

ОСНОВНІ ПАРАМЕТРИ КЛАСИФІКАЦІЇ ФАХОВОГО МЕДИЧНОГО ДИСКУРСУ

**ЛИТВИНЕНКО Ніна Павлівна, доктор філологічних наук, професор
Національного медичного університету ім. О. О. Богомольця (м. Київ)**

Анотація. У статті досліджено основні чинники, що формують медичний дискурс як інституційний. Запропоновано новий підхід до виокремлення та кваліфікації інституційних типів дискурсу – дискретного, на якому ґрунтується спілкування лікаря з пацієнтом, та недискретного, що використовується у фаховій комунікації лікаря з колегами. Схарактеризовано особливості дискретного медичного дискурсу в діалогах лікар – пацієнт. З'ясовано специфіку недискретного типу медичного дискурсу в діалогах лікар – лікар. Обґрунтовано характер залежності недискретного дискурсу від закономірностей його формування в умовах стосунків рівноправності або підпорядкованості комунікантів. Схарактеризовано соціально-рольові, комунікативні та структурно-семантичні особливості дискурсу лікаря.

Ключові слова: медичний дискурс, інституційний дискурс, комунікативний, фаховий, класифікація, параметри, ситуативний, рольовий, дискретний /недискретний.

Фаховий дискурс є одним із різновидів інституційного дискурсу, що безпосередньо пов'язаний із традиціями певної суспільної структури, яка формує стереотипи мовної поведінки учасників комунікації. Ця структура не є сталою, вона постійно розвивається й видозмінюється, а тому перелік дискурсів та параметрів їхньої класифікації на сьогодні є різним [9, с.156; 1, с.15; 4, с.6].

Існують класичні типи дискурсу, де учасниками традиційних комунікативних діад «адресант – адресат» у статусно-рольовій функції «агент – клієнт» виступають повноправний представник інституту та особа, що опосередковано є об'єктом інституційного впливу (лікар – пацієнт, вчитель – учень, політик – виборець тощо). Водночас існують типи дискурсу, для яких визначальним чинником є інституційна рівність (ділове спілкування професіоналів або науковий дискурс). Спілкування «агентів» інституційного дискурсу спостерігаємо у будь-якому його вияві, наявність «клієнтів» характерна лише для деяких із них (релігійний, педагогічний, медичний тощо).

Французький філософ і культуролог Мішель Фуко відзначав тісний зв'язок, що існує між мовними та позамовними «структурами повсякденності» – соціальними, політичними, професійними тощо. Досліджуючи психіатричний дискурс ХІХ століття та дискурс тогочасної медицини, вчений уперше застосував поняття *дискурсивне знання*, *дискурсивна формація*, співвідносячи їх з такими поняттями, як наука, ідеологія, теорія. Одночасно вчений виказував думку про необхідність опису *інституціалізованої області*, коли медик розвиває свій дискурс у межах таких сфер, як госпіталь, приватна практика, лабораторія, бібліотека. Все це французький учений відносив до дискурсу медицини, що має певні суспільні обмеження, які він номінував як *інституційні* [8, с. 37]. Ці обмеження формують певні стандарти, однак ступінь стандартизованості інституційного дискурсу є різним, оскільки у реальному житті прототипний порядок повторюваних ситуацій часто порушується. Всі учасники спілкування звикли до відхилення від норми й здебільшого спокійно на це реагують [3, с. 55 – 56]. Тому вчені пропонують говорити про наявність м'яких (дискурс лікаря, вчителя) та жорстких форм інституційного дискурсу

Жорсткий тип – це військовий парад, захист дисертації, отримання нагороди, церковна служба [5, с. 113].

Інституційний фаховий дискурс є достатньо структурованим, оскільки, за визначенням Т.А.Ван Дейка [2], сфера діяльності – це обмеження, яке зумовлене наявністю тематичних репертуарів, що моделюють процес спілкування. І хоч вчені радять з обережністю підходити до вживання категорії «структура» стосовно поняття «дискурс», оскільки йдеться про живе мовлення, зауважимо, що, попри відсутність структурного детермінізму, притаманного системі мовних одиниць і рівнів, інституційний фаховий дискурс має свої стандарти, які регулюють його функціонування. Одним із таких стандартів є наявність базової пари учасників комунікації – вчителя та учня, журналіста й читача, лікаря й пацієнта, тобто представників інституту (агентів) та людей, що до них звертаються (клієнтів). Це, у свою чергу, зумовлює таку форму комунікації, як діалог, що передбачає взаємодію між мовцем і слухачем, кожен з яких виконує свою роль.

Згідно з класифікацією, що існує в соціальній психології, тип *рольової особистості* вирізняється тим, що його визначальною рисою є здатність особистості керувати собою у своїх діях. У процесі аналізу *рольової особистості* чітко вирізняється й соціальний аспект, оскільки суспільство як система та його окремі підсистеми складаються із взаємопов'язаних позицій, які визначають потребу виконання певної діяльності (*рольова діяльність*) згідно із суспільно схваленими моделями (*рольові вимоги*). Тобто в кожному суспільстві існує рольова матриця, або матриця спілкування (термін Дж. Гамперца) [10] – сукупність типових соціальних ролей, що є характерними для поведінки членів певного суспільства. Щодо основних тлумачень поняття «функціональна (соціальна) роль» зауважимо, що серед наявних на сьогодні теорій і концепцій, на нашу думку, особливої уваги заслуговує класифікація, запропонована У. Герхардтом, у якій виділено статусні, позиційні, ситуаційні ролі. Згідно з цією класифікацією людина протягом життя є виконавцем ролей, зумовлених, з одного боку, даними їй від народження рисами (стать, расова та етнічна належність), з іншого – «набутими», такими, як вік, належність до певного віросповідання та соціального прошарку, а також професійна належність.

Позиційна визначеність залежить від реалізації статусної ролі, оскільки очевидно, що саме позиція (позиційна роль) є визначальною у формуванні соціального статусу. Так, якщо взяти професійну належність (як один із суттєвих показників самовизначення особистості), то, наприклад, позиційна роль «лікар» може якісно відрізнитися залежно від її виконання представниками різної статі, людиною з досвідом чи без нього, науковцем чи практиком. У сфері медичного спілкування роль може бути також нав'язана ситуацією, у яку потрапляє особистість, як, наприклад, роль пацієнта.

Статусно-рольове спілкування ґрунтується на очікуванні того, що мовна особистість буде дотримуватися мовних норм відповідно до її становища та характеру взаємостосунків із співрозмовником. Так, від лікаря очікують поради і допомоги, від пацієнта – дотримання режиму лікування. Кожна роль складається із специфічного набору прав та обов'язків. Уявлення про типовість виконання тієї чи іншої ролі складається в стереотипи рольової поведінки. Вони формуються на підставі досвіду, частою повторюваністю ознак, що характеризують поведінку, манеру говорити. Так у свідомості членів суспільства викристалізовується уявлення про те, яким має бути виконання певної ролі людини-мовця.

Рольові ознаки мовної поведінки виявляються лише в комунікативній взаємодії мовних особистостей. У сучасній лінгвістиці виділяють два типи ситуацій рольового спілкування: симетричні та асиметричні. Перші характеризуються рівністю соціального статусу співрозмовників, інші – різним

положенням учасників комунікації. Наприклад, у контексті медичного мовлення це ситуації типу «лікар – лікар» та «лікар – пацієнт».

Основними параметрами класифікації інституційного медичного дискурсу є перервність або неперервність процесу мовлення, що залежить від виконання комунікантами відповідних ролей у системі *лікар/пацієнт, лікар/лікар*. Згідно із цими параметрами ми поділяємо фаховий медичний дискурс на два типи: *дискретний (суцільний) та недискретний (несуцільний) медичний дискурс*.

Дискретний дискурс (лат. *discretus* – роздільний, перервний) – це такий тип інституційного дискурсу, який передбачає перервність у процесі свого вербального вираження, зумовлену специфікою обставин спілкування. Такими обставинами у професійній діяльності лікаря є спілкування з пацієнтом. Тому дискурс діалогів «лікар – пацієнт» може бути лише дискретним, оскільки мовлення лікаря переривається мовленням пацієнта і накладає на нього свій відбиток.

Серед основних параметрів дискретного медичного дискурсу виокремлюємо такі: а) перервність у мовному вираженні інтенцій лікаря; б) спрямованість комунікативної настанови лікаря на задоволення потреб пацієнта; в) неоднорідність, зумовлена нерівноправністю партнерів з огляду на їх статусно-рольові функції; г) наявність інтерпрофесійного складника в мовленні лікаря; д) асиметричний характер комунікативної взаємодії, коли професійні ролі комунікантів не збігаються.

Особливість дискретного медичного дискурсу полягає в тому, що потенційним та інтенційно заданим реципієнтом у ньому є фахівець, який володіє необхідним рівнем спеціальних знань для розуміння та обробки інформації, представленої в дискурсі. Такі прагматичні цілі адресанта дискретного медичного дискурсу, як узагальнення нагромадженого досвіду, фіксування наукового знання, повідомлення отриманих результатів проведених досліджень тощо визначають використання лікарем основних комунікативних стратегій.

Основна прагматична мета лікаря-мовця полягає у виробленні такої реакції пацієнта, яка спрямована на боротьбу із захворюванням та виконання настанов лікаря.

Тому у дискретному дискурсі відбувається поєднання інформаційного та емоційного впливу на реципієнта під час комунікативної взаємодії.

Дискретний дискурс лікаря зумовлений інтерпрофесійним характером спілкування [6, с. 57 –59], яке передбачає вибір лікарем слів, адекватних конкретній мовленнєвій ситуації, та появу нових значень у загальноживаних словах. Це можуть бути також евфемізми або розмовна лексика зниженого стилю, що створює атмосферу невимушеного спілкування.

Одним із основних параметрів дискретного медичного дискурсу є асиметрія спілкування як результат наявності в лікаря комунікативних преференцій. Ці преференції, зумовлені статусом, фаховою компетентністю, особистими рисами, практичними навичками й вміннями лікаря, сприяють виконанню ним провідної ролі в спілкуванні, яке передбачене певними стандартами комунікативної ситуації та тематичним матеріалом.

Асиметрія спілкування є закономірним явищем у медичному дискретному дискурсі, оскільки лікарю належить комунікативна ініціатива. Це знаходить відображення у характері, модальності та тональності спілкування.

Статусна нерівність у медичному дискретному дискурсі має як індексний, так і ситуативний характер. Індексна статусна нерівність передбачає нерівність, зумовлену сталою ознакою учасників спілкування, коли один із комунікантів

володіє певними знаннями, які можуть бути корисними для того, хто їх не має. Індексна нерівність пояснюється наявністю у лікаря фахових знань.

Ситуативна нерівність зумовлена ініціальною мовленнєвою дією з боку пацієнта. Той, хто звертається за допомогою, тим самим ставить себе у становище, яке передбачає підпорядкування.

Отже, дискретний дискурс лікаря з пацієнтом – це дискурс виключно нерівноправних партнерів. Хоч звертання до лікаря може ініціюватися здебільшого пацієнтом, провідним у їхньому спілкуванні є, безумовно, лікар. Він ставить питання – і пацієнт повинен на них відповідати, він наказує – і пацієнт повинен підкоритися. Лікар рекомендує, забороняє, попереджає про можливі наслідки порушення його приписів, і це не викликає протесту, оскільки передбачено системою рольових очікувань пацієнта.

Лікар і пацієнт періодично можуть мінятися ролями мовця й слухача. І хоча загалом їхнє спілкування ми характеризуємо як діалог, у самій структурі цього діалогу можливі досить вагомі за обсягом фрагменти монологічного мовлення. Це буває, зокрема, тоді, коли лікар складає анамнез та вислуховує розповідь пацієнта про всі його минулі та теперішні проблеми зі здоров'ям. Дискретний дискурс передбачає також наявність пауз, до того ж регулює їх зазвичай лікар: наприклад, при вислуховуванні ритмів серця, при вимірювання артеріального тиску тощо.

Недискретний медичний дискурс – це діалоги лікарів на професійні теми, безпосередньо пов'язані із поточними проблемами лікувального процесу. Тому визначальною ознакою цього типу дискурсу є те, що він діє між представниками однієї мовленнєвої категорії, об'єднаної за ознакою професійної приналежності.

Мовою представників недискретного (суцільного) фахового дискурсу є так звана «ідеальна» професійна мова, але не з огляду на її відповідність літературній нормі, а з огляду на фахову зорієнтованість її представників. Ми поділяємо думку професора О.Б.Сиротиніної, яка вважає, що під ідеальним професійним мовленням варто розуміти мовлення на професійну тематику під час спілкування фахівця з фахівцем, тоді як при спілкуванні на ту чи іншу професійну тему фахівців і нефахівців перед нами постає своєрідний «знижений» варіант професійного мовлення [7, с.105]. Тобто йдеться вже про дискретний фаховий дискурс.

Домінанта недискретного (суцільного) дискурсу у діалогах фахівців визначає такі його основні параметри: а) однорідність (неперервність, суцільність) міжособистісного спілкування в професійній сфері, учасниками якого є виключно фахівці; б) володіння відповідним понятійно-категоріальним апаратом та специфічною системою термінів; в) фахова зумовленість тематичного репертуару; г) колегіальність як визначальний чинник у процесі комунікативної взаємодії; д) симетричний характер спілкування у разі рівноправності партнерів (лікарі-колеги) та асиметричний характер спілкування у разі нерівноправності статусних ознак (лікар-керівник – лікар-підлеглий); е) наявність інтрапрофесійного складника в мовленні лікаря.

Обов'язковою умовою функціонування недискретного (суцільного) дискурсу є наявність колективу фахівців, що спільно реалізують програму, на яку зорієнтована їхня діяльність, у системі певних правил і процедур.

Саме це визначає стереотипи комунікативної поведінки, вербальних інструментів, що забезпечують узгодженість дій учасників комунікації та механізми зворотного зв'язку.

Інтрапрофесійний складник мовлення лікаря реалізується в межах певної соціально-професійної спільноти. У професійній сфері спілкування медик-фахівець використовує професійну мову, в якій виділяють підмову медицини та професійну розмовну мову.

Підмова медицини вирізняється точністю, ясністю, логічністю, компресією. Термінологія підмови медицини може бути загальнонаукова та загальноповсякденна. Професійна розмовна мова складається насамперед із нечітко визначених професійних слів та жаргонізмів і слугує переважно для повсякденного спілкування людей, що працюють у певній сфері. Поява професіоналізмів зумовлена внутрішньо лінгвістичними чинниками (прагнення назвати предмет, процес, явище більш стисло, ніж в термінологічній мові: фармакологія – фарма, медико-профілактичний – медпроф, гістологія – гіста) та екстралінгвістичними чинниками (ситуація спілкування, психологічний клімат, сила традиції в професіональному колективі, соціальні характеристики мовців тощо).

Наявність у дискурсі лікаря інтерпрофесійного та інтрапрофесійного складника, що є одним із критеріїв його поділу на дискретний та недискретний типи, зумовлює специфіку мовленнєвої діяльності лікаря, підґрунтям якої є фахова та комунікативна компетентність.

Кожен учасник недискретного фахового дискурсу завжди виступає як представник певної ієрархічної ланки в структурі комунікативної взаємодії, що зумовлено виконанням усталених службово-професійних прав та обов'язків. Ієрархічне спілкування – це взаємодія суб'єктів на рівні ієрархічних позицій та діяльнісних ролей, за якими закріплені певний конвенційний та комунікативний тип мовної поведінки.

Ефективність ієрархічного спілкування залежить від уміння комунікантів підтримувати потрібну комунікативну дистанцію, адекватно реагувати на зміну тональності спілкування, розвивати ту чи іншу тему бесіди, користуючись загальноприйнятими комунікативними формулами й ходами, будувати тексти в різноманітних ситуаціях організаційної взаємодії, а також правильно використовувати низки вербальних та невербальних засобів.

У медичному недискретному дискурсі визначальними є два основних типи стосунків: 1) лікар – лікар; 2) лікар-керівник – лікар-підлеглий.

Комунікативні моделі недискретного медичного дискурсу вирізняються тим, що домінантою їх функціонування є статусна зумовленість. Так, для недискретного фахового медичного дискурсу, що функціонує у контексті взаємодії «лікар – лікар», визначальними критеріями є: етикетні форми корпоративного медичного спілкування; службові інструкції професійної комунікації; конструктивна критика дій колеги; професійна компетентність одного з лікарів як визначальний чинник комунікативної ініціативи; дотримання конвенційних норм колегіальності й професійної взаємовиручки.

Стереотипи комунікативної поведінки учасників недискретного медичного дискурсу у контексті взаємостосунків «лікар-керівник – лікар-підлеглий» передбачають наявність таких ознак: категоричні та некатегоричні директиви як ознака мовлення керівника; самопозиціонування та посадове дистанціювання;

заперечення почутої інформації як професійно не досконалої; комунікативна ініціатива як статусно приналежна данність.

Визначальною ознакою недискретного інституційного медичного є динамізм, що зумовлює необхідність постійної зміни лікарем стратегій і тактик у процесі спілкування з колегами-фахівцями залежно від ситуації (операція, сумісний огляд, «п'ятихвилинка», звіт, чергування, обхід, розбір операції тощо) та характеру комунікативної настанови.

У межах недискретного дискурсу професійний статус знаходить своє вираження в семантиці, синтаксисі та прагматиці, в межах усіх комунікативних та граматичних категорій. Ці особливості виявляють себе відповідно до соціально-рольових очікувань партнера по комунікації.

Отже, основними класифікаційними чинниками фахового медичного дискурсу є його дискретність / недискретність. Кожен тип, що формує структуру медичного інституційного дискурсу, реалізується за певних обставин. Для дискретного дискурсу такими обставини є насамперед етапи комунікативної взаємодії лікаря з пацієнтом. Для недискретного – комунікативні ситуації, які виникають у процесі фахового спілкування лікарів.

Список літератури

1. Борботько В. Г. Принципы формирования дискурса: Уч. пос. по спецкурсу для студ. лингвистических факультетов. – Сочи, 1999. – 92 с.
2. Ван Дейк Т.А., Кинч В. Стратегии понимания связного текста // Новое в зарубежной лингвистике. Вып. 23. Когнитивные аспекты языка. – М.:Прогресс, 1988. – С. 153-211.
3. Водак Р. Язык. Дискурс. Политика // Пер. с англ. и нем.; ВГПУ. – Волгоград: Перемена, 1997. – 139 с.
4. Карасик В.И. О категориях дискурса // Языковая личность: социолингвистические и эмотивные аспекты: Сб. науч. тр. / ВГПУ; СГУ. - Волгоград: Перемена, 1998. – С. 185 – 197.
5. Карасик В.И. Структура институционального дискурса // Проблемы речевой коммуникации. Саратов: Изд-во Сарат. ун-та, 2000. – С.25-33.
6. Мусохранова М.Б. Интерпрофессиональная и интрапрофессиональная составляющие профессиональной речи врача // Межкультурная коммуникация. – Омск: Омск. гос. ун-т, 2002. – С. 57 – 59.
7. Сиротинина О.Б. Тексты, текстоиды, дискурсы в зоне разговорной речи // «Человек – текст – культура».– Екатеринбург, 1994. – С.105-124.
8. Фуко М. Археология знания. – К.: Ника-Центр, 1996. – 208 с.
9. Хабермас Ю. Политические работы. – М.: Практис, 2005. – 368 с.
10. Gumperz J. J. Discourse Strategies. – Cambridge: Camb. Univ. Press, 1982. – 225 p.

References

1. Borbot'ko V. G. Printsipy formirovaniya diskursa: Uch. pos. po spetskursu dlya stud. lingvisticheskikh fakul'tetov. – Sochi, 1999. – 92 s.
2. Van Dejk T.A., Kinch V. Strategii ponimaniya svyaznogo teksta // Novoe v zarubezhnoj lingvistike. Vyp. 23. Kognitivnye aspekty yazyka. – M.:Progress, 1988. – S. 153-211.

3. Vodak R. YAzyk. Diskurs. Politika // Per. s angl. i nem.; VGPU. – Volgograd: Peremena, 1997. – 139 s.
4. Karasik V.I. O kategoriyakh diskursa // YAzykovaya lichnost': sotsiolingvisticheskie i ehmotivnye aspekty: Sb. nauch. tr. / VGPU; SGU. - Volgograd: Peremena, 1998. – S. 185 – 197.
5. Karasik V.I. Struktura institutsional'nogo diskursa // Problemy rechevoj kommunikatsii. Saratov: Izd-vo Sarat. un-ta, 2000. – S.25-33.
6. Musokhranova M.B. Interprofessional'naya i intraprofessional'naya sostavlyayushhie professional'noj rechi vracha // Mezhkul'turnaya kommunikatsiya. – Omsk: Omsk. gos. un-t, 2002. – S. 57 – 59.
7. Sirotinina O.B. Teksty, tekstoidy, diskursy v zone razgovornoj rechi // «Chelovek – tekst – kul'tura».– Ekaterinburg, 1994. – S.105-124.
8. Fuko M. Arkheologiya znaniya. – K.: Nika-TSentr, 1996. – 208 s.
9. Khabermas Yu. Politicheskie raboty. – M.: Praksis, 2005. – 368 s.
10. Gumperz J. J. Discourse Strategies. – Cambridge: Camb. Univ. Press, 1982. – 225 p.

Анотация. В статье исследованы основные факторы, формирующие медицинский дискурс как институциональный. Предложен новый подход к выделению и квалификации институциональных типов дискурса - дискретного, на котором основывается общение врача с пациентом, и недискретного, что используется в профессиональной коммуникации врача с коллегами. Охарактеризованы особенности дискретного медицинского дискурса в диалогах врач - пациент. Выявлена специфика недискретного типа медицинского дискурса в диалогах врач - врач. Обоснованно характер зависимости недискретного дискурса от закономерностей его формирования в условиях отношений равноправия или подчиненности коммуникантов. Охарактеризованы социально-ролевые, коммуникативные и структурно-семантические особенности дискурса врача.

Ключевые слова: медицинский дискурс, институциональный дискурс, коммуникативный, профессиональный, классификация, параметры, ситуативный, ролевой, дискретный / недискретный.

Abstract. The article examines the main factors shaping the medical discourse as an institutional. A new approach to the allocation and classification of constitutional types of discourse - a discrete, which is based on communication with the patient's physician, and non-discrete, that is used in a professional doctor's communication with colleagues. Author determined features of discrete medical discourse in dialogue doctor – patient. The specificity of non-descrete medical discourse is characterized in dialogue doctor – doctor. Proved the dependence of non-descrete discourse on regularities of its formation in conditions of equality or subordination relations communicants. Author We characterize the socio-role, communication and structural-semantic features of a doctor discourse.

Key words: medical discourse, institutional discourse, communicative, professional classification, parameters, situational role, discrete / non-descrete.