

МЕДИЦИНСКИЙ ДИСКУРС В КОНТЕКСТЕ ИЗУЧЕНИЯ ЯЗЫКА СПЕЦИАЛЬНОСТИ В ВЫСШЕМ УЧЕБНОМ ЗАВЕДЕНИИ

Проф. Нина Литвиненко, д.ф.н., доц. Наталия Мисник, к.ф.н.,
НМУ им. А. Богомольца, Украина

***Abstract:** The article is devoted to a problem related to the linguistic analysis of the medical discourse in the context of studying the language of the specialty at a Ukrainian university. The study of linguistic disciplines by students in higher education institutions provides for the approximation of their language training to the specifics of future professional communication.*

Key words: medical discourse, institutional discourse, communicative strategies, discrete discourse, indiscrete discourse.

Изучение дисциплины “Украинский язык (по профессиональному направлению)” студентами высших медицинских учебных заведений предусматривает приближение их языковой подготовки к обстоятельствам будущего профессионального общения, что требует в процессе преподавания курса соотношения коммуникативных моделей языка с механизмами и формами осуществления коммуникативной деятельности. Чрезвычайно благоприятным для этого является изучение природы современного медицинского дискурса, который отражает жизненно важную и древнейшую сферу человеческой деятельности, имеет свои стандарты и особенности функционирования.

Дискурс – это своеобразная динамичная модель текста, которая основывается на коммуникации и является вербальным отражением процесса мышления, это «речь, погруженная в жизнь» [1] во всех ее проявлениях.

Современный украинский медицинский дискурс – это дискурс, сформировавшийся благодаря структурной организации института отечественной медицины и основывающийся на стереотипах поведения его участников с учетом социально-ролевых признаков, коммуникативных и структурно-семантических особенностей.

Такое истолкование понятия медицинского дискурса определяет выделение двух его типов: дискретный и недискретный медицинский дискурс.

Дискретный медицинский дискурс (лат. discretus - отдельный, прерывный) – это такой тип институционального дискурса, который предусматривает прерывность в процессе своего вербального выражения, обусловленную спецификой обстоятельств коммуникации. Такими обстоятельствами в профессиональной деятельности врача является общение с пациентом, регламентированное традиционными схемами диагностического процесса. Поэтому дискурс диалогов “врач – пациент” может быть только дискретным, учитывая его интерпрофессиональный характер и асимметрию коммуникативного взаимодействия.

Реализация дискретного дискурса обусловлена этапами коммуникативного взаимодействия врача и пациента (знакомство, системный опрос, объективное обследование, рекомендации), которые аккумулируют в себе ключевые моменты лечебного процесса.

Важным признаком дискретного медицинского дискурса является асимметрия общения как результат наличия у врача коммуникативных предпочтений. Эти предпочтения, обусловленные статусом, профессиональной компетентностью, личными качествами, практическими навыками и умениями врача, способствуют выполнению им ведущей роли в общении, предусмотренном определенными стандартами коммуникативных ситуаций и тематическим материалом. Асимметрия общения является закономерным явлением в медицинской дискретном дискурсе, поскольку врачу принадлежит коммуникативная инициатива. Это находит отражение в характере, модальности и тональности общения.

Статусное неравенство в медицинском дискретном дискурсе имеет как индексный, так и ситуативный характер. Индексное статусное неравенство предполагает неравенство, обусловленное постоянным признаком участников общения, когда один из коммуникантов обладает определенными знаниями, которые могут быть полезными для того, кто их не имеет. Индексное неравенство объясняется наличием у врача профессиональных знаний. Ситуативное неравенство обусловлено инициальным речевым действием со стороны пациента. Тот, кто обращается за помощью, сам определяет положение, предусматривающее подчинение.

В дискретном дискурсе врач выступает коммуникативным лидером, выстраивая методику общения. Дискретный дискурс врача с пациентом – это дискурс исключительно неравноправных партнеров. Хотя обращение к врачу может инициироваться в основном пациентом, ведущим в их общении, безусловно, является врач. Он ставит вопросы – и пациент должен на них отвечать, он приказывает – и пациент должен подчиниться. Врач рекомендует, запрещает, предупреждает о возможных последствиях нарушения его предписаний, и это не вызывает протеста, поскольку предусмотрено системой ролевых ожиданий пациента.

Врач и пациент периодически могут меняться ролями говорящего и слушателя. И хотя в целом их общение мы характеризуем как диалог, в самой структуре этого диалога возможны достаточно весомые по объему фрагменты монологической речи. Это бывает, в частности, тогда, когда врач составляет анамнез и выслушивает рассказ пациента обо всех его прошлых и нынешних проблемах со здоровьем. Дискретный дискурс предполагает также наличие пауз, к тому же регулирует их обычно врач: например, при выслушивании ритмов сердца, при измерении артериального давления и др.

Недискретный медицинский дискурс – это дискурс партнеров, действующий в сфере “врач – врач”, где собеседники являются представителями одной речевой категории, объединенной по признаку профессиональной при-

надлежности. Это диалоги врачей на профессиональные темы, непосредственно связанные с ежедневными проблемами лечебного процесса. Поэтому определяющими чертами недискретного дискурса является однородность, коллегиальность, стереотипы коммуникативного поведения участников, интрапрофессиональность.

В недискретном дискурсе своеобразие коммуникации определяют статусно-ролевые функции его участников, предусматривающие как равноправие (врач – врач), так и подчиненность партнеров коммуникации (врач-руководитель – врач-подчиненный, врач-инициатор – врач-консультант). Важным фактором недискретного медицинского дискурса является своеобразие коммуникативных ситуаций, в которых происходит профессиональное общение врачей (совместное обследование, “пятиминутка”, операция, дежурство и т.д.).

Каждый участник недискретного профессионального дискурса всегда выступает представителем определенного иерархического звена в структуре коммуникативного взаимодействия, что обусловлено выполнением устоявшихся служебно-профессиональных прав и обязанностей. Иерархическое общение – это взаимодействие субъектов на уровне иерархических позиций и деятельностных ролей, за которыми закреплены определенный конвенционный и коммуникативный тип речевого поведения.

Иерархическое взаимодействие выстраивается на почве базовых постулатов успешного общения, сформулированных в общей теории коммуникации как принципы такта, вежливости, полноты информации, согласованности действий, точности, ясности, правильности, грамотности.

Эффективность иерархического общения зависит от умения коммуникантов поддерживать нужную коммуникативную дистанцию, адекватно реагировать на изменение тональности общения, развивать ту или иную тему беседы, пользуясь общепринятыми коммуникативными формулами и ходами, строить тексты в различных ситуациях организационного взаимодействия, а также правильно использовать весь ряд вербальных и невербальных средств.

Для лучшего усвоения студентами предлагаемого учебного материала особое значение приобретает его визуализация, одним из вариантов которого может быть выделение схем, демонстрирующих рассматриваемое явление. Так, в частности, каждый тип институционального медицинского дискурса целесообразно подать в контексте совокупности дифференциальных признаков, в которых реализованы его коммуникативные свойства. Эти признаки проявляют себя в соответствии с социально-ролевыми ожиданиями партнеров коммуникации, что обусловлено обстоятельствами, обязательными для функционирования обеих типов медицинского дискурса. Для дискретного дискурса, как было сказано выше, такими обстоятельствами являются этапы коммуникативного взаимодействия врача с пациентом. Для недискретного – коммуникативные ситуации, возникающие в процессе профессионального общения врачей.

Опираясь на соответствующий уровень языковой подготовки студентов-медиков, особый акцент следует сделать на том, как вербальное выражение в диалогах обоих типов дискурса отражено в их семантике, синтаксисе и прагматике, в характере всех коммуникативных и грамматических категорий. Особое значение при этом приобретает языковой анализ высказываний (реплик) участников диалогов, регулирующих процесс общения. Реплики-высказывания формируют структуру диалогов медицинского дискурса и обуславливают динамику синтаксических единиц, передающих интенции врача-говорящего в типичных ситуациях профессионального медицинского общения и являющихся языковым выражением коммуникативных установок врача в процессе выполнения им профессиональных задач.

Синтаксис диалогов отмечается настроенностью на процесс речи, а следовательно, зависит от таких факторов, как речевая ситуация, речевой контекст, взаимосвязь участников общения (адресанта и адресата) и распределение между ними социально-психологических ролей, коммуникативное задание, которое реализует каждый из партнеров общения. Названные факторы формируют коммуникативно-функциональную перспективу высказывания, которая определяет механизм удовлетворения коммуникативных потребностей врача-говорящего с помощью избранных им языковых средств. Среди этих средств, анализ которых является чрезвычайно актуальным для студентов, можно выделить такой аспект, как коммуникативная организация предложения. Сохраняя грамматическую природу, грамматические границы, грамматическую завершенность и единство, предложение, становясь высказыванием, в контексте коммуникативного взаимодействия, предполагающего наличие таких факторов, как говорящий, слушатель, коммуникативное поле, собственно информация, приобретает способность определять непосредственно и активно позицию-ответ того, кто говорит. Эти же факторы «формируют семантику высказываний, их коммуникативную организацию, композиционную структуру и коммуникативно-функциональную перспективу» [2].

Учитывая то, что в грамматической структуре дискурса, его языковом выражении имплицитно сосредоточены интенции человека-говорящего, при изучении студентами-медиками природы современного украинского медицинского дискурса особое значение приобретают такие категории прагматики, как стратегии и тактики, корректирующие речевые действия врача в процессе профессиональной коммуникации.

Коммуникативная стратегия – это разновидность коммуникативного поведения или коммуникативного взаимодействия, при которой говорящий использует различные вербальные и невербальные средства для решения профессионально обусловленных коммуникативных задач, а коммуникативная тактика обычно представлена практическими речевыми действиями, которые эксплицируют коммуникативную семантику дискурса. Это соотносится прежде всего с реализацией некоторых коммуникативных намерений, направленных на достижение стратегического результата.

Для каждого типа медицинского дискурса характерны свои стратегии и тактики, целесообразность использования которых определяется профессиональными задачами врача-говорящего и основными интенциями его общения с пациентом [3]. Анализ этих важнейших факторов, способствующих реализации профессиональной компетенции врача-говорящего – это важный аспект подготовки будущего врача, слово которого обладает своеобразным психотерапевтическим действием.

Следовательно, есть все основания считать концептуально целесообразным анализ современного украинского медицинского дискурса как специализированной устойчивой разновидности профессионального общения в курсе преподавания украинского языка студентам высших медицинских учебных заведений, приоритетной ценностью которого является профессиональная направленность.

Литература:

1. Арутюнова Н.Д. Дискурс / Н.Д. Арутюнова // *Лингвистический энциклопедический словарь*. - М.: Сов. энциклопедия, 1990. – С. 136–137.
2. Гуйванюк Н.В. *Формально-семантичні співвідношення в системі синтаксичних одиниць* / Н.В. Гуйванюк. – Чернівці: Рута, 1999. – С. 222.
3. Литвиненко Н. П. *Український медичний дискурс: монографія* / Ніна Литвиненко. – Х.: Харківське історико-філологічне товариство, 2009. – 302 с.