

НАУЧНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ДИСКУРС

Кафедра иностранных языков

ст. преподаватель Бусько Е.В.

В последнее время проблемы изучения институционального дискурса находят отражение во все большем количестве исследований, что не удивительно, поскольку представители социальных институтов, выбирая определенный стиль и средства коммуникации, не только осуществляют соответствующее социальное взаимодействие, стремятся достигнуть понимания и согласия, но и формируют особую культуру общения с обществом. В свете данной проблемы особый интерес представляет выявление лингвопрагматической специфики медицинского дискурса, который, в отличие от судебного, политического, рекламного и иных видов институционального дискурса, редко выступал в качестве материала научного изыскания.

На сегодняшний день существует множество подходов к трактованию такого явления как профессиональный дискурс медицинских работников, и по причине многогранности феномена не существует его общепринятого определения.

Так Д. В. Казакова, исходя из традиционного понимания дискурса как речевой деятельности в совокупности с прагматическими, социокультурными и др. факторами, определяет медицинский дискурс как «один из социально ориентированных видов институционального дискурса, представляющий собой сложную когнитивно-коммуникативную систему, которая объединяет находящиеся в непрерывном взаимодействии языковые средства и экстралингвистические компоненты профессиональной коммуникации в сфере медицины».

Н.В. Гончаренко подходит к определению дискурса медицины с точки зрения его функциональной направленности и трактует данный феномен в качестве «особого вида институционального общения, предназначенного для медицинской коммуникации диагностики заболевания, уточнения диагноза, позитивного эмотивного воздействия на пациента, принятия и обоснования выбранной методики лечения и выработки коллегиального согласия».

Убедительным можно признать и определение, предложенное на основании культурологического подхода В.Б. Куриленко, трактующее медицинский дискурс как «коммуникативно-речевой уровень реализации профессиональной культуры специалистов-медиков, структура и содержание которого определяются духовными ценностями и нормами профессионального сообщества, а также целями и задачами профессиональной деятельности его членов.

На основании имеющихся трактовок представляется оправданным сформулировать универсальное социолингвистическое понимание медицинского дискурса, согласно которому данный феномен можно определить как конгломерат лингвистических и экстралингвистических конститuentов, характеризующихся определёнными прагматическими параметрами и функционирующих в сфере медицины. К медицинскому дискурсу можно отнести официальное и неофициальное общение с коллегами и младшим медицинским персоналом, лекции для студентов, ведение карточек пациентов, оформление больничных листов, справок и другой медицинской документации, общение с пациентом и его родственниками.

Подобная интерпретация позволяет выделить ряд характерных признаков медицинского дискурса, таких как традиционные участники и обстоятельства медицинской коммуникации, ценностные установки дискурса медицины, речевые стратегии и тактики, а также особое жанровое разнообразие.

К коммуникантам в данной социальной сфере следует отнести две основные группы: медицинский персонал и пациенты. Подчеркнем, что каждая из этих групп довольно неоднородна. Так, в первой из них существует определенная вертикальная и горизонтальная иерархия субъектов. Врачи могут различаться по направленности деятельности (например, учёный в области медицины, врач-эксперт, врач-практик), по профессиональной специализации (например, врач-терапевт и узкий специалист) и по уровню профессиональной подготовки (например, врач, студент, интерн, медсестра, санитар). Группа пациентов может быть представлена как собственно пациентами, так и их родственниками, а также широкой аудиторией субъектов, которые интересуются медицинскими вопросами.

При этом специфика институционального медицинского дискурса заключается в асимметрии общения врача и пациента, при которой в силу более высокого статусного положения и большей осведомленности врач занимает доминантную позицию в коммуникации. Однако помимо прототипной модели общения «врач – пациент», встречаются также и иные модели интеракций, например, «врач – врач» и «врач – медицинская сестра», где коммуникативный статус участников и властная дистанция могут варьироваться.

Обстоятельства медицинского общения отличаются значительным разнообразием и зависят от конкретной ситуации взаимодействия. Наиболее типичная для данной дискурсивной практики обстановка – лечебное учреждение, лаборатория, учебно-практическая кафедра, квартира пациента и т.д.

В этой связи и жанровая специфика медицинского дискурса достаточно вариативна. Традиционно выделяют такие жанры, как диагностирующая консультация, жалоба пациента, карта анамнеза, справки объективной медицинской экспертизы (расшифровка кардиограммы, анализ крови, рентгенограмма и т.д.), медицинский консилиум, вербальное лечение, медицинская рекомендация, рецепт, медицинская справка (больничный лист), эпикриз.

Особую разновидность представляет научный медицинский дискурс, включающий такие жанры, как монография, диссертация, статья, лекция, доклад и т.п. Продуктом научной медицинской дискурсивной деятельности являются собственно научные тексты, специфика которых состоит в логичности изложения, лаконичности стиля, точности представления, терминологической насыщенности, статистической аргументации, отсутствии экспрессивности. Как правило, это фиксация результатов, полученных в ходе научных исследований либо наблюдений за пациентами в процессе врачебной деятельности.

Поскольку основной ценностью медицинского дискурса признается здоровье пациента, то еще одним доминантным признаком, позволяющим дифференцировать медицинский дискурс на фоне других институциональных дискурсов, является специфическая коммуникативная макростратегия, а именно корректировка картины мира потенциального пациента с целью оказания помощи. В этой связи Н.Ю. Сидорова к основным стратегиям медицинского дискурса относит предваряющую, лечащую, рекомендующую, объясняющую и диагностирующую. Автор указывает и на наличие вспомогательных стратегий: прагматической, реализуемой посредством контактоустанавливающих тактик; диалоговой, связанной с контролирующими тактиками; риторической, представленной тактиками привлечения внимания.

При этом тональность общения между врачом и пациентом должна быть, с одной стороны, в меру официальной и дистанцированной, с другой, – доброжелательной, заинтересованной и симпатизирующей. По мнению В.В. Журы врач обязан реализовывать «терапевтическое сотрудничество» с опорой на принцип уважения пациента, принцип гуманизма и правдивости. Поэтому коммуникации врача и пациента свойственны не только такие черты, как ритуализованность, интеллектуальность, терминологичность и асимметричность, но в то же время и диалогичность, персональность, психологичность, суггестивность, метафоричность, оценочность и определенная экспрессивность. Доминантной формой реализации речевых действий в медицинском дискурсе, безусловно, является вопросно-ответная форма. Но категоричность данной модели на практике смягчается посредством употребления экспрессивных единиц с оценочными семами, междометий, вольным употреблением терминологических элементов для содействия пониманию, использования приемов нерелексивного слушания, перефразирования, резюмирования.

Таким образом, медицинский дискурс – это особый институциональный дискурс, предполагающий взаимодействие разностатусных коммуникантов, объединенных глобальной стратегией корректировки здоровья, действующих в различных временно-пространственных условиях и реализующих синтез контрарных коммуникативных стратегий и тактик, направленных как на формальное оказание медицинской помощи, так и на установление доверительных отношений.