

Виноградова Елена Владиславовна, Бандурист Ирина Сергеевна

ОСОБЕННОСТИ ДИСКУРСИВНОЙ СЕМАНТИКИ В КОММУНИКАЦИИ "ВРАЧ-ПАЦИЕНТ"

В статье рассматривается вопрос влияния семантической компоненты профессиональной медицинской лексики на восприятие пациентом клинической ситуации в ходе интеракции "врач-пациент". На примере диагноза "Синдром дефицита внимания с гиперактивностью" (СДВГ) авторы демонстрируют, как расхождение в дискурсах собеседников может привести к снижению комплаенса.

Адрес статьи: www.gramota.net/materials/2/2015/3-2/12.html

Источник

Филологические науки. Вопросы теории и практики

Тамбов: Грамота, 2015. № 3 (45): в 3-х ч. Ч. II. С. 51-54. ISSN 1997-2911.

Адрес журнала: www.gramota.net/editions/2.html

Содержание данного номера журнала: www.gramota.net/materials/2/2015/3-2/

© 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: phil@gramota.net

Так, можно предположить, что кроме общих , + \bar{t} , - \bar{t} или , ° \bar{t} в случае семантизации ФЕ по модели (1) будет наблюдаться вероятная аддитивная интровертность суждения (скрытое индивидуальное мнение наедине с собой), прописываемая в семном наборе устойчивого сочетания. Для модели (3) с полной противоположностью следует аддитивная экстравертность суждения (открытое коллективное мнение, формируемое в присутствии многих людей). Для модели (2) очевидной станет аддитивная амбивертность семантики ФЕ (Я и мой собеседник – одновременный учет индивидуального и узкоколлективного мнения). Отсюда и другая добавочная семантическая закономерность: чем больше количество участников (фактических/умозрительных) коммуникации, тем выше степень объективного отношения к предмету речи, кроющемуся в семантизации фразеологизма, и наоборот.

Как видно, эмпирический или аксиологический взгляд на ситуацию общения в минимальном (по сравнению с собственно языковым знанием), но достаточном для понимания объема может декодировать информацию, дополнительно закладываемую во фразеологизм в ходе речевых актов.

Список литературы

1. **Вяземский П. А.** Эстетика и литературная критика. М.: Искусство, 1984. 462 с.
2. **Ковшова М. Л.** Лингвокультурологический метод во фразеологии: коды культуры. М.: Либроком, 2013. 456 с.
3. **Структурно-грамматические свойства русских фразеологизмов:** коллективная монография / под рук. проф. А. М. Чепасовой. Челябинск: ЧГПУ, 2002. 263 с.
4. **Фразеологический словарь русского языка.** СПб.: Виктория плюс, 2003. 608 с.
5. **Щеглова Н. В.** Приемы воздействия на собеседника посредством фразеологических единиц // Филологические науки: вопросы теории и практики. Тамбов: Грамота, 2014. № 7 (37): в 2-х ч. Ч. 2. С. 214-217.

SEMANTIZATION OF THE PHRASEOLOGICAL UNIT IN CONTEXTUAL VISION (LINGUODIDACTIC VIEW)

Vasilenko Anatolii Petrovich, Doctor in Philology
Bryansk State University named after Academician I. G. Petrovsky
a.p.vasilenko@mail.ru

In the article the author considers the ways of realization of the additive (additional) meaning of phraseological units which are formed on the basis of the speech situation involving one or more communicants. Additional meaning as a variant of the phraseological unit semantization has no significant influence on the common denotation of the unit, but sometimes can replace it, thereby transferring the main idea of the phraseological unit already within the context.

Key words and phrases: phraseological unit; participant of communication; speech situation; meaning of phraseological unit; semantization; evaluation of speech situation.

УДК 614.253

Филологические науки

В статье рассматривается вопрос влияния семантической компоненты профессиональной медицинской лексики на восприятие пациентом клинической ситуации в ходе интеракции «врач-пациент». На примере диагноза «Синдром дефицита внимания с гиперактивностью» (СДВГ) авторы демонстрируют, как расхождение в дискурсах собеседников может привести к снижению комплаенса.

Ключевые слова и фразы: комплаенс; клиническая терминология; асимметричность отношений; дискурсивная семантика; медицинский дискурс; синдром дефицита внимания; проблемы коммуникации , врач – пациент \bar{t} .

Виноградова Елена Владиславовна, к. филол. н., доцент
Бандурист Ирина Сергеевна
Тверская государственная медицинская академия
lenavin@mail.ru; iragask@mail.ru

ОСОБЕННОСТИ ДИСКУРСИВНОЙ СЕМАНТИКИ В КОММУНИКАЦИИ «ВРАЧ-ПАЦИЕНТ»[©]

Установление доверительных отношений между врачом и пациентом, достигаемое использованием в интеракции определенных психологических и лингвистических тактик, имеет большое значение и для хода лечения. Наличие коммуникативного барьера между лечащим врачом и пациентом может сказаться на конструктивности и эффективности их сотрудничества и привести к несоблюдению пациентом врачебных предписаний. В рамках систематического исследования проблемы несоблюдения пациентами рекомендаций врача в медицинском сообществе сформировалось понятие , комплаенс \bar{t} , которое стало трактоваться как готовность пациента активно включаться в процесс лечения, вступая в сотрудничество с медперсоналом. Являясь по сути сложным психологическим конструктом, комплаенс определяется не только совокупностью

индивидуальных характеристик пациента. Степень комплаенса зависит и от мотивирующих воздействий лечащего врача, включая его коммуникативные компетенции [11; 12].

Последний фактор складывается из умения врача использовать в беседе с каждым конкретным пациентом речевые модели, клише, профессиональную лексику сообразно цели беседы (постановка диагноза, информирование, консультирование), клинической ситуации, отрасли медицины, в которой оказывается помощь.

В рамках одной статьи не представляется возможным остановиться на всех лингвистических моментах институционально обусловленной специфики медицинского дискурса. Рассмотрим лишь отдельные примеры использования профессиональной лексики с семантическим потенциалом, допускающим неоднозначную трактовку медицинского термина, и как следствие, снижение комплаенса.

Вопрос использования профессиональной лексики и ее значение в установлении коммуникации между лечащим врачом и пациентом невозможно вычленивать из общей структуры отношений врач-пациент. Априори беседа врач-пациент не может протекать в полном предметном и интерактивном равенстве, поскольку обращение за помощью пациента диктует собеседникам заданную коммуникативную направленность: выяснение жалоб, с которыми обращается человек. Факт обращения за помощью к специалисту изначально предполагает установку асимметричности отношений между собеседниками, один из которых выступает в качестве ведущей экспертной, а другой – в качестве ведомой стороны. Весь характер ведения врачебной беседы, начиная с первых и заканчивая последними фразами, очередность и ритм обмена репликами, прерогатива врача в прерывании и изменении хода разговора дополнительно подчеркивают институционально сложившуюся асимметричность дискурса врач-пациент [5].

Поскольку тип и особенности коммуникативных отношений, выстраиваемых врачом (степень симметричности или дифференциальности), сказываются на восприятии пациентом медицинской ситуации, следует по возможности стремиться устранять барьеры, мешающие установлению взаимопонимания в рассматриваемой интеракции. Одним из таких барьеров является использование врачом в разговоре с пациентом профессионального языка медицины [6].

Что следует понимать под профессиональным языком в медицинском контексте? Медицинский профессиональный язык может рассматриваться как феномен, интегрированный в общенациональный язык и характеризующийся обширным пластом терминологической лексики, специфической стилистикой устной и письменной речи, устойчивостью речевых оборотов и клише, применяемых в различных профессиональных речевых ситуациях. Особенностью подязыка медицины является то, что он используется не только для общения коллег в рамках профессионального сообщества, но и в беседах с представителями смежных дисциплин, а также с пациентами-дилетантами. Последнее обстоятельство требует определенной дифференциации.

В основе медицинского профессионального языка лежит медицинская терминология, прошедшая путь формирования от греческих основ через латинский язык к средневековой латыни. Достоинство используемой в современном языке медицины греческой и латинской терминологии заключается в сочетании краткости, однозначности и терминологической четкости, экономичности и высокой информативности. В силу того, что термины сформированы на базе так называемых мертвых языков, им присуща высокая степень семантической стабильности и минимум ассоциативных связей.

Функциональные преимущества отточенного веками и практикой терминологического пласта профессионального медицинского языка обеспечивают его беспрепятственное использование в профессиональной межязыковой коммуникации и обмене научными достижениями. Однако моменты, определяющие неоспоримое достоинство медицинской терминологии в среде профессионального экспертного общения, воздвигают коммуникативные барьеры между врачом и пациентом, мешают установлению взаимопонимания и расположения пациента к врачу.

Проведенные нами опросы информантов с высоким образовательным статусом подтверждают данный факт и позволяют заключить, что используемые врачами в ходе беседы и не разъясняемые пациенту медицинские термины вызывают у пациента чувство неуверенности, опасения, тревоги, неудовлетворенности, подавляют его и влияют на настроение и адекватную оценку ситуации. Во многих случаях это объясняется не только общей институциональной спецификой медицинской сферы, но и семантическими нюансами профессиональной лексики.

Поставленный нами ассоциативный эксперимент продемонстрировал, что пациентам с установившейся системой представлений, основанных на личном житейском и культурном опыте, трудно воспринять термин онкология кроме как в значении злокачественность, рак, обреченность, хотя обозначаемая данным термином отрасль медицины занимается изучением и лечением любых форм новообразований (ὄγκος др.-греч. – вздутие, припухлость).

Термин арахноидит (серозное воспаление паутинной оболочки головного или спинного мозга) воспринимается информантами старшей возрастной группы с оценкой + и ассоциируется с заболеванием, сопровождаемым головными болями и головокружением. Используемый для обозначения той же клинической картины синонимичный термин серозный менингит связывается с неблагоприятным исходом. Восприятие со знаком – объяснимо тем, что как в клинической практике, так и в обиходной среде под термином менингит (μῆνιγτις др. греч. – мозговая оболочка) обычно подразумевается воспаление мягкой мозговой оболочки, тяжело протекающее инфекционное заболевание, приводящее при несвоевременном и неадекватном лечении к тяжелым осложнениям.

Следующим наглядным примером влияния ассоциативной семантики на восприятие медицинского термина, и как следствие этого, неверной трактовки характера заболевания, может служить диагноз РС – рассеянный склероз. Хотя в проведенном нами ассоциативном эксперименте большинство информантов с высоким

образовательным статусом правильно отнесли данный диагноз к сфере неврологии, они не смогли выйти из ассоциативного поля, склероз – нарушение памяти в старческом возрасте. Определение, рассеянный лишь усилило ассоциативную связь. На самом деле в термине, РСГ компонент, склероз» – означает, рубец (sclerosis – лат.), а определение, рассеянный – multiple указывает на множественность процесса, на его распространение (рассеивание) по всей центральной нервной системе без определенной локализации.

Поскольку, дискурс – это речь, погруженная в жизнь» [1], успешность его реализации зависит от множества экстралингвистических факторов. Одной своей стороной дискурс обращен к прагматической ситуации, которая привлекается для определения связности дискурса, его коммуникативной адекватности, для его интерпретации. Жизненный контекст дискурса моделируется в форме, фреймов (типовые ситуации) или, сценариев, делающих акцент на развитии ситуаций. Другой своей стороной дискурс обращен к ментальным процессам участников коммуникации [Там же]. Как точно заметил французский семиолог и философ Р. Барт, «наша культура ... зиждется на разделении двух видов языковой деятельности: с одной стороны, это слушание, или же деятельность понимания, общая для всей нации, а с другой стороны ... язык желания, и он-то разделен [3, с. 519]. Следуя чему, даже «на уровне простейшего сообщения ... язык (дискурс) взрывается, дробится ... в дело вступает общество со своими структурами, и оно образует из языка поле брани» [2, с. 535-536].

Из сказанного следует, что успех коммуникации, врач – пациент вне зависимости от выбранной стратегии может быть достигнут при условии достаточного совпадения дискурсивных планов врача и пациента. Другими словами, чем больше будет площадь пересечения ментальных, социальных и языковых установок собеседников, тем результативнее будет акт коммуникации. В качестве одного из приемов увеличения площади взаимодействия дискурсов может быть максимальное внедрение врача как активной стороны коммуникации в дискурсивное поле пациента, в частности, с помощью корректного и адекватного выбора ситуации, профессиональной лексики и ее трактовки.

Яркой иллюстрацией использования профессиональной лексики, приводящей в силу семантической неоднозначности к сбою в коммуникации и, как следствие этого, снижению комплаенса, служит ситуация обсуждения врачом и собеседником (родителем пациента) диагноза, Синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ).

Согласно статистическим данным в России насчитывается детей с СДВГ 4-18%, в США – 4-20%, Великобритания – 1-3%, Италии – 3-10%, В Китае – 1-13%, в Австралии – 7-10%. Мальчиков среди них в 9 раз больше, чем девочек [8]. Поэтому обсуждение данного диагноза – явление распространенное. Однако в подавляющем большинстве случаев при первичной постановке диагноза диалог врача и пациента не складывается. Мониторинг интернет-форумов и многолетние личные наблюдения позволили авторам данной статьи сконструировать типичный диалог врача и пациента на тему СДВГ:

В.: У Вашего ребенка, Синдром дефицита внимания?...

П.: Что Вы такое говорите? Какой дефицит внимания? Ему что, внимания не хватает? Все у него есть, что ни попросит – получит... Бабушки-дедушки, все свободное время с ним проводим! Ерунда какая! Да избаловали его! Строже надо с ним!

Подобный эмоциональный всплеск со стороны пациента (родителя) делает дальнейший конструктивный обмен информацией невозможным. Следствием подобного неудачного коммуникативного акта становится снижение комплаенса, в результате чего 40% пациентов не соблюдают рекомендации врача [9]. Изначальная прагматическая установка коммуникативных намерений врача (сообщив диагноз, назначить лечение) не реализуется.

Представляется, что основная причина коммуникативного сбоя кроется в присутствии в озвучиваемом диагнозе (профессиональном термине) слова, дефицит, наделенного в дискурсивном поле пациента определенной, сформированной на основе жизненного опыта семантической коннотацией, повлиявшей на эмоционально-когнитивное восприятие термина.

В дискурсе пациента преобладают негативные коннотации оттенков значения слова, дефицит, связанные прежде всего с нехваткой материальных благ. Самые частотные ассоциации со словом, дефицит – недостаток, потребность в чем-либо: времени, продуктах. Треть из опрошенных нами в ходе ассоциативного эксперимента информантов назвала в качестве ассоциации слово, СССР, что характеризует социально-исторический аспект формирования негативных коннотаций. Носители культуры, которую с уверенностью можно определить как, советская, воспринимают дефицит не как следствие, а как причину неудовлетворительного существования (такие ассоциации как, нет продуктов, нет денег, плохо). Семантический компонент, нехватка, отсутствие, обделенность в слове, дефицит переносится на словосочетание, дефицит внимания, которое у большинства опрошенных приводит к ассоциации с одиночеством, заброшенностью, грустью. Таким образом, в дискурсе пациента интерпретация диагноза смещается в эмоционально-психологическую плоскость:

дефицит внимания → одиночество → ребенок предоставлен самому себе → поведенческие проблемы.

Подобная интерпретация влечет за собой негативную реакцию пациента, направленную либо на врача (Что вы такое говорите!), либо на себя (Я что, ему мало внимания уделяю?).

Значение понятия, дефицит внимания в дискурсе врача можно выявить, проанализировав описание синдрома в медицинских источниках [7; 8; 9]. СДВГ – это одна из форм проявления минимально-мозговой дисфункции (ММД), относящейся к категории функциональных нарушений, обратимых и нормализуемых по мере роста и созревания мозга [8]. В основе СДВГ лежит нарушение в коре и подкорковых структурах, что характеризуется триадой признаков: гиперактивность, дефицит внимания, импульсивность.

Дефицит внимания в дискурсе врача – это *неспособность удерживать внимание* (здесь и далее выделено авторами статьи) на чем-либо в течение определенного отрезка времени. Согласно DSM-IV–

Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders (Руководство по диагностике и статистике психических расстройств) [10], диагноз дефицита внимания может быть установлен при наличии по крайней мере шести из описанных ниже симптомов. Ребенок имеет дефицит внимания, если он: *не обращает внимания на детали* и допускает ошибки в работе; *с трудом поддерживает внимание в работе и игре*; не слушает то, что ему говорят; не в состоянии следовать инструкциям; имеет *сложности в выполнении заданий*, требующих *длительной концентрации внимания*; бывает забывчив [7].

Таким образом, исходя из основных семантических признаков, указанных в описании синдрома, в рамках дискурса врача уместнее говорить о функциональном *нарушении* внимания, как *следствии дефицита* определенных структур, влекущем за собой девиации различной интенсивности. В целом для дискурса врача само слово дефицит является нейтрально окрашенным и информирует о причинах нарушения внимания: **дефицит структур → ММД → нарушение внимания.**

Как видно из вышесказанного, при пересечении дискурсивных полей врача и пациента совпадение лексического значения термина отмечается лишь в точке семантического ядра (дефицит – недостаток), однако смыслообразующие концепты трактовки термина различны. Дискурсивные семантические расхождения в трактовке клинического понятия «дефицит внимания» приводят пациента к когнитивному диссонансу, делая коммуникацию неэффективной и, как следствие, ведущей к снижению комплаенса.

Чтобы избежать подобного результата, необходимо по мере возможности стремиться адаптировать профессиональную лексическую составляющую дискурса врача к собеседнику. При этом важно соблюсти два момента. Во-первых, сохранить общую институциональную стилистику для обозначения своего экспертного статуса, контролирующего ход болезни и отвечающего за лечение, с другой стороны – создать предпосылку для успешной коммуникации, разъясняя смысл названия диагноза.

Подводя итог сказанному, следует заключить, что профессиональная лексика представляет собой один из инструментов, помогающих врачу выстроить и направить отношения с пациентом в конструктивное русло оказания медицинской помощи. Ввиду наличия в рассматриваемом пласте лексики единиц с семантической и коннотационной нагрузкой, воспринимаемой пациентами со знаком «–», представляется необходимым направить исследования на обнаружение максимального числа подобных элементов с целью внесения корректив в риторическую стратегию врача.

Список литературы

1. Арутюнова Н. Д. Дискурс // Лингвистический энциклопедический словарь / гл. ред. В. Н. Ярцева. М.: Сов. энциклопедия, 1990. С. 136-137.
2. Барт Р. Война языков // Барт Р. Избранные работы: семиотика, поэтика. М.: Издательская группа «Прогресс», Универс, 1994. С. 535-540.
3. Барт Р. Разделение языков // Барт Р. Избранные работы: семиотика, поэтика. М.: Издательская группа «Прогресс», Универс, 1994. С. 519-534.
4. Бейлинсон Л. С. Медицинский дискурс // Языковая личность: институциональный и персональный дискурс. Волгоград, 2000. С. 103-117.
5. Виноградова Е. В. Особенности коммуникативной тактики в дискурсе «врач-пациент» // Языковой дискурс в социальной практике: сб. науч. трудов международной научно-практической конференции. Тверь: Тверской государственный университет, 2013. С. 35-39.
6. Виноградова Е. В., Масюков С. А. Модели и типы интеракции в медицинском дискурсе // Жанры и типы текста в медицинском дискурсе: сб. науч. трудов. Орел, 2013. С. 66-75.
7. Ковина Е. П. Синдром дефицита внимания и гиперактивности у детей младшего школьного возраста [Электронный ресурс]. URL: <http://forum.schoolpress.ru/article/0/1198> (дата обращения: 13.12.2014).
8. Куралина С. В. Синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) [Электронный ресурс]. URL: <http://centercp.ru/stati/8-klinicheskaya-psihologiya-i-psihoterapiya/134-sindrom-deficita-vnimaniya-i-giperaktivnosti-sdvg.html> (дата обращения: 13.12.2014).
9. Романчук О. Н. Синдром дефицита внимания и гиперактивности у детей. М.: Генезис, 2010. 366 с.
10. DSM-IV. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. IV. ed. [Электронный ресурс]. URL: <http://justines2010.blog.files.wordpress.com/2011/03/dsm-iv.pdf> (дата обращения 05.12.2014).
11. Hasford J. Zur Bedeutung der Compliance für die Öffentliche Gesundheit // Public Health und Gesundheitspsychologie: Konzepte, Methoden, Prävention, Versorgung, Politik. Bern: Huber, 1997. P. 360-370.
12. Petermann F., Mühlhig S. Grundlagen und Möglichkeiten der Compliance-Verbesserung // Compliance und Selbstmanagement. Göttingen: Hogrefe, 1998. S. 73-102.

FEATURES OF DISCOURSE SEMANTICS IN COMMUNICATION “DOCTOR-PATIENT”

Vinogradova Elena Vladislavovna, Ph. D. in Philology, Associate Professor

Bandurist Irina Sergeevna

Tver State Medical Academy

lenavin@mail.ru; iragask@mail.ru

The article considers the question of the impact of a semantic component of professional medical vocabulary on the perception of a clinical situation by the patient during interaction “doctor-patient”. By the example of the diagnosis of “Attention Deficit Hyperactivity Disorder” (ADHD), the authors show how the difference in the discourses of interlocutors may reduce the compliance.

Key words and phrases: compliance; clinical terminology; asymmetrical relationship; discourse semantics; medical discourse; attention deficit hyperactivity disorder; problems of communication “doctor – patient”.