



УДК 811.112.2'276.3  
ББК 81.432.4

## ГЕНДЕРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ ПРИ ОПИСАНИИ ПАЦИЕНТАМИ БОЛЕВЫХ ОЩУЩЕНИЙ (НА МАТЕРИАЛЕ НЕМЕЦКОГО ЯЗЫКА)

*Л.М. Кравченко*

В статье выявляются гендерно-специфичные различия в вербализации болевых ощущений немецкоязычных пациентов на материале аутентичных интеракций. Анализируются факторы, оказывающие влияние на восприятие боли мужчинами и женщинами.

**Ключевые слова:** *гендерный фактор, вербализация боли, сенсорный дескриптор, эмоциональный дескриптор, адресат.*

К изучению медицинского дискурса сохраняется повышенный интерес как в зарубежной, так и в отечественной лингвистике, что подтверждают многочисленные исследования в этой сфере. Большинство из них посвящено изучению стратегий и тактик общения между врачом и пациентом [3; 4; 11; 12; 15; 17], причин конфликтов и возможных способов их устранения [7–9], некоторые исследования носят прикладной характер и представляют собой разработки тренингов для повышения коммуникативной компетенции медперсонала [10; 13; 14].

Одной из наиболее сложных проблем в медицине является измерение боли. Боль – индивидуальное и интроспективное ощущение, не отделимое от испытывающего его субъекта. Уникальность боли как части физического мира – в ее ненаблюдаемости, сопряженной зачастую с отсутствием внешних проявлений. Единственным способом верификации болевого ощущения является его вербальное описание. Именно поэтому изучение вербализации боли представляет особый интерес для лингвистики. Между тем собственно лингвистические исследования данной семантической зоны носят, скорее, единичный характер и отражают частные аспекты ее функционирования в языке (см., например: [2; 5]).

Одним из новых подходов к исследованию данной проблемы является изучение гендерных различий в восприятии болевого стимула. Данные многочисленных исследований свидетельствуют о том, что в среднем мужчины и женщины по-разному оценивают клинические симптомы, их выраженность и значение для здоровья, различаются в своем отношении к здоровью и системе медицинской помощи, по-разному видят то, как они должны отвечать на боль. В связи с этим представляется актуальным рассмотрение способов реализации перечисленных различий в языке, в частности в немецком.

Материалом для исследования послужили аутентичные интеракции между пациентами и медицинским персоналом при поступлении больного в стационар (Pflegerstgespräch) – один из самых распространенных видов интеракций в клинической практике.

Большинство вопросов медперсонала ориентировано на выяснение насущных потребностей и индивидуальных особенностей пациента: имеющийся опыт пребывания в стационаре (впечатления положительного и отрицательного характера); родственники, друзья; религиозные потребности; возможность самообслуживания / необходимость помощи со стороны медицинского или обслуживающего персонала; семейное положение; хобби, склонности; пожелания, связанные с ежедневным туалетом и уходом за телом; сон, необходимость приема снотворных и т. д.; состояние кожи; кулинарные

предпочтения, пожелания, касающиеся меню; возможные проблемы, связанные с нарушением работы пищеварительной системы и мочевого пузыря; наличие контактных линз, очков, слуховых аппаратов, протезов и т. д.; информированность пациента о течении его заболевания и проводимом лечении; ожидания от пребывания в клинике.

Анализируемый корпус интеракций включает 46 диалогов, записанных в терапевтическом и хирургическом отделениях одной из немецких клиник, и делится на две группы: в первой в качестве адресата выступает пациент мужского, а во второй – женского пола. Для целей исследования из интеракций было выделено около 400 диалогических единств, состоящих из инициальной реплики адресанта-медсестры (директивный речевой акт вопроса об имеющихся жалобах), и реактивной реплики адресата-пациента.

Анализ реактивных реплик пациентов – мужчин и женщин – позволил выявить некоторые гендерно-специфичные особенности в вербализации пациентами своих болевых ощущений.

1. Количественные показатели при выборе определений боли для мужчин и женщин различаются. Женщины при оценке боли выбирают большее, чем мужчины, число дескрипторов, позволяющих оценить состояние пациента с точки зрения частоты появления болевых ощущений, интенсивности боли, характера сенсорных ощущений, эмоционально-аффективного отношения к боли. Это касается как сенсорных [*stechend, dumpf, ausstrahlend; brennend, klopfend, zuckend; ziehend, reißend, schneidend, durchbohrend; kolikartig, wehenartig, krampfartig; beklemmend, drückend, bohrend; plötzlich (akut), schleichend (ansteigend)*], так и эмоционально-аффективных (*gering, hartnäckig, störend, stark, erschöpfend, intensiv, immense, massiv, unerträglich*) дескрипторов.

Пациентка 55 лет, госпитализированная по поводу операции на мениске, так описывает свои болевые ощущения: *Hab ich also richtig gehumpelt und ich konnte nicht richtig zutreten und, eh, hatte also intensivste Beschwerden auch nachts beim / wenn ich mich mal gewendet habe oder so, ne. Also ich hab kaum noch geschlafen* (Walther. 5. Exa-

Pflegeerstgespräch / 10 / 95). В данной вербальной характеристике боли присутствуют три сенсорных дескриптора, связанных с потерей функциональности (*richtig gehumpelt, konnte nicht richtig zutreten*), собственно болевыми ощущениями при изменении положения тела (*wenn ich mal gewendet habe*), а также два эмоционально-аффективных дескриптора (*intensiv, kaum geschlafen*).

Для мужчин характерно употребление значительно меньшего количества определенных, как сенсорных, так и эмоционально-аффективных (в среднем 2–3 по сравнению с 5–7 у женщин).

Пациент 70 лет с диагнозом «эмфизема легких» сообщает о своем состоянии следующим образом: *Mir gehts eigentlich ganz gut. Ich muß einfach mal sehen, daß ich meine Luft unter Kontrolle bekomme. Das ist der Grund, warum ich nun auch hier bin. Im Moment habe ich keine Luftnot. Bei Belastung hab ich Luftnot* (Walther. 22. Exa-Pflegeerstgespräch / 7 / 96). Пациент указывает на отсутствие болевых ощущений (*mir gehts ganz gut*) и периодически возникающую одышку при физических нагрузках (*bei Belastung hab ich Luftnot*), используя два сенсорных дескриптора.

Полученные результаты косвенно подтверждают выводы многочисленных клинических исследований о том, что женщины более чувствительны к боли и чаще, чем мужчины, страдают болевыми синдромами [1, p. 307]. При объяснении этих различий медики в большинстве случаев опираются на биологические особенности мужчин и женщин. Установлено, что у девочек и женщин порог болевого восприятия (уровень раздражения, причиняемого нервной системе, при котором человек чувствует боль) и толерантность к боли ниже, чем у мальчиков и мужчин. При воздействии одинаковых по интенсивности болевых раздражителей у женщин больше выражен объективный показатель боли (расширение зрачка). Женщины чаще, чем мужчины, в течение жизни испытывают боли хронического характера. Повышенная болевая чувствительность женщин традиционно связывается с анатомическими и гормональными особенностями строения женщин [6]. Например, выявлено влияние содержания в крови кортикостероидов на порог болевой чувствительности. Содержание этих гормонов у

мужчин значительно выше, что обуславливает их меньшую болевую чувствительность и более высокий болевой порог [16].

2. Еще одной важной особенностью переживания боли женщинами является то, что они более остро воспринимают временную, проходящую боль высокой интенсивности, но легче переносят перманентные или достаточно продолжительные болевые ощущения средней тяжести. Анализ различий эмоционально-аффективного отношения к боли выявил: мужчины проявляют более выраженную аффективную реакцию при определении сильных болей, тогда как женщины демонстрируют умение сдержанного переживания этих ощущений. Однако оценка резко меняется при болях высокой интенсивности (боль *очень сильная, невыносимая*). Женщины характеризуют такую боль как выматывающую, изводящую, устрашающую, мучительную, жуткую, вызывающую неопределенный страх и страх смерти. Мужчины, напротив, проявляют эмоциональную сдержанность при переживании этой боли и определяют ее как мешающую, беспокоящую, раздражающую, надоевшую, изводящую, мучающую. Проиллюстрируем сказанное на примерах.

Пациентка 60 лет, которой предстоит операция на мениске, отчитывается о своей боли, используя только сенсорные дескрипторы и избегая эмоционально-аффективных: *Laufen kann ich nicht. Schnell laufen kann ich nicht! Das geht alles nicht. Aber im großen und ganzen fühl ich mich wohl* (Walther. 7. Azubi-Pflegerstgespräch 7 / 96).

Пациент 76 лет с бронхитом сообщает о своем состоянии следующее: *Ich hab seit zehn Tagen eine schwere Bronchitis. Diesmal ist es so hartnäcklich, daß es / daß ich mir selber nicht mehr zu helfen weiß. Ich bin jetzt die erste Nacht, daß ich en bißchen geschlafen hab. Durch diese Hustenanfälle hat se mir zehn Tage den / völlig den Schlaf geraubt. War schon ganz fertig mit den Nerven. Bin mit Schweiß gebadet aufgewacht. Könn sich vorstellen?* (Walther. 24. Eха-Pflegerstgespräch / 8 / 96). Он использует для описания своих ощущений эмоционально-аффективные дескрипторы *schwer, hartnäckig*, а также косвенно характеризует их как раздражающие (*ganz fertig mit den Nerven, zehn Tage den Schlaf geraubt*).

Пациентка 55 лет с метастазами в легких передает свое отношение к боли чрезвычайно эмоционально: *Ganz beschissen!!! Gelinde gesagt. Ganz / also, das war sehr, sehr schlimm!* (Walther. 23. Eха-Pflegerstgespräch / 8 / 96). Она употребляет аффективный дескриптор разговорного характера *beschissen* в сочетании с интенсификатором *ganz*, добавляя, что это еще «мягко сказано». Более нейтральный дескриптор *schlimm* комбинируется с повторенным два раза интенсификатором *sehr*.

Пациент 69 лет с диагнозом «бронхиальная карцинома» описывает свое состояние с помощью нейтральных языковых средств, не употребляя эмоционально-аффективных дескрипторов: *Tumor, rechte Seite, an den Bronchien. Ab und zu vielleicht en Hustenanfall eher. Reizhusten. Den hab ich schon öfters gehabt. Kein Schleim, kein Auswurf. Also trockener Reizhusten* (Walther. 18. Eха-Pflegerstgespräch / 6 / 96).

Итак, мужчины и женщины существенно отличаются в выражении своих отрицательных эмоций, обязательно сопутствующих любому болевому синдрому.

При очевидном влиянии биологических факторов на гендерные различия в реакциях на боль необходимо признать, что роль психологических и социальных факторов в контексте гендерных различий иногда бывает не менее важной для оценки боли. Тяжесть эмоциональных страданий у женщин при болях объясняется не только высокой болевой чувствительностью, но в значительной степени и психологическими факторами, например, социальными установками, разрешающими женщинам проявление чувствительности и слабости. В соответствии с женским стереотипом эмоциональной экспрессивности они чаще прибегают к аффективным дескрипторам для демонстрации болевых ощущений. У мужчин подобное поведение осуждается: мужская гендерная роль предполагает высокую переносимость боли. Поэтому мужчины с маскулинными поведенческими признаками мотивированы стойко переносить боль, чтобы не показаться «немужественными».

3. Мужчины и женщины используют стратегии преодоления боли в соответствии с доминирующим в обществе гендерным стереотипом ролевой функции: в то время как

мужчины концентрируются на концепциях решения проблемы, женщины фокусируются на межличностных и эмоциональных аспектах ситуации с целью выразить свои эмоции и найти социальную поддержку, в их поведении проявляются тенденции к катастрофизации, чрезмерным волнениям по поводу своего здоровья, к восприятию жизни как слишком напряженной. Иначе говоря, если мужчина прежде всего думает о том, как быстрее избавиться от боли или как с ней жить дальше, то есть борется (*kämpfen*), то женщина страдает (*leiden*), погружаясь в болевые ощущения с головой.

Активная позиция пациентов мужского пола в борьбе с недугами может выражаться посредством глагола *kämpfen*, например: *Ich hab / im allgemeinen kämpf ich sehr gegen Verstopfung, ne?* (Walther. 13. Exa-Pflegeerstgespräch / 2 / 96).

Конструктивный подход мужчин к решению проблемы боли реализуется также в попытках проследить положительное действие проводимого лечения: *Jetzt geht et einigermaßen. Die Spritzen oder so wirken jetzt* (Walther. 6. Exa-Pflegeerstgespräch / 11 / 95).

Для пациентов мужского пола типичным является более оптимистичный взгляд на ситуацию и присутствие чувства юмора даже в самых трагических обстоятельствах.

Пациент 69 лет с бронхиальной карциномой на вопрос медсестры о возможных жалобах на повышенное давление отвечает отрицательно, бравируя отличными показателями кровяного давления: *Nee, nee / Man sagt mir immer, ich hätte en Blutdruck wie en junger Herrgott. Ob dat stimmt, weiß ich nich. Sehn Sie. Stimmt genau* (Walther. 18. Exa-Pflegeerstgespräch / 6 / 96).

Пациент 66 лет, страдающий пневмонией, на вопрос медсестры, нет ли у него еще каких-либо жалоб, с юмором отвечает: *Einzig Schwierigkeit is, ich hab eine Zwiebel im Portemonnaie*, имея в виду известную шутку: *Meine Geldbörse ist aus Zwiebelleder. Wenn ich sie aufmache und reinschaue, muß ich immer heulen* (Walther. 17. Exa-Pflegeerstgespräch / 6 / 96).

Типичным же феминным поведением является катастрофизация. Например, в высказывании *Dat war der größte Schock, also glaub ich* (Walther. 7. Azubi-Pflegeerstgespräch / 7 / 96) пациентка описывает потрясение от своего

диагноза. Женщины демонстрируют также большую настороженность в отношении боли. Приведем характерный пример, иллюстрирующий переживаемое пациенткой чувство страха перед медицинскими процедурами: *Wenn ich Ihnen das ganz ehrlich gestehen soll, ehm, ich hab sehr viel Angst. Die bring ich also mit, ich war früher gar nicht so ängstlich. Ich hab sehr viel Angst, ich bin sehr, sehr unruhich und ich wollte eigentlich auch bitten, nachher, daß ich etwas / irgendwas mal bekomme, daß ich / ich bin also ganz durchgedreht. Seitdem ich heute weiß, daß ich also ne Darmspiegelung haben soll und auch diese Bauchspiegelung bekomme, bringt mich das ganz durcheinander* (Walther. 4. Azubi-Pflegeerstgespräch / 7 / 96).

Суммируя выявленные гендерные различия в восприятии и вербализации боли, отметим главные из них: использование женщинами большего, по сравнению с мужчинами, количества сенсорных и эмоционально-аффективных дескрипторов для описания болевых ощущений; более выраженная эмоциональная реакция женщин на болевые стимулы высокой интенсивности и более сдержанная реакция на них мужчин, и наоборот, более сильный эмоциональный отклик мужчин на боли средней интенсивности и более высокая толерантность к ним женщин; принципиально отличающиеся стратегии преодоления и переживания боли мужчинами и женщинами, выражающиеся в активном и конструктивном подходе к решению проблемы боли со стороны мужчин и излишне эмоциональном, приводящем к драматизации и катастрофизации ситуации, подходе женщин.

Представляется, что дальнейшее изучение гендерных различий в вербализации болевых ощущений является актуальным не только для лингвистики, но и для медицины. Особенности восприятия боли мужчинами и женщинами должны учитываться при оценке динамики проводимого лечения, эффективности лечебных препаратов и противоболевой терапии, а также реализации тактики индивидуального подхода. Таким образом, результаты лингвистических исследований в этой области могут найти применение при разработке более достоверных способов дифференцированной оценки боли с учетом гендерных различий.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Dawn, A. M. Chronic Pain. A Primary Care Guide to Practical Management / A. M. Dawn. – Pittsburgh : Humana Press, 2009. – 442 p.
2. Ehlig, K. The language of pain / K. Ehlig // *Theoretical Medicine*. – 1985. – № 6. – P. 177–187.
3. Fiehler, R. Erleben und Emotionalität als Problem der Arzt-Patienten-Interaktion / R. Fiehler // *Medizinische und therapeutische Kommunikation. Diskursanalytische Untersuchungen*. – Opladen : Westdeutscher Verl., 1990. – S. 41–65.
4. Geyer, M. Das ärztliche Gespräch. Allgemein-psychotherapeutische Strategien und Techniken / M. Geyer. – Berlin : Verl. Volk und Gesundheit, 1985. – 136 S.
5. Halliday, M. A. K. On the grammar of pain / M. A. K. Halliday // *Functions of Language*. – 1998. – № 5. – P. 1–32.
6. International Association for the Study of Pain. Global Year Against Pain in women. Fact-Sheet: Differences in pain between women and men. – 2007. – Electronic text data. – Mode of access: <http://www.iasp-pain.org>. – Title from screen.
7. Löw-Beer, M. Unbewußte Konflikte und ihre Bewußtmachung im Kontext therapeutischer Kommunikation / M. Löw-Beer // *Medizinische und Therapeutische Kommunikation* / K. Ehlich, A. Koerfer, A. Redder, R. Weingarten (Hrsg.). – Opladen : Westdeutscher Verl., 1990. – S. 158–172.
8. Menz, F. Das programmierte Chaos. Arzt-Patient-Gespräche in der Ambulanz / F. Menz, J. Lalouschek // *Sprachreport*. – 1987. – № 4. – S. 18–19.
9. Menz, F. Der geheime Dialog. Institutionalisierte Verschleierungen in der Arzt-Patienten-Kommunikation / F. Menz. – Berlin : Peter Lang, 1991. – 223 S.
10. Menz, F. Kommunikationstraining für Ärzte und Ärztinnen in Österreich: Eine Anamnese / F. Menz, P. Nowak // *Kommunikationsberatung und -ausbildung. Anwendungsfelder der Diskursforschung* / R. Fiehler, W. Sucharowski (Hrsg.). – Opladen : Westdeutscher Verl., 1992. – S. 79–86.
11. Sandig, B. Gesprächsanalyse und Psychotherapie / B. Sandig // *Medizinische und therapeutische Kommunikation. Diskursanalytische Untersuchungen* / K. Ehlich (Hrsg.). – Opladen : Westdeutscher Verl., 1990. – S. 173–181.
12. Speck, A. Zur Themenentwicklung im Therapiegespräch / A. Speck // *Medizinische und therapeutische Kommunikation* / K. Ehlich (Hrsg.). – Opladen : Westdeutscher Verl., 1990. – S. 198–209.
13. Spranz-Fogasy, Th. Ärztliche Gesprächsführung – Inhalte und Erfahrungen gesprächsanalytisch fundierter Weiterbildung / Th. Spranz-Fogasy // *Kommunikationsberatung und Kommunikationstraining* / R. Fiehler, W. Sucharowski (Hrsg.). – Opladen : Westdeutscher Verl., 1992. – S. 68–78.
14. Spranz-Fogasy, Th. Ärztliche Kommunikation – Transfer diskursanalytischen Wissens in die Praxis / Th. Spranz-Fogasy // *Medizinische und therapeutische Kommunikation. Diskursanalytische Untersuchungen* / K. Ehlich (Hrsg.) [et al.]. – Opladen : Westdeutscher Verl., 1990. – S. 143–155.
15. Streeck, S. Die Fokussierung in Kurzzeittherapien. Eine konversationsanalytische Studie / S. Streeck. – Opladen : Westdeutscher Verl., 1989. – 353 S.
16. Unruch, A. M. Gender variations in clinical pain experience / A. M. Unruch // *Pain*. – 1996. – Vol. 2. – P. 123–161.
17. Weinhold, C. Kommunikation in Krankenhäusern. Ein Forschungsbericht über deutschsprachige Analysen der Gespräche zwischen Arzt und Patient und das Gesprächsverhalten des Pflegepersonals / C. Weinhold // *Zs. f. Germanistik*. – 1991. – № 3. – S. 674–684.

## ИСТОЧНИКИ

*Walther* – Walther, S. Erstgespräche zwischen Pflegepersonal und Patienten im Krankenhausalltag. Ein Transkriptband / S. Walther. – Radolfzell : Verl. für Gesprächsforschung, 2005. – Electronic text data. – Mode of access: <http://www.verlag-gespraechsforschung.de/2005/pdf/pflege.pdf>. – Title from screen.

## GENDER VARIATIONS IN GERMAN-SPEAKING PATIENTS' DESCRIPTION OF PAIN

*L.M. Kravchenko*

The author focuses on the specific gender differences in German-speaking patients' verbalization of pain events which are analyzed on the basis of authentic interactions. The factors influencing men's and women's experience of pain are analyzed.

*Key words:* gender factor, verbalisation of pain, sensor descriptor, emotional descriptor, addressee.