уши заложило, ... потом, конъюнктивит начался, глаза слезились.*

Широкое применение при выражении осуждения и неодобрения действий врачей чужой речи также объясняется ее имплицитным оценочным потенциалом. Пациент в данном случае не является субъектом оценки, она выводится врачом из контекста самостоятельно: *Опять прихожу, он говорит: «Вы на себя наговариваете. У Вас ничего нет». — Я говорю: «Откуда же гной?» — «Вот придите ко мне с этим гнойным содержимым». — Я говорю: «Смешно. Как я могу прийти к Вам прямо точно в этот момент?».*

В коммуникативных ситуациях, осложненных эмоциями высокой интенсивности (осуждение + возмущение), врач вынужден демонстрировать коммуникативную власть путем демонстрации корпоративной солидарности, ссылки на профессиональные знания и эксклюзивное право принимать решения. Целью таких заявлений является поддержание авторитета врача и возвращение дискурса в институциональное русло: *Я думаю, что на тот момент это было единственное правильное решение.*

Одной из норм коммуникативного поведения врача является его установка на эмоциональную отстраненность. Именно этим обусловлена низкая представленность

его эмотивных реплик (11,1%) в УМД. Наиболее распространенными оказались эмоции группы «гнев» (раздражение, возмущение), направленные эмоции (осуждение, неодобрение).

Эмоциональные проявления группы «гнев» представлены такими эмоциями, как раздражение (41,4%) и возмущение (11,7%). Анализ экстралингвистического контекста проявления раздражения показал, что основными причинами его возникновения являются нарушения пациентами норм институционального поведения.

Эмотивные высказывания, вербализующие эмоцию раздражения, обычно представлены в виде побудительных предложений, вопросительно-апеллятивных структур. Такие высказывания могут включать повторы, параллельные конструкции, эллипсис. Сильную степень раздражения могут маркировать просодические средства в виде ускорения темпа произнесения высказывания, выделения логическим ударением смысловых компонентов, являющихся фокусом эмоции: *Врач: Что Вас беспокоит? — Пациент: Легкие. — Врач: ЛЕГКИЕ не могут беспокоить! Что Вас КОНКРЕТНО беспокоит?*

Подобные эмоциональные проявления врача в силу их невысокой интенсивности не вызывают негативной эмоциональной реакции со стороны пациентов, стимулируют ответные высказывания извинения и оправдания. Демонстрация собственной коммуникативной власти врачами является способом возвращения коммуникации в институциональное русло:

Врач: Давайте договоримся ТАК! Впредь любое общение с любым медперсоналом, все, все рекомендации только через меня!

Пациент: Я все поняла, извините.

Выражение направленных эмоций является распространенным явлением в эмотивном дискурсе врачей (41,1%). Формами выражения осуждения, неодобрения выступают высказывания упрека и насмешки. Объектом направленных эмоций указанного типа чаще всего выступают действия

пациентов, нарушающих правила институционального поведения, реже действия врачей, ранее лечивших пациента. Для высказываний рассматриваемого типа характерно выражение некатегоричной (ирония), либо имплицитной оценки. Имплицитность оценки достигается синтаксической организацией высказываний упрека и насмешки в виде восклицательных, вопросительно-апеллятивных структур, побудительных предложений, повторов: *Пациент: Да, нет. Боль здесь вот! Встану, покурю, согнусь, проходит. – Врач: Вот чисто мужское решение вопроса!* (ирония).

Выражение направленных эмоций высокой интенсивности может создавать серьезные помехи в развитии коммуникации. В приведенном ниже высказывании упрека осуждение сопровождается эмоцией возмущения, оказывая дестабилизирующее влияние на врача, пациента и ситуацию в целом. Это приводит к таким явлениям, как незаконченные предложения, паузы, восклицательная просодия. Реплики врача провоцируют негативную реакцию пациента, снижение его комплаентности:

Пациент: Да, пишите – нормально все. Не надо мне сейчас проходить ничего! – Врач: Ну, в таком случае Вы возьмите, сами себе напишите, если считаете себя... – Пациент: А? – Врач: Ну, сам... Зачем тогда было вообще приезжать! Сами бы написали – у меня все хорошо... в справке! – Пациент: НЕ НАДО мне больше никаких обследований!

Завершая рассмотрение типичных эмоциональных проявлений пациентов в УМД, подведем основные итоги. Эмоциогенность медицинской коммуникации ограничена преимущественно рамками четырех типов коммуникативных ситуаций, в которых происходит обсуждение следующих тем: проведенного ранее обследования и лечения, проблем адаптации к заболеванию, вопросов о личной жизни пациента, «деликатных» тем.

Эмоциогенность общения создается обоими участниками УМД – и врачом, и пациентом. Результатом этого становится возникновение специфических эмоций, регулярно воспроизводимых в данном дискурсе, определяющих его эмоциональную напряженность.

Сложность, диффузность и кластерный характер эмоциональных проявлений делают необходимым использование различных видов информации для определения вида переживаемых пациентами эмоций. Источниками информации могут стать невербальные данные, просодические сигналы, вербальные средства (эмотивные высказывания). Синтез всех трех типов информации, полученной на основании анализа лингвистического и экстралингвистического контекста, позволил установить, что в УМД доминируют чувства расстроенности, отчаяния, тревоги, страха, смущения. Основными способами реагирования на эмотивные реплики больных выступают демонстрация эмпатии, суггестия, утешение и ободрение пациентов. В ряде случаев «эмоциональный накал» ситуации провоцирует ответные негативные реакции врачей или заставляет их игнорировать эмоции пациентов. Правильная идентификация эмоций и выбор адекватного способа реагирования имеют важное значение для коррекции психоэмоционального состояния больных.

Проявление эмоций врачами ограничено нормами их институционального поведения. Вербализуемые отрицательные эмоции содержат некатегоричные, либо имплицитно выражаемые эмотивные оценки. Целью эмоций раздражения, возмущения, осуждения, неодобрения является прежде всего выражение собственного отношения с целью оказания психоэмоционального воздействия на пациента. Экспликация врачом эмоций высокой интенсивности оказывает дестабилизирующее влияние на ситуацию, вызывая серьезные коммуникативные помехи и даже сбои.

ПРИМЕЧАНИЯ

¹ *Billings J. A., Stoeckle J. D.* The Clinical Encounter: A Guide to the Medical Interview and Case Presentation. — 2nd ed. — Mosby. — Missouri, 1999; *Coulehan J. L., Block M. R.* The Medical Interview: Mastering Skills for Clinical Practice. — 4th ed. — F. A. Davis Company. — Philadelphia, 1997.

² *Шаховский В. И., Жура В. В.* Дейксис в сфере эмоционально речевой деятельности // Вопросы языкознания. — 2002. — № 5. — С. 38–56.

³ *Gehm T., Scherer K.* Relating Situation Evaluation to Emotion Differentiation: Nonmetric Analysis of Cross-Cultural Questionnaire Data // Facets of Emotion. K. R. Scherer (Ed.). — Hillsdale, NJ: Erlbaum. — 1988. — P. 61–77.