

«Давайте по порядку»: элементы перформанса в диагностическом интервью в психиатрии

Илья В. УТЕХИН

Европейский университет в Санкт-Петербурге, Санкт-Петербург, Российская Федерация

ORCID: 0000-0002-1176-6330

ДАВИД В. ОГАНЯН

Независимый исследователь, Санкт-Петербург, Российская Федерация

34

Рекомендация для цитирования:

Утехин И. В., Оганян Д. В. (2024) «Давайте по порядку»: элементы перформанса в диагностическом интервью в психиатрии. *Социология власти*, 36 (2): 34-54. <https://doi.org/10.22394/2074-0492-2024-2-34-54>

For citations:

Utekhin I. V., Oganyan D. V. (2024) "Let's Speak in Order": Diagnostic Interview in a Psychiatric Ward as Performance. *Sociology of Power*, 36 (2): 34-54. <https://doi.org/10.22394/2074-0492-2024-2-34-54>

Поступила в редакцию: 17.04.2024; прошла рецензирование: 07.06.2024; принята в печать: 10.06.2024
Received: 17.04.2024; Revised: 07.06.2024; Accepted for publication: 10.06.2024



This article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution (CC BY) license (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

© 2024 by the author(s).

Резюме:

В процессе диагностики врач отталкивается от рассмотрения различных видов материалов, среди которых жалобы пациента, его внешний вид, разговор и невербальное поведение. В психиатрии роль разговора более важна, чем в соматической медицине, поскольку именно в разговоре пациента может выразиться болезнь. Некоторые элементы интеракционной организации изучались нами на материале диагностических бесед в психиатрической больнице. Выявлен повторяющийся паттерн, включающий в себя вопросы врача и ответы пациента. Э. Щеглов (2007) показал, что вопросы с «известным ответом» образуют характерную последовательность из трех частей: вопрос-ответ-оценка. В диагностических интервью в психиатрии вопросы касаются не знаний пациента, а его способности выполнить задачу, при этом не на все тестовые вопросы есть готовый правильный ответ, а результат оценки не всегда объявляется врачом. В рамках выявленного паттерна врач повторяет ответ пациента, не оценивая его, а затем добавляет уточняющий вопрос. Часть повторяющихся циклов в последовательности взаимодействия врача и пациента демонстрирует следующую закономерность: *вопрос врача > ответ пациента > врач повторяет ответ пациента > (опциональный уточняющий вопрос врача)*. Когда же вопросы врача направлены на получение реальной информации, а не просто на проверку способностей пациента, он

чаще прибегает к переформулировке ответов пациента вместо того, чтобы просто повторять их; эта переформулировка может работать как уточняющий вопрос. В рамках этого паттерна вопросы в клиническом интервью включаются в две линии «отчетливости»: во-первых, они следуют обычному разговорному порядку, а во-вторых, порядку, обеспечиваемому профессиональными рассуждениями, направленными на проверку диагностических гипотез. Этот второй порядок неочевиден для пациента.

Ключевые слова: психиатрия, диагностическое интервью, коммуникативное взаимодействие, «экзаменационные» вопросы, перформанс

“Let’s Speak in Order”: Diagnostic Interview in a Psychiatric Ward as Performance

Ilya Utekhin

European University at St.Petersburg, St. Petersburg, Russian Federation
ORCID: 0000-0002-1176-6330

David V. Oganyan

Independent researcher, St. Petersburg, Russian Federation

Abstract:

Medical doctors arrive at a diagnosis after considering various types of evidence, including the patient’s complaints, their outer appearance, talk, and non-verbal behavior. In psychiatry, the role of conversation is more important than in somatic medicine, because it is in the patient’s talk that the disease can express itself. Some elements of the conversational machinery have been studied in diagnostic interviews in a psychiatric ward. In the interviews, a recurrent pattern of the doctor’s questions and the patient’s answers was found. Schegloff (2007) showed that “known answer” questions form a distinctive three-part sequence type: question-response-evaluation. In diagnostic interviews in psychiatry, the questions don’t address knowledge but the capacity to perform the task. Not all the test questions have a correct answer, and the result of the evaluation is not always announced by the doctor. The doctor consistently repeats the patient’s answer without evaluating it and then adds a follow-up question. At least parts of the repeated cycles in the sequence of doctor-patient interaction exhibit the following pattern: Doctor’s question > Patient’s answer > Doctor’s echo > (optional Doctor’s follow-up question). When the doctor’s questions seek real information — and do not just test capacity — they sometimes resort to a reformulation of the patient’s answers instead of just repeating it; this reformulation works as a prompt. The questions in the clinical interview appear to follow two lines of accountability: the ordinary conversational order and that which is provided by the professional reasoning aimed at checking diagnostic hypotheses. The second line is not usually accessible to the patient.

Keywords: psychiatry, diagnostic interview, talk-in-interaction, exam questions, performance

В этой статье мы рассмотрим некоторые аспекты диагностики в психиатрии как коммуникативного процесса. В известном анекдоте ветеринар приходит к врачу-терапевту, и терапевт спрашивает, что его беспокоит. На что ветеринар восклицает разочарованно: «Нет, ну так любой дурак может!» В отличие от пациента-человека, животные, с которыми работает ветеринар, не могут воспользоваться языком, чтобы назвать причину страдания.

Однако и больной человек не называет терапевту свою болезнь, обычно он лишь высказывает то, что в истории болезни будет записано в отдельной графе «Жалобы», подразумевающей его субъективные ощущения, такие как боль, одышка, кашель и т. д. Ведь врач задает ему вопросы о том, например, как, когда и где у него болит. Где, а не что, потому что больной не обязан знать, где у него печень и желудок, но может показать, где локализуется боль. Врач, истолковав имеющиеся в его распоряжении признаки в свете врачебного знания, например, предполагая инфаркт миокарда, дополнит информацию «объективными данными» — результатами лабораторных и инструментальных исследований, которые бы не только подтверждали предполагаемое заболевание, но и исключали другие причины жалоб.

36

Имея на входе собственные наблюдения и слова пациента, врач указывает причину, предсказывает течение и определяет лечение, опираясь на свои профессиональные знания, опыт, наблюдательность и интуицию. Неслучайно искусство чтения признаков впервые в европейской интеллектуальной истории было осмыслено именно в рамках медицины. Медицинская семиотика (иначе называемая «симптоматология») существовала уже больше чем две с половиной тысячи лет назад в Греции. Примерно к V веку до н.э. это искусство истолкования внешних признаков болезней достигло своего расцвета, и врачебная практика нашла отражение в сочинениях, составляющих Гиппократов корпус. Даже на современного читателя они производят впечатление — в частности, подробным описанием симптомов. Слово *semeion* в текстах Гиппократа означало «наблюдаемый симптом», на основании которого можно идентифицировать болезнь, т. е. поставить диагноз [Sebeok 1986].

У. Эко [Есо 1988] указывает на сходство в логике работы диагноста и следователя, нашедшее отражение и в художественной литературе: классиком детективного жанра в литературе стал человек, оставивший ради литературного творчества врачебную практику, — А. Конан Дойль. Действия Шерлока Холмса и Гиппократа имеют общую природу — и тот и другой занимаются истолкованием того, что представляется им значимыми признаками чего-то, что иначе как в этих признаках не дано непосредственному наблюдению.

Гиппократ указывал, в чем заключается особенность человеческого знания: в отличие от непосредственного и точного знания богов, человеческое знание строится на догадках, а догадки опираются на видимые признаки. Признаки же открывают умственному зрению нечто сокрытое в силу того, что они причинно связаны с неочевидными явлениями, их породившими.

Сходство логики врача и сыщика отсылает к представлению об абдукции как еще одном наряду с индукцией и дедукцией виде рассуждения, как это было сформулировано американским логиком и философом Чарльзом Пирсом [Sebeok 1988; Eco 1988]. Способы рассуждения различаются по тому, что дано, и по тому, какие выводы из этого делаются. Пирс иллюстрирует это примером с бобами разного цвета, которые хранятся в мешках [Sebeok 1988a: 8; Peirce CP 2.623, см. также 7.249]¹:

Дедукция:

Все бобы из этого мешка белые.

Эти бобы из этого мешка.

Эти бобы белые.

Индукция:

Эти бобы из этого мешка.

Эти бобы белые.

Все бобы из этого мешка белые.

Абдукция:

Эти бобы белые.

Все бобы из этого мешка белые.

Эти бобы из этого мешка.

Дедукция позволяет вывести результат применительно к данному случаю на основании известной закономерности, не прибегая к эмпирике, — скажем, даже не включая свет в кладовой, зачерпнув горсть бобов из этого мешка, вы можете быть уверены, что они белые. Индукция, наоборот, отталкивается от эмпирического наблюдения и позволяет сделать вывод о закономерности. Третий способ рассуждения, абдукция, предполагает именно тот тип рассуждения, какой Шерлок Холмс называл «ретроспективным»: нам известен некоторый факт, и мы подставляем для его истолкования некие закономерности, на основании которых, как нам кажется, мы можем сделать вывод о наиболее вероятных причинах этого факта. Этот способ рассуждения присущ деятельности и врача, и следователя, деятельности любого интерпретатора-следопыта (Ч. Пирс,

1 Абдукция состоит в рассмотрении фактов и предложения гипотезы чтобы их объяснить. Ее единственное обоснование состоит в том, что если мы вообще можем понимать вещи, это должно иметь место именно таким образом" (CP 5.145). Ссылки на Collected Papers (Peirce 1958) Ч.С.Пирса в формате том и параграф.

впрочем, утверждает, что на абдукцию опирается любая интерпретация знаков [Есо 1988], ср.: [Psillos 2009]).

Применительно к каждому конкретным обстоятельствам выводы об их причинах могут быть разными в зависимости от тех закономерностей, которые мы подставим. Соответственно, разные следователи (и разные врачи) по поводу одного и того же случая могут давать разные гипотетические объяснения, которые нуждаются в проверке на следующем шаге расследования — или процесса взаимодействия с больным и его болезнью.

Стоит упомянуть, что образ Шерлока Холмса и его метод списаны Конан Дойлем с натуры — с его преподавателя на медицинском факультете Эдинбургского университета Джозефа Белла. Белл призвал своих студентов придавать значение мелочам, красноречивым для умного взора, узнавать черты болезни, как узнаешь лицо лучшего друга в толпе. Он поражал своей догадливостью воображение студентов, опрашивая больных и показывая, как можно поставить диагноз и установить причины болезни, связывая, казалось бы, разрозненные факты. Задав несколько внешне не связанных друг с другом вопросов, Белл спрашивал: «А не болит ли там-то?», проверяя свою догадку, которая затем подтверждалась всем на удивление. Некоторые трюки (вроде установления местожительства по специфической грязи на ботинках) прямо заимствованы Конан Дойлем у своего учителя [Sebeok, Umiker-Sebeok 1988].

38

Холмс и Ватсон (или Джозеф Белл и студенты) видят одно и то же, но придают значение разному. Холмс обращает внимание на некоторые детали, которые становятся «говорящими подробностями», тогда как Ватсон видит только самые общие черты. Демонстрация этих говорящих подробностей публике — Джозефом Беллом перед аудиторией студентов или Холмсом перед Ватсоном — представляет собой специфический перформанс. Отметим, что для непосвященного зрителя эта способность талантливых диагностов настолько удивительна, что становилась предметом изображения в поп-культуре, самый известный случай — сериал про Доктора Хауса, идеального носителя чистого биомедицинского знания, игнорирующего его социальные аспекты (см.: [Rich, Simmons et al. 2008]). В этих произведениях и Холмс, и Хаус выглядят как талантливые чудачки с чертами аутического спектра, с некоторым эпатажным азартом замечаящие неочевидные, но важные детали.

В медицине немало внимания уделяется внешним признакам заболеваний, для обнаружения которых иногда достаточно первого взгляда на пациента. Положение тела больного, характер его дыхания, цвет кожных покровов — то, на что врач обращает внимание в первые секунды взаимодействия. Некоторые из этих признаков характерны для конкретных заболеваний [Куприянов, Сухареб-

ский, Новинский 1971; Ковалев 2023; см. также: Killen 2017]], а значит, обладают диагностической ценностью. Термин «habitus» в латинском языке имеет несколько значений, одно из которых — «внешность, облик». Современные диагностические критерии отражают потребность в определении взаимосвязи между механизмами возникновения заболевания и его проявлениями. Оценка облика пациента потеряла свою прежнюю значимость в эпоху появления диагностических инструментов, опирающихся на анализ универсальных биологических процессов. Понятие «габитус» теперь рассматривается в связи с биологическими факторами, и целью описания габитуса в медицинской документации чаще всего становится универсализация процесса лечения и диагностики. Иными словами, внешний вид пациента рассматривается как набор вторичных по отношению к биологическим процессам признаков, которые уже выражены в более точных параметрах. Это отличает лаконичные современные диагностические критерии от насыщенных описаний Гиппократова корпуса. Так, один из основных диагностических критериев нервной анорексии (при которой пациент ограничивает себя в приеме пищи) в МКБ-11 — индекс массы тела менее 18,5 кг/м² — более точный показатель, чем, например, обхват талии. Не всегда понятно, как разные (телесные и поведенческие) проявления связаны между собой в рамках психического заболевания.

Психиатр по отношению к терапевту находится в особенном положении, потому что его пациенты хотя и больны, но их болезни не соматические, а душевные. А это значит, что хотя для части из этих болезней могут найтись основания в органических нарушениях нервной системы и мозга, другие диагнозы предполагают лишь такие нарушения, которые нельзя установить методами соматической медицины. Это нарушения в области чувств, мышления, настроения, общения, и они могут не сопровождаться неврологической симптоматикой и не обосновываться неврологическими причинами.

Описания особенностей поведения, взгляда, движений и речи в медицине смыкаются с понятием габитуса как оно было введено в оборот в социальных науках Пьером Бурдьё. Его этнография французских крестьян («Крестьянин и его тело» [Bourdieu 2004]) содержит описание их специфической «крестьянскости», которая прочитывается в неуклюжести и неумении танцевать. Так, у психиатрических (и неврологических) диагнозов тоже свой габитус. Мания, депрессия, алкоголизм, органические нарушения, болезнь Паркинсона — предположить эти состояния врач может еще до того, как он вступит в разговор с пациентом, просто наблюдая его внешний вид и поведение. Поэтому, несмотря на господствующую роль биологического знания в медицине, врачи обращаются к описанию

габитуса пациента. Это в первую очередь прослеживается в психиатрической медицинской документации, в части, посвященной состоянию больного.

Для психиатра и то, что пациент говорит, и то, как он это делает, каковы его интонация и темп речи, как его говорение сопровождается выражениями лица и жестикуляцией — все это оказывается потенциально «говорящими подробностями», которые в совокупности с позой, походкой и другими чертами габитуса будут истолкованы в пользу определенных диагностических выводов. В психиатрической практике гораздо чаще, чем это принято в соматической медицине, затрагиваются личностные особенности пациента, что играет немаловажную роль в процессе лечения.

Результаты своих наблюдений в ходе клинического интервью врач отражает в медицинской документации, в которой отдельно представлены анамнестические сведения (истории жизни и заболевания пациента) и «психический статус» — актуальное на момент осмотра состояние пациента. Последнее оценивается в ходе выявления не только вербальных, но и невербальных проявлений гипотетического заболевания во время общения с пациентом. Вот пример такого описания из истории болезни (все приводимые ниже примеры имеют отношение к случаю одного и того же пациента):

40

Выглядит неряшливо. Медлителен, походка шаткая. Ориентирован верно в собственной личности, в месте пребывания, не ориентирован в календарном времени, считает, что сейчас «2022 год». На вопросы отвечает после паузы. Благодушен. При обсуждении алкогольной тематики оживляется. Настроение с эйфорическим компонентом. Обманов восприятия, бредовые идеи обнаружить не удается, но косвенным признакам галлюцинирующим не представляется. Интеллектуально снижен — не знает дат крупных государственных праздников, года основания Петербурга, произведений известных иностранных писателей.

В приведенном фрагменте описания «психического статуса» пациента врач приводит свое общее впечатление от пациента, отмечая те детали, которые, как предполагается, информативны для постановки диагноза, — внешний вид пациента, его движения, манеру разговора и реакции на определенные темы, всплывающие в разговоре.

Отметим, что на сегодняшний день психические заболевания принято рассматривать с позиции биопсихосоциальной модели, с точки зрения которой болезнь можно объяснить совокупностью биологических, социальных и психологических причин. Однако остается актуальной дискуссия о неврологической (биологической) основе психических нарушений [ср.: Вакер 2002]. Эту позицию при-

нято соотносить с концепцией «доказательного» подхода — стратегией, призванной минимизировать роль человеческих факторов в принятии медицинских решений [Timmermans, Berg 2003] и возлагающей на биологические факторы большую роль, нежели на социальные или психологические. Так, специфичность лечебных мероприятий должна отражать специфичность патологического механизма, лежащего в основе болезни [Rosenberg 2002: 248]. Эффективность препаратов определяется исследованиями, в ходе которых в результате приема препарата были устранены или сглажены те или иные проявления заболевания. И, напротив, сам диагноз (и его проявления) конструируется посредством эффективности терапии. Например, доказательства эффективности препаратов лития в лечении биполярного аффективного расстройства позволили подтвердить выделение этого расстройства в качестве отдельной нозологической единицы [Malhi 2007]. Таким образом, в основе современных классификационных и диагностических систем лежат представления о биологических процессах.

Биомедицинские исследования — лишь часть концепции доказательной медицины, которая подразумевает не только апелляцию к научно обоснованным данным, но и индивидуальный опыт врача и интересы самого пациента [Sackett et al. 1996], имеющие не меньшее значение. Более того, в отношении некоторых состояний, попадающих в поле зрения психиатра, вызывает вопросы попытка вынести за скобки личность пациента, а также социальные и культурные факторы, что вытекало бы из строго биомедицинского подхода.

Две вышеописанные составляющие доказательной медицины (биомедицинские данные и опыт врача) с некоторыми допущениями можно соотнести с операциональным подходом в диагностике и описательным, основанным на иерархичности, в т.ч. анализе причинно-следственных связей в структуре картины болезни [Крылов 2011]. Психические расстройства в международных классификациях принято рассматривать в рамках операциональной парадигмы, в которой диагноз определяется количеством и соотношением необходимых признаков. Несмотря на то что международная классификация болезней — статистическое руководство, современные исследования апеллируют к изложенным в этих классификациях диагнозам (и, соответственно, критериям). Перечисленные там признаки могут относиться к разным сферам и иметь различную значимость, однако наиболее важный параметр — их количество. Например, для постановки диагноза «эмоционально неустойчивое расстройство личности» в МКБ-11 необходимо, чтобы у пациента выявлялось пять любых признаков этого заболевания из девяти; соответственно, у двух разных

пациентов с этим диагнозом гипотетически может быть только один общий признак болезни¹.

Диагностическое исследование включает в себя непосредственно клиническое интервью, экспериментально-психологические методы исследования и инструментальные методы. Последние при этом только дополняют информацию, полученную врачом во время интервью: их методология и фокус будет зависеть от результатов врачебного интервьюирования. Использование оценочных шкал в клинической практике также носит вспомогательный характер и нередко ограничивается требованиями конкретной институции. Такие диагностические инструменты, с одной стороны, объективируют признаки патологии, с другой — лишают выявленные признаки связи с контекстом: с личностью пациента, его историей жизни и социальными обстоятельствами. Иными словами, именно клиническое интервьюирование лежит в основе диагностики.

42

В клиническом интервью можно выделить два аспекта: диагностический (непосредственно выявление симптомов и определение их причин) и «терапевтический», задача которого — «кристаллизовать» проблему и сделать ее доступной для понимания пациента [Менделевич 2019: 162]. Иными словами, врач предлагает объяснительную модель тех причин, которые привели пациента к нему, и это достигается в том числе с помощью неформального контакта с пациентом, формирования доверительных отношений, чему также отводится важная роль в психиатрии. Диагностический аспект имеет определенную последовательность: от более очевидных признаков заболевания к менее выраженным феноменам и их оценкам. Эта последовательность во многом основывается на представлениях диагноста о происхождении и развитии выявленных феноменов и основана на том типе рассуждения, который выше был обозначен как абдукция.

Ниже приведена транскрипция начала разговора врача и пациента после обмена приветствиями.

Пример 1

Врач: берите стул (.) присаживайтесь ((указывает на стул))
(8.9)

((врач читает историю болезни))

((пациент садится на стул, вытягивает правую руку в сторону врача))

1 Социальные и, более узко, институциональные аспекты диагноза и диагностики в медицине и в психиатрии чрезвычайно интересны, но эта проблематика выходит за рамки данной статьи.

В: *а что с рукой у вас?*

П: а ?

В: > что с рукой? <

П: а с: рукой ничего, я думал вы: мерить бу[дете | ххехехе

В: [а нет () нет () [*мы с вами хотим >побеседовать<* меня зовут Павел Алексеевич

(1.4)

В: [Павел Алексеевич да [я буду вашим-

П: [да [а, вы тоже Алексеевич? =

В: =да *да* [я буду вашим лечащим врачом.

П: [значит *я:*

П: >хорошо<

В: как к вам обращаться?

П: м: (0.9) ну так у меня -хх () т болезнь-то: ясная

В: *угу*

П: *эпилепсия*

В: угу

(2.2)

П: и я: был: () под этим делом ((жест «выпивка»)) (1.4)

В: угу

П: перед вами (0.9) н:у не[делю- не-неделю:: воздержался >конечно<

В: [перед в- *

В: угу

(0.6)

П: а щас хорошо

В: угу

(1.0)

В: понятно ну давайте >нвено< по порядку () раньше у нас лечились когда-то?

Врач представляется, дважды повторяя свои имя и отчество. Почему он вынужден повторяться? Обычно представление одного участника разговора приглашает другого сделать то же самое — представиться, подобно тому как приветствие предполагает ответное приветствие.

Больной лишь смотрит на врача, и врач повторяет. Больной реагирует на это второе представление («а, вы тоже Алексеевич»), но не представляется сам. Обратим внимание на это «тоже» — тоже как кто? Как собственно не представившийся пациент. Он знает, что врач знает, как его зовут, и не понимает или делает вид, что не понимает, смысла этого представления. Тогда врач прибегает к прямому вопросу («Как к вам обращаться?»), и этот вопрос, очевидно, не имеет целью узнать, как зовут пациента — эти сведения уже имеются в документах. Вопрос врача может преследовать несколько целей одновременно — в частности, выяснить, насколько больной социально компетентен, насколько он ориентируется в общей реальности и в каком качестве себя осознает (нельзя исключать,

что в состоянии бреда иной считает себя Бонапартом). Буквальный смысл этого вопроса врача больной тоже игнорирует, в ответ начиная говорить о своем диагнозе, который, конечно, тоже известен врачу из документов («Ну так у меня болезнь-то ясная»). Что у него за болезнь, никак не связано с тем, как к нему обращаться; в сущности, больной явочным порядком завершает вводную, этикетную часть разговора, отказывается играть в эти игры с приветствиями и представлениями и вводит в разговор новую тему — переходит к тому, ради чего этот разговор, как ему кажется, затеян¹.

Заметим, что и в самом начале встречи с врачом он уже готов без церемоний перейти к делу: он уже приготовил и сразу протягивает правую руку, чтобы ему измерили давление. Мы не знаем, чего тут больше — стремления показать себя услужливым пациентом или поскорее избавиться от общения с врачом. Существенно, однако, что такая незатейливая прямота, приводящая, в частности, к жестам невпопад вроде протянутой для тонометра руки, может быть прочитана врачом как характерный признак последствий алкоголизма.

Любопытно, что врач сразу после приветствия реагирует на эту руку, начиная разговор с вопроса вне протокола, не по порядку — «что с рукой»? Этот вопрос продиктован необычной ситуацией, требующей ответа, — недостаточно экстренной, чтобы отказаться от предварительного приветствия, но достаточно необычной, чтобы обратиться к этой теме прежде всего, до собственно разговора «по порядку».

Буквальный смысл высказывания больного о своем диагнозе любопытен. Фактически в качестве самопрезентации он рассказывает, как он видит предысторию своей встречи с врачом: он был в запое «перед вами», то есть перед тем, как попасть в больницу с эпилепсией, но в больнице уже неделю не пил (он умалчивает, что это произошло не по своей воле), и в данный момент его состояние нормализовалось. Очевидно и то, что вся эта информация для врача не является новостью. Дальше врач перехватывает контроль за организацией разговора («давайте по порядку»), имплицитно отсылая к безличной медицинской власти: имеется порядок, протокол опроса больного, надо ему следовать.

1 Это перекликается с классической проблемой, обсуждавшейся Х. Саксом: те позвонившие в службу психологической поддержки, кто не расслышал (или сделал вид, что не расслышал) представления снявшего трубку работника, используют возможность сослаться на то, что не расслышали, стратегически, — они тем самым пропускают естественно образовавшийся слот для того, чтобы назвать свое имя, и в дальнейшем вытянуть из них информацию о том, как их зовут, оказывается сложнее или невозможно [Sacks 1992, 1: 324-325].

Диагностическое интервью в психиатрии — специфический жанр речевого обмена, представляющий собой вопросно-ответную цепочку, в которой одна сторона задает вопросы, а другая — дает на них ответы. При этом вопросы врача, как правило, не имеют характера обычных вопросов, когда задающий вопрос желает установить некую новую, не известную ему информацию. Врач хочет увидеть, как на эти вопросы будет отвечать пациент.

Пример 2

В: понятно ну давайте >нвено< по порядку () раньше у нас лечились когда-то?

П: да [(нрзб)

В: угу [что за отделение у нас () знаете?

П: з:наю *служил угу*

В: какой номер отделения?

П: одиннадцатое, да

В: *М* а больница как называется в целом?

П: *а* больница:: ой () забыл- (4.5) *м* надо же (.) памяти нисколько

В: *вчера поступили* а вчера какое число было, помните?

(2.1)

П: *у () забыл*

(2.0)

В: ну месяц (.) какой идет?

(1.4)

П: месц () сентябрь еще пока *вроде*

В: сентябрь, а >а год<?

(2.4)

П: год двадцать второй ()

В: *>двадцать второй<* вы в каком году родились?

П: в пийсят пятом ()

В: в пийсят пятом. сколько вам сейчас <полных лет>?

(1.8)

П: Ну шестьдесят пять было, я в сентябре, у меня день рождения

В: *угу*

(4.6)

В: *шейсят пять было, да*

Большинство вопросов, которые в контексте другого формата коммуникации могли бы показаться не связанными друг с другом, в рамках психиатрического осмотра образуют некую последовательность, смысл которой заключается в выявлении признаков заболевания. Ответы пациента, в свою очередь, дают врачу основания для того, чтобы истолковать их в совокупности как отвечающие некоему образу заболевания.

Смысл вопросов врача заключается в том, чтобы выстроить аргументацию, сопоставив ответы пациента с уже имеющейся информацией, полученной до вопроса. В ходе клинического интервью

встречаются и прямые указания продемонстрировать свою способность сделать что-либо (например, произвести арифметические действия). И в каком-то смысле многие вопросы врача являются аналогом подобной, характерной для соматической медицины, процедуры (например, дотронуться кончиком пальца до носа) — только в области работы не с телом, а с коммуникацией, чтобы оценить степень сохранности когнитивных и коммуникативных навыков.

Заметим, что в приведенном выше примере врач не реагирует непосредственно на сведения, сообщаемые пациентом, как сделал бы это человек в обычном разговоре: в момент интервью и месяц не сентябрь, и год не двадцать второй.

Пример 3

В: так сейчас полных лет сколько? шейсят пять или шейсят шесть?
(2.8)

П: с пятьдесят пятого года, сейчас же двадцать второй да?

В: ну () определитесь сейчас, сейчас все-таки двадцать первый год П: а, двадцать первый [всет]. пятьдесят пять. сорок пять ()

46

и двадцать один...

В: [*угу*]
(1.6)

П: о () уже:: пятьдесят шесть! (1.9) или шестьдесят шесть?
(2.0)

В: сколько?

П: шейсят [шесть да шейсят шесть, да

В: [угу угу угу

>В: праздновали как-то свой день рождения?
(3.0)

П: ну: (2.4) >вроде бы праздновал<

В: *угу, понятно* Виктор Алексеевич, сегодня одиннадцатое ноября двадцать первого года

П: вот

В: запомните?

П: а, уже н::оябрь, да

В: одиннадцатое ноября (1,5) попрошу вас запо[мнить *сегодняшнее число*

П: [ага хорошо

Поскольку существует принятый протокол опроса пациента, это интервью носит отчасти церемониальный характер. Профессиональному подходу, призванному решать диагностические задачи наиболее экономным образом, обучают студентов-медиков, объясняя, в частности, что выявление признаков заболевания возможно

уже на этапе установления контакта с пациентом, в момент его самопрезентации. Кроме того, причины поступления и жалобы пациента могут быть совсем не связаны между собой. Главное отличие заключается в том, что вопрос о жалобах предполагает большую агентность пациента, чем вопрос о причинах его поступления в психиатрическую больницу.

Вот пример, где молодой врач, осматривающий другого пациента совместно с заведующим отделением, мог пропустить фазу выявления жалоб, а более опытный специалист задает молодому врачу риторический вопрос, отсылающий к этому институциональному правилу:

Пример 4

- В: вам сколько лет? когда родились, расскажите, пожалуйста
П: шийсят пятого года
В: повторите, пожалуйста
З: в шестьдесят пятом году
В: дата месяц
П: 12 мая
В: ага хорошо (.) когда к нам поступили?
П: вчера
В: вчера (.) в связи с чем поступили?
> З: с чего начинаем осмотр? с жалоб. и где находитесь
В: скажите, пожалуйста, жалобы у вас какие? что вас беспокоит?
П: памяти нету

47

Однако алгоритмический характер клинического интервью — не просто дань установленному протоколу. Последовательность вопросов в принципе отталкивается от необходимости на каждом шаге выдвигать гипотезы и проверять их: отталкиваясь от разнообразных данных, среди которых жалобы больного, рассказы его родственников и знакомых и непосредственное наблюдение больного, врач определяет группу симптомов и спрашивает о том, что обычно сочетается с этими симптомами и что позволяет определить, как больной реагирует на эти симптомы [Менделевич 2019: 163].

Когда врач получает ответ на свой вопрос, он может задать следующий, но чаще он сначала как-то реагирует на полученный ответ — например, переформулирует ответ или просто его повторяет. Переформулирование ответов становилось предметом рассмотрения на материале психотерапевтического взаимодействия [Regäkylä 2012; Weiste, Peräkylä 2013] и представляет большой интерес: если психотерапевт, откликаясь на полученный ответ, не просто демонстрирует, что он услышал, и не просто повторяет, а перефор-

мулирует, это значит, что он выделяет что-то в услышанном ответе, демонстрирует интерпретацию, которая предлагается в качестве кандидата на подтверждение или опровержение на следующем шаге диалога. В работе [Weiste, Peräkylä 2013: 315] были сформулированы следующие способы обращения психотерапевта с высказываниями пациента: подчеркивание (когда терапевт использует слова из высказывания пациента), перефразирование (когда терапевт дает другую формулировку высказыванию пациента), реинтерпретация (когда перефразирование дает объяснение суждению пациента, связывая его с какими-то другими обстоятельствами) и преувеличение (когда терапевт как бы доводит до крайности суждение пациента). Всё это имеет прямое отношение к нашим материалам не только потому, что, как было указано, одна из функций клинического интервью психиатра — психотерапевтическая, но и потому, что подчеркивание в ходе психиатрического осмотра оказывается важно и для самого врача, который таким образом фокусирует внимание на признаках заболевания.

48

Пример 5

В: а с алкогольными делами? вот вы начали рассказывать () когда вы выпивали в последний раз?

П: неделю назад вот

В: как это... один раз выпили или там на протяжении нескольких дней выпивали?

П: ну **бутыбутылка на день**

В: **бутылка на день**. а сколько дней подряд это было?

П: (4) ну почти каждый день

В: угу ну а сколько? месяц? несколько месяцев?

П: ну вот ээ до перерыва, перед тем как сюда поехать () почти **три месяца**

В: >угу<

В: **три месяца**. и по бутылке в день () а бутылка сколько ноль пять **ноль семь** литр?

П: **ноль семь**

В: **ноль семь** (.) а что?

П: вот этот (2.0) ну, портвейн

В данном случае врач подчеркивает характеристики, которые важны для определения стадии алкоголизма. Эти характеристики артикулируются в виде эхоического повтора. В некоторых случаях эхоический повтор может не только служить поддержанию связности, но и иметь форму демонстрации, позволяющей сфокусировать внимание и врача, и самого пациента, и других возможных

участников осмотра. Рассуждая о встроенности смысла речевых действий в контекст ситуации, Стивен Левинсон [Levinson 1979: 374–387] обратил внимание на похожее явление на примере того, как в ходе перекрестного допроса в британском суде жертва изнасилования (потерпевшая сторона) отвечает на вопросы защиты. Адвокат стороны защиты прибегает к последовательности вопросов, которые не приносят новой информации, однако позволяют склонить присяжных к пониманию событий в рамках определенного нарратива.

В свое время в рамках теории речевых актов Джон Серль сформулировал разницу реальных вопросов и «экзаменационных» вроде тех, какие мы видим в интервью: экзаменационные представляют собой не запрос информации, а просьбу продемонстрировать знание или умение [Searle 1969: 69]. Как в случае вопроса учителя ученику, «экзаменационный» вопрос в клиническом интервью затрагивает степень компетентности отвечающего — демонстрируя, например, что он не справляется с задачей, которая не представляет никакой трудности для большинства людей в обычной жизни (в нашем примере это касается ориентации в календаре). Э. Щеглов [2007: 224] указывает, что вопросы, предполагающие, что ответ уже известен спрашивающему, образуют отчетливый паттерн — последовательность, состоящую из вопроса, ответа и оценки ответа, и особенно обращает внимание на то, что воздержание от третьей фазы этой последовательности может нести свои смыслы (как мы видим это и в нашем примере). В клиническом интервью в психиатрии некоторые вопросы такого рода предполагают проверку способности выполнить определенное действие, а не демонстрацию знания, и встраиваются в общую логику организации интервью. Отличие наших материалов в том, что оценка не высказывается в явном виде, вместо этого врач повторяет слова пациента¹, то есть паттерн выглядит так:

фаза А Вопрос врача >
 фаза В Ответ пациента >
 фаза С Повтор врачом ответа пациента >
 фаза А Вопрос врача
 Продемонстрируем это в нашем примере:
 А В: ну месяц (.) какой идет?
 (1.4)

1 Это может иметь вспомогательную функцию — врач параллельно ведет записи. Но в интервью такая техника иногда используется, чтобы получить от интервьюируемого более развернутое суждение на эту же тему; во всяком случае, такое повторение предполагает возможность для пациента отреагировать.

В П: месц () сентябрь еще пока *вроде*

С В: сентябрь, а

А В: >а год<?

(2.4)

В П: год двадцать второй ()

С В: *>двадцать второй<*

А В: вы в каком году родились?

В П: в пийсят пятом ()

С В: в пийсят пятом

А В: сколько вам сейчас <полных лет>?

(1.8)

В П: ну шестьдесят пять было я в сентябре, у меня день рождения

В: *угу*

(4.6)

С В: *шейсят пять было, да*

(4.0)

А В: так сейчас полных лет сколько? шейсят пять или шейсят шесть?

50

Пациент не помнит, сколько ему лет (на самом деле, 66), и ошибается в том, какой сейчас год, и не видит противоречия (если год 2022-й, то ему должно было бы быть 67 лет). Несмотря на то что вроде бы речь пациента выглядит сохранной, в результате интервью становится очевидно то, что отмечено врачом впоследствии в описании статуса больного: *«Память снижена диффузно как на текущие события, так и на события прошлого, не помнит ключевые даты жизненных событий, даты предыдущих госпитализаций»*. Для врача это основание предположить органические нарушения, затрагивающие когнитивные функции.

Описанный паттерн не характерен для более поздней стадии интервью, где врач расспрашивает пациента о начале его болезни, об особенностях его трудовой деятельности и употреблении алкоголя. Эти вопросы включают в себя реальный поиск информации, а не только проверку способностей пациента, и врач в этих случаях чаще не повторяет ответ пациента, а переформулирует его одним из четырех способов, указанных выше, что подталкивает собеседника к тому, чтобы отреагировать.

Относительно «экзаменационных» вопросов в клиническом интервью можно утверждать, что они следуют двум смысловым порядкам (accountability): во-первых, они следуют обычному разговорному порядку, а во-вторых, порядку, обеспечиваемому профессиональными рассуждениями, направленными на проверку

диагностических гипотез. Так, в нашем примере 3 отмечен вопрос врача о праздновании дня рождения, заданный после того, как пациент сообщил о том, что его день рождения в сентябре, и запутался в определении своего возраста (ему недавно исполнилось 66 лет). Вроде бы вопрос о возрасте после упоминания дня рождения содержательно также связан с предыдущим высказыванием, как и вопрос о праздновании. Однако вопрос о том, отмечался ли праздник, принадлежит линии гипотетических рассуждений врача о пьянстве и алкоголизме, что, в свою очередь, касается объяснения амнезии и потери ориентации в календаре. Далее в интервью врач узнает что в течение трех месяцев перед госпитализацией пациент выпивал по бутылке портвейна в день, и проверка того, как долго и в каком режиме пациент потреблял алкоголь, здесь имеет отношение к профессиональной логике врача, а не к логике здравого смысла обыденного разговора.

В дальнейшем именно эти подчеркнутые детали имеют шанс оказаться зафиксированными в письменном виде в истории болезни. Задавая вопросы пациенту в ходе клинического интервью, врач получает не просто ответ, но своеобразный перформанс, демонстрацию того, как пациент отвечает на поставленный вопрос. Фактически по крайней мере часть разговора врача и пациента в этом жанре оказывается цепочкой таких перформансов.

Роль демонстрации в психиатрии была велика и на ранних этапах ее существования — см. о Ж.-М. Шарко и его еженедельных демонстрациях в больнице Сальпетриер, о клинических демонстрациях как спектакле и о «постановке» симптомов, а также о роли фотографии в работе [Didi-Huberman 2004]; ср. также в книге [Rorper, Bugrell 2019] о том, как это связано с ключевыми дебатами в ходе становления психиатрии. Остается значимой роль демонстрации и сегодня как части врачебных практик, в том числе и как аргумента в профессиональном разговоре с коллегами — например, в ситуации консилиума или консультации профессора. Бывают случаи, когда и врач должен продемонстрировать что-то больному относительно его состояния, чтобы он согласился с врачом (например, с помещением в одно, а не другое отделение). Но самое главное, что даже в отсутствие коллег, которые отстаивают другую точку зрения и предлагают другие диагностические гипотезы, и в отсутствие необходимости что-то доказывать пациенту действия врача в рамках клинического интервью могут быть описаны как цепочка своеобразных экспериментов-перформансов. Врач последовательно подставляет некие гипотетические закономерности и проверяет их в ситуации интервью, пользуясь логикой абдуктивного рассуждения. Набор этих закономерностей — это те признаки, которые позволяют подтвердить, опровергнуть или

исключить тот или иной диагноз; в зависимости от того, какой диагноз мы предполагаем (и какой исключаем), цепочка этих экспериментов будет разной. В рассмотренном случае эти признаки касались нарушений когнитивных функций, связанных с хроническим алкоголизмом.

Транскрипционные обозначения

эпилепсия — звездочками выделено заметно более тихое произнесение

>хорошо< — обращенные внутрь ломаные скобки указывают на более высокий темп произнесения, обращенные наружу — более низкий

(2.2) — пауза и ее длительность

() — пауза меньше секунды без падения тона

(.) — пауза меньше секунды с падением тона

[— квадратные скобки на соседних строчках соответствуют началу одновременного говорения

раньше — подчеркивание указывает на эмфазу

ну:: — удлинение звука отмечается двоеточиями после него

52

Библиография / References

Ковалев Ю. В. (2023) *Клиническая иконография в психиатрии*. М.: Проспект. EDN: PJRVTM

— Kovalev Yu. V. (2023) *Clinical iconography in psychiatry*. Moscow: Prospekt. — in Russ.

Крылов В. И. (2011) Клиническая психопатология и доказательная медицина (проблема методологии диагноза). *Психиатрия и психофармакотерапия*, 13 (4): 9-13. EDN: OЕZKYH.

— Krylov V. I. (2011) Clinical psychopathology and evidence-based medicine (problem of diagnosis methodology). *Psychiatry and Psychopharmacotherapy*, 13 (4): 9-13. — in Russ.

Куприянов В. В., Сухаревский Л. М., Новинский Г. Д. (1971) *Лицо больного : Атлас*. М.: Изд. бюро респ. объединения «Медучпособие».

— Kupriyanov V. V., Sukharebsky L. M., Novinsky G. D. (1971) *Patient's face: Atlas*. Moscow: Publishing house "Mednauchposobie". — in Russ.

Менделевич В. Д. (2019) *Психиатрическая пропедевтика. Практическое руководство*. М.: ИД "Городец".

— Mendelevich V. D. (2019) *Psychiatric propaedeutics. Practical guide*. Moscow: Publishing House "Gorodets". — in Russ.

Baker M. G. (2002) The wall between neurology and psychiatry. *BMJ*, 324(7352): 1468-

1469. <https://doi.org/10.1136/bmj.324.7352.1468>

Bourdieu P., Nice, R., Wacquant, L. (2004). The peasant and his body. *Ethnography*, 5(4): 579–599. <http://dx.doi.org/10.1177/1466138104048829>

Didi-Huberman G. (2004). *Invention of Hysteria: Charcot and the Photographic Iconography of the Salpêtrière*. Translated by Alisa Hartz. Cambridge (MA): MIT Press.

Eco U., Sebeok Th., ed. (1988). *The Sign of Three: Dupin, Holmes, Peirce* (Advances in Semiotics). Indiana University Press: Bloomington and Indianapolis.

Killen A. (2017) Psychiatry and its Visual Culture in the Modern Era, *The Routledge History of Madness and Mental Health*, ed. G. Eghigian. New York: Routledge: 172-190.

Levinson, S. (1979). Activity types and language. *Linguistics*, 17(5-6): 365-400. <https://doi.org/10.1515/ling.1979.17.5-6.365>

Malhi G. S., Keshavan M. S. (2007). Biology and psychology to psychobiology. *Acta Neuropsychiatrica*, 19(3): 211-212. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1601-5215.2007.00218.x>

Peirce Ch.S. (1958-1966) *Collected papers*. Vols. 1-6 edited by Charles Hartshorne and Paul Weiss; vols. 7-8 edited by A. W. Burks. Cambridge: Belknap Press of Harvard University Press.

Peräkylä A. (2012). Conversation analysis in psychotherapy. In T. Stivers & J. Sidnell (Eds.), *Handbook of conversation analysis*. Chichester, England: Blackwell: 551-574.

Psillos S. (2011). An explorer upon untrodden ground: Peirce on abduction, *The Handbook of the History of Logic*, 10: 117-151. <https://doi.org/10.1016/B978-0-444-52936-7.50004-5>

Rich L. E., Simmons J., Adams, D., Thorp S., & Mink M. (2008). The Afterbirth of the Clinic: a Foucauldian perspective on “House M.D.” and American medicine in the 21st century. *Perspectives in Biology and Medicine*, 51(2): 220-237. <http://dx.doi.org/10.1353/pbm.0.0007>

Ropper A. H., Burrell B. D. (2019). *How the brain lost its mind: sex, hysteria, and the riddle of the mental illness*. Avery: New York

Rosenberg C. E. (2002). The tyranny of diagnosis: specific entities and individual experience. *The Milbank quarterly*, 80(2): 237–260. <https://doi.org/10.1111/1468-0009.t01-1-00003>

Sackett D. L., Rosenberg W. M., Gray J. A., Haynes, R. B., & Richardson W. S. (1996). Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ (Clinical research ed.)*, 312(7023): 71-72. <https://doi.org/10.1136/bmj.312.7023.71>

Sacks H. (1992). *Lectures on Conversation*. Blackwell: Cambridge (MA), Oxford, 1992.

Schegloff E. A. (2007). *Sequence Organization in Interaction: A Primer in Conversation Analysis*. Cambridge: Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511791208>

Searle J. R. (1969). *Speech acts: An essay in the philosophy of languages*. Cambridge University Press.

Sebeok Th.A, Umiker-Sebeok J. (1988). “You Know My Method”. A Juxtaposition of Charles S. Peirce and Sherlock Holmes. In: *The Sign of Three: Dupin, Holmes, Peirce* (Advances in Semiotics). Indiana University Press: Bloomington and Indianapolis: 11-54.

Sebeok Th.A. (1986) Symptom. In: Sebeok, Th.A. *I Think I Am a Verb*. Plenum Press:

New York: 45-58.

Timmermans S., Berg M. (2003) *The Gold Standard. The Challenge of Evidence-Based Medicine and Standardization in Health Care*. Philadelphia: Temple University Press.

Weiste E., Anssi Peräkylä (2013) A comparative conversation analytic study of formulations in psychoanalysis and cognitive psychotherapy. *Research on Language and Social Interaction*, 46 (4): 299-321. <http://dx.doi.org/10.1080/08351813.2013.839093>

Утехин Илья Владимирович — антрополог, канд.ист.наук, ассоциированный исследователь, Европейский университет в Санкт-Петербурге (ЕУСП). Научные интересы: анализ коммуникативного взаимодействия, социальная и культурная антропология. ORCID: 0000-0002-1176-6330. E-mail: ilia@eu.spb.ru

Оганян Давид Вячеславович — врач-психиатр, Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. академика И. П. Павлова; независимый исследователь, магистр социологии, Европейский университет в Санкт-Петербурге (ЕУСПб). Научные интересы: медицинская антропология, социальные исследования психиатрии. E-mail: d.v.ohnn@gmail.com

54

Ilya V. Utekhin — anthropologist, PhD (cand. sci.), associate researcher, European University at St.Petersburg. Research interests: study of communicative interaction, social and cultural anthropology. ORCID: 0000-0002-1176-6330. E-mail: ilia@eu.spb.ru

David V. Oganyan — psychiatrist, Ivan Pavlov First St. Petersburg State Medical University; independent researcher, Master of Sociology, European University at St. Petersburg (EUSP). Research interests: medical anthropology, social study of psychiatry. E-mail: d.v.ohnn@gmail.com