

Жура В. В.

РЕЧЕВЫЕ СТРАТЕГИИ ВРАЧА В УСТНОМ МЕДИЦИНСКОМ ДИСКУРСЕ

Адрес статьи: www.gramota.net/materials/1/2007/3-2/27.html

Статья опубликована в авторской редакции и отражает точку зрения автора(ов) по рассматриваемому вопросу.

Источник

Альманах современной науки и образования

Тамбов: Грамота, 2007. № 3 (3): в 3-х ч. Ч. II. С. 59-61. ISSN 1993-5552.

Адрес журнала: www.gramota.net/editions/1.html

Содержание данного номера журнала: www.gramota.net/materials/1/2007/3-2/

© Издательство "Грамота"

Информация о возможности публикации статей в журнале размещена на Интернет сайте издательства: www.gramota.net

Вопросы, связанные с публикациями научных материалов, редакция просит направлять на адрес: almanac@gramota.net

Правила продуцирования устного медицинского дискурса уже на протяжении ряда лет являются объектом изучения в работах по этнографии речи, анализу дискурса и разговорному анализу за рубежом [Mishler 1984; Roter 1984; West 1993; Maynard, Frankel 2006 и др.]. В отечественной лингвистике эти проблемы привлекают внимание исследователей лишь в последние годы [Барсукова 2007; Бейлинсон 2001]. Описание типов речевого поведения врачей и пациентов, жанровой специфики рассматриваемого вида дискурса, анализ причин коммуникативных сбоев позволит оптимизировать общение в такой важной социальной сфере, как медицинское обеспечение.

Устный медицинский дискурс представлен целым рядом коммуникативных событий таких, как консультация пациента врачом, консилиум, разговор с родственниками больного и др. Такие события имеют сложную организацию и являются основанием для выделения особых жанров данного вида дискурса. Комплексный характер целевого стратегического планирования таких событий врачом, а также их многофункциональность определяют разнообразие реализуемых в них речевых стратегий и тактик. Проблемы речевых стратегий и тактик врача уже поднимались в отечественной лингвистике. Исследователи выделяют три типа основных стратегий медицинского дискурса - диагностирующую, лечащую и рекомендующую. К тактикам, используемым врачом, относят тактики запроса конкретной информации, убеждения, побуждения, разъяснения, объяснения, формирования хода мыслей пациента, презентации [Бейлинсон 2001; Барсукова 2007]. В нашем исследовании мы опирались на теоретические положения исследователей дискурса и речевой коммуникации [Карасик 2002; Макаров 2003; Харченко 2004; Иссерс 2006 и др.].

Целью настоящей статьи стала разработка собственной типологии стратегий и тактик, реализуемых в дискурсивном поведении врача, на основе анализа аудиозаписей врачебных консультаций в российских медицинских учреждениях. Отметим, что наша типология не претендует на исчерпывающее описание всего арсенала стратегий и тактических построений в рамках устного медицинского дискурса, а отражает лишь те тенденции, которые получили объективацию в нашем репрезентативном материале.

Прежде чем приступить к построению типологии речевых стратегий и тактик рассмотрим некоторые базовые понятия исследования. Под речевой стратегией врача в данной работе мы понимаем линию его речевого поведения, представленную как особым образом организованную последовательность речевых действий, направленную на реализацию глобальной цели. Выделение стратегий в устном медицинском дискурсе, таким образом, основано на дифференциации реализуемых в нем глобальных целей, определяющих выбор речевых средств. Средствами воплощения стратегий в дискурсе выступают речевые тактики, ходы, равноуровневые языковые средства.

Анализ медицинских консультаций позволил выделить два вида базовых речевых стратегий, используемых врачом: семантические (когнитивные, информативные) стратегии и интерактивные (соответственно, основные и вспомогательные, согласно типологии, предложенной О. С. Иссерс) [Иссерс 2006: 108]. Стратегии первого типа направлены на совершение ряда когнитивных операций, приводящих к изменениям в картине мира участников дискурсивного события (адресанта или адресата), как отправного пункта для выполнения ими определенных социальных (в том числе и речевых) действий. Когнитивные операции включает получение и трансляцию информации, корректировку, уточнение и расширение имеющейся информации, анализ и синтез поступающих данных, инференцию (вывод нового знания). В рамках медицинской консультации нами выделены два основных вида таких стратегий в речевом поведении врача:

1) получение необходимой, адекватной и истинностной информации с целью постановки диагноза (сбор анамнеза), назначения лечения;

2) предоставление вероятностной/истинностной релевантной информации (сообщение о диагнозе, о необходимом лечении).

В качестве субстратегии стратегии получения информации может рассматриваться верификация истинности предоставляемой информации. Используемые стратегии реализуются в речевых тактиках, которые в данной работе рассматриваются как одно или несколько речевых действий, объединенных микроцелью, но направленных в конечном счете на реализацию макроцели.

Первая из указанных стратегий осуществляется в медицинской консультации посредством целого ряда тактик таких, как запрос информации, уточнение, дополнение, суммирование. Субстратегия верификации истинности реализуется при помощи следующих тактик: «отражение» (mirroring), интерпретирование и тактика смысловой конфронтации. Микроцелью всех этих тактик является проверка адекватности понимания полученной информации. Рассмотрим примеры, являющиеся вербальной иллюстрацией названных тактик.

Д. Холедактомию, сделали, да? (запрос информации)

П. Да, да.

Ну, сказать, что после этого приступов не было. Они опять-, и вот этой весной, ну, знаете, как. Обычно, все-все, постная диета. И как-то устанавливается. Потом атрофический гастрит у меня признали – это вот в период обследования в 2000 году. Вот это я просто антацид принимала и вот после этого, значит, все равно они-

Д. То есть они в последнее время беспокоят? (запрос информации)

П. Вот февраль, где-то 7 приступов у меня было, и желудок у меня, конечно, знаете, как всегда отрыжка, вот она болезненная, прямо сразу в болях.

Д. В болях. («отражение»)

Вот последнее время, вот эти приступы или болезненные ощущения, они каждый день возникают? Каждый день беспокоят или нет? (запрос информации)

П. Нет.

Д. Нет?

П. Нет. («отражение»)

Д. Значит, бывают дни, что вообще ничего не беспокоит? (уточнение)

П. Да. Да. Бывает вот неделю, вот в воскресенье вот это было. А вот неделю, ну сказать, чтоб я все могла поест.

Д. Угу. Значит, так, значит, приступы возникают не каждый день. Если приступа в этот день нет, Вы вообще не ощущаете никаких неприятных ощущений, вот, в области живота. (суммирование)

Заметим, что «отражение» направлено на верификацию истинности высказывания, так как, являясь реципиентом собственного воспроизведенного высказывания другим участником дискурсивного события, пациент получает возможность оценить его адекватность и скорректировать его в случае необходимости.

Вторая стратегия реализуется преимущественно на этапе назначения обследования, лечения и рекомендаций, при сообщении диагноза посредством тактик информирования, пояснения (объяснения), уточнения. В рамках всех тактик широко используется прием, обозначенный нами как «рематизация информации» (пауза перед сообщением важной информации, с ее последующим просодическим выделением громкостью, интонацией).

*М. Ну, моя хорошая, у Вас скорее всего **панкреатит**. (информирование)*

То, что у Вас в пищеводе, по поводу чего мы Вас наблюдаем, эта слизистая опухоль Ваша - она абсолютно доброкачественная! (уточнение)

Безусловно, мы будем делать ФГС Вам, чтобы посмотреть, потому что они тоже иногда растут. (пояснение)

Следующий тип обозначен нами как интерактивные стратегии. Стратегии этой группы направлены на изменение условий взаимодействия между участниками дискурсивного события. Интерактивные стратегии получают особый статус в устном медицинском дискурсе. Если в других видах дискурса (политическом, бытийном) они носят вспомогательный характер, способствуя успешности реализации семантических стратегий, то в рассматриваемом виде дискурса они наряду с этой функцией выполняют и «терапевтическую» функцию. Последняя состоит в оказании воздействия на психоэмоциональное состояние пациента и способствует его адаптации к заболеванию, а также обеспечению его комплаэнтности (выполнению рекомендаций и назначений врача). Таким образом, стратегии данной группы получают самостоятельное значение в рамках устного медицинского дискурса.

Интерактивные стратегии в свою очередь подразделяются нами на прагматические и диалоговые. К числу прагматических стратегий нами отнесены стратегии воздействия на психоэмоциональное состояние пациента (рационализация информации, позитивизация информации, эмпатия); стратегия самопрезентации врача.

Стратегия рационализации информации получает реализацию посредством ряда тактик. В нашем материале репрезентированы следующие тактики: семантическая перефокусировка эмоционально заряженной информации на эмоционально нейтральную; игнорирование эмоциональных высказываний пациента; выражение неодобрения по поводу эмоциональных высказываний пациента. Разновидностью стратегии рационализации информации выступает стратегия позитивизации информации, которая объективируется в тактиках позитивной перефокусировки (когнитивной перефокусировки с негативных на позитивные аспекты обсуждаемого явления, минимизации степени негативности информации, тактике митигации. В приведенном ниже примере врач пытается осуществить смысловую перефокусировку предоставляемой пациентом информации, «рационализируя» тем самым его реплики. Эмпатическая трансформация смысла (переключение внимания с негативных на позитивные аспекты ситуации) может быть прослежена путем метаязыковой интерпретации реплик врача и пациента:

П. Вот сколько я приняла лекарства за полтора месяца! Вот это! (показывает тетрадку с записями). (Это плохо, что мне пришлось принимать много лекарств).

М. Ага.. Хорошо!.. Вы все записываете, да? (Это хорошо, что вы ведете учет лекарств, которые вы принимали).

Стратегия выражения эмпатии выполняет две основные функции – демонстрирует понимание пациента на когнитивном и эмоциональном уровнях, а также формирует эмоциональный настрой пациента и доверительные отношения между ним и лечащим врачом. К используемым тактикам относится тактика «отражения». В англоязычной литературе различают тактики отражения врача *mirroring* и пациента *echoing*, в связи с различием их дискурсивных функций. Использование данной тактики врачом, которая состоит в воспроизведении части или целого высказывания пациента без изменений или с частичными изменениями, является демонстрацией понимания (эмпатии), а иногда и сочувствия. Как уже отмечалось, эта тактика используется также для контроля понимания и верификации истинности информации. «Отражение» пациентом (*echoing*) выполняет иные функции. С одной стороны, эта тактика также может использоваться для demonstra-

ции эмпатии. С другой, стороны повторение (проговаривание) пациентом реплик врача может рассматриваться как способ *внешней рефлексии* над содержанием услышанного («мысли вслух»). Доказательством этому могут служить переспросы и уточняющие вопросы, возникающие после таких повторов.

Стратегия самопрезентации используется и в других видах дискурса (например, политическом, рекламном, бытийном). В устном медицинском дискурсе данная стратегия имеет свою специфику. Свое вербальное воплощение она получает посредством использования тактики указания на принадлежность к профессии, тактики корпоративной солидарности, а также тактики нарушения корпоративной солидарности. Последняя тактика может являться косвенным средством повышения собственной репутации и скрытой саморекламы. В нашем репрезентативном материале встретились примеры, когда данная тактика использовалась для выражения сочувствия и неодобрения по поводу некорректного отношения других врачей к больному:

Д. Направление к нам. Вы лежите в больнице сейчас специально?

П. Нет.

Д. Что выписали Вас? Молодцы! (с сильным неодобрением)

К диалоговым стратегиям мы относим стратегии, регулирующие разворачивание диалогического дискурса, который в нашем случае представлен жанром врачебной консультации. Вслед за О. С. Иссерс, мы относим к ним стратегии контроля за инициативой и контроля над темой [Иссерс 2006:108].

Первая стратегия реализуется в двух разнонаправленных субстратегиях – субстратегии получения и удержания инициативы и субстратегии переуступки инициативы и стимулирования речевой активности партнера по общению. Субстратегия получения и удержания инициативы в коммуникативной практике активизируется посредством тактик перебивания, игнорирования реплик партнера, речевых наложений.

П. Выписали лекарство-

М. То есть, вы извините, что я вас перебиваю. Сейчас вас ничего не беспокоит? (перебивание)

Субстратегия переуступки инициативы и стимулирования речевой активности партнера по общению также представлена рядом тактических построений. К их числу можно отнести хезитацию, фасилитацию (совместное речевое производство), «отражение» реплик пациента. В последнем случае рематическая информация, произнесенная больным, получает тематический статус в речи врача и не добавляет ничего нового, что является своего рода стимулом к добавлению новой информации пациентом. Ниже приведен пример, в котором вербализована тактика совместного речевого производства, призванную облегчить речевые усилия больного.

П. У меня с ЭКГ так. Сделали ЭКГ, сделали нормально. Стали делать голодом, у меня...

Д. Головокружение. (совместное речевое производство)

П. Головокружение. Я упал.

Стратегия контроля за темой осуществляется посредством тактик начала, развития, завершения и смены темы.

Представленная типология позволяет сделать ряд выводов. Арсенал средств вербализации различных стратегий неодинаков. Одни стратегии осуществляются при помощи большего количества тактик, другие – посредством меньшего числа тактик. Тактики речевого поведения врача могут выполнять различные дискурсивные функции и использоваться для реализации как одной стратегии, так и ряда стратегий. Изучение специфических вербальных средств, характерных для определенных стратегий и тактик, является перспективным направлением дальнейшего исследования.

Список использованной литературы

1. Барсукова М. И. Медицинский дискурс: стратегии и тактики речевого поведения врача. Автореф. дис. ... канд. филол. наук. – Саратов, 2007.
2. Бейлинсон Л. С. Характеристики медико-педагогического дискурса (на материале логопедических рекомендаций). Дисс. ... канд. филол. наук. – Волгоград, 2001.
3. Иссерс О. С. Коммуникативные стратегии и тактики русской речи. Изд. 4-е. М.: КомКнига, 2006.
4. Карасик В. И. Языковой круг: личность, концепты, дискурс. – Волгоград: Перемена, 2002.
5. Макаров М. Л. Основы теории дискурса [Текст] / М. Л. Макаров. – М.: ИТДГК «Гнозис», 2003.
6. Харченко Е. В. Межличностное общение: модели вербального поведения в профессиональных сферах. Дисс. ... д-ра филол. наук. – Москва, 2004.
7. Roter D.L. Patient Question Asking in Physician-Patient Interaction// Health Psychology. – 1984. – Vol. 3, № 5. – P. 395-409.
8. Mishler E. The Discourse of Medicine. – Norwood, N.J.: Ablex, 1984.
9. Maynard D. W., Frankel R. M. On Diagnostic Rationality: Bad News, Good News, and the Symptom Residue//Communication in Medical Care: Interaction between Primary Care Physicians and Patients. – Cambridge University Press: New York, 2006. – P. 248-278.
10. West C. Reconceptualizing Gender in Physician-Patient Relationships// Social Science and Medicine. 1993. -V. 36 (1). – P. 57-66.