

КОНФЛІКТНИЙ МЕДИЧНИЙ ДИСКУРС У СТРУКТУРІ ПРОФЕСІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ МЕДИКА

Стаття посвячена аналізу речевого поведіння учасників медичного дискурсу в конфліктних ситуаціях об'єднання, а також розглядаються причини виникнення конфліктних ситуацій в професійній діяльності медика.

Ключевые слова: дискурс, конфлікт, медичний дискурс, конфліктне об'єднання.

The article is devoted to the analysis of speech behavior of medical discourse in conflict situations of communication, and discusses the causes of conflict in the professional activity of a medical.

Key words: discourse, conflict, medical discourse, conflicting communication.

Сучасні дослідження в галузі прагмалінгвістики відображають зростання інтересу вчених до мовленнєвої взаємодії комунікантів у ситуаціях, що характеризуються недотриманням максимум принципу комунікативного співробітництва, а саме у конфліктних ситуаціях спілкування. Проблема порушення принципу комунікативного співробітництва торкається навіть тих ситуацій спілкування, які орієнтуються на комунікативну згоду. Тим більше, це стосується конфліктних ситуацій, в яких цілком втрачено комунікативну мету досягнення консенсусу. У таких випадках мовленнєва поведінка комунікантів відзначається застосуванням особливого, конфліктного дискурсу, стратегія якого зорієнтована на конфронтацію. У принципі, кожен комунікативну модель можна описати з точки зору наявності чи відсутності в ній конфлікту — саме такий аспект цікавить науку конфліктологію, завданням якої є дослідити механізми виникнення комунікативних конфліктів, їхні причини і спосіб запобігання та ви-

рішення, і врешті — спробувати віднайти найефективніші засоби досягнення толерантності в міжособистісних і суспільних стосунках.

Якщо психологічні, соціологічні важелі регулювання конфліктів обговорювали досить плідно (А. Ішмуратов, К. Павлова, Дж. Скотт, В. Шейнов, R. Fisher, W. Uri, M. Godowski та ін.), то мовознавці зацікавилися проблемами конфліктної вербальної поведінки лише віднедавна. Зокрема, у їхньому полі зору перебували апарат стратегій і тактик суб'єктів у конфліктному дискурсі (Т. Артеменко, В. Рудякова, О. Фадеєва, Л. Шкатова), гендерні особливості мовленнєвої взаємодії у конфлікті (Н. Мартисюк, К. Піщікова), особливості прояву вербальної агресії (І. Бублик, В. Жельвіс, R. Aman). Меншу увагу приділено типам мовленнєвих жанрів, які функціонують у межах конфронтативного дискурсу і визначають його природу.

Отже, зусилля сучасних дослідників конфліктного спілкування спрямовані на створення лінгвістичної моделі конфліктної мовленнєвої взаємодії, що, в свою чергу, потребує системного аналізу конфліктного дискурсу та його різновидів.

Метою нашого дослідження є опис мовленнєвої поведінки учасників медичного дискурсу у конфліктних ситуаціях спілкування. Мета вирішила розв'язання таких завдань: 1) визначити основні понятійні характеристики конфліктного дискурсу; 2) здійснити аналіз причин виникнення конфліктних ситуацій у професійній діяльності медика.

У вітчизняних дослідженнях конфлікт в основному розглядається як “зіткнення протилежно спрямованих цілей, інтересів, позицій, думок та поглядів опонентів або суб'єктів взаємодії” [1:174]. Як зазначають Н. В. Грішина (2000), П. Вацлавик (2000), В. П. Шейнов (1996), Я. А. Луп'ян (1991), в основі конфлікту лежить протистояння людей, які мають різні інтереси, думки, позиції, різну мету, що призводить до непорозуміння між сторонами. У конфліктній ситуації на поверхню виходять порушення норм взаємодії та співробітництва, зіткаються інтереси, ціннісні орієнтації, відбувається психологічна несумісність учасників конфлікту.

Обмін мовними діями учасників спілкування має свою назву в комунікативній лінгвістиці — комунікативний акт. Він має свою структуру і зміст. Мовний конфлікт у розвитку повністю відповідає поняттю комунікативного акту як двонаправленого процесу обміну мовними актами, що здійснюються комунікантами за принципом ілокутивного вимушення (Дж. Остін, Дж. Серль, П. Ф. Стронсон,

Р. О. Якобсон та ін.). Однак, оскільки конфліктний комунікативний акт є різновидом класичного комунікативного акту, отже, можна говорити про їхню ідентичність з точки зору структури, але і про відмінність — із змістовної сторони. Мовний акт в лінгвістиці визначають як мінімальну одиницю мовленнєвої діяльності, що виділяється і досліджується в теорії мовленнєвих актів — навчання, що є найважливішою складовою частиною лінгвістичної прагматики [2: 338–339]. Теорія мовленнєвих актів, основи якої були закладені Дж. Остіном в другій половині 1950-х років, виділяє три рівні, або аспекти аналізу мовного акту [3: 24]. Якщо говорити про конфліктний дискурс як про типовий різновид класичної комунікативної взаємодії, очевидним стане структурна ідентичність класичного комунікативного акту і конфліктної інтеракції. Вважаємо, що конфліктним дискурсом виступає мовленнєва взаємодія комунікантів, у результаті якої учасники відчують негативні емоції завдяки вербальному впливу один на одного у зв'язку з тим, що ілокутивна домінанта мовної взаємодії характеризується наявністю зіткнення вербально виражених цілей. Конфлікт є складною системою інтеракцій реципієнтів, що дає можливість характеризувати конфліктний дискурс з точки зору його фазових складових.

У працях російської дослідниці Н. А. Білоус конфліктним дискурсом виступає така мовленнєва взаємодія співрозмовників, ілокутивна домінанта якої характеризується наявністю зіткнення комунікативних цілей, у результаті чого в цілому консеквент характеризується тим, що учасники дискурсу відчують різні емоції завдяки вербальному впливу один на одного [4: 153].

Враховуючи той факт, що конфлікти є невід'ємною частиною професійної діяльності і необхідною умовою для її розвитку [5: 15], ми зосередили увагу на медичному конфліктному дискурсі, оскільки дослідники медичного дискурсу відмічають його потенційну конфліктність. Розвиваючи ці ідеї, ми систематизували основні характеристики з опорою на основні критерії типологізації дискурсів: сфера комунікації, характер комунікації, адресантно-адресатні конфігурації.

Результати дослідження професійно-непрофесійного спілкування медиків виявили, що конфліктні ситуації виникають під час таких мікротем, як: “призначення лікування”, “симптоми та діагностика”, “встановлення діагнозу”, “здійснення медичних маніпуляцій”.

Зазначимо, що бар'єри, які інколи можуть виникати при взаємодії лікаря з пацієнтом, також спричиняють чимало конфліктів.

Суть конфліктів у системі 'лікар (медичний працівник) — пацієнт' полягає в зіткненні думок, поглядів, ідей, інтересів, точок зору і очікувань учасників взаємодії.

Л. Коузер розподіляє конфлікти на реалістичні (предметні) і нереалістичні (безпредметні). Реалістичні конфлікти спричинені незадоволенням вимог і очікувань учасників, а також несправедливим, на їхню думку, розподілом яких-небудь обов'язків, переваг і спрямовані на досягнення конкретних результатів.

Нереалістичні конфлікти мають на меті відкрите вираження негативних емоцій, що нагромадилися, образ ворожості, коли гостра конфліктна взаємодія стає не засобом досягнення конкретного результату, а самоціллю. Перший тип конфлікту часто пов'язаний з розбіжністю очікувань пацієнта з реальністю. Приводом може бути невідповідне уявлення про належну поведінку медичного персоналу (брутальність, нечемність), проведення процедур (нерегулярність, непунктуальність, недбалість), санітарно-гігієнічні умови перебування в стаціонарі (бруд, шум, запах), неправильну діагностику або неправильне призначення терапії. Другий конфлікт нерідко зумовлений упередженим ставленням пацієнта до медичної служби в цілому або до окремого лікаря зокрема [6: 170].

Наступним видом комунікативної проблеми медичного дискурсу є емоційне спілкування.

Емоції представляють собою частину захворювань пацієнта, тому ідентифікація різних переживань та адекватне реагування на них лікарем має важливий терапевтичний характер у медичному дискурсі.

Ідентифікація емоцій здійснювалась нами на основі декількох видів інформації — невербальної, паравербальної (просодичної) та вербальної. Невербальна інформація включає аналіз виразу обличчя (відчужений вигляд, насуплені брови, посмішка і т. п.), кінетичних та фізіологічних проявів (неспокійні рухи, часті важкі зітхання і т. п.). Просодичними засобами виступали темп мовлення, гучність та тембр голосу, діапазонна висота, емфаза, мелодика, логічний наголос. Вербальна інформація включала емотивні висловлювання пацієнтів, а також визначення емоцій пацієнтами та лікарями.

Особливо ускладненим є конфліктне спілкування лікарів з родичами хворих, які страждають від термінальних захворювань. У таких випадках діагностичні заяви викликають емоції високої інтенсивності, повністю порушуючи хід комунікації та надаючи їй ірраціонального характеру. Єдиним виходом з таких ситуацій є апеляція лікаря до

власної інституційної влади за допомогою докору і навіть погрози на адресу осіб, які порушують канони інституційної поведінки.

Розглянемо мовний матеріал:

Лікар: Послухайте, я взагалі не буду зараз нічого цього говорити, якщо Ви себе будете так поводити. Ви знали, КУДИ Ви йдете. Ви припускали, ЯКИЙ діагноз (голосно). І потрібно зараз тримати себе в руках.

У спілкуванні із засмученими або депресивними пацієнтами широко використовується принцип раціоналізації (семантичного перефокусування з емоційних аспектів ситуації на емоційно нейтральні), вираження емпатії (демонстрація пацієнтові розуміння).

Поширеними формами організації докору та обвинувачення виступають наративи пацієнтів про пройдене обстеження та лікування. Особливістю вираження несхвалення у них являється імпліцитність оцінки шляхом апеляції до об'єктивних фактів, що мали негативне значення для пацієнта. Невизначена суб'єктивна референція таких висловлювань є способом зниження інтенсивності негативної оцінки, як-от: *Після цього мені приписали пігулки. Ну, загалом, ці пігулки я став приймати, у мене...значить, вуха позакладало, ...потім кон'юнктивіт почався, очі сльозилися.*

Широке застосування при вираженні осуду чи схвалення дій лікаря чужого мовлення також пояснюється його імпліцитним оцінним потенціалом. Пацієнт у даному випадку не є суб'єктом оцінки, вона виводиться лікарем з контексту самостійно:

Лікар: Ви на себе наговорюєте. У Вас нічого немає.

Пацієнт: Ви нічого не розумієте! Звідки ж тоді гній?

Лікар: А Ви приходьте до мене з цим гнійним вмістом.

Пацієнт: Смішно. Як же я можу прийти до Вас саме в цей момент?

У комунікативних ситуаціях, ускладнених емоціями високої інтенсивності (осуд+обурення), лікар вимушений демонструвати комунікативну владу шляхом демонстрації корпоративної солідарності, посилення на професійні знання та ексклюзивне право приймати рішення. Метою таких заяв є підтримка авторитета лікаря поверненням дискурсу в інституційне русло: *Я гадаю, що на той момент це було єдине правильне рішення.*

Вираження направлених емоцій високої інтенсивності може створювати серйозні перешкоди у розвитку комунікації. У наведеному нижче висловлюванні докору осуд супроводжується емоцією обурення, надаючи дестабілізуючий вплив на лікаря, пацієнта і ситуацію в цілому. Це призводить до таких явищ, як незакінчені речення, паузи,

оклична просодія. Репліки лікаря провокують негативну реакцію пацієнта, зниження його комплаєнтності.

Наприклад,

Пацієнт: Так, пишіть — нормально все. Не потрібно мені зараз проходити нічого!

Лікар: Ну, в такому випадку Ви візьміть, самі собі напишіть, якщо вважаєте себе...

Пацієнт: Що?

*Лікар: Ну, сам... **Навіщо було взагалі приїздити!** Самі б написали — у мене все добре... в довідці!*

*Пацієнт: **НЕ ПОТРІБНО мені більше ніяких обстежень!***

Отже, прояв емоцій лікарями обмежений нормами їхньої інституційної поведінки. Вербальні негативні емоції містять некатегоричні, або імпліцитно виражені емотивні оцінки. Метою емоцій роздратування, обурення, осуду, несхвалення є перш за все вираження особистого відношення з метою надання психоемоційної дії на пацієнта. Експлікація лікарем емоцій високої інтенсивності надає дестабілізуючий вплив на ситуацію, викликаючи серйозні комунікативні перешкоди і навіть конфліктні ситуації.

Перспективу дослідження вбачаємо у поглибленні аналізу причин виникнення конфліктних ситуацій у професійній діяльності медика, а також в подальшій розробці ефективних методів запобігання та вирішення комунікативних конфліктів у структурі медичного дискурсу.

ПОСИЛАННЯ ТА ПРИМІТКИ

1. Психология. Словарь / Под общ. ред. А. В. Петровского, М. Г. Ярошевского. — 2-изд. — М.: Политиздат, 1990. — 494 с.
2. Демьянков В. З. Предикаты и концепция семантической интерпретации / В. З. Демьянков // Известия АН СССР. Серия литературы и языка. — Т. 39. — 1980. — С. 336–346.
3. Добрович А. Б. Ролевая модель межличностного общения / А. Б. Добрович // Принципиальные вопросы теории знания: Труды по искусственному интеллекту: УЗТГУ. — Вып. 688. — Тарту, 1984. — С. 23–31.
4. Белоус Н. А. Функциональные особенности конфликтного дискурса / Н. А. Белоус // Знание. Понимание. Умение. — М., 2008. — № 4. — С. 152–157.
5. Гришина Н. В. Психология конфликта / Н. В. Гришина // СПб.: Питер, 2003. — 463 с.
6. Філоненко М. М. Психологія спілкування / М. М. Філоненко // Навчальний посібник. — К.: Центр навчальної літератури, 2008. — 224 с.