

ФИЛОЛОГИЯ И ЛИНГВИСТИКА

Невзорова Мария Сергеевна

аспирант

ФГАОУ ВПО «Волгоградский государственный университет»

г. Волгоград, Волгоградская область

ДИАГНОСТИРУЮЩАЯ СТРАТЕГИЯ И ТАКТИКИ ЕЕ РЕАЛИЗАЦИИ

Аннотация: в данной статье автором рассматривается реализация диагностической стратегии и тактик в профессиональном общении медицинского персонала при обсуждении клинического случая (на материале английского языка).

Ключевые слова: медицинский дискурс, коммуникативное поведение, профессиональное общение, коммуникативные стратегии, коммуникативные тактики.

В фокусе современных исследований медицинского дискурса преимущественно находятся стратегии и тактики, реализуемые врачом в устном общении с пациентом, средства их вербальной репрезентации, а также их прагматический эффект [2; 4; 6]. В ситуации общения коммуникативной диады «врач – пациент» врач занимает доминирующую позицию, обладая более высоким коммуникативным статусом, поэтому такое общение является неравностатусным. Однако врачи и медицинский персонал лечебных учреждений общаются не только с пациентами, но и между собой и реализуют свои коммуникативные цели. При таком общении коммуникантов объединяет общность социального (в том числе и профессионального) и коммуникативного статусов. Данное обстоятельство создает необходимые предпосылки для того, чтобы интенция (намерение) говорящего, которая посредством высказывания доходит до адресата, могла быть правильно интерпретирована (в соответствии с интенцией говорящего) [7, с. 74].

От успешности такого профессионального общения зависит результативность их работы, поскольку пациентом занимается не один врач, а целая команда

специалистов. В противовес общению между врачом и пациентом все случаи коммуникации, в которых участвуют медицинские работники, будут считаться нами равностатусными. Общность их статуса определяется тем, что все они имеют медицинское образование, выполняют сходные институциональные функции, обладают одинаковым тезаурусным фондом (знакомы с медицинской терминологией, с профессионализмами, а также жаргоном, сленгом, речевыми клише).

Главная цель врача – вылечить пациента не может быть осуществлена без постановки диагноза. В общении врачей между собой при обсуждении клинического случая и постановке диагноза реализуется глобальная коммуникативная стратегия, которую мы определяем как диагностирующую. Целью нашего исследования стало выявление специфики диагностической стратегии в коммуникативном поведении равностатусных субъектов. Предметом исследования являются способы реализации диагностирующей стратегии. Объектом исследования выступает речевое поведение врачей.

В своем исследовании мы опирались на понимание стратегии как комплексного речевого воздействия, обусловленного определенной целью высказывания и реализуемого посредством различных речевых тактик [5, с. 100]. Под тактикой мы понимаем речевые действия, направленные на решение частных задач в рамках одной стратегии. Тактика может быть вербализована различными коммуникативными ходами [4, с. 165]. В качестве метода исследования использовался контекстуальный анализ, который позволил выделить диагностическую стратегию и тактики, а также установить те речевые действия, посредством которых они были реализованы. Материалом для нашего исследования стали 13 фрагментов диалогов между врачами (из англоязычного сериала «Доктор Хаус»), отобранных методом сплошной выборки.

В ходе исследования мы пришли к выводу, что общение медицинского персонала представляет собой симметричную коммуникацию. Прежде чем начать лечение, врач должен точно определить причину болезни. От того, насколько правильно поставлен диагноз, зависит эффективность лечения. В рамках данного

исследования мы рассмотрели обсуждение клинического случая целой командой специалистов.

С функциональной точки зрения, в медицинском дискурсе выделяются 2 типа стратегий: основные и вспомогательные [1; 2; 4–6]. Действие основных стратегий направлено на воздействие на картину мира с целью ее изменения. Вспомогательные стратегии повышают эффективность речевого взаимодействия. В проанализированном нами материале наиболее широко была представлена стратегия, обозначенная нами как диагностирующая. В ее основе лежит глобальная цель, реализуемая врачом в медицинском дискурсе – получение информации о возможных причинах заболевания пациента и постановка диагноза для осуществления эффективного лечения. В обсуждении клинического случая участвует группа медицинских специалистов, созданная специально для лечения тяжелых случаев. Им хорошо известна история болезни пациента, они принимают участие в проведении клинических анализов. Таким образом, этот коллектив врачей обладает общими фоновыми знаниями, позволяющими правильно интерпретировать высказывания друг друга.

Нами также были рассмотрены речевые действия (коммуникативные ходы), посредством которых данная стратегия была реализована. Они были сгруппированы в рамках следующих речевых тактик. Получение информации предполагает использование тактики запроса информации, а постановка диагноза осуществляется посредством тактики аргументации. Обсуждение клинического случая происходит в форме «мозгового штурма», в процессе которого каждый из участников высказывает свою точку зрения, опираясь на факты. Однако при проведении дополнительных лабораторных исследований врачам открываются новые данные о состоянии пациента, что требует немедленной корректировки диагноза и назначенного лечения. В силу того, что в данной ситуации действует не один врач, а целый коллектив, коммуникант (К.1), получивший новое знание, предоставляет неизвестную информацию посредством тактики аргументации, а адресат (К.2), в свою очередь, реализует тактику выражения сомнения.

К.1.: We should stop the antibiotics.

K.2.: It's too soon to say they're not having an effect.

K.1.: They're having an effect. His B.P. 's falling fast. There's fluid filling his lungs. His creatinine is rising. His kidneys are shutting down. Our treatment isn't making him better. It's killing him.

Высказывания в рамках тактики аргументации построены на приемах параллельных конструкций и градации. Коммуникант начинает свое первое высказывание с логического следствия. Затем, отвечая на реплику второго коммуниканта, он как бы начинает обратный отсчет и приводит аргументы, которые позволяют ему прийти к выводу о необходимости отмены антибиотиков. Одинаковое построение соседних предложений акцентирует внимание слушающего на смысле, заключенном в параллельных конструкциях. При этом структурно реплики организованы таким образом, что самый важный в смысловом отношении и эмоционально нагруженный компонент стоит в самом конце высказывания (прием градации).

Речевое поведение врачей может варьироваться в зависимости от ситуации, так как коммуникативная задача может иметь несколько способов решения. Участники диалога при обсуждении клинического случая корректируют свое речевое поведение посредством различных коммуникативных ходов, оставаясь в рамках единой сверхзадачи – поставить конкретный диагноз. Диагностирующая стратегия является результатом совместной деятельности врачей, тем не менее, в конкретном коллективе выделяется один коммуникативный лидер, чье доминирование основано на более высоком профессиональном статусе (большой опыт работы, профессиональное мастерство). Такой лидер берет на себя функцию организации общения. Поскольку процесс регулирования ведения диалога осуществляется в рамках глобальной коммуникативной стратегии диагностировать заболевание и назначить адекватное лечение, мы рассматриваем диалогический контроль как тип речевых тактик.

Вслед за О.С. Иссерс, мы выделили тактики перераспределения инициативы и тактики завершения разговора. Перераспределение инициативы может быть выполнено за счет усилий говорящего или слушающего, а также вопреки или по

воле партнера. Таким образом, перераспределение инициативы реализуется коммуникативными ходами «передача инициативы», «навязывание инициативы», «взятие инициативы», «перехват инициативы». Рассмотрим пример:

K.1: So we had five symptoms that didn't add up to anything; now we've got six. Who is excited?

K.2: I don't think it complicates things. The kidney failure was caused by the antibiotics.

K.1: Maybe.

K.2: Typically, low blood pressure and abdominal pain means an infection. Abdominal infection causes sepsis, causes low blood pressure.

K.3: Except we checked for abdominal infections.

K.2: I know. But what if it's the other way around. What if the low blood pressure is causing the abdominal pain?

В данной ситуации первый коммуникант, владеющий инициативой, добровольно передает ее. Коммуникативный ход «передача инициативы» осуществляется в форме вопроса, призывающего к взятию инициативы. Переход инициативы происходит не вопреки намерению партнера и усилиями первого коммуниканта. После этого инициатива остается у второго коммуниканта, при этом первый коммуникант как ведомый поощряет ведущего посредством использования минимального сигнала обратной связи «May be». Инициатива сохраняется за вторым коммуникантом не вопреки намерению партнера. Однако третий коммуникант пытается перехватить инициативу вопреки воле говорящего с целью выразить сомнение и, используя прошедшее время глагола, отмечает, что этот факт был известен до начала разговора. Второй коммуникант удерживает инициативу благодаря своим собственным усилиям: в ответной реплике говорящий с помощью приема частичного согласия возвращает инициативу. Он признает правомерность высказанного замечания, но при этом высказывает свою точку зрения, призывая взглянуть на ситуацию с другой стороны.

Обсуждение клинического случая организуется как полемика, в которой участвуют коммуниканты, высказывающие различные точки зрения, и арбитр,

регламентирующий ход диалога. Он задает тему обсуждения, решает, кому передать инициативу, а также реализует право на завершение разговора. Например,

K.1: C.B.C. was unremarkable. Abdominal CT scan didn't show anything. Okay, people, differential diagnosis. What's wrong with her?

K.2:...Him.

K.1: Him. Her. Does it matter? Does someone think it's a testicular problem?

(no answer)

K1.: No. So, Chase?

K.3:...Yersinia infection.

K.4: No, you wouldn't get the rash or cough. What about arthritis? Accompanying vasculitis causes nerve damage.

K.2: No, It wouldn't cause the blood pressure problems. Allergy?

K.3: No. The kid's got abdominal pain. Maybe carcinoid.

K.4: No, But you wouldn't get the...

K.1: Foreman, If you're going to list all the conditions it's not, - it might be quicker to do it alphabetically. Let's see, now. Absidia. Excellent; doesn't account for any of the symptoms. What say we turn our focus to the things this could be? Hmmm.

Первый коммуникант, выступая в роли коммуникативного лидера, характеризует состояние пациента и задает вопрос, призывая к обсуждению других участников. Тактика перераспределения инициативы реализуется с помощью коммуникативного хода «передача инициативы» по воли говорящего, однако другие коммуниканты не проявляют готовности к принятию инициативы. Поэтому коммуникативный лидер реализует указанную тактику посредством другого коммуникативного хода «навязывание инициативы». Приемом словесного выражения в данном случае становится прямое обращение к участнику диалога. После включения в диалог третьего коммуниканта полемика строится по схеме тезис – отрицание тезиса – контраргумент – новый тезис, пока коммуникативный лидер не перехватывает инициативу вопреки воле собеседника. При этом он также использует прием прямого обращения к говорящему.

Рассмотрим другой пример:

K.1: No condition accounts for all these symptoms.

K.2: Good, because I thought maybe he was sick, but apparently he's not. Who wants to do up the discharge papers?

(Молчание)

Okay, unless we get the blood pressure under control, he's gonna start circling the drain before we figure out what's wrong with him. Treat him for sepsis, broad spectrum antibiotics; and I want a Cort-stim test and an echocardiogram.

В ходе обсуждения коммуниканты заходят в тупик в своих предположениях, так как ни одно состояние не может объяснить имеющиеся у пациента симптомы. Коммуникативный лидер (K.2) перехватывает инициативу, применяя провокационный прием, требующий от собеседников критичности мышления. Он высказывает предположение, что пациент здоров, которое не является истинным в данной ситуации. Его следующий коммуникативный прием «псевдопередачи инициативы», выраженный репликой «*Who wants to do up the discharge papers?*», основан на иронии. Собеседники понимают это и не пытаются перехватить инициативу. Коммуникативный лидер как более опытный в профессиональном плане подводит итог всему диалогу. Он дает назначения относительно лечения пациента в форме императива, а также косвенно просит провести лабораторные исследования. Данная реплика не предполагает дальнейшего развертывания, поэтому диалог можно считать завершенным.

Анализ средств вербальной репрезентации диагностирующей стратегии и ее тактик позволил нам сделать вывод о том, что в отличие от неравностатусной коммуникации «врач-пациент», в которой стратегическое планирование осуществляется исключительно врачом, особенностью использования тактик при равностатусном общении является совместное конструирование его участниками реализующих их речевых ходов.

В проанализированном корпусе примеров нами выявлена диагностирующая стратегия, реализованная тактиками запроса информации, аргументации. Осо-

бенностью функционирования данной стратегии в равностатусном общении является ее совместная реализация субъектами коммуникации. Нами определена специфика вербальной репрезентации отдельных тактик. Для тактики запроса информации характерно использование квеситивов. Тактика аргументации репрезентируется экспозиторными формами пояснения и уточнения. Нами также установлено, что процесс регулирования ведения диалога осуществляется посредством тактики перераспределения инициативы и тактики завершения разговора.

Список литературы

1. Акаева Э.В. Коммуникативные стратегии профессионального медицинского дискурса: Автореф. дис. ... канд. филол. наук. – Омск, 2007. – 20 с.
2. Барсукова М.И. Медицинский дискурс: стратегии и тактики речевого поведения врача: Дис. ... канд. филол. наук. – Саратов, 2007. – 141 с.
3. Дейк Т.А. Ван. Стратегии понимания связного текста // Новое в зарубежной лингвистике. – М.: Прогресс, 1988. – Вып. XXIII: Когнитивные аспекты языка. – С. 153–211.
4. Жура В.В. Дискурсивная компетенция врача в устном медицинском общении. – Волгоград: Изд-во ВолГМУ, 2008. – 376 с.
5. Иссерс О.С. Коммуникативные стратегии и тактики русской речи. – М.: Изд-во ЛКИ, 2008. – 288с.
6. Сидорова Н.Ю. Коммуникативное поведение неравностатусных субъектов медицинского дискурса: Дис. ... канд. филол. наук. – Волгоград, 2008 – 177 с.
7. Шамне, Н.Л. Межкультурная и транскультурная коммуникация: к определению понятий / Н.Л. Шамне // Вестник ВолГУ. – 2003–2004. – Серия 2. – Вып. 3. – С. 73–80.