ВОПРОСЫ ПЕДАГОГИКИ

УДК 4:61

ПРИНЦИПЫ ОРГАНИЗАЦИИ "МЕДИЦИНСКОГО ИНТЕРВЬЮ"

В.В. Жура

Кафедра иностранных языков с курсом латинского языка ВолГМУ

PRINCIPLES OF THE "MEDICAL INTERVIEW" ORGANIZATION

V.V. Zhura

Abstract. Nowadays a medical interview is believed to be something more than mere case history taking. It is an interactive process and requires a number of communication skills. Development of these skills will not only maximize the amount of correct clinically important information but also increase therapeutic compliance and lead to better clinical outcomes.

Key words: medical interview.

Проблемы общения в сфере оказания медицинской помощи приобретают в настоящее время особую актуальность. В России это связано со сменой модели здравоохранения. Переход от патерналистской модели, при которой коммуникация сводилась в основном к сбору анамнеза, к более интерактивным моделям, подразумевающим большую включенность пациента в процесс лечения (принцип информированного согласия), предполагает не только расширение рамок общения врача и больного, но достижение уверенности в правильном однозначном понимании друг друга.

Сложности коммуникативного взаимодействия между врачом и пациентом обусловлены как различными интерактивными и социальными ролями обоих, так и разными прогнозируемыми целями и ожидаемыми результатами. Еще одним источником коммуникативных проблем в данной сфере является растущая мобильность населения. Активизация миграционных процессов нередко приводит к тому, что врач и пациент оказываются представителями разных культур, религий, социальных слоев и групп и руководствуются различными речевыми стереотипами. В этих условиях уверенность в адекватном понимании друг друга особенно важна.

В зарубежной науке проблемы управления общением изучаются в рамках бихейвиористики – науки о поведении человека, в которой до недавнего времени доминировали психологи и социологи. Только в последние 10–15 лет на Западе и в США эти проблемы начали рассматриваться в таких областях, как социолингвистика, этнолингвистика, психолингвистика. В отечественной лингвистике эта проблема практически не получила освещения. В нашей статье рассмотрены некоторые проблемы медицинской коммуникации, детально разработанные американскими социологами и лингвистами. Интерес к коммуникации на английском языке закономерен, если принять во внимание его современную функцию как языка международного общения. Мы полагаем, что многие коммуникативные принципы, реализуемые в медицинском диалоге, могут быть позаимствованы российскими медиками.

В западной этнолингвистике и социологии медицины отмечается существенная эволюция взглядов на логику построения медицинского интервью. Прежде его главной задачей считалось получение информации об истории заболевания (сбор анамнеза) с целью точной постановки диагноза и выбора эффективного способа лечения. Реализация данной задачи нацеливала врача на программирование своего диалога с пациентом путем выстраивания вопросов определенного содержания в необходимой логической последовательности. Элементам подобного программирования будущие американские и российские врачи обучаются будучи студентами медицин-

ских вузов, где в ходе практических занятий на старших курсах они знакомятся с клишированными элементами медицинского дискурса, используемыми для сбора анамнеза. Приведем несколько примеров наиболее распространенных фраз-клише: *На что вы жалуетесь? Какого характера у вас боли? Где вы ощущаете боль? Куда у вас отдают боли?* и др.

Социологи отмечают, что в реальной медицинской практике подобное программирование не всегда дает желаемые результаты, что может быть обусловлено неподготовленностью пациента к адекватному восприятию и реагированию на реплики врача. В зарубежной врачебной практике для таких пациентов существует номинация "*poor historian*" (человек, который не может адекватно изложить историю своего заболевания).

Интересным может оказаться и сравнение терминологии, используемой для обозначения расспроса, проводимого во время врачебной консультации в России и за рубежом. В нашей стране подобная процедура именуется сбором анамнеза и подразумевает механическое следование определенным речевым стереотипам, представляющим собой схемы употребления клишированных выражений. В зарубежной науке широко используется термин "медицинское интервью". Существующая лингвистическая лакуна является результатом наличия данной реалии в англоязычной лингвокультуре и отсутствия ее в русскоязычной лингвокультуре. В дальнейшем мы покажем, что медицинское интервью в отличие от сбора анамнеза требует соблюдения целого ряда коммуникативных максим.

В настоящее время одним из условий эффективного осуществления клинической практики в европейских странах и США считается биопсихосоциальный подход, согласно которому правильная организация общения между врачом и больным может и должна привести к достижению более высоких клинических результатов, а также более полному удовлетворению пациентов. Осознание высокой значимости данного факта привело к тому, что во многих зарубежных медицинских вузах был введен учебный курс, целью которого является формирование и развитие навыков проведения опроса во время врачебной консультации.

Сегодня доказана не только значимость определенной содержательно-логической организации медицинского интервью, но и необходимость учета биологических, социокультурных и психокогнитивных особенностей пациента, что нашло отражение в разработке ряда принципов, которым должен следовать современный врач. Эти особенности определяют логику, последовательность, содержание и длину реплик врача, их терминологическую сложность, выбор речевых стратегий и т. д.

К основным принципам, соблюдение которых необходимо для успешной организации "медицинского интервью", Дж. Кулехан и М. Блок относят: объективность, точность, восприимчивость и специфичность, надежность и воспроизводимость [2].

Соблюдение первого принципа обеспечивает правильность и точность получаемой информации и требует от врача абстрагирования от своих собственных взглядов и предубеждений. Примером нарушения врачом данного принципа является преждевременная постановка врачом диагноза заболевания. При этом он постарается минимизировать обсуждение вопросов, которые кажутся важными пациенту, но не имеющими отношения к данной болезни самому врачу. В результате при сборе анамнеза часть информации, важная для правильной диагностики, может быть упущена врачом. Подобное речевое поведение может оказать негативный эффект и на больного, который, чувствуя, что его реплики игнорируют, постарается сократить объем транслируемой им информации.

Соблюдение принципа объективности требует проведения четкой грани между объективными данными, о которых сообщает больной, и его интерпретацией этих данных. Высказывания, которые используются в обоих случаях, отличаются с точки зрения выражаемой в них пропозиции. В первом случае выражается только фактообразующее значение (*У меня поднялась температура*). Во втором случае наряду с пропозицией может быть эксплицирован один из модусов: модус чувственного восприятия *(Я чувствую, что)*; ментальные модусы мнения, сомнения и допущения, истинностной оценки, знания, незнания, сокрытия и безразличия (*Возможно, Трудно сказать)*; модусы эмоционального состояния и отношения *(Жаль, Обидно)*; модусы желания и волеизъявления, необходимости [1, с. 411]. Существует целый ряд лингвистических средств, использующихся для выражения различных значений модусов. К ним относятся "хеджи", лексико-синтаксические элементы, которые используются для видоизменения пропозиции, а также слова-показатели достоверности содержания высказывания (наверное, очевидно, может быть, кажется, как будто, вроде, безусловно). Термином "хеджи" обозначают и случаи особого использования лингвистических средств для реализации таких коммуникативных стратегий, как вежливость, неопределенность, смягчение – *very, much, more or less, essentially, slightly, technically* и др. [2].

Следующим важным принципом построения медицинского интервью выступает точность. Описывая какое-либо состояние или симптом, пациент пользуется определенными словами (например, усталость, с точки зрения медицины, может иметь ряд клинических проявлений – сла-

бость, одышка, сонливость и т. д.). В результате возникает определенная неоднозначность, которую врач должен устранить путем постановки уточняющих вопросов (*Что вы имеете в виду под усталостью? Как бы вы описали это состояние, не прибегая к слову "усталость"?*). Соблюдение данного принципа предполагает высокий уровень профессиональной компетентности.

Следующие два критерия определяют качество медицинской информации, получаемой в ходе опроса пациента, а именно, восприимчивость и специфичность получаемых данных. Эти термины используются по отношению к характеру медицинской информации на основании переноса значений, в которых они используются в клинической практике применительно к проводимым диагностическим процедурам. Симптом может свидетельствовать о "восприимчивости" к заболеванию (большинство людей, страдающих от воспаления легких, кашляют), но не являться специфическим для данной болезни (десятки болезней могут вызывать кашель). В действительности врачам приходится иметь дело в основном не с отдельными симптомами, а с их комплексами. Таким образом, выявленный целостный комплекс симптомов может удовлетворять обоим вышеизложенным условиям – указывать на восприимчивость к заболеванию и быть специфическим для данного заболевания, что подготовит предпосылки для объективной и точной диагностики и правильного выбора лечения.

В основе реализации следующих двух основных принципов организации "медицинского интервью" – обеспечения надежности и воспроизводимости получаемой информации – лежат речевые стратегии повторения и акцентирования определенных смысловых отрезков, например, описывающих симптомы заболевания. Использование данных стратегий позволит врачу усовершенствовать логику построения истории заболевания, а пациенту вспомнить некоторые существенные детали. Это необходимо и потому, что пациенты часто пытаются структурировать свои представления о собственном заболевании, прежде чем прийти к врачу. На количество и характер выдаваемой информации влияют также различные стереотипы, усвоенные ими из телепередач, газет и журналов. Структурирование информации определенным образом приводит к формированию у больного гипотезы о диагнозе заболевания, его причинах и возможных способах устранения проблем. Это определяет тот ракурс, в котором он будут рассказывать о своем заболевании – акцент будет сделан на тех симптомах, которые поддерживают его теорию, информация о других симптомах будет редуцирована. Немалую роль в формировании их собственного фрейма, а также гипотезы об определенном заболевании играют религиозные верования, культурные взгляды и стереотипы больных. В некоторых культурах считается, что озвучивание негативной информации уже может вызвать отрицательные последствия и эффекты. В одном из исследований, посвященных СПИДу, было показано, что афроамериканцы склонны считать, что обсуждение смерти может ее ускорить [3].

Отличительной чертой "медицинского интервью" является его сложный интерактивный характер. Одним из условий успешного общения в его рамках является соблюдение врачом целого ряда коммуникативных принципов, реализация которых требует от врача владения особой профессиональной коммуникативной компетенцией, базирующейся, с одной стороны, на знании клинических дисциплин и знании человеческого поведения, социального и культурного контекста – с другой. Изучение компонентов такой компетенции позволит активно влиять на процесс ее формирования у будущих врачей.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Арутюнова Н.Д.* Язык и мир человека. – М.: Языки русской культуры, 1999. – 896 с.

2. *Coulehan J.L., Block M.R.* The Medical Interview: Mastering Skills for Clinical Practice. – 4th ed., F.A. Davis Company. – Philadelphia, 2001. – 304 p.

3. *Curtis J.R., Patrick D.L., Caldwell E.S.,* et al. // Arch. Intern. Med. – 2000. – Vol. 160, № 11. – P. 160.

4. *Shröder H., Zimmer D.* Hedging Research in Pragmatics: A Bibliographical Guide to Hedging (http://www.sw2.euv-frankfurt-o.de/Publikationen/Hedging/zimmer/zimmer.html), 2003. – 8 p.