

ГБОУ ВПО Тверской ГМУ Минздрава России

Медицинский дискурс: вопросы теории и практики

Материалы
4-й международной научно-практической
конференции

14 апреля 2016 г.

Под общей редакцией Е. В. Виноградовой



Тверь

Редакционно-издательский центр
Тверского государственного
медицинского университета

2016

УДК 614.253

ББК 51.1

М 422

Редакционная коллегия: Е. В. Виноградова, Н. Г. Гавриленко,
Т. С. Мясникова.

Рецензенты:

Н. Ф. Крюкова, д-р филол. наук, профессор, ФГБОУ ВО «Тверской
государственный университет»

С. И. Филиппченкова, д-р психол. наук, профессор кафедры пси-
хологии и философии, ФГБОУ ВО «Тверской государственный техни-
ческий университет».

Медицинский дискурс. Вопросы теории и практики [Текст] : ма-
М 422 териалы 4-й междунар. науч.-практ. конф., 14 апреля 2016 г. / Твер.
гос. мед. ун-т ; под общ. ред. Е. В. Виноградовой. — Тверь : Ред.-изд.
центр Твер. гос. мед. ун-та, 2016. — 190 с.

ISBN 978-5-8388-0156-2

В сборнике представлены материалы 4-й международной научно-
практической конференции по теоретическим, практическим и этичес-
ким проблемам коммуникации в медицинской сфере.

Для врачей, социолингвистов, психологов, специалистов в облас-
ти гуманитарного знания.

УДК 614.253

ББК 51.1

ISBN 978-5-8388-0156-2

© ГБОУ ВПО Тверской ГМУ Минздрава
России, 2016

© Оформление. Редакционно-издатель-
ский центр Тверского государственного
медицинского университета, 2016

Предисловие

14 апреля 2016 года в Тверском государственном медицинском университете состоялась 4-я международная научно-практическая конференция «Медицинский дискурс: вопросы теории и практики». Ставшая традиционной, конференция объединила ученых-единомышленников из нескольких стран (Российской Федерации, Республики Беларусь, Болгарии), представляющих разные школы и направления научно-теоретической и прикладной деятельности: философов, психологов, социологов, лингвистов и практикующих врачей.

Конференция была задумана в 2012 году как мероприятие по проблемам коммуникации в системе «врач — пациент», однако далеко вышла за эти рамки и освещает более широкий спектр теоретических и прикладных вопросов коммуникации в сфере медицины. Исследователей привлекает изучение вопросов равностатусной коммуникации в диаде «врач — врач», а также качеств, которые необходимо воспитывать у будущих специалистов медицинского профиля. В представленных работах рассматриваются взаимосвязь моральных и юридических аспектов в процессе осуществления медицинской деятельности, вопросы методики формирования навыков иноязычной коммуникации в области медицины. Анализируется широкий круг проблем интердискурсивности.

Работы, представленные в сборнике, отражают растущий интерес как опытных практикующих врачей, так и молодых специалистов и обучающихся (аспирантов и студентов) к вопросам построения эффективной коммуникации в различных областях медицины (гастроэнтерологии, гематологии, кардиологии, неврологии, онкологии, стоматологии). Статьи подготовлены на базе материала, со-

бранного в процессе повседневной практической деятельности и собственных социологических опросов, что, несомненно, повышает их значимость.

Организаторы конференции благодарят авторов, которые непосредственно участвовали в работе конференции и предоставили оригинальные материалы для сборника статей, и приглашают всех коллег, в сферу интересов которых входят вопросы изучения теоретических и практических аспектов медицинского дискурса, к дальнейшему сотрудничеству.



1

Теоретические вопросы медицинского дискурса



М. И. Барсукова, канд. филол. наук, доцент
Т. В. Кочеткова, д-р филол. наук, профессор

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ Минздрава России, Саратов, Россия

СПОСОБЫ ПОДДЕРЖАНИЯ ВЕЖЛИВЫХ ОТНОШЕНИЙ В СИСТЕМЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБЩЕНИЯ «ВРАЧ – ПАЦИЕНТ»

The article deals with the ways of maintaining polite relations in “doctor-patient” communication. On the basis of doctor’s discourse record data (in several clinics of Saratov) it has been revealed that the category of politeness has become more significant in pursuing professional communication goals.

Key words: «doctor-patient», category of politeness, effective professional communication, speech behavior, etiquette formulas, means of medical discourse strategies realization.

Ключевые слова: врач-пациент, категория вежливости, эффективное профессиональное общение, речевое поведение, этикетные формулы, средства реализации стратегий медицинского дискурса.

Трудно переоценить роль речевого этикета и вежливости в гармонизации профессионального общения врача с пациентом. Основными функциями речевого этикета и вежливости в таком типе институционального дискурса являются функции установления контакта и поддержания официально-вежливых отношений [1]. В задачи нашего исследования входит рассмотрение способов поддержания вежливых отношений участников общения в ситуации «врач – пациент». Материал исследования включает диктофонные и рукописные расшифрованные записи речи врачей разных специальностей во время приёма пациентов в клиниках г. Саратова. Общий временной объём – 19 часов.

Вежливость не является обязательной по классификации коммуникативных категорий, однако, как показывают исследования речи врачей, в процессе речевого взаимодействия врача с пациентом категория вежливости приобретает особую значимость и является необходимым элементом эффективного профессионального общения [4]. Категория вежливости проявляется в этикетных формулах, которые являются важными элементами организации меди-

цинского дискурса, не менее значимы они и в психологии воздействия на пациента. Устные жанры общения (просьбы, советы, рекомендации) строятся врачом с использованием различных этикетных формул, способствующих поддержанию вежливых отношений врача и пациента: *будьте любезны, я Вас попрошу, пожалуйста* и др. Соблюдение этических норм общения благоприятствует действительности созданного и спланированного врачом диалога [2].

Вежливость врача проявляется во всех стратегиях медицинского дискурса: в умении выслушивать, доброжелательно реагировать при реализации диагностирующей стратегии, убеждать, советовать при реализации лечащей стратегии, требовать выполнения определённых действий тактично и корректно при реализации рекомендуемой стратегии, то есть проявлять не только тактичность, но и доброжелательность по отношению к пациенту.

Наиболее яркими выразителями вежливости являются лексические единицы языка, так называемые «вежливые» слова. В наших записях зафиксировано употребление подобных лексем (*пожалуйста, будьте любезны, спасибо, благодарю*). Наиболее частотным является использование слова *пожалуйста*, которое выступает в качестве актуализатора вежливости и, сопровождая императивную форму глагола, служит средством снижения категоричности высказывания. Употребление лексемы *будьте любезны* менее частотно и, на наш взгляд, является показателем высокой речевой культуры врача [6].

Лексическая единица вежливости *спасибо* в профессиональном общении врача с пациентом не частотна. У врача чаще всего нет необходимости благодарить пациента. Употребление перформативных высказываний (*я благодарю*) также не является характерным для речи врача в ходе общения с пациентом. В некоторых случаях употребление указательных слов и междометий (*так, угу, ага*) в сочетании с невербальными средствами (кивок головы и внимательный взгляд на пациента) является ситуативно допустимой формой выражения благодарности за правильно выполненное пациентом действие. В других случаях использование указательных слов и междометий является формой проявления внимания, вдумчивого отношения к тому, что говорит пациент, а, следовательно, влияет на поддержание вежливых отношений с пациентом.

Важную роль в вежливом диалоге играет выбор *ты-* или *Вы-*общения. Для русской национальной традиции исконной была форма *ты-*общения. Употребление формы *Вы-*общения в качестве почтительного, вежливого обращения к одному лицу является заимствованием из немецкого и французского речевого этикета в XVII–XVIII вв. В светском речевом этикете обращение на «Вы» стало нормативным в XIX веке в первую очередь по отношению к лицам привилегированных сословий. В современном русском языке употребление местоимения *Вы* задает тональность общения, диктует особые синтаксические конструкции, может указывать на малую степень знакомства, официальность обстановки, дистантность собеседников. Для речи врача не характерно использование *ты-*обращения. Естественной уважительной формой обращения к пациенту независимо от пола, возраста, социального статуса является, бесспорно, *Вы-*обращение. Одной из причин употребления *ты-*обращения является желание врача ликвидировать коммуникативный барьер и добиться максимально близкого контакта с пациентом, особенно если пациент — молодой человек. Желание продемонстрировать особую доверительность и простоту в отношениях — причина употребления формы *ты-*общения, что тоже, безусловно, относится к способам поддержания вежливых отношений.

Ещё одним из способов проявления вежливости является выбор средств для реализации лечащей и рекомендующей стратегий речевого жанра просьбы, который часто оформляется с помощью глагола-перформатива *попрошу (прошу)*: *И я Вас попрошу всё это фиксировать/ обязательно/ утром и вечером/ будет лучше/ но Вы всё равно всё тщательно фиксируйте//*.

Просьба — вежливое побуждение адресата к действию, направленному в пользу говорящего. В ситуации речевого общения врача с пациентом просьба врача содержит либо перечень действий, которые пациент должен совершить немедленно (*сядьте, проглотите, не дышите, голову ко мне, ноги сюда*), либо перечень действий, которые пациент будет осуществлять самостоятельно после завершения визита к врачу дома или после визита врача в палате стационара (*будете капать утром и вечером, постарайтесь купить именно с этими буквами*).

Обращаясь к пациенту с просьбой, врач может использовать различные побудительные конструкции: *Измеряйте давление в одно и то же время/ утром и вечером//; Дома Вам надо будет утром и вечером/закладывать мазь/ на турунде/ утром и вечером//*. Тактичное оформление просьбы по модели «Если..., то, пожалуйста, сделайте...» также способствует поддержанию общей тональности разговора: **Если боли не пройдут к понедельнику/ то пожалуйста/ позвоните мне// Решим/ чем лучше всё снять//**. Центральное место в этой модели занимает глагол в форме повелительного наклонения, однако способ выражения просьбы лишён категоричности. Такая структура подчёркивает, что врач не стремится навязать пациенту выполнение того или иного действия, но показывает возможную положительную перспективу при выполнении просьбы. Это характерно и для следующей модели просьбы: «Будет очень хорошо, если...»: **Будет очень хорошо, если Вы покапаете раза три-четыре за день/и утром/ и вечером/ и днём пару раз//**.

Использование местоимения *мы* («мы-совместное»: врач и пациент) создаёт эффект совместных усилий, направленных на достижение желаемых результатов, атмосферу сотрудничества: *Мы с Вами всё долечим/ договорились?//Можно/ конечно/ сейчас острое снять/ но через два-три месяца всё это опять повторится// Нам это зачем?//*. Использование такого средства подчёркивает общность решающихся задач («мы-единомышленники») и способствует общей цели коммуникации. Вместе с невербальными средствами речевого общения (обычно это внимательный продолжительный взгляд в глаза пациента) подобная тактика даёт позитивный результат.

К способам поддержания вежливых отношений можно отнести все типы вопросов, задаваемых в ходе реализации различных тактик. Этикетные формулы зафиксированы в этикетных вопросах (*Скажите пожалуйста/ как Вас зовут?*) и собственно вопросах (*А скажите/ вот эти ощущения/ у Вас давно повторяются?*). Довольно употребительным средством поддержания контакта с пациентом является прямой вопрос, начинающийся с побудительного «*Скажите...*».

Интересно, что употребление этикетных формул подчас вызвано желанием врача успеть обдумать и сформулировать новый вопрос, т.е. этикетные формулы в такой конструкции могут играть роль своеобразного заполнителя возможной паузы и при этом не терять

контактоподдерживающей функции. Насыщенность вопросительных высказываний этикетными формулами в исследованных материалах различна и является индивидуальной характеристикой речевого поведенческого портрета врача.

О постоянной внутренней обеспокоенности, заботе о своем собеседнике говорит и употребление эвфемизмов. Наличие их в речи оценивается как проявление уважения к пациенту. Нельзя не согласиться с мнением Л. П. Крысина [5], который считает, что при внимательном отношении говорящего к собеседнику появление в его речи эвфемизмов можно расценивать как частный случай реализации одного из постулатов, сформулированных П. Грайсом, — постулата вежливости: проявляя заботу о собеседнике, говорящий с помощью эвфемизмов старается сделать свою речь «доброй», «благостной», «благопристойной», «радостно звучащей» [3: 217–237]. В речи наших информантов употребление эвфемизмов вызвано стремлением к смягчению категоричности речи, что позволяет сглаживать острые углы, а порой вуалировать суть упомянутого в речи явления или определённого факта.

Успеху общения врача с пациентом способствует демонстрация сближения. Для этого врач использует языковые средства с разговорной окраской — частицы и коммуникативы. Так, коммуникатив *угу*, употребляемый в начале реплики, выполняет ряд функций, поддерживающих вежливые отношения с пациентом: показывает пациенту заинтересованность врача в разговоре (часто сопровождается кивком головы), то есть играет сугубо этикетную роль; фиксирует начало новой темы разговора, отделяя одну мысль от другой; возвращает в прежнее русло разговора. Использование других разговорных элементов также помогает создать атмосферу непринуждённости и непосредственности общения, обеспечить простоту и естественность речи.

Таким образом, задача врача — поддерживать вежливые отношения на всём протяжении общения с пациентом — может быть выполнена только при комплексном использовании всех речевых средств гармонизации профессионального общения в медицинском дискурсе.

Литература

1. Барсукова М.И. Медицинский дискурс: стратегии и тактики речевого поведения врача: автореф. дис. ... канд. филол. наук. — Саратов, 2007. — 23 с.

2. Барсукова М.И., Кочеткова Т.В. Слово в работе врача // Чтобы Вас понимали: Культура русской речи и речевая культура человека: учебное пособие/ под ред. О.Б. Сиротининой. — М.: Книжный дом «ЛИБРОКОМ», 2015. — С. 155–165.
3. Грайс Г. Логика и речевое общение // Новое в зарубежной лингвистике. Лингвистическая парадигма. — М.: Прогресс, 1985. — Вып. 16. — С. 217–237.
4. Захарова Е.П., Кормилицына М.А., Сиротинина О.Б. Коммуникативная компетенция: проблемы типологии её составляющих и их роли в дискурсах разных типов // Русский язык: исторические судьбы и современность: труды и материалы IV междунар. конгресса исследователей русского языка. — М.: Изд-во МГУ, 2010. — С. 115–116.
5. Крысин Л.П. Эвфемизмы в современной русской речи // Русский язык конца XX столетия (1985–1995). — М.: Языки русской культуры, 1996. — С. 384–408.
6. Наумова Е.В. Проявление высокого уровня коммуникативной компетенции в речи врача. Проблемы речевой коммуникации: межвуз. сб. науч. тр./ под ред. М.А. Кормилицыной. — Саратов: Изд-во Сарат. ун-та, 2013. — Вып. 13. — С. 64–78.

УДК 159.9:61

Е. В. Виноградова, канд. филол. наук, доцент

ГБОУ ВПО Тверской ГМУ Минздрава России, Тверь, Россия

**КОММУНИКАТИВНЫЕ ФАКТОРЫ МЕДИЦИНСКОГО ДИСКУРСА,
ВЛИЯЮЩИЕ НА ВЗАИМООТНОШЕНИЕ «ВРАЧ – ПАЦИЕНТ»**

The article deals with the influence of communicative modes on interpersonal issues between doctor and patient. The role of phonetic and gestural patterns has been studied.

Key words: doctor-patient relations, stylistic devices, phonological means, hesitation.

Ключевые слова: взаимоотношение «врач — пациент», стилистические приемы, фонологические средства, hesitation.

В отличие от многих сфер профессиональной деятельности работа врача немислима вне межличностных отношений. Они носят комплексный многоуровневый характер и охватывают общение с пациентами, их родственниками и близкими, проецируясь тем са-

мым на более широкий социальный пласт. Кроме интеракций с пациентом, в коммуникативное профессиональное пространство врача включается сотрудничество с коллегами по работе, имеющими разный профессиональный и административный статус. Каждое из названных полей интеракции имеет свою специфику, находящую отражение в коммуникативных стратегиях и моделях с характерным стилистическим и лексико-грамматическим наполнением [2].

В силу важности коммуникативного аспекта в восприятии пациентом клинической ситуации данный вопрос стал предметом изучения со стороны психолингвистов, медицинских психологов, медиков. Выдвигаемые на основании проведенных исследований положения можно свести к аксиоме, что неотъемлемой предпосылкой профессионализма врача является определенная мера знаний о коммуникативно-психологических закономерностях интеракции «врач — пациент» в широком поле медицинского дискурса.

Независимо от своего социального и образовательного статуса, пациент связывает с врачом определенные ожидания, отождествляя его не только с авторитетным профессионалом-врачевателем, но и утешителем-психологом. Вследствие чего результат взаимодействия между врачом и пациентом и выносимые пациентом из общения суждения определяются как сугубо профессиональными качествами врачающего, так и психологическими и этическими нюансами, раскрываемыми в процессе коммуникации.

Очевидно, что интеракция «врач — пациент» не сводится только к обмену репликами, а включает в себя ряд паралингвистических моментов, которые действуют в совокупности, способствуя созданию целостной дискурсивной картины.

Чтобы определить, какие особенности коммуникации сказываются на установлении доверительного отношения пациента (его родственников) к врачу, нами были проанализированы эмпирические данные, полученные в результате опросов пациентов высокого и среднего образовательного статуса средней и старшей возрастных групп. При этом было выделено несколько моментов, оказывающих влияние на характер межличностных отношений между пациентом и врачом.

Примечательно, что фактор, выделяемый информантами в установлении взаимоотношений в качестве основного, полностью вписывается в положение, сформулированное теоретиком межлич-

ностной коммуникации П. Вацлавиком. Он указывает, что в любом речевом высказывании кроется не только содержательная сторона, но и отношение между собеседниками. Оно формируется на основе взаимодействия лингвистических и паралингвистических характеристик высказываний, преломляемых через призму социального, культурного и жизненного опыта собеседников [8, с. 151].

Следует отметить, что в рамках медицинского дискурса не существует единых критериев универсальности и релевантности того или иного лингвистического средства. Выбор языковых средств, в частности, узкопрофессиональной лексики, стилистических приемов: эвфемизмов, тропов, метафор, кванторных слов, грамматических конструкций предопределяется спецификой клинической дисциплины, в рамках которой оказывается помощь. Умелое использование названных языковых средств в комбинации с учетом их психолингвистического воздействия на пациента позволяет врачу достичь поставленной коммуникативной цели: выяснить в процессе расспроса значимые для оказания помощи детали, проинформировать по сути проблемы, не вызывая у пациента излишней обеспокоенности, направить ход его мысли в необходимое для лечения русло [2].

Несомненно, лексическая компонента речи врача играет существенную роль в установлении межличностного контакта. Однако, как отмечают пациенты-информанты, в ходе интеракции они в большей мере вслушиваются в то, как говорит врач, чем пытаются детально вникнуть в смысл сказанного. Если абстрагироваться от содержательной стороны высказывания и его лексико-грамматического оформления, приняв за основу его стилистическую нейтральность, можно сказать, что ключевую роль в установлении доверительного контакта следует отвести фонологической составляющей: эмотивности интонационно-ритмического рисунка, темпу речи, голосовым модуляциям, расстановке пауз, общей тональности высказывания.

Кроме того, при недопонимании смысловой компоненты пациенты всматриваются в жестикуляционно-мимическое сопровождение речи. «Общеизвестно, что жестикуляционный и речевой ряды выровнены между собой, и информация в высказывании в большинстве случаев передается обоими модусами — собственно речевым и жестикуляционным» [3].

Вторым, и не менее значимым моментом в установлении доверительного отношения к врачу информанты назвали качество, обозна-

ченное нами как профессиональная самоидентификация собеседника. Бесспорно, пациент вправе ожидать от доктора демонстрации убежденности в целесообразности своих рекомендаций и действий. Врачи, которые не эксплицитно, а скорее на уровне восприятия вызывают у пациента впечатление неуверенности и отсутствия профессиональной заинтересованности, не могут рассчитывать на выполнение сделанных ими назначений. У пациента возникает закономерный вопрос: «Зачем следовать рекомендациям, в которых врач не уверен?»

Какие же языковые моменты способствуют созданию у пациента ощущения недостаточного профессионализма врача? Как и в первом случае, основная роль в возникновении такого впечатления отводится фонематическим характеристикам спонтанной речи. И особенно, как отмечается информантами, явлению хезитации (англ. *hesitation* 'колебание'). Данное явление проявляется в речевых сбоях, заминках, затруднениях в выборе слов или грамматических структур, то есть в языковых образцах, объединяемых оценочным высказыванием «что-то мямлит невразумительное, что хочет сказать, непонятно». Хезитации могут также выражаться в замене одного слова другим, в повторах, исправлениях произнесенной фразы, включении нелексемных звуков, незавершенных предложениях, использовании слов-паразитов [6, 7].

Основное проявление хезитации в коммуникации — это возникающие в ходе беседы паузы, подразделяемые на незаполненные и заполненные. Хезитационные паузы несут определенную коммуникативную нагрузку и помогают контролировать интеракцию [7]. Незаполненные паузы в речи врача позволяют пациенту вставить реплику, задать вопрос, выяснить интересующие его детали. Напротив, паузы, заполненные звуковыми нелексическими вставками, междометиями, не дают возможности включиться в разговор. Используя заполнение пауз как коммуникативный прием, говорящий стремится к тому, чтобы его не перебивали и не задавали вопросов. Такой прием может свидетельствовать о присутствии у говорящего сложностей в общении и стремлении уйти от обсуждения, что не способствует установлению и поддержанию продуктивных межличностных отношений в диаде «врач — пациент». Паузы хезитации, сопровождающиеся отведением взгляда, поворотом головы лишь усиливают впечатление неуверенности собеседника в своих словах и действиях или нежелания сообщить важную информацию.

Рассматривая вопрос установления доверительных отношений между врачом и пациентом, нельзя не учитывать, что интеракция разворачивается не изолированно от более широкой институциональной среды, которую можно обозначить как медицинское сообщество. Лечебный процесс сопровождается постоянной коммуникаций и общением между всеми участниками конкретного дискурса.

Обращаясь за медицинской помощью, пациент становится прямым или косвенным очевидцем профессиональных и межличностных коллегиальных взаимоотношений. Невольное участие в дискурсах «врач – врач», «врач – медсестра», «врач – младший медицинский персонал» может способствовать формированию мнения пациента о личностных качествах лечащего врача и отношения к нему. Критериями оценки служат для пациента общекультурные коммуникативные нормы и представления, сформированные на основе индивидуального речевого и социального опыта.

Из своей социальной практики пациент знает, что в основе коммуникации врача с коллегами лежат институционально заданные формы служебной иерархии, которые регулируют профессиональные и межличностные отношения и позволяют в интересах дела перераспределять ответственность, права и обязанности.

Очевидно, что сами по себе служебные предписания не могут привести к успешному коллегиальному сотрудничеству. Чтобы его достичь, необходимо наполнение формальных рамок коммуникативным содержанием сообразно потребностям и специфике лечебного учреждения. Это возможно, когда наряду с формальными развиваются неформальные взаимоотношения. Они служат предпосылкой создания рабочей атмосферы и успешной коллегиальной работы на основе взаимных интересов, представлений и целей.

Следует отметить, что пациент чутко улавливает характер профессиональных межличностных взаимоотношений, демонстрируемых в его присутствии. Не будучи посвященным в причины трений и конфликтов, возникающих в интеракциях «врач – врач», «врач – медсестра», пациент моделирует ситуацию и проецирует ее на свой случай. Здесь имеет место принцип возвратного действия. Врач, который выражает неуважение по отношению к коллегам, вызывает у пациентов настороженность и недоверие. Особенно это касается нарушения коллегиальной этики в косвенном проявлении, когда отсутствует противоположная сторона критики.

В качестве речевого воздействия в большинстве случаев используются приемы, не обязательно имеющие целью дискредитацию коллеги. Происходит внедрение в сознание пациента под видом объективной оценки неявного, но желательного для врача содержания с целью формирования у пациента мнения: «Другие Вас лечили неправильно, но сейчас Вы обратились по адресу». Этот эффект достигается комментариями к представленным пациентом выпискам, интерпретацией сделанных ранее назначений, постановкой риторических вопросов.

Как и в других случаях, коннотация дискредитации стороннего профессионального мнения достигается фоностилистическими средствами, сопровождаемыми мимико-жестикуляционными приемами. К фоностилистическим средствам следует отнести интонационные контуры со значением отрицания достоверности или истинности факта, необходимости или целесообразности. Их признаками являются усиление артикуляции гласных и их удлинение (да-а-а, хм-м-м), перепады основного тона и смена регистров (Что за ерунда..., К кому Вы обращались...), разнообразные типы фонации.

Подводя итог вышесказанному, следует заключить, что на установление доверительного отношения внутри дискурсивного поля «врач – пациент», необходимого для создания благоприятных условий для процесса лечения, влияет профессиональная коммуникативная культура врача. Она определяется характером межличностных отношений, демонстрируемых врачом не только по отношению к пациенту, но и в более широком коммуникативном контексте.

Литература

1. Вацлавик П. Прагматика человеческих коммуникаций: Изучение паттернов, патологий и парадоксов взаимодействия / П. Вацлавик, Д. Бивии, Д.В. Джексон. — М.: Апрель-Пресс, Изд-во ЭКСМО Пресс, 2000. — 320 с.
2. Виноградова Е.В. Особенности коммуникативной тактики в дискурсе «Врач – пациент» / Е.В. Виноградова // Языковой дискурс в социальной практике : сб. науч. тр. междунар. научно-практ. конф. — Тверь: РИУ ТвГУ, 2013. — С. 34–39.
3. Гришина Е.А. Кванторные слова, жестикуляция и точка зрения. Компьютерная лингвистика и интеллектуальные технологии. [Электронный ресурс] / Е.А. Гришина // Материалы ежегодной

- междунар. конф. «Диалог». — 2015. — Т. 1, вып. 14. — Режим доступа: <http://www.dialog-21.ru/digests/dialog2015/materials/pdf/GrishinaEA.pdf>.
4. Иссерс О.С. Коммуникативные стратегии и тактики русской речи / О.С. Иссерс. — М.: ЛКИ, 2012. — 304 с.
 5. Олянич А.В. Презентационная теория дискурса / А.В. Олянич. — М.: Гнозис, 2007. — 407 с.
 6. Пауза. Хезитация // БЭС. — 2-е изд. — М., 1990. — С. 69.
 7. Хезитация [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <https://slovari.yandex.ru/>.
 8. Hallet W. Didaktische Kompetenzen / W. Hallet. — Tuebingen: Klett, 2009. — 184 S.

УДК 811.111-81.342

A. N. Dobрева, PhD, Senior Lecturer, I. Ts. Doykova, Senior Lecturer
Medical University "Prof. Dr. Paraskev Stoyanov", Varna, Bulgaria

THE VOICE OF THE DOCTOR ALSO HEALS!

The focus of the present study is on the influence of the doctor's voice in the doctor-patient communicative act. Doctor-patient and doctor-doctor medical interviews are analyzed and the main findings about the role of the human voice in the verbal and nonverbal communication are summarized.

Key words: voice, verbal and nonverbal communication, voice as a treatment.

Ключевые слова: голос, вербальное и невербальное общение, терапевтическое воздействие.

Communication is an exchange of information, thoughts, feelings and knowledge among people. In medical discourse professional information on health topics is exchanged between medical practitioners or a medical specialist and a patient (medical specialist and a patient's relative). The reasons for the doctor's participation in the professional medical discourse are varied:

With a patient:

- Performing primary or secondary medical examination (taking case history).
- Reading medical examination results
- Announcing a diagnosis
- Announcing a treatment method

- Preparation for a manipulation or an operation
- Giving medical advice or instructions for the patient’s treatment (taking medication, dieting).
- Discussing the medical condition, the treatment of the patient with his/her relatives.

With a medical specialist (a nurse):

- Instructing for a manipulation
- Writing medical records and documentation

With a doctor (colleague):

- Consulting
- Taking patient’s data

The object of our study is the medical interview between a doctor and a patient and the information exchange between medical practitioners. The verbal and the nonverbal characteristics of the medical specialist speech act are the subject of our investigation.

The paralinguistic and extralinguistic factors together comprise the nonverbal characteristics of the speech act. In our study we analyze the extralinguistic factors that accompany the speech of the medical specialists and their phonation features – the voice strength, tone, tempo, intonation, hesitation pauses, etc.

The voice of the doctor plays a significant role in professional communication, being on the borderline between verbal and nonverbal communication (Fig.1).

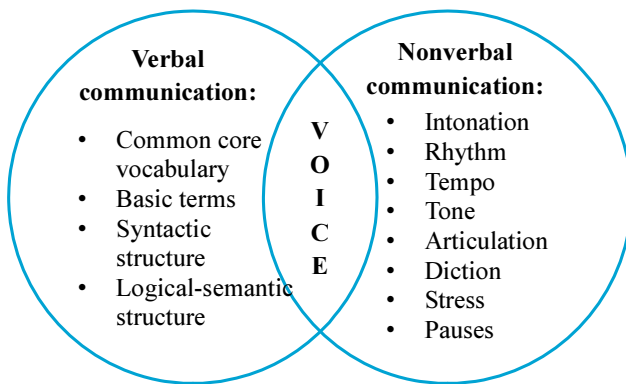


Fig. 1. The role of voice in verbal and nonverbal communication

The voice is an influential and powerful ingredient of spoken discourse. It is the vocal expression that participates with equal force in verbal and nonverbal communication. In verbal communication the individual voice conveys information through the vocabulary choice. In nonverbal communication the voice additionally loads the message with: sound, pitch, speed, tempo, rhythm, intonation, tone, articulation, diction and smile. The Italian researcher of the human voice in the communication process *Ciro Imparato* includes the smile as a speech ingredient [1, с. 76]. The application of these voice characteristics is seen as a powerful means in the therapeutic process. The phonological information conveyed by the intonation, rhythm and timbre of the utterance depends on the information transfer in the process of speaking [2, с. 128].

A transcript of a cardiologist doctor – patient medical communication. Professional doctor-patient and doctor-doctor dialogues are recorded at St. Marina University hospital in Varna. In the first transcript the cardiologist's questions are provided in order to analyze the doctor's voice characteristics and to track how they influence the patient's treatment:

Л: // доцент г. съм (седи до леглото на пациентката) / началника съм (показва с глава) на тази клиника ф който сте постъпила/ кажете ми оплакванията които ви накараха да дойдете при нас//

Л: // добре/ чакайте да уточним/ значи около три седмици започнаха оплакванията/ спомнете ли си (показва динамично с ръце) първия път пу какъв повод и ф какъв период от време / в кой час на денонощието съ случи/ и фсичките (показва с ръка)

Л: // това нешто което получавате/ беше ли придружено от изпотаване / кога фсеки път когато ви хванеше или последните пъти/ така/ кажете ми въъ/ при физически натоварвания шото неминуемо човек има в ежедневието/ физически натоварвания/ при физически натоварвания/ при физически натоварвания получавали ли сте това стагане / или обикновено талото ф покой / така/ ааа това стагане караше ли ви / да-да-да (клати глава и допира двете си ръце) да търсите такава полза в пространството който би го облекчило / имаше ли положение на талото/ при което се облекчава стагането/ мхмх беше ли придружено с ф/ имала ли сте накога проблеми със

стомаха / имала ли сте киселини/ непрекъснато киселини/ т.е. поставена диагноза рефлукс/ ааа това стагане за което сега ми об`асн`авате / получавали ли сте го нощем / да ви събуди от сън/ или оште когато си л`агате/ мхмх не е ст`агането причина за събуждането// така/ н`акакви медикаменти приемала ли сте / които евентуално да облекчат това ст`агане/ по принцип вие имате оплакване (показва с ръце областта) дароба от кога се взима (прави знак с ръце) от осем години т.е той съ взима и на фона на взимането на дароп се получава това ст`агане а н`акакви допълнителни медикаменти да сте опитвали/ със т`ах да премахнете ст`агането или просто то си отминаваше/ когато испихте нитроглицерин първо колко време слет началото на ст`агането го взехте нитроглицерина// колко време след като сложихте нитроглицерина отмина ст`агането / за около минута / разбирам а н`акакви други заболявания да имате до момента/ да сте имали/ добре/ и добре вие/ кръвното как се движи в ежедневието/ кръвното нал`агане/ какво значи добре/ това е на фона на прием на дароп / стабилно кръвно/ ааа т.е. 120–130 за горната граница мм живак и осемдесет за долната/

Table 1

Analysis of the voice features in the doctor-patient communication process

Verbal communication and the doctor's voice	Nonverbal communication and the doctor's voice
<p>Frequency vocabulary: Introducing the doctor: title, family name, position. History taking: general questions – physical stress, lifestyle, eating habits, blood pressure rates, duration of pain, period of illness</p>	<p>Tempo – moderately slow when interviewing the patient Speed in the questions sequence, following the case history structure – sufficiently high. Articulation – clear and distinct. General questions intonation – descending. Paralinguistic features, expressed by nodding with the head, demonstrating with hands, touching both hands.</p>
<p>Terms: taking the case history – specific issues: medication intake, complaints in systems, measuring units</p>	<p>Intonation when clarifying facts, related to the disease – rising. Hesitation pauses (mmm, ehh) when addressing the patient and requiring a response to specific issues. The smile is delicate.</p>

The doctor predisposes the patient to give a detailed reference of his/her complaints by inspiring confidence and trust. This is achieved by a calm tone, rising intonation when asking specific questions, hesitation pauses, incorporated into the speech rhythm and slowing down the tempo. The patient assists the doctor by responding accurately and comprehensively.

A transcript of a professional conversation between a nephrologist and a graduate doctor.

// слет като сме направили абдоминална↑ ехография / ние по нататък ште опсдим периметъра↑ на другите образни иследвания / какво тр`абва да бъде нашето поведение↑ / нашто поведение ште бъде вливания на течности при високи стойности на целия активен протеин естествено исписване антибиотик което лечение би могло да продължи за период от пет до седем дни / и така↑ покрай един пациент за който ние сме доказали една инфекция на уринарния тракт и това дете фамилно е обременено с бъбречно забол`аване какво ште правим като превенция / това дете / два пъти в годината тр`абва да се следи уринна находка да се провежда противовъспалително лечение ако е нужно за да↑ не допуснем развитието на хронично бъбречно забол`аване / това е най важното и същественото конкретно за нашия пациент / и така колега (поклаща глава, като пита) имате ли↑ н`акакви въпроси / н`акакви допълнения / (тялото се поклаща напред и обръща дланта на дясната ръка нагоре) към това което чухте в конкретния клиничен случай//

/ ф такъв случай ако са докаже (тактува с химикалката) и е бактериална инфекция / кой е най подход`аштия антибиотик / антибиотик най подход`аштия ште зависи от това / слет като вие задавате въпроса че е доказана бактериална инфекция↑ значи тр`абва да имаме положителна урокултура↑ / естествено е съобразно ааа бактерия ние определ`аме и съответния антибиотик ф тези случаи предпочитаме антибиотици които повлияват грамнегативната↑ флора / това са антибиотици от групата на аминоглюкозидите и цефоспорините / а ако не се докаже изолирана бактериална инфекция ако не бъде↑ изолирана бактериална флора / отново ние се опираме на научни иследвания / на микробиологични↑ такива предходни правени и как расчитаме на това че една уринарна инфек-

ция в доведен процесите е предизвикана от грамнегативни и споменатите амбиотици повлияват такава инфекция//

Verbal communication requires:

- Use of medical terminology when describing the examination of the patient.
- Use of high register when communication with a colleague.

Nonverbal communication features:

- Tempo – relatively fast when providing information to a colleague.
- Articulation – clear.
- Intonation: rising intonation when supplying additional information.
- Hesitation pauses – short pauses.
- Paralinguistics – beats with the pen rhythmically.
- Smile – confident.

The results of the research reveal the following facts:

- Voice in medical communication is an instrument to convey information between communicants.
- The doctor's voice is a means to enhance the treatment of the patient.
- The voice of the doctor, participating in the doctor-patient dialogue is sincere, warm, calm, confident, understanding, supportive, encouraging and stimulating.
- The voice of the doctor, participating in the doctor-doctor dialogue is engaged, calm, confident, expressive, mechanic, authoritative.

In conclusion we may summarize that the power of the human voice is an inherent resource with no limits. Doctors adapt their voice and adjust its features in order to transfer an intended meaning to the patients. Therefore, the medical specialists should master the art of using their voice and its characteristic features appropriately and in accordance with particular situations that occur in the medical discourse.

References

1. Импарато Ч. Гласът. Силата да въздействаш. – София: изд-во „Изток-Запад“, 2011. – С. 76–79.
2. Тачева В.Г. Комуникативни умения в медицинската практика. – Варна: изд-во „Стено“, 2014. – 128 с.

В. В. Жура, д-р филол. наук, доцент

**ГБОУ ВПО Волгоградский ГМУ Минздрава России, Волгоград,
Россия**

ФУНКЦИИ НАРРАТИВОВ В УСТНОМ МЕДИЦИНСКОМ ДИСКУРСЕ

The article studies the problems of the narrative-based medicine. It presents the typology and the main functions of the narratives created by the participants of the doctor-patient communication. The author concludes that the lack of narrative competence makes medical communication ineffective.

Key words: narrative-based medicine, narrative competence, doctor-patient interaction.

Ключевые слова: нарративный подход в медицине, нарративная компетенция, взаимодействие врача и пациента.

Анализ истоков отечественной медицины показывает, что до советской эпохи ценности медицины были тесно переплетены с христианскими гуманистическими идеалами. Свидетельством тому являются литературные работы А. Чехова и других врачей-гуманистов.

В начале XX века в России происходят политические изменения, оказавшие значительное влияние на все сферы социальной жизни, в том числе и медицину. Постепенно христианские идеалы вытесняются из сознания людей, медицина становится более «удаленной» от пациентов, в ней начинает доминировать патерналистский подход.

В конце XX века происходят радикальные изменения в отечественной медицине. Появляются новые формы оказания медицинской помощи, такие как частная медицина. Это приводит к тому, что пациент становится объектом медицинской конкуренции, а сами врачи все чаще обращаются к пациенто-ориентированным методам оказания помощи.

В это время происходит «кристаллизация» понятия *клиническое мышление*. Его суть становится понятной при обращении к известному высказыванию Рене Декарта — «Недостаточно иметь хороший ум, главное — правильно его использовать». В широком смысле оно означает совокупность когнитивных операций, направленных на постановку правильного диагноза и выбор адекватного лечения.

Кроме того, сюда включают анализ и синтез всей доступной информации, взамен простому сопоставлению с установленными биомедицинскими алгоритмами. Сюда также относят способность брать на себя ответственность и принимать решения, отвечающие потребностям уникальной ситуации, в которой оказался пациент.

Такое понимание клинического мышления, по-нашему мнению, напрямую связано с понятием *нарративной компетенции*, активно обсуждающимся в последние годы как в зарубежной, так и в отечественной медицине.

Наше исследование реализации нарративного подхода в отечественной медицине базировалось на анализе врачебных консультаций в различных медицинских учреждениях г. Волгограда (450 консультаций). Его целью стало изучение нарративной компетенции врача посредством фиксации и изучения формально-семантических особенностей нарративов, создаваемых пациентом и врачом.

В ходе изучения нами были выделены следующие типы нарративов пациента: нарративы о пройденном лечении, нарративы о начале заболевания, нарративы о несчастных случаях, произошедших с пациентом, нарративы о пройденном обследовании, нарративы о причинах обращения к врачу, нарративы об образе жизни, а также нарративы о перенесенных заболеваниях. Дискурсивные последовательности были квалифицированы как нарративы, в случае если они удовлетворяли формально-семантическим и структурным критериям, разработанным Уильямом Лабовым [2].

Подробный анализ функций, реализуемых нарративами в устном медицинском дискурсе, показал, что способность конструировать и интерпретировать нарративы играет ключевую роль в конструировании общего концептуального пространства участников медицинской интеракции [1]. Это обусловлено тем, что существуют значительные различия между субъективными представлениями и взглядами пациента на природу болезни и медицинской концепцией патологических изменений организма. Первая обозначена нами как *наивная медицинская картина мира*. Она базируется на механистическом понимании проблем со здоровьем [3]. Развитие наивной картины мира пациента зависит от его личного опыта переживания болезни. Следовательно, ее концепты, как правило, сопряжены с субъективными, эмоциональными смыслами.

При сборе анамнестической информации врачи соотносят ее со своей *научной медицинской картиной мира*, которая включает ряд особым образом структурированных понятий, таких как этиология, патогенез, диагностика, лечение и профилактика заболеваний. В ходе общения врач и пациент переосмысливают транслируемые друг другом сообщения в рамках собственных картин мира, что приводит к формированию общего концептуального пространства. В качестве примера приведем дискурсивный эпизод, в котором пациент не соглашается принимать гормональный препарат на основании пресуппозиции о том, что подобные лекарства вызывают рост опухолей. Врач опровергает ложные представления, объясняя, что преднизолон подавляет иммунитет, а не стимулирует рост опухолей, что приводит к комплаентности больного.

Создавая нарративы, пациенты дают возможность врачам получить представление об их индивидуальных концептуальных системах, выявить ошибочные взгляды, которые требуют корректировки посредством их просвещения. Примером тому может служить эпизод, в котором пациент повествует о том, как он занимается самолечением астмы, употребляя вместо назначенных препаратов шишковое варенье собственного приготовления и травяные отвары.

Таким образом, конструирование общего концептуального пространства включает, с одной стороны, адекватное восприятие жалоб пациента врачом, а, с другой, понимание медицинских понятий пациентом, что может осуществляться в ходе создания и интерпретации нарративных последовательностей.

Обладание нарративной компетенцией является чрезвычайно актуальным, так как если каждый клинический случай рассматривать лишь только с точки зрения анамнестической информации, за рамками восприятия оказываются субъективные ценностные и эмоциональные смыслы, не вписывающиеся в строгую научную медицинскую картину мира. В реальной практике такие смыслы могут иметь важную диагностическую и терапевтическую значимость. Мы установили, что устные нарративы заключают в себе важную вербальную и невербальную информацию, позволяющую установить психологическое состояние пациента и оценить степень тяжести ситуации, в которой он оказался.

Повествуя о пройденном лечении и обследовании, пациент эксплицирует свои представления и ожидания о характере и функциях

системы оказания медицинской помощи (так как их главные персонажи обычно медицинские работники), о роли и эталонном институциональном поведении как самих пациентов, так и врачей, а также о социокультурных и индивидуальных особенностях понимания первыми медицинскими концептов. Такие сообщения часто являются эмоционально окрашенными, как в случае пациента, который возмущенно рассказывает о пройденном лечении и о том факте, что он был выписан, несмотря на плохое самочувствие из-за тенденции к увеличению оборота койко-мест в российских больницах.

В условиях онкологического диспансера нарративы становятся способом эмоционального самораскрытия и эмоциональной разрядки для людей, находящихся в условиях хронического стресса. В подобных случаях сообщения пациентов прочитываются не только на вербальном уровне, но и на уровне паравербальных (интонация, громкость и высота голоса, темп речи, паузация, выделение речематических слов), кинетических, мимических, проксемических и других средств. Интересным наблюдением стало то, что в таких нарративах часто звучит Голос Медицины, когда пациенты цитируют или скорее имитируют речь медицинских профессионалов, не оказавших им квалифицированной помощи в должном объеме.

Эмоции пациента являются свидетельством того, как происходит адаптация пациента к новой для него жизненной ситуации. Следовательно, в случаях, когда врач игнорирует их проявления, эмоции могут продолжать отягощать состояние больного и ухудшать качество создаваемого им дискурса, который становится иррациональным, утрачивает когерентность, строится с нарушением принятых правил институционального медицинского общения. Тем не менее, наше исследование показало, что в реальной медицинской практике врачи нередко избегают обсуждения эмоциогенных тем с пациентами, резко меняя тему.

Нами также установлено, что нарративы, создаваемые в ходе медицинской консультации, имеют интерактивную природу, так как являются результатом совместного производства. Участие врача в рассказах пациента осуществляется путем постановки вопросов, стимулирующих его нарративную активность, использования минимальных сигналов обратной связи, приемов суммирования, повторов и других лингвистических средств.

Вклад врача в создание нарратива может стать важным способом выражения эмпатии, например, в случае повествования о несчастных случаях, произошедших с пациентом. Несмотря на то, что их иногда считают несущественными с точки зрения сбора анамнеза, они могут стать важным источником информации о психологических триггерах настоящего состояния пациента и требуют самого пристального внимания.

Другой функцией нарративов является сокращение коммуникативной дистанции между врачом и пациентом. Так как врач наделен различными типами власти (социальной, структурной, эскулаповой), пациенты осознают наличие большой коммуникативной дистанции между ними, что зачастую не позволяет им делать открытые и откровенные заявления. В этом случае совместное производство нарративов может способствовать установлению более персонализированных отношений между ними.

В силу того, что одно и то же явление может быть по-разному истолковано в различных контекстах (включая отличающиеся социокультурные контексты), устные нарративы также могут стать важным средством получения актуальной диагностической информации, полученной в ходе анализа вербальных и невербальных средств, так как при создании нарративов пациенты концептуализируют и реконцептуализируют опыт своего заболевания, конструируют собственную идентичность, что часто отмечается в ходе нарративов о прошлых заболеваниях.

Наиболее распространенные нарративы врачей были представлены в нашем материале двумя типологическими разновидностями — гипотетическими прескриптивными нарративами и нарративами о личной жизни и профессиональной деятельности врачей. В дискурсе первого типа приводится информация о возможных способах и вариантах лечения. Нарративы второго типа направлены на стабилизацию эмоционального состояния пациента, сокращение коммуникативной дистанции между ними, а также повышение собственного имиджа.

Завершая наше рассмотрение нарративной составляющей устного медицинского дискурса, отметим, что низкая нарративная компетенция врача может стать препятствием к достижению инструментальных целей коммуникации врача и пациента и установлению

взаимопонимания между ними. Отсутствие коммуникативных шагов, направленных на стимуляцию активности пациента, направленной на создание нарративов, как правило, приводит к тому, что пациенты стараются вносить минимальный вклад в развитие общения и подавляют естественную потребность в нем. Данный факт может привести к непониманию, отсутствию удовлетворенности результатами лечения, эмоциональному напряжению и снижению комплаентности больных людей.

Литература

1. Жура В.В., Крайникова С.А. Концептуальное пространство участников медицинской коммуникации // Когнитивные исследования языка. — 2015. — № 20. — С. 514–521.
2. Labov W., Waletzky J. Narrative analysis: Oral versions of personal experience // J. Helm (ed.), Essays on the verbal and visual arts (pp. 12–44). Seattle: University of Washington Press, 1967.
3. Mabeck C.E., Olesen F. Metaphorically transmitted diseases. How do patients embody medical explanations? // Family Practice. — 1997. — Vol. 14. — P. 271–278.

УДК:159.9:61+316.6

Т. В. Кочеткова, д-р филол. наук, профессор

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ Минздрава России, Саратов, Россия

ЭВФЕМИСТИЧНОСТЬ РЕЧИ ВРАЧА КАК ВЕРНЫЙ ПУТЬ СОЗДАНИЯ КОМФОРТНОГО ОБЩЕНИЯ С ПАЦИЕНТОМ

The article considers deliberate euphemistic phrases in doctor's speech. The types of euphemisms typical of medical discourse are analyzed.

Key words: doctor, patient, medical discourse, euphemism.

Ключевые слова: врач, пациент, медицинский дискурс, эвфемизм.

Проблема влияния профессии на человека — одна из наиболее актуальных проблем гуманитарного знания. Сфера деятельности врачей может служить ярким примером влияния профессии на речь. Профессия врача предполагает умение демонстрировать хорошее владение системными возможностями русского языка. Для специалиста в области лечебного дела, имеющего широкое поле активной

и разнообразной речевой деятельности, естественно умение грамотно и свободно говорить в любых ситуациях общения. Для врача характерно безукоризненное владение коммуникативными и этическими нормами, умение разумно (естественно, незатрудненно, целесообразно, уместно, удачно) использовать свои знания в речи (устной и письменной), умение управлять коммуникативным процессом и оказывать желаемое воздействие на любого собеседника, проявляя при этом к нему всемерное и постоянное уважение. Именно это позволяет врачу создавать профессиональные тексты высокого этико-эстетического качества.

Использование эвфемизмов относится к числу сравнительно малочастотных явлений в речевой практике говорящих, но именно эти средства служат своеобразными квалификаторами речевой состоятельности врача, подчеркивают систему преимуществ его манеры общения с людьми.

В понятие «эвфемизм» заложена активная творческая позиция говорящего в выборе нужного лексического средства, т.е. говорящий в процессе общения сам оценивает ситуацию и сам решает, какое слово или выражение наиболее прилично, тактично, пристойно, удобно употребить в данный момент. Эвфемистичность речи (греч. *euphemia*) — это воздержание от неподобающих слов, смягченное выражение.

Употребление эвфемизмов в речи врача обязательно. Но это не столько проявление утонченного языкового вкуса, сколько показатель его постоянной внутренней обеспокоенности, заботы о пациенте. Речь врача с пациентом всегда направлена на гармонизирующее и эффективное общение. Это достигается умением тонко, деликатно, дипломатично вести беседы на любые, в том числе и узкоспециальные темы (трудные, неудобные, щекотливые, запретные, тайные, но всегда необходимые для успешного лечения пациента).

Проблема употребления в речи эвфемизмов в разное время находилась в поле изучения филологов (работы Б. А. Ларина, Н. Д. Шмелёва, В. Г. Костомарова, А. П. Сковородникова, В. П. Москвина, Т. В. Кочетковой, Н. С. Болотновой и др.).

Под эвфемизацией обычно понимается процесс осознанной замены говорящего в интересах слушающего нелитературной или даже табуированной лексики на лексику с общей благородно-смяг-

чающей оценкой происходящего. Этот процесс в настоящее время привлекает внимание исследователей различных профессиональных дискурсов, где явление эвфемизации обусловлено спецификой профессиональной деятельности (речевая практика политиков, дипломатов, военных, юристов, журналистов и, конечно, врачей).

Наиболее полное и чёткое определение процессу эвфемизации встречается в работах Л.П. Крысина, в которых эвфемизация понимается как «отчётливая тенденция современной русской речи, противоположная по характеру, целям и результатам используемых средств тенденции к вульгаризации» (2000).

Медицинский дискурс предполагает затрагивание различных социальных тем, разнообразных сфер деятельности человека, широкого круга его отношений с обществом и другими людьми.

В речи врачей эвфемизмы традиционно используются в профессиональных целях, поскольку именно они смягчают и облагораживают многие весьма деликатные ситуации общения врача и пациента, а также общения в среде специалистов, общения в процессе подготовки будущих врачей. Эвфемизмы в речи всегда являются показателем высокой общей и профессиональной культуры говорящего. Их использование всегда продиктовано этикой поведения врача и его уважительным отношением к пациенту. Эвфемистические средства выражения довольно часто возникают в профессиональной речи врача в ситуациях, связанных с постановкой диагноза, с описанием конкретных физиологических процессов и болезненных состояний, с оценкой внешнего вида больного, общего самочувствия человека. Врач безошибочно определяет психофизические особенности пациента: характер его заболевания, степень запущенности болезни, характерные симптомы болезни, особенности поведения пациента и т.д. В процессе общения с пациентом врач опирается на речевой паспорт пациента: его пол, возраст, национальность, место рождения, образование, профессиональную принадлежность, социальный статус, интеллект, эрудицию, отдельные черты характера, психофизиологическое состояние в момент коммуникации. Так, например, для различных характеристик пациентов и их состояний уместны лексемы: *пожилой* вместо *старый*, *дама весьма почтенных лет* вместо *старуха*, *человек с ограниченными возможностями* вместо *инвалид*, *женщина, готовящаяся к материнству*

вместо *беременная, незрячий* вместо *слепой, слабослышащий* вместо *глухой, душевнобольной* вместо *психически больной, поправиться* вместо *растолстеть, диарея* вместо *понос, алопеция* вместо *облысение, педикулёз* вместо *вшивость, ринит* вместо *насморк, гематома* вместо *синяк, критические дни* вместо *менструация*.

В речи врача наблюдается разноцелевое употребление эвфемизмов: 1) как средство замены слова или выражения, нежелательно в данный момент; 2) как средство, смягчающее передаваемую информацию; 3) как вуалирующее средство, помогающее скрыть от непосвященных собеседников суть сказанного; 4) как средство осторожности, жесткого речемыслительного контроля; 5) как средство, облагораживающее содержание речи.

Грамотно используя эвфемизмы, врач всегда демонстрирует уважительное отношение к любому пациенту, при этом его речь выверена, хорошо продумана и четко организована, что помогает легко снимать малейшую негативную реакцию со стороны больного. Жесткий самоконтроль речи — отличительный признак специалистов лечебного дела. В любом профессиональном дискурсе наблюдается прямая зависимость между употреблением эвфемизмов и социальным контролем речевой ситуации. Чем сильнее контроль, тем выше вероятность употребления эвфемизмов. В хорошей речи опытных врачей употребление эвфемизмов неизбежно и носит естественный, незатруднённый характер.

Использование эвфемизмов во многих случаях не предполагает экономии речевых средств. Осуществляемая сознательная маскировка сущности явления может быть выражена не однословно, а объемно или даже пространно. Главное при общении с пациентом — удачно заменить вульгарный, грубый или иной нежелательный эквивалент более корректным и уместным. В процессе общения с больным врач обязан уметь предотвратить или устранить малейший речевой дискомфорт. Сравните: *лицо, страдающее лекарственной зависимостью* вместо *наркоман, потеря зрения* вместо *слепота, женщина, испытывающая постоянное половое влечение* вместо *нимфоманка, летальный исход* вместо *смерть, искусственное прерывание беременности* вместо *аборт*.

В медицинском дискурсе большое количество эвфемизмов встречается в официальной речи коллег. Многие высококвалифици-

цированные врачи и сегодня в духе старых добрых медицинских традиций используют в своей речи латинские эквиваленты: *scabies* вместо *чесотка*, *tumor* вместо *опухоль*, *cancer* вместо *рак*, *lues* вместо *сифилис*, *exitus letalis* вместо *смертельный исход*, *sine spe* вместо *безнадёжно*, *prognosis mala* вместо *плохой прогноз*, *delirium tremens* вместо *белая горячка*. Врачебное «тайноречие» всегда помогает специалистам обмениваться сугубо конфиденциальной информацией даже в присутствии пациента (ситуации консилиумов).

Поддержание культурной атмосферы общения в медицинской среде, желание не огорчить, а утешить собеседника, не оскорбить его косвенно, не вызвать у него дискомфортное состояние — всё это обязывает говорящего врача правильно выбирать эвфемистические номинации и смягчающие эвфемистические способы выражения.

В речи врача исключается любое проявление запретного, неприличного, грубого или бестактного. В медицинском дискурсе не работает житейское правило «называть вещи своими именами», а любой физиологический процесс имеет деликатное название: *освободить кишечник*, *освободить мочевой пузырь*, *дефекация*, *непроизвольное отхождение газов*, *каловые массы*, *фекалии*, *рвотные массы*, *семяизвержение*.

В процессе речевой практики встречаются пациенты с низким уровнем общей и речевой культуры, с небогатым словарным запасом, с присутствием в речи просторечных черт — все это препятствует результативной коммуникации со специалистом. Врач должен брать на себя функцию коммуникативного лидера, проявить умение в смягчении натуралистического смысла речи. К сожалению, использование нелитературных выражений, неумение завуалировать грубый смысл предстоящей речи, смягчить критическую остроту вынужденных высказываний имеют место в речи молодых, неопытных врачей.

Явление эвфемизации в культурноречевых исследованиях относят к области экологии языка. Тем не менее, освещение данной темы необходимо в процессе обучения будущих врачей, речь которых должна быть «доброй», «благостной», «благопристойно звучащей», а не резкой и конфликтной. Эвфемистичность речи врача является одним из показателей высокого профессионализма.

Литература

1. Барсукова М.И., Кочеткова Т.В. Слово в работе врача (Культура речи врача) // Чтобы Вас понимали: Культура русской речи и речевая культура человека / под ред. О.Б. Сиротининой. — М.: Книжный дом «ЛИБРОКОМ», 2015. — С. 155–165.
2. Бейлинсон Л.С. Медицинский дискурс // Языковая личность: институциональный и персональный дискурс. — Волгоград, 2000. — С. 103–117.
3. Иванчук И.А. Культура речи в деятельности врача (к проблеме формирования элитарного типа языковой личности в профессиональной медицине) // Вопросы стилистики: межвуз. сб. науч. тр. — Саратов, 1998. — С. 187–196.
4. Кочеткова Т.В. Эвфемистичность речи носителя элитарной речевой культуры // Речевое общение: Специализированный вестник. — Красноярск, 2000. — С. 58–62.
5. Ларин Б.А. Об эвфемизмах // История русского языка и общее языкознание. — М., 1977. — С. 101–114.
6. Москвин В.П. Эвфемизмы в лексической системе современного русского языка. — М.: ЛЕНАНД, 2007. — 264 с.
7. Сеничкина Е.П. Словарь эвфемизмов русского языка. — М.: Флинта: Русский язык, 2008. — 459 с.
8. Формановская Н.И. Коммуникативно-прагматические аспекты единиц общения. — М.: Изд-во «ИКАР», 1998. — 291 с.

УДК 316.6:61+811.161.1"27

Е. В. Наумова, канд. филол. наук, доцент

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ Минздрава России, Саратов, Россия

ЛИЧНОСТНЫЙ КОМПОНЕНТ В РАЗНЫХ ТИПАХ ДИСКУРСА (НА МАТЕРИАЛЕ РЕЧИ ВРАЧА)

The focus of the article is on the personal element of linguistic identity in different types of discourse. The article analyzes individual discourse and types of medical institutional discourse.

Key words: individual discourse, existential discourse, types of institutional discourse, personal element.

Ключевые слова: персональный (личностно-ориентированный) дискурс, бытийный дискурс, типы институционального дискурса, личностный компонент.

Многорольность речевого поведения человека способствует формированию типа речевой культуры, в котором могут совмещаться научные, медицинские, педагогические, политические, массово-информационные разновидности институционального дискурса и персональный (лично-ориентированный) дискурс. Врач-педиатр, учёный, руководитель, преподаватель, лектор, поэт, депутат — вот неполный перечень социальных и профессиональных ролей информанта, речевое поведение которого является объектом нашего внимания [5, 6].

Персональный дискурс раскрывает нам личность во всём богатстве её внутреннего мира. По мнению В. И. Карасика, персональный дискурс существует в двух разновидностях: бытовое и бытийное общение [3, с. 6]. Бытовое общение сводится к поддержанию контакта между хорошо знакомыми, родными людьми. В бытийном дискурсе раскрывается внутренний мир человека во всём его богатстве, общение носит развёрнутый, предельно насыщенный смыслами характер, используются все формы речи на базе литературного языка, бытийное общение преимущественно монологично и представлено произведениями художественной литературы и философскими и психологическими текстами [3, с. 7].

Бытийный дискурс в исследуемом материале представлен поэтическим творчеством врача, монологами из интервью и фильма «Самый настоящий доктор», снятого о нашем информанте, записанной и расшифрованной записью речи во время проведения студенческого научного кружка, состоявшегося 5 декабря 2008 года, расшифрованной записью речи во время участия врача в телевизионной передаче «Умники и умницы» 23 января 2016 года.

Врач по профессии, Д. А. Морозов способен задумываться о самом разном и размышлять на темы, выходящие за рамки медицины: Каким должен быть человек? Как нужно жить? В чём смысл жизни? Каким должно быть государственное устройство? Может ли общество быть гармоничным и развитым? Что такое любовь?

Приведём фрагмент записи речи из телевизионной передачи «Умницы и умники», в которой раскрываются особенности личности врача: государственный ум, масштабность мышления, ответственность за состояние современной медицины.

Ю. Вяземский: Почему всё-таки у нас в целом/ такая неудовлетворительная/ медицина?

Д. А. Морозов: На самом деле эээмм мы все находимся в том или ином информационном потоке/ и-и для того чтобы человек мм/ был доволен/ он или там удовлетворён здравоохранением и врачами он должен быть/ ну условно говоря готов к этому/ если мы возьмём абсолютные критерии успешности здравоохранения то/ по всем нозологическим единицам **в нашем государстве мы можем обеспечить выздоровление почти всех людей**/ но/ речь идёт об уровне науки/ об уровне здравоохранения/ и в том числе об уровне организации здравоохранения/ к большому сожалению на рубеже веков и на рубеже смены строя/ у нас некоторые позиции советского здравоохранения были потеряны/ мы сегодня уже вспоминали академика Петровского/ который заложил все основы советского здравоохранения/ и **должен вас уверить/ оно было эффективным/ в 99 процентах случаев**/ нам не хватало только одного процента который/ на рубеже веков/ мы надеялись получить/ внедрением новых технологий/ внедрением новых систем организации труда/ обучением допустим наших специалистов за рубежом/ и многими-многими другими вещами/ Да/ мы получили это всё/ но при этом/ возникли некоторые проблемы в организации здравоохранения на местах/ в оказании поликлинической помощи/ в оказании скорой помощи/ и так далее и так далее/ на сегодняшний момент все эти проблемы они/ осознаны и/ у меня есть/ ощущение того/ что последовательность движений в течение нескольких лет/ приведёт эту ситуацию/ к норме/ **лично я//ммм/ очень мало позиций знаю по которым надо лечиться за рубежом и по этим позициям невозможно оказать помощь.**

Бытийный дискурс врача насыщен средствами выразительности, используются различные тропы и фигуры речи, что говорит о речевой и общечеловеческой самобытности и оригинальности информанта. Одним из часто используемых средств выразительности в бытийном дискурсе является метафора, часто употребляемая не только в поэтическом творчестве, но и в публичной речи, интервью, во всех монологических высказываниях информанта: *море боли, реки слёз, восстание сознания, я растворён в этих детках, вычеркнуть навсегда из скрижалей моей души, мы живём мечтой об этом*

центре, университет — это одно из тех сердец, которые общество должно хранить, у меня были мои учителя, которые навскидку ставили диагнозы, чисто выходит на кишку.

Многие известные фразеологизмы в речи врача трансформируются и становятся индивидуально-авторскими: *я всегда знаю свой номер в этой жизни, белого света не видя, мы из себя по капле раба так и не выдавили.* Фразеологизм медицинской тематики *вместе с водой выплеснуть ребёнка* трансформируется и приобретает общественно-политическую окраску: *для того чтобы **вместе с водой реформ/ не выплеснуть ребёнка.***

Широкий охват сознанием говорящего разнообразных прецедентных текстов, имеющих непреходящее общекультурное значение, говорит о высокой общекультурной компетенции: *Я позволю себе заимствовать одно крылатое выражение/ одного выдающегося детского хирурга Станислава Яковлевича Далецкого/ которого, я думаю, многие наши зрители знают по философским книгам/ «Мысли в пути» например/ или по его высказываниям относительно многих острых проблем здравоохранения и развития общества/ вот у него в отношении детской хирургии/ я думаю, мы вправе ... это на всю медицину/ была такая красивая фраза// Детский хирург — это человек/ который мыслит как педиатр/ действует как хирург и обладает и анализирует факты бытия/ как это делают представители точных наук// Хирург и врач// это гармонично развитая личность/ Если он имеет какие-либо изъяны в гармонии своей личности/ это обязательно скажется на профессии/ на диагнозе/ на лечении// (телепередача «Умники и умницы»).*

В речевых произведениях институционального дискурса: научном, медицинском, педагогическом, политическом — наблюдаются вкрапления элементов бытийного дискурса, здесь тоже раскрывается внутренний мир информанта, хотя и более фрагментарно, ведь времени на бытийное общение нет, эти типы дискурса предназначены для других целей, но личность и в этих типах дискурса проявляется иногда не менее ярко, чем в бытийном дискурсе. Материалом исследования институциональных типов дискурса послужили записи выступления на заседании Актива Правительства Саратовской области в декабре 2004 года, доклада на научной конференции, лекций, деловой беседы, диалогов с пациентами.

«Для каждого вида институционального дискурса характерна своя мера соотношения между статусным и личностным компонентами» [3, 11]. Для дискурса нашего информанта характерно обязательное присутствие личностного компонента в деловом и научном общении. Так, выступление на научной конференции он начинает с развёрнутой метафоры ненаучного содержания (*перекрёсток* как разница характеров людей, возможность выбора стиля поведения в той или иной ситуации). Такое свободное вступление к докладу с серьёзным научным содержанием, свойственное публичной речи в американской речевой культуре, позволяет подготовить почву перед выступлением: разрядить обстановку, расположить к себе аудиторию, вызвать интерес к докладу: *все люди во время сложных ситуаций/ во время опасностей они / но условно говоря/ делятся на две такие группы/ **вот я сделал перекрёсток**/ одни люди пытаются в последний момент перебежать дорогу/ как бы ... у судьбы вот этот успех/ другие делают два шага назад и ждут очередного светофора/ и та и другая точка зрения не что иное как характер людей/ характеры хирургов тоже ... но главное/ что и та и другая точка зрения / имеет право на жизнь/ самое главное не попасть под автомобиль/ **вот с этого мне и хотелось начать**/*

В деловом общении также отмечается присутствие личностного компонента. В нашем материале есть запись деловой беседы с Президентом России В. В. Путиным, где информант рассказывает о себе, своих профессиональных достижениях. Во-первых, момент знакомства и представление неминуемо содержит информацию личностного характера, что на морфологическом уровне языка проявляется в употреблении личного местоимения 1-го лица: ***Я** детский хирург, возглавляю кафедру детской хирургии медицинского университета, профессор; **Мне** 41, **я** докторскую защитил в 28; **я** детский хирург, с первого курса — в клинике, поэтому так и получилось, много работал.*

Информант выражает собственное мнение по многим вопросам, касающимся здравоохранения в стране, для этого могут использоваться специальные средства авторизации и введение своего мнения с помощью вводных конструкций: *Но **мне кажется**, что это системная сейчас проблема, и она требует системной серьёзной поддержки. **Конечно**, на территории Саратовской области, усилиями Ва-*

лерия Васильевича в том числе, запущены проекты и «Сельский доктор», и «Миллион сельскому врачу», есть подвизжки, есть первый десяток — полтора десятка докторов, которые получили эту поддержку. И, Вы знаете, **у меня сложилось убеждение внутреннее**, что муниципальное и сельское здравоохранение в особенности — они требуют беспрецедентных мер поддержки, **может быть** — даже сродни поддержке военнослужащих.

Нужно сказать, что вся деловая беседа проникнута со стороны врача личностным отношением, поскольку он неравнодушный человек и искренне переживает за состояние российской медицины в целом, детской хирургии в частности. Характерно это проявилось в завершении диалога:

Президент РФ: Спасибо. Очень красочно излагаете.

Врач: Потому что от души.

Президент РФ: Да, это сразу чувствуется.

Более того, он считает себя государственным человеком и его патриотизм проявляется на лексическом уровне постоянно во всех типах дискурса как персонального, так и институционального: *Мы были так заложены и воспитаны/ как люди работающие на страну/ / так я всю жизнь и работаю/ Когда есть работа на страну/ мне интересно/ когда что-то касается лично меня мне это неинтересно/ мне кажется это пустая трата времени// жизненного//; нужно обязательно всем вместе поворачивать мышление, вот в сторону гуманного и осознанного какого-то бытия, // осознанного, как гражданином так и вообще в принципе человеком//.*

Личностный компонент всегда присутствует в медицинском дискурсе во время общения с пациентами [1, 2, 4]. Дмитрий Анатольевич — педиатр, и он умеет найти подход к каждому своему пациенту, как, например, в приведённом ниже фрагменте, где сначала найдены точки соприкосновения врача и пациентки, а именно одно любимое занятие — пение, а затем доктор прогнозирует будущую профессию пациентки, тем самым устанавливая с ней ещё более доверительные отношения: *Ну то есть это нас с тобой объединяет/ да? Я тоже пою для своего удовольствия/ ...Ну ты будешь детским хирургом/ я так понимаю?*

Таким образом, проявление личностного компонента в разных типах дискурса одной языковой личности способствует созданию её

идиостиля, особенности которого проявляются на всех уровнях языковой системы: орфоэпическом, акцентологическом, лексико-семантическом, морфологическом, синтаксическом, а также в выразительности и творческом своеобразии речи.

Литература

1. Барсукова М.И. Коммуникативная компетенция врача как фактор предупреждения рисков в общении с пациентом // Проблемы речевой коммуникации: межвуз. сб. науч. тр./ под ред. М.А. Кормилицыной. — Саратов: Изд-во Саратов. ун-та, 2014. — С. 124–133.
2. Барсукова М.И., Кочеткова Т.В. Слово в работе врача // Чтобы Вас понимали: Культура русской речи и речевая культура человека: учебное пособие / под ред. О.Б. Сиротининой. — М.: Книжный дом «ЛИБРОКОМ», 2015. — С. 155–165.
3. Карасик В.И. О типах дискурса // Языковая личность: институциональный и персональный дискурс: сб. науч. тр./ под ред. В.И. Карасика, Г.Г. Слышкина. — Волгоград: Перемена, 2000. — С. 5–20.
4. Кочеткова Т.В., Барсукова М.И. Спектр коммуникативных практик в медицинском дискурсе. Медицинский дискурс. Вопросы теории и практики: материалы 3-й межрегиональной научн.-практ. конф. с междунар. участием, 16 апреля 2015 г. / Твер. гос. мед. ун-т ; под общ. ред. Е.В. Виноградовой. — Тверь: Ред.-изд. центр Твер. гос. мед. ун-та, 2015. — С. 46–51.
5. Наумова Е.В. Некоторые особенности речевого портрета современного врача. Проблемы речевой коммуникации: межвуз. сб. науч. тр. / под ред. М.А. Кормилицыной. — Саратов: Изд-во Саратов. ун-та, 2010. — Вып. 10. — С. 81–87.
6. Наумова Е.В. Проявление высокого уровня коммуникативной компетенции в речи врача. Проблемы речевой коммуникации: межвуз. сб. науч. тр. / под ред. М.А. Кормилицыной. — Саратов: Изд-во Саратов. ун-та, 2013. — Вып. 13. — С. 64–78.

М. С. Невзорова, аспирант

ФГАОУ ВО «Волгоградский государственный университет»,
Волгоград, Россия

СТАТУСНО-РОЛЕВЫЕ ОТНОШЕНИЯ РАВНОСТАТУСНЫХ СУБЪЕКТОВ МЕДИЦИНСКОГО ДИСКУРСА

The article is devoted to equal status communication. Professional medical communication is viewed in the context of the social status and the role. The author comes to a conclusion that medical specialists are equal in their social status and differ in the communicative role they play.

Key words: medical discourse, equal status communication, social status, communicative role, status-role communication.

Ключевые слова: медицинский дискурс, равностатусная коммуникация, социальный статус, коммуникативная роль, статусно-ролевое общение.

В фокусе современных исследований медицинского дискурса оказывается в основном неравностатусная коммуникация, представленная коммуникативной диадой «врач — пациент». Актуальность нашего исследования определяется тем, что внимание переносится на речевое поведение врачей внутри коллектива профессионалов. На первый план выходит проблема равностатусной коммуникации в медицинском дискурсе, то есть, какую коммуникацию можно считать равностатусной, каковы ее специфические черты в медицинском дискурсе.

Медицинский дискурс относится к институциональному виду общения, в котором участвуют врачи, пациенты, родственники пациента с целью диагностировать заболевание, уточнить диагноз, обосновать методику лечения, выработать коллегиальное согласие [1, с. 28]. Участники (агенты, клиенты и маргиналы) институционального общения различаются своими социальными статусами. В центре внимания современных исследований медицинского дискурса оказывается коммуникативное поведение врача, как агента дискурса, и пациента, как клиента дискурса. Такая коммуникация признается неравностатусной и асимметричной [1, 2], что определяет специфику данного типа коммуникативного поведения. Врач

в силу своего высокого социального и коммуникативного статусов занимает ведущее место в общении. Так, например, врач отвечает за распоряжение коммуникативной инициативой, определяет очередность мены коммуникативных ролей, его вклад в развитие дискурса значительно больше, чем вклад пациента. Однако разработка только этого направления развития медицинского дискурса не может дать целостную картину. Считаем необходимым рассмотреть данное явление с позиции взаимодействия двух агентов, то есть профессиональную коммуникацию между двумя и более врачами. Полагаем, что такое общение является равностатусным, в силу того, что коммуниканты являются представителями одной профессии и находятся на одной линии с точки зрения их социального статуса.

В современной социологии сформировался взгляд на общество как на социальную систему, внутри которой располагаются строго упорядоченные позиции. Взаиморасположение социальных позиций определяет статус человека. Под статусом человека, вслед за А. И. Кравченко и В. Ф. Ануриным, мы понимаем совокупность прав и обязанностей человека по отношению к другим людям, обладающими иными статусами. «Совокупность всех статусов, характеризующих на данный момент личностные и социальные позиции одного и того же человека называется статусным набором» [5, с. 79].

Существуют различные классификации социальных статусов. Например, для определения социальной позиции человека в обществе используют главный (ключевой) социальный статус, который определяется экономической, политической или профессиональной деятельностью. Те статусы, которые человек получает от рождения (статус сына или дочери, пол, раса, национальность), называют приписанными или прирожденными. Получение такого статуса не зависит от действий человека. Если же получение статуса требует от человека выполнения определенных действий и приложения некоторых усилий (получение образования, профессии), то такие статусы считаются достигаемыми (приобретенными). Различают также социальные и личностные статусы. Под личностным статусом понимают позицию, которую человек занимает в непосредственном окружении, то есть то, как оценивают его друзья, родственники, коллеги. Социальный статус определяет принадлежность к той или иной формальной или неформальной группе, а личностный статус

обусловлен степенью авторитета и влияния внутри группы. Невозможно говорить о появлении любого статуса у отдельно взятого человека, поскольку статус проявляется только в группе (обществе). Обладание тем или иным статусом усваивается человеком через взаимодействие с другими людьми, а именно через признание статуса окружающими. Для нашего исследования значимыми являются понятия «главный социальный статус» и «приобретенный социальный статус», а также понятия «социального» и «личностного» статусов.

Статус врача для его обладателя становится ключевым, поскольку он определяет весь образ жизни человека, круг общения и общественный престиж. Во всем мире врачи традиционно занимают одну из самых высоких ступеней в социальной иерархии. Профессиональное становление врача во всем мире считается трудоемким и длительным процессом, поэтому такой статус без сомнения рассматривается как приобретенный. За время обучения все будущие специалисты овладевают теоретическими знаниями и практическими навыками оказания медицинской помощи. Однако усвоение профессиональных знаний и умений возможно только посредством овладения профессиональным языком. Язык медицины представляет собой смесь терминологии, профессионализмов и медицинского сленга. Научная медицинская картина мира врача продолжает дополняться в течение всей профессиональной деятельности в процессе обсуждения сложных клинических случаев, лечения пациентов, участия в научных конференциях и прохождении курсов повышения квалификации. Полагаем, что равностатусность врачей, как субъектов медицинского дискурса, выявляется на основе общности именно научной медицинской картины мира.

Однако утверждать, что все врачи равны в коммуникативном плане между собой, не следует, поскольку внутри данной обособленной социально-профессиональной общности врачей можно выделить различные социальные роли, исполняемые обладателями одного социального статуса. Коммуникативная роль относится к числу ситуативных переменных, определяющих коммуникацию. Ее изменение неизбежно ведет к изменению речевой ситуации, к варьированию языковых средств и изменению коммуникативного поведения субъектов дискурса [4, с. 422]. Роль — это нормативное поведение человека в определенной ситуации и в соответствии с

занимаемой позицией. Под нормативностью поведения понимают социальные конвенции, принятые в данном обществе. Таким образом, исполняя свою роль в каждой конкретной ситуации человек действует именно так, как того ожидают окружающие его люди. Коммуникативная роль определяет стратегии поведения каждого участника коммуникации.

Выделение роли «коллеги», «начальника», «подчиненного» позволяет дифференцировать общение равностатусных субъектов медицинского дискурса как симметричное и асимметричное. Асимметричное общение реализуется в таких формах, как медицинский рапорт, разбор врачебных ошибок и клинично-экспертная комиссия [2, с. 18]. Асимметричные ситуации общения предполагают две формы соотношения ролей:

- 1) роль первого участника выше, чем роль второго участника,
- 2) роль первого участника ниже, чем роль второго участника.

Коммуникация врачей на заседании клинично-экспертной комиссии по трансплантологии является асимметричной. Члены комиссии занимают более высокую позицию по отношению к лечащему врачу, которому необходимо получить разрешение на пересадку донорского органа пациенту. Несоответствие в представленных документах мотивирует члена комиссии (K1) на использование стратегии изблечения лжи посредством тактики вынуждения (многократное повторение одного вопроса) и тактики угрозы. Владение коммуникативной инициативой полностью принадлежит члену комиссии, врач (K2) предпринимает попытки перехвата инициативы, но его тактика оказывается неэффективной.

K1: Uh, Dr. House, I'm confused by your time and date stamps. It appears that you put your patient on the transplant list before you did these tests.

K2: I had a hunch.

K1: You don't have hunches. You know.

K2: Look, if the tests had come back differently, obviously I would have taken her off the lists, but on the long shot...

K1: Is there any exclusion criteria we should know about?

K2: CAT scan revealed no tumors and Dr. Wilson found no trace of cancer.

K1: Any psychiatric conditions, history of depression ...

K2: She's a little blue, but turns out she needs a heart transplant.

K1: Dr. House, if you subvert or mislead this committee, you will be subject to disciplinary action.

K2: Dr. Cuddy, do you have any reason to think that I would lie?

K1: I simply want you to answer the question! Is there anything on the recipient exclusion criteria that would disqualify your patient from getting a heart?

K2: No.

Врач, желая скрыть факт наличия у его пациента психического расстройства, поскольку это является основанием для исключения из листа ожидания, реализует в диалоге стратегию акцентирования внимания на незначимых фактах и скрывании значимой информации. Иными словами врач лжет, но стремится быть убедительным. Как отмечает Н. Л. Шамне, «лжец будет придерживаться принципа кооперативности, следить за тем, чтобы ложь была для обманываемого убедительной» [6, с. 41]. На официальность общения указывает использование официальных обращений и медицинской терминологии, чем утверждают свою принадлежность к профессиональному сообществу медиков.

Симметричное общение реализуется в коммуникативной паре, где роли участников ситуации равны [4, с. 428–429]. Примером такого общения является обсуждение сложного клинического случая в виде мозгового штурма, во время которого коммуниканты принимают во внимание все предложенные точки зрения, поощряют свободное течение идей, стараются модифицировать, достроить, смешать, пока не возникнет интересная комбинация, позволяющая решить исходную проблему. В центре беседы стоит коммуникативный лидер (K1), который несет ответственность за развертывание коммуникации и передачу инициативы. Такая коммуникативная роль, как правило, исполняется более опытным профессионалом.

K1: What did you find out?

K2: His kidney failure; it's Acute Intestinal Nephritis.

K1: I wonder if that's significant.

K2: It means that the antibiotics did not cause the kidney failure. How did you know?

K1: If you guys hadn't been so busy trying to prove me wrong you might have checked in on the poor kid.

В ситуациях симметричной коммуникации специфичной является инициация коммуникативного акта. Начало беседы осуществляется путем привлечения внимания партнера различными вербальными и невербальными способами. Разговор можно считать инициированным, если и говорящий, и слушающий поочередно сигнализируют о своей готовности вступить в интеракцию [6, с. 149]. В условиях равноправной коммуникации инициатору беседы нет необходимости обосновывать, почему именно ему принадлежит инициатива [3, с. 34]. Так, например, в ситуации, когда у одного из коммуникантов есть новая информация относительно состояния пациента, он сообщает ее без дополнительного вступления и утверждений своего права на инициацию коммуникативного акта.

K1: Their hearts are barely pumping. Their lungs are shot. Now they're showing liver toxicity.

K2: I guess Matt's mom won't nominate us for any Doctor of the Year awards.

K1: Only explanation is they got poisoned by something besides ethyl-parathion. Then the hydrolase would release the neurotoxins instead of bonding with them.

K3: The only thing they have in common is the bus.

K2: Except their symptoms. Given their severity... and the fact their cardiac symptoms are getting worse much faster than their other ones, what does that tell us?...

Симметричная коммуникация возможна в ситуации неофициального общения коллег, для которой характерны тенденции к снижению эксплицитности высказывания и использованию некодифицированной лексики.

K1: Your patient's hardly clotting.

K2: Sub-Q vitamin K and fresh frozen plasma pre-op.

K1: Pretty risky.

K2: Well that's why I came to the best transplant surgeon in the hospital. She's dead without you.

K1: Get her in this afternoon.

K2: Thank you very much.

K1: My pleasure.

Коллеги могут хорошо понимать друг друга почти без слов. Проявляется данная тенденция в активном использовании эллиптичес-

ких конструкций. Использование терминологии и жаргона обусловлено двумя мотивами. С одной стороны, ими движет стремление ограничить доступ в группу «чужих», с другой, каждый из членов группы посредством профессиональных жаргонов и терминов утверждает свою принадлежность к этой группе.

Анализ нашего материала позволяет сделать вывод, что равно-статусной коммуникацией в медицинском дискурсе можно считать общение врачей, объединенных на основе своего социального статуса. Внутри социально-профессиональной группы на основе разных ролевых отношений коммуникация может осуществляться в двух формах: симметричной и асимметричной. В ситуациях асимметричной коммуникации коммуникативная инициатива принадлежит лидеру. Спецификой симметричной коммуникации является равноправие членов группы при инициации коммуникативного акта и передачи коммуникативной инициативы. Принадлежность к группе выражается в использовании терминологии и профессионального жаргона в двух формах равностатусной коммуникации.

Литература

1. Гончаренко Н.В. Суггестивные характеристики медицинского дискурса / Н. В. Гончаренко. — Волгоград: Изд-во ВолГМУ, 2015. — 212 с.
2. Жура В.В. Дискурсивная компетенция врача в устном медицинском общении / В.В. Жура. — Волгоград: Изд-во ВолГМУ; ООО «ДарКо», 2008. — 376 с.
3. Ключев Е.В. Речевая коммуникация: учебное пособие для университетов и институтов / Е.В. Ключев. — М.: РИПОЛ КЛАССИК, 2002. — 320 с.
4. Крысин Л.П. Русское слово, свое и чужое: Исследования по современному русскому языку и социолингвистике / Л.П. Крысин. — М.: Языки славянской культуры, 2004. — 888 с.
5. Социология: учебник для вузов / А.И. Кравченко, В.Ф. Анушин. — СПб.: Питер, 2003. — 432 с. — (Серия «Учебник для вузов»)
6. Шамне Н.Л. Актуальные проблемы межкультурной коммуникации: учебное пособие / Н.Л. Шамне. — Волгоград: Изд-во ВолГУ, 2014. — 200 с.

Ю. В. Рудова, канд. филол. наук, доцент

ГБОУ ВПО Волгоградский ГМУ Минздрава России, Волгоград,
Россия

ЖАНРОВАЯ СИСТЕМА КОРПОРЕАЛЬНОЙ КУЛЬТУРЫ

The term «corporeal culture» refers to a society's cluster of practices including communication. We review it as a social and cultural phenomenon which is represented through discourse which refers to communication practices. The corporeal culture appears to be embedded in the framework of medical, advertising, media and conversational discourse.

Key words: corporeal culture, genres of corporal culture, discourse practices, communication practices.

Ключевые слова: корпореальная культура, жанры корпореальной культуры, дискурсивные практики, коммуникативные практики.

На протяжении длительного времени человеческое тело изучалось как биологическая сущность в рамках естественнонаучных дисциплин. Этим объясняется связь понятия «телесность» с науками о строении, функциях тела в норме и при патологиях. Материальность — признак, позволяющий визуализировать, изучать тело как биологически функционирующий феномен, а также рассматривать его как объект лечения, например, в медицине и смежных естественных науках, таких как биофизика, биохимия и других. Изучение тела в медицине привело к тому, что представления о человеческом теле как биологическом феномене значительно обогатились «новыми образами, продуцируемыми на картину мира человека» [5]. В число новых образов о теле человека, которые нашли отражение в его картине мира, вошли не только представления об особенностях функционирования тела как целостного организма, но и тела как источника заболеваний, с одной стороны, и источника силы, красоты, сексуальности, с другой стороны.

Наряду с онтологическим подходом к изучению человеческого тела, согласно которому тело — это ограниченная в пространстве часть вещественной материи, выделяются также другие подходы. Так, получившее в последние десятилетия значительную популярность социокультурное и коммуникативное осмысление тела человека объясняется тем, что человек не существует сам по себе, а оказы-

ваются включенным в культурное пространство, в социум и в новую коммуникативную среду со свойственными ей специфическими средствами деятельности. Включение человека как биологического феномена в социокультурное и коммуникативное пространства приводит к тому, что из «человека телесного» он превращается в социализированную, культурную и коммуникативную личность, обладающую, наряду с физическими характеристиками, также «свойствами и атрибутами, порожденными социальными, культурными воздействиями» [1, с. 248], дискурсивными практиками. В зависимости от природы и степени влияния этих факторов человек «делает выбор своего телесного» и коммуникативного поведения, <...> следуя определенным моделям поведения или выбирая свои собственные, не противоречащие установленным в обществе законам и нормам, и, в конце концов, «формирует свой имидж в соответствии с традициями, принятыми в данном социуме» [1, с. 248]. В результате трансформации человеческого поведения усваиваются новые системы знаний и коммуникативные практики, позволяющие человеку максимально реализовывать себя в современной коммуникативной среде. Так, телесные образы, продуцируемые в сознании, концептуализируются, категоризируются, а также получают вербально-знаковое оформление в соответствии с принятыми в социуме социокультурными, дискурсивными практиками. **Например, феминистская теория** привлекла внимание к уже ставшему в наши дни стереотипному использованию и обозначению женского тела и его отдельных частей на телевидении в целом и в рекламе, в частности, к различиям между мужским и женским идеалами тела в западной культуре, к безусловному восприятию эталонного женского тела, которое концептуализируется по-разному в зависимости от типа социальной интеракции людей.

В настоящее время вопросу междисциплинарного изучения человека, включающего единство биологического, языкового, социального, культурного, духовного компонентов, уделяется обширное внимание в научной литературе. С господством антропоцентрического подхода в лингвистике происходит становление новой, корпоральной парадигмы исследований, основанной на признании необходимости интегрированного подхода к рассмотрению человека. В языковедческую науку постепенно проникают термины «корпоральность» (телесность) и «корпоральная культура» (телесная

культура), первоначально возникшие в философском сознании Запада посредством культивирования телесных интенций, под которыми понимается направленность сознания человека на реализацию замыслов через призму телесных характеристик (например, культивирование понятий «здоровое тело», «здоровое питание» и т.д.). Современные коммуникативные технологии позволили при помощи средств массовой информации (газеты, журналы, телевидение), средств массового воздействия (реклама, мода, кино) и технических средств коммуникации (Интернет, телефон) технически быстро тиражировать идеи корпоральности и внедрять их в сознание аудитории. Все это способствовало тому, что начиная с 80-х годов XX века корпоральная культура становится одним из приоритетных направлений в развитии общества. При этом общественные ценности, которые ранее считались второстепенными, такие как красота, сексуальность, комфорт, становятся традиционными для общества, которое вступило в эпоху постмодерна с присущим ему феноменом «телесности» и «соматическим сознанием» [2].

Обобщив различные определения корпоральности (Alaimo 2012, Meier 2012, Zlatev 2007, Lakoff 1987 и др.), в данной работе нами было выработано следующее понимание «корпоральной культуры»: *реализация культурных практик (то есть видов деятельности, моделей поведения) и интенций через стратегии и тактики, в основе которых лежат осмысление собственного тела, непосредственно его значимости и значимости по отношению к другим телам.* Очевидно, что реализация указанных культурных практик включает разнообразные коммуникативные виды деятельности и определенные модели речевого поведения, которые находят формальное выражение в конкретном наборе речевых действий, а, следовательно, и речевых жанров [4, с. 5]. Поэтому рассмотрение жанровой природы корпоральной культуры с учетом дискурсивных практик представляет для нас значительный интерес.

Учитывая данные интерпретативного анализа, данные анализа фактического материала, позволившего определить частотность употребления лексемы <тело>, а также языковых единиц, обозначающих разные части тела, мы выделили следующие типы дискурсов, в рамках которых идея корпоральности находит формальное выражение посредством специальных вербальных средств: обиход-

ный (бытовой) дискурс, медицинский дискурс, рекламный и медиа-дискурсы. Рассмотрим, как понятия корпоральной культуры вербализуются в разных типах дискурсов. Нам представляется наиболее логичным начать с бытового общения, которое «является естественным исходным типом дискурса, органически усваиваемым с детства» [3]. Например, употребляя слово <телесб>, мы подразумеваем человека с избыточным весом; <поджарое тело> ассоциируется с мускулистым телом; <красота — страшная сила> — выражение известное с детства, в которое вкладывается смысл необходимости ухода за телом; <хилjak> (разг.-сниж.) обозначает человека, имеющего болезненный вид или худощавое тело; <в здоровом теле — здоровый дух> — девиз здорового образа жизни и важности спорта в достижении здорового тела; <без головы> или <без царя в голове> — глупый человек. Указанные номинации встречаются в таких жанрах обиходного дискурса, как возмущение, совет, порицание, жалоба, благодарность и других.

В текстах, репрезентирующих медицинский дискурс, в рамках которого выделяются такие инвариантные жанры, как учебная медицинская литература, научная медицинская литература, включающая информационно-справочную литературу (энциклопедии и словари), медицинскую документацию и средства наглядно-вербального информирования с характерным для них большим количеством вариативных жанровых образований [4, с. 7], лексема <тело> и термины, обозначающие части тела, встречаются в следующих контекстах [6]: <тело языка> (*corpus linguae*) — передняя, свободная часть языка, отделенная от корня пограничной бороздой; <телосложение> (*habitus*) — совокупность особенностей строения, формы, величины и соотношения отдельных частей тела человека. При этом телосложение может быть астеническим, атлетическим, диспластическим, лептосомным, то есть основанным на характерных физиологических признаках тела. В текстах, репрезентирующих жанр медицинской документации, а именно *карте контроля температуры тела новорожденного в родильном зале и неврологическом статусе новорожденного* лексема <тело> и термины, обозначающие части тела используются в сочетаниях: температура тела, окружность головы/груди, форма черепа, кости черепа, мимика лица, глазная щель и др. Нередки случаи, когда в медицинском дискурсе употреб-

ляется лексема <сома> (от греч. сома — тело) в таких обозначениях, как хромосома, соматогенный, соматический, соматическая нервная система и так далее.

Примерами употребления рассматриваемой лексемы <тело>, а также терминов, обозначающих части тела, в рекламном дискурсе могут служить следующие рекламные слоганы: «Готово ли ваше пляжное тело?» (реклама спортивного питания Protein World); «Пьянящая магия красоты» (реклама салона красоты); «Для нежности вашего тела!» (реклама крема); «Это изменит нечто большее, чем ваше тело», «Мне не нужна операция на ноги, пока я выгляжу как внучка!» (реклама пластической хирургии).

Масс-медийный дискурс представлен множеством различных жанров, наиболее репрезентативными из которых являются новостные жанры (политическая статья, новостная телепередача), а также комментарий, редакционная статья, портретный очерк, проблемно-тематическая статья, светская хроника, репортаж, колонка автора, некролог, рецензия, развлекательная телепередача, документальный фильм, музыкальная телепередача и др. В настоящей работе предпринята попытка выявить, как лексема <тело> и термины, обозначающие части тела, функционируют в масс-медийном дискурсе. В качестве материала исследования мы избрали информационные и культурно-просветительские телевизионные передачи. Реализуя свои социальные функции, подобные телепередачи охватывают широкий спектр коммуникативных задач, в частности просвещение (информирование) и воздействие на разные сферы человеческого сознания, в результате чего происходит манипулирование, в том числе и телесным сознанием.

В настоящее время на телевидении и в прессе существует множество телепередач, целью которых является «эстетизирование» нашего тела. К ним относятся «Химия нашего тела. Витамины» на канале Россия 1, «Здоровье», «О самом главном», «Жить здорово» на Первом канале. Вот лишь некоторые темы эфиров указанных телепередач: «Все о женской красоте», «Здоровье женщины — как сохранить?» (О самом главном), «Как подготовить ноги к старости?», «Научные выдумки для жизни. Гаджеты для женской красоты», «Руками не трогать! Части тела, которых лучше не касаться» (Жить здорово). Анализируя синтаксическую организацию утвердительных и вопро-

сительных конструкций в формулировках тем указанных телепередач, мы констатируем, что они представляют собой вызов духовному и телесному сознанию человека, манипулируя им и ограничивая его. На это указывают незаконченность высказывания и знак вопроса или восклицательный знак в конце предложения.

Подводя итог нашего исследования, необходимо отметить следующие особенности способов формальной репрезентации понятий корпоральной культуры: во-первых, обозначения телесных характеристик, используемые в обиходном дискурсе, представлены в основном метафорическими номинациями, образованными на основе переноса значения по сходному признаку; во-вторых, в рамках медицинского дискурса лексема <тело> и термины, обозначающие части тела, применяются в основном в их прямых значениях; в рекламном и медиа-дискурсах, целью которых является воздействие на адресата, применяются самые разнообразные экспрессивные (оценочные, эллиптические, параллельные, метафорические и иные) средства. Дискурсивные практики играют определяющую роль в выборе вербальных средств репрезентации основных понятий корпоральной культуры, что в значительной степени способствует закреплению в общественном сознании наиболее ценных для нее моделей поведения и речевых видов деятельности.

Литература

1. Быховская И.М. Телесность как социокультурный феномен // Культурология. XX век. Энциклопедия. Т. 2. — СПб.: Университетская книга ; Алетей, 1998. — С. 248–249.
2. Быховская И.М. «Ното somatikos»: аксиология человеческого тела. — М., 2000.
3. Карасик В.И. *О типах дискурса* // Языковая личность: институциональный и персональный дискурс: сб. науч. тр. — Волгоград, 2000. — С. 5–20.
4. Рудова Ю.В. Жанровый статус медицинского буклета: автореф. дис. ... канд. филол. наук. — Волгоград, 2008.
5. Цветус-Сальхова Т.Э. Тело и телесность в культурологических исследованиях // Актуальные проблемы социокультурных исследований: межрегион. сб. науч. статей. — Кемерово : КемГУКИ, 2009. — Вып. 5. — С. 53–61.
6. http://www.lib.ru/NTL/MED/slowar_s-x.txt — Словарь медицинских терминов–Lib.Ru

Е. О. Филиппова, магистрант

Н. В. Полякова, канд. филол. наук, доцент

ФГБОУ ВПО Томский ГПУ, Томск, Россия

ПРИМЕНЕНИЕ ГРАММАТИЧЕСКИХ ТРАНСФОРМАЦИЙ ПРИ ПЕРЕВОДЕ НАУЧНЫХ МЕДИЦИНСКИХ ТЕКСТОВ С АНГЛИЙСКОГО ЯЗЫКА НА РУССКИЙ ЯЗЫК

The article shows transformation application in translation of scientific medical texts from English into Russian as the achieving equivalence method. The materials of research were 20 original medical articles in Ophthalmology. The results have shown that the main grammatical transformation in article translations is grammatical replacement.

Key words: translation, scientific text, equivalence, translation transformations, English, Russian.

Ключевые слова: перевод, научный текст, эквивалентность, переводческие трансформации, английский язык, русский язык.

Интенсификация контактов представителей разных языковых сообществ в различных областях научного знания влечет за собой увеличение потребности в качественном переводе текстов с одного языка на другой. Особенно актуально это в сфере медицины, тематика которой является одной из самых сложных. Симптомы болезни, диагностирование, схемы лечения и реабилитационные мероприятия, сопроводительные документы на лекарственные препараты и медицинское оборудование не допускают приблизительности формулировок и неточности терминов. Это язык жестких форм и клише, точности и аскетизма. Переведенные тексты должны содержать тщательно выверенную медицинскую терминологию, дабы не оказаться причиной неточной диагностики, неправильной интерпретации достижений науки, и, как следствие, грубейшей ошибки в профессиональной деятельности [1].

Одним из способов достижения эквивалентности в переводе научных медицинских текстов является применение трансформаций.

В статье представлены результаты проведенного исследования грамматических трансформаций, которые были использованы при передаче научных медицинских текстов офтальмологического профиля с английского языка на русский язык.

Материалом для исследования послужили 20 научных медицинских статей офтальмологического профиля, общим объемом 205 страниц. Перевод исследуемой литературы на русский язык, выполненный профессиональными переводчиками, опубликован на специализированном медицинском сайте офтальмологов <http://miroft.org.ua> (Мир офтальмологии) [2]. Численная обработка данных производилась с использованием пакета программ для анализа данных и научной графики OriginPro 8.6.

Исследование переводческих трансформаций в медицинских текстах основано на теории уровней эквивалентности, а также на классификации переводческих трансформаций, предложенной В. Н. Комиссаровым [3, с. 25].

Путем сопоставления текстов оригинала и перевода было выявлено 1013 грамматических трансформаций.

Анализ переводов научных статей показал, что большую часть грамматических трансформаций в офтальмологических текстах составляет прием грамматической замены – 670 трансформаций. Гораздо реже используется прием объединения (278) и членения предложений (65 трансформаций) (рис. 1).

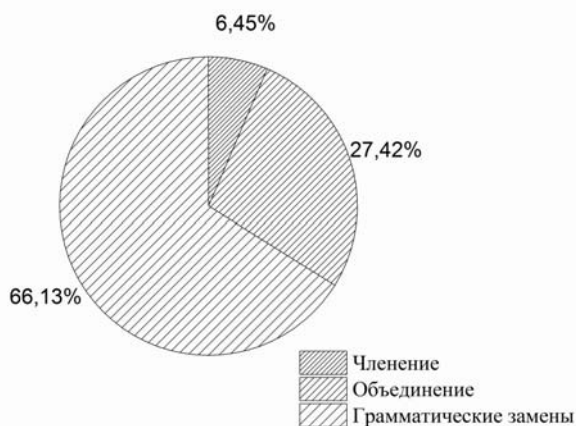


Рис. 1. Распределение грамматических переводческих трансформаций в научных медицинских текстах офтальмологического профиля

Прием грамматической замены иллюстрирует специфику направления, которую можно проследить в замене частей речи. Например, (1) *active corneal inflammation*, в котором имя прилагатель-

ное *corneal* на русский язык переводится именем существительным 'роговица'. Имя существительное *tissue* 'ткань' в выражении (2) *tissue adhesive glue* на русский язык переводится в форме прилагательного – 'тканевой'.

Распространенное явление замены имени прилагательного именем существительным можно проследить в следующих примерах:

(3) *Active corneal inflammation* 'активное воспаление роговицы';

(4) *Restore corneal transparency* 'восстановление прозрачности роговицы';

(5) *Epithelial–endothelial corneal dystrophy* 'эпителиально-эндотелиальная дистрофия роговицы';

(6) *Congenital corneal anomalies* 'врожденные аномалии роговицы';

(7) *Corneal implantation* 'имплантация в роговицу'.

Членение предложения (65 трансформаций) в переводах текстов офтальмологического профиля встречается реже, чем другие грамматические трансформации.

Наиболее ярким примером этого типа трансформаций, встречаемым в научных текстах офтальмологического профиля, может послужить представленное ниже предложение и его перевод на русский язык:

(8) *In a one-piece IOL the haptics and optic are made from the same material and have no joints; a three-piece IOL is characterized by optics and haptics from different materials, which necessarily are joined together.* 'В монолитных ИОЛ гаптическая и оптическая части сделаны из одинаковых материалов и не имеют мест соединения. В ИОЛ, состоящих из трех частей, оптическая и гаптическая части сделаны из разных материалов и обязательно соединены между собой'.

Что касается метода объединения предложений, то распространение его среди всех грамматических трансформаций соответствует 27,42 %:

(9) *A poor red reflex compromises the performance of a good capsulorexix. This can be overcome by standing the capsule with a dye such as trypan blue.* 'При слабом рефлексе с глазного дна выполнять капсулорексис опасно, поэтому рекомендовано окрашивание капсулы, например, трипановым синим'.

Метод объединения предложений встречается 278 раз и представлен в следующих примерах:

(10) *Hoarding with a conjunctival (Gundersen) flap to cover the cornea if ulceration is progressive and unresponsive. This procedure is particularly suitable for chronic unilateral disease in which the prognosis for restoration of useful vision is poor.* 'Закрытие прогрессирующей и не поддающейся терапии язвы конъюнктивальным лоскутом по Gundersen применяются при одностороннем хроническом процессе с низкой вероятностью восстановления зрения'.

(11) *A poor red reflex compromises the performance of a good capsulorexix. This can be overcome by standing the capsule with a dye such as trypan blue.* 'При слабом рефлексе с глазного дна выполнять капсулорексис опасно, поэтому рекомендовано окрашивание капсулы, например, трипановым синим'.

Замены членов предложения (перестройка синтаксической структуры предложения) в научных статьях офтальмологического профиля встречается значительно реже.

(12) *Arigid IOL requires an incision larger than the diameter of the optic, often 5–6,6 mm, for insertion* 'Для имплантации жестких ИОЛ длина разреза больше диаметра оптической части (около 5–6,6 мм)'.

(13) *Apart from a general medical examination, a patient due to undergo cataract surgery requires a detailed and pertinent ophthalmic examination, with special regard to the following* 'Помимо общего медицинского осмотра больному, направляемому на хирургическое лечение катаракты, требуется соответствующее детальное офтальмологическое и особое внимание'.

Проведенный анализ переводов научных текстов офтальмологического профиля с английского языка на русский язык свидетельствует о том, что основную долю всех грамматических трансформаций составляют грамматические замены. Реже используются объединение и членение предложений.

Для преодоления трудностей в переводе и достижения адекватности переводчику необходимо владеть и правильно применять разнообразные приемы перевода [4], не только грамматические трансформации, причем, выбор того или иного метода требует самостоятельного решения и не может быть самоцелью перевода, так как это может привести к искажению переводимого текста и утрате смысла.

Литература

1. Русский офтальмологический каталог [Электронный ресурс]. URL: http://www.rjo.ru/internet/index.php?rash=links&id_catalog=1 (дата обращения 23.07.2015).
2. Мир офтальмологии [Электронный ресурс]. URL: <http://miroft.org.ua> (дата обращения 12.05.2015).
3. Комиссаров В.Н. Общая теория перевода. — М.: ЧеРо, 1999. — 136 с.
4. Филиппова Е.О., Полякова Н.В. Применение трансформаций при переводе научных медицинских текстов с английского языка на русский язык // Вестник ТГПУ. — 2016. — №2. — С. 87–91.



2

Медицинский дискурс глазами практикующих врачей

А. В. Белова, аспирант

К. Г. Саввиди, д-р мед. наук, профессор

ГБОУ ВПО Тверской ГМУ Минздрава России, Тверь, Россия

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ПРИЕМА ПРИ ОРТОПЕДИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С ОДИНОЧНО СОХРАНИВШИМИСЯ ЗУБАМИ: КОММУНИКАТИВНЫЙ АСПЕКТ

The article focuses on the communicative aspects of prosthodontic treatment of elderly patients with a single tooth remaining in the jaw. The authors discuss the necessity of assessing the psycho-emotional status of the patients.

Key words: prosthodontic treatment, psycho-emotional status, single tooth remaining in the jaw, removable denture.

Ключевые слова: психоэмоциональное состояние, ортопедическое печение, одиночно стоящий зуб, съёмный протез.

Доля лиц пожилого и старческого возраста в нашей стране достаточно велика и составляет 24 % от общей численности населения (по данным Росстата 2015 г.) [11], что при оценке процесса демографического старения по шкале Ж. Божё-Гарнье и Э. Россета свидетельствует об очень высоком уровне демографической старости. Так же следует учесть, что четверть пожилых людей имеют инвалидность, а доля лиц в возрасте 55 лет и старше от числа малоимущего населения составляет 10,7 % (по данным Росстата на 2014 г.) [11]. При этом потребность в съёмном протезировании среди больных в возрасте 44–74 лет составляет 15–46 % [2]. Таким образом, практикующие врачи-стоматологи ежедневно сталкиваются на клиническом приеме с данной категорией граждан, требующей к себе особого отношения и внимания, поскольку помимо стоматологической патологии обременены общесоматическими заболеваниями, такими как артериальная гипертензия, заболевания эндокринной системы, болезни опорно-двигательного аппарата. Данные литературы указывают, что наличие общих заболеваний оказывает непосредственное влияние на психоэмоциональное состояние пациента, которое может определить исход лечения [1, 3, 4].

Недостаточное внимание к состоянию психики пациентов пожилого и старческого возраста нередко приводит к весьма неприятным последствиям [6–10 и др.] Поэтому, кроме изучения соматической патологии, для успешного ортопедического лечения данной группы пациентов важно определять тип личности и психоэмоциональный статус, чтобы предпринять соответствующие меры, направленные на облегчение процесса адаптации к протезам. Сократить сроки адаптации также позволяет одиночно стоящий зуб за счет сохранения пародонто-мышечного рефлекса. Зачастую пожилые пациенты категорично настроены на его удаление, считая зуб лишь помехой для успешного лечения, несмотря на его устойчивость, удовлетворительное состояние периапикальных тканей и тканей пародонта. Задача врача заключается в том, чтобы максимально доступно разъяснить пациенту всю возможную пользу от сохранения данного зуба.

Для повышения качества ортопедического лечения пациентов пожилого и старческого возраста съёмными протезами с телескопической системой фиксации нами разработана регистрационная карта обследования больного с одиночно стоящими зубами на челюстях, в которую были включены вопросы, позволяющие ортопеду-стоматологу получить представление об особенностях психики и типа личности пациента. Ответы на эти вопросы и анализ анамнеза жизни больных пожилого и старческого возраста, выдвигаемых им требований перед ортопедическим лечением, а также поведения в процессе протезирования позволили классифицировать их психическое состояние в соответствии с типами нервной системы по И. П. Павлову и типами личности по классификации В. Н. Трезубова [6]. Из 37 обследуемых нами пациентов с уравновешенным типом нервной системы без отчетливой выраженности отдельных черт было выявлено 23 человека (62,2 %). Это наиболее благоприятно настроенные к протезированию больные, признающие, как правило, наличие у них трудных клинко-анатомических условий полости рта. Они адекватно реагируют на неудобства, возникающие после наложения протезов, и быстро адаптируются к ним. К тревожно мнительным со склонностью к сомнениям по поводу предстоящего ортопедического лечения были отнесены 11 пациентов (29,7 %). Число пациентов с заметно неуравновешенной психикой и астеническим типом личности в нашем исследовании было 3 человека (8,1 %). Для некоторых из них харак-

терна вспыльчивость, придирчивость, несогласие с мнением врача о правильности изготовления протезов, отказ от пользования новыми протезами. Из 3 пациентов с неуравновешенной психикой, испытавших в прошлом неудачу протезирования, после психологической подготовки и повторного ортопедического лечения по нашим методикам, у всех был достигнут положительный результат лечения. Только у одного больного на нижней челюсти пришлось повторить протезирование из-за неудовлетворительной фиксации протеза.

Мы убедились в том, что с пациентами, которые лечатся повторно, не следует обсуждать качество старых протезов. Строго соблюдая принципы врачебной деонтологии, необходимо всегда подчеркивать их удовлетворительное изготовление. Важно в убедительной форме разъяснить пациенту имеющиеся у него трудные клинические условия для протезирования и сложность адаптации в связи с этим к протезам. Очень часто при беседе с такими больными мы использовали такой психологический прием, как выражение сомнений о возможности изготовления более качественных протезов, чем имеющиеся у него. Вместе с тем, одновременно во время беседы ненавязчиво внушали им мысль, что наши собственные методики и используемые в настоящее время новые стоматологические материалы могут оказаться более эффективными, чем используемые другими врачами. Данных пациентов необходимо подготовить таким образом, чтобы они сами упрасивали врача взять их на протезирование, обещая выполнять все его указания.

В процессе ортопедического лечения больного информировали обо всех частях протезов, которые контактируют с органами полости рта и каким образом при их помощи удерживать протезы на челюстях во время разговора и жевания. Большое психологическое воздействие на пациента оказывает привлечение его самого к участию в лечебном процессе, а после каждой проведенной процедуры следует похвалить его и нацелить на их повторение при адаптации к протезам.

У больных с трудными клиническими условиями для протезирования особенно важно строго соблюдать принцип законченности лечения. Для этого на первый день после наложения протезов рекомендовали по мере возможности больше читать вслух, разговаривать для восстановления четкости дикции, вначале принимать жидкую

пищу, избегать жесткую и клейкую. На коррекцию назначали больных сразу же на следующий день после наложения протезов и предлагали им посещать клинику до тех пор, пока не научатся ими пользоваться. Важно, чтобы пациенты не чувствовали себя без внимания после наложения протезов. Как показывают клинические наблюдения, возникающие в процессе адаптации к протезам неудобства легче устраняются при постоянном участии лечащего врача.

Значительным подспорьем для убеждения пациентов в необходимости проявления настойчивости при адаптации к съемным протезам является памятка о правилах пользования ими, которая выдавалась на руки каждому. Действительно, больные больше верят отпечатанным в типографии правилам, чем уверениям лечащего врача о закономерности испытываемых пациентом неудобств, возникающих после наложения даже качественно изготовленных протезов. Несоблюдение этого принципа ведения больных, как правило, приводит к нежелательным последствиям, а именно: они не пользуются протезами или на месте декубитальных язв возникают рубцы, усугубляющие в последующем повторное протезирование.

Большие трудности испытывает врач при повторном протезировании пациентов пожилого и старческого возраста, которые необоснованно долго без замены пользовались съемными протезами, чаще всего клинически непригодными. Следует отметить, что у многих из них привыкание к протезам настолько выражено, что они ни одну минуту не могут находиться без протезов. Такие пациенты умело координируют движения языка, щек, губ для удержания протезов при жевании и речи. Этой привычкой, прежде всего, можно объяснить положительные отзывы о старых протезах и нежелание пользоваться новыми, клинически более качественно выполненными. Замечено, что у данных пациентов пользование протезами с плохой фиксацией приводит также к выработке вредных привычек, таких как: прижимание языком протеза к нёбу, частое стискивание зубов протезов верхней и нижней челюстей, прокладывание языка между зубными рядами и его высовывание вперед при глотании и др. Кроме того, пользование подобными протезами нередко приводит к появлению видимых патологических изменений протезного ложа [5]. Зачастую причиной запущенного состояния протезного ложа и прежде всего возникновения подвижного фиброзного гребня челюстей, папилломатозных образова-

ний на слизистой его вестибулярной поверхности и твердого нёба является то, что после наложения протезов больные выходят из-под контроля лечащего врача. Но в этом есть и вина самих пациентов, которые не соблюдают элементарных гигиенических требований или годами не являются на прием к врачу. Перед повторным протезированием таких пациентов им следует объяснить возникшее состояние тканей протезного ложа и имеющиеся в связи с этим трудности для успешного ортопедического лечения. Тем не менее, у них следует, по возможности, скопировать величину и форму базиса старых протезов, ширину зубных рядов и самое главное — установить целесообразную окклюзионную высоту. Зубы таким пациентам мы подбирали со слабо выраженными бугорками и широкой жевательной поверхностью моляров, а на нижней челюсти применяли эластичную подкладку. К сожалению, иногда этих мер может оказаться недостаточно, и пациенты этого возраста продолжают пользоваться старыми протезами, считая их более удобными, чем новые. Причем, если к протезу верхней челюсти, как правило, претензий не предъявляют, то к нижнему часто выражают недовольство и настойчиво требуют повторения границ и формы внутренней поверхности базиса старого протеза.

Помня о том, что важную роль в ряде средств психотерапевтического воздействия играют внушение и самовнушение, мы никогда не отказываем в консультации и лечении пациентам пожилого и старческого возраста, несмотря на имеющиеся у них неблагоприятные клинические условия для протезирования, особенно если их направляют к нам стоматологи других клиник как к специалистам опытным, владеющим более эффективными методами протезирования. Дело в том, что внушение, основанное на вере во врача, опирающееся на его авторитет, очень часто бывает весьма эффективным.

В заключение следует отметить, что в клинической стоматологии для проведения психотерапевтического внушения нет и не может быть готовых рецептов и схем. Стоматолог-ортопед должен продумать план психотерапии в каждом отдельном случае, с учетом индивидуальных особенностей больного, типа его личности и центральной нервной системы. Успех ортопедического лечения будет сопутствовать тем специалистам, кто наряду с качественным изготовлением протезов добивается доверительного отношения со стороны своих пациентов.

Литература

1. Гуманитарное измерение боли и практика социальной анестезии: монография / [Е.А. Евстифеева и др.]; под ред. Е.А. Евстифеевой и С.И. Филиппченковой. — Тверь: Ред.-изд. центр Твер. гос. мед. акад., 2012. — 187 с. / Особенности психологического статуса больных с дисфункцией височно-нижнечелюстного сустава [С.И. Филиппченкова, Н.Ю. Власенко, Т.А. Егоренко, М.В. Загорко] — С. 162.
2. Кандейкина Н.В., Калинина Н.В. Показания и противопоказания к дентальной имплантации при полном отсутствии зубов лиц пожилого и старческого возраста // *Стоматология 2003: материалы 5-го Российского научного форума*. — М.: «Авиаиздат», 2003. — С. 131–134.
3. Молодежь и медицинская наука: материалы II межвузовской научно-практич. конф. молодых ученых / Твер. гос. мед. акад.; редкол.: М.Н. Калинин [и др.]. — Тверь: Ред.-изд. центр Твер. гос. мед. акад., 2014. — 261 с. / Матвиевская Е.Н. Выраженность тревожно-депрессивных расстройств у больных артериальной гипертензией с ревматоидным артритом. — С. 115.
4. Молодежь и медицинская наука: материалы II межвузовской научно-практич. конф. молодых ученых / Твер. гос. мед. акад.; редкол.: М.Н. Калинин [и др.]. — Тверь: Ред.-изд. центр Твер. гос. мед. акад., 2014. — 261 с. / Строганова Ю.М. Некоторые медико-психологические аспекты изучения отношения к болезни и лечению у пациентов в условиях страховой медицины. — С. 151.
5. Постолаки И.И., Кожухарь Н.М. Особенности повторного протезирования больных, длительное время пользовавшихся съемными протезами // *Стоматология*. — 1989. — № 3. — С. 54–56.
6. Трезубов В.Н., Незнамов Г.Г. Стандартная оценка психоэмоционального напряжения у стоматологических больных: методические рекомендации. — М., 1987. — 24 с.
7. Трезубов В.Н. Анализ причин возникновения психоэмоционального напряжения у пациентов на ортопедическом приеме // *Стоматология*. — 1989. — № 2. — С. 36–39.
8. Шварцзайд Е.Е. Особенности психологии больных пожилого и старческого возраста и их учет в процессе изготовления зубных протезов: Обзор литературы // *Стоматология*. — 1993. — № 3. — С. 78–81.
9. Шварцзайд Е.Е. Практические проблемы ортопедического лечения больных пожилого и старческого возраста с психическими заболеваниями // *Стоматология*. — 1996. — № 4. — С. 48–53.

10. <http://www.gks.ru/>
11. Quran F., Clifford T., Cooper C., Lamey P.J. Influence of psychological factors on the acceptance of complete dentures // Gerodontology. — 2001. — Jul; 18(1):35–40. Jordan University of Science and Technology, Jordan.
12. Randomized clinical trial on satisfaction with resilient denture liners among edentulous patients / Kimoto S., Kitamura M. et al. // Int J Prosthodont 2004; 17: 236–240.

УДК 616.12:616.89

Д. В. Дедов^{1,2}, д-р мед. наук, профессор

С. А. Масюков¹, врач-терапевт

И. А. Эльгардт², канд. мед. наук, врач-кардиолог

В. П. Мазаев³, д-р мед. наук, профессор

С. В. Рязанова³, канд. мед. наук, врач-кардиолог

¹ГБОУ ВПО Тверской ГМУ Минздрава России, Тверь, Россия

²ГБУЗ Тверской области «Областной клинический кардиологический диспансер», Тверь, Россия

³ФГБУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины» Минздрава России, Москва, Россия

ВЫЯВЛЕНИЕ ДЕПРЕССИИ ПРИ ОЦЕНКЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ И РИСКА АРИТМИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Many patients with cardiac problems suffer from depressive disorders affecting the main disease. Up to 40% of patients in specialized institutions have cardiac symptoms without somatic findings. Very important is the physician-patient-relationship. Most patients accept their symptoms when getting appropriate emotional and medical support.

Key words: coronary heart disease, rhythm disturbances of the heart, depression, quality of life.

Ключевые слова: ишемическая болезнь сердца, нарушения ритма сердца, депрессия, качество жизни.

Ишемическая болезнь сердца (ИБС), несмотря на существенные достижения в ее лечении, до сих пор остается одной из основных причин смерти жителей многих стран мира [1, 4]. При этом ИБС может дебютировать остро: инфарктом миокарда (ИМ) или внезапной сердечной смертью (ВСС). Однако чаще она развивается постепен-

но, переходя в хроническую форму. При такой динамике заболевания одной из основных ее форм является стенокардия напряжения (СтН). По данным Государственного научно-исследовательского центра профилактической медицины (г. Москва), в Российской Федерации ИБС страдают около 10 млн трудоспособного населения. При этом у более чем $\frac{1}{3}$ из них выявляется СтН [4]. Стенокардия обусловлена преходящей ишемией миокарда. В основе этого процесса лежит несоответствие между потребностью миокарда в кислороде и его доставкой по коронарным артериям. По результатам Фремингемского исследования, СтН является первым проявлением ИБС у мужчин в 40,7, а у женщин – в 56,5 % случаев. Важно помнить, что в популяции только около 40–50 % всех больных знают о наличии у них ИБС, а в 50–60 % заболевание остается нераспознанным. Смертность от СтН составляет около 2 % в год, а нефатальный ИМ ежегодно возникает у 2–3 % больных. Больные с диагнозом СтН умирают от ИБС в 2 раза чаще, чем в отсутствие указанной патологии [4]. Отмечено, что ежегодно в Российской Федерации внезапно от сердечных причин погибает 200 000–250 000 человек [6, 8].

Непосредственными причинами летальных исходов являются прогрессирование хронической сердечной недостаточности (ХСН) и ВСС. Существенное значение в патогенезе как ХСН [7], так и ВСС придается диагностике нарушений ритма сердца (НРС). Авторы отмечают, что желудочковые тахикардии (ЖТ) и фибрилляция желудочков (ФЖ) являются наиболее опасными из них. В 85 % случаев причинами ВСС служат ЖТ и ФЖ [8]. Вместе с тем, одним из наиболее часто встречающихся наджелудочковых НРС считается фибрилляция предсердий (ФП). Ее частота в общей популяции составляет 1–2 %. Признается, что в Европе ФП страдают около 6 млн человек [5]. Отмечено, что выявление этого НРС увеличивает риск инсульта в 5 раз, а риск смерти возрастает в 2 раза. Со временем ФП прогрессирует и переходит в персистирующую или постоянную формы. Это ассоциируется с утяжелением течения основного сердечно-сосудистого заболевания (ССЗ) [3, 6–8]. В дальнейшем ухудшается качество жизни (КЖ) и прогноз у таких пациентов [1, 3]. В конечном итоге, ишемический инсульт у больных с ФП чаще заканчивается смертью. Таким образом, особую актуальность имеет выявление ССЗ на ран-

них стадиях комплексной клинко-инструментальной диагностики с последующим назначением профилактических мероприятий.

Следует отметить, что выявление НРС у кардиологических больных и необходимость повторных госпитализаций существенно влияет на их психоэмоциональное состояние. В отечественной и зарубежной литературе эта проблема рассматривается с нескольких позиций [9, 10, 12]. В-первых, авторы признают, что у мужчин и женщин, страдающих депрессией, риск умереть от инфаркта миокарда выше, чем у здоровых [10]. Во-вторых, показана высокая предсказательная ценность прогностических моделей, которые включают депрессию в ряд общепринятых предикторов осложнений ССЗ [11, 12]. Делается вывод, что учет таких особенностей пациента позволит провести раннюю диагностику и назначить оптимальное лечение [2]. Хотя не всегда оценка психологического состояния пациента на кардиологическом приеме представляется такой простой задачей. Вопросы *Вы испытывали в последний месяц чувство подавленности, уныния, безнадежности?* или *Часто ли Вы испытывали последний месяц потерю интереса или безотрадность?* не сразу позволяют выяснить наличие у пациента симптомов депрессии.

Следует отметить, что изучению роли психоэмоциональных факторов в комплексной оценке риска не только НРС, но и, в целом, кардиоваскулярных осложнений способствует такое направление в медицине как «психокардиология» [9]. В ее задачи, в первую очередь, входит разработка психологически обоснованных рекомендаций для работы с больными ССЗ. Указанные методы направлены на облегчение депрессивного состояния и уменьшение страха [9]. Несомненно, разработанные специалистами рекомендации помогут врачам, особенно при приеме пациентов с депрессивными состояниями. Это могут быть как депрессивные признаки, сопровождающие кардиоваскулярные патологии, так и неспецифические соматоформные кардиологические жалобы. Известно, что в практике врача-кардиолога доминируют жалобы на «боли в сердце». Хотя не всегда при этом удается выявить ССЗ. По-видимому, в такой ситуации пациент нуждается в проведении дифференциальной диагностики ССЗ и иных заболеваний.

Известно, что современные методы исследования в большинстве случаев позволяют точно диагностировать то или иное ССЗ. Однако

это положение не столь очевидно в отношении психоэмоционального состояния. Для исключения ошибки в оценке состояния пациента врач-кардиолог должен выявить симптомы, характерные для предъявления неспецифических функциональных соматоформных «кардиологических» жалоб. В такой ситуации коммуникативная готовность врача к установлению доверительных отношений с пациентом имеет существенное значение. При гипохондрических состояниях доминантой является убежденность пациента в наличии тяжелого и прогрессирующего соматического заболевания. Это приводит к неверной интерпретации возникающих у него симптомов [10, 12].

В ходе беседы с пациентом врач может отметить повышенную тревожность и страх. Они могут быть не адекватны описываемым симптомам и проходить по мере проведения обследования. Некоторых пациентов отличает судорожность и требовательный тон. Такие проявления могут усиливаться даже при отсутствии объективных изменений в соматических показателях. Разъяснение врачом причин беспокоящих пациента явлений и заверение в отсутствии серьезного кардиологического заболевания вызывают у пациента явное облегчение. Возможна ситуация, когда у пациента появляется ощущение непонимания со стороны врача. Чаще это возникает, если не назначаются дополнительные медицинские обследования. Тогда пациент может сменить лечащего врача. Это выведет его состояние на новый виток «страх — соматизация — закрепление соматизации — депрессия». Для данного контингента наряду с назначением и проведением адекватной кардиальной *diagnosis per exclusionem* (диагностики путем исключения), которая сама по себе не доказывает психогенез предъявляемых жалоб, необходим определенный психосоциальный подход [9, 11]. При его отсутствии фиксация пациента на своих жалобах усиливается, а КЖ со временем снижается.

При сборе анамнеза рекомендуется дать пациенту возможность изложить (проговорить) свою версию недомогания и высказать субъективное предположение о причине его возникновения. Врачу необходимо стремиться в беседе с такого рода пациентами соблюсти коммуникативный баланс. Он должен заключаться в установлении доверия пациента к врачу. Для этого рекомендуется не оспаривать жалобы пациента, попросить его предложить свою теорию развития недуга, признать реальность жалоб, совместно разработать мероприятия дальнейших действий [9, 10, 11, 12].

Известно, что понятие «психосоматические расстройства» обозначает линии пересечения симптомокомплексов психической и соматической сферы [9]. Так, у больных ИБС достаточно часто отмечается коморбидность с соматоформными, нозогенными, аффективными и органическими расстройствами. Этот клинический полиморфизм находит отражение в классификациях психических заболеваний. В МКБ-10 психосоматические расстройства распределяются в следующих разделах: «Органические, включая симптоматические психические расстройства» (рубрики F04–F07), «Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства» (рубрики F44.4–F44.7, соответствующие психогениям, и F45 – «соматоформные расстройства»), а также «Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами» (рубрики F50–F53). В систематике, разработанной в отделе по изучению пограничной психической патологии и психосоматических расстройств НЦПЗ РАМН, выделяются следующие разделы патологии:

- конституциональные аномалии (невропатическая конституция) и психическая патология; психические (органоневротические) соматизированные/соматоформные расстройства, формирующиеся на патологически измененной (“соматической”) почве;
- психические (психогенные) расстройства, спровоцированные соматическим заболеванием – нозогении (реакции, развития);
- соматическая патология, спровоцированная психическими расстройствами (психосоматические заболевания).

ИБС, относящаяся к кругу психосоматических расстройств, в сопоставлении с другими заболеваниями, характеризуется повышенной чувствительностью сердечно-сосудистой системы (ССС) к определенным, выступающим в рамках ключевого переживания, психогенным воздействиям. По-видимому, именно с этими воздействиями чаще всего связаны случаи внезапной, последовавшей вслед за эмоциональным шоком смерти. Воздействие отрицательных эмоций может приблизить к этой опасной черте. Хотя у части больных может иметь место сочетание «классического» и психосоматического вариантов течения болезни. Разумеется, здесь не идет речь о больных с крайней тяжестью коронарного стеноза. Известно, что у таких пациентов любой триггер может усиливать ишемию миокарда. Можно полагать, что проблема дифференциальной диагностики собственно

ССЗ и психокардиологической патологии чрезвычайно важна. В ежедневной врачебной практике она имеет несколько аспектов.

Известно, что современная клиника располагает огромными возможностями, чтобы правильно (за исключением казуистических случаев) диагностировать соматические заболевания. Хотя на практике (по различным причинам) диагностические возможности врача могут быть ограничены или не использованы в должной мере. Вместе с тем, также вероятно ошибочная интерпретация полученных данных. В конечном итоге возможны гипердиагностика и гиподиагностика соматической патологии. Разумеется, чем выше квалификация врача и шире спектр доступных ему диагностических методов, тем менее вероятны «полярные» ситуации: ошибочная диагностика соматического заболевания у больного с психической патологией или, наоборот, психиатрический диагноз при нераспознанной соматической патологии. Обычно же речь идет о неверном понимании вклада психической и соматической составляющих в картину болезни конкретного пациента. При обнаружении «органических» изменений со стороны ССС возникает естественная тенденция объяснить весь комплекс жалоб и объективных симптомов в рамках одной болезни, что ведет к недооценке функциональных расстройств, психопатологической составляющей страдания. Наоборот, при недооценке соматической патологии все «списывается» на заболевание из круга психокардиологии [9].

Можно заключить, что психокардиология отражает параметры клинических расстройств, свойственных психосоматической медицине в целом. Кроме этого, чрезвычайно важно, на наш взгляд, понимание пациентом взаимосвязи симптомов ССЗ и спровоцировавшего их психосоциального фона. Лексика, используемая при объяснении недомогания, должна иметь такую нейтральную окраску как «неопасный», «никаких изменений», «ответ организма на переутомление», «устранимое расстройство». В конечном итоге, это позволит выстроить коммуникацию и разрешить проблемы на ранней стадии развития ССЗ. Из вышеизложенного следует, что установление взаимопонимания между врачом и пациентом имеет огромное значение для лечения пациента независимо от вида ССЗ. Представляется, что грамотно выстроенная беседа с пациентом, в целом, позволит улучшить его эмоционально-психологический настрой.

Несомненно, такая тактика сможет позитивно повлиять на исход лечения, КЖ и прогноз конкретного пациента.

Литература

1. Дедов Д., Мукайлов Н., Евтюхин И. Качество жизни и прогноз у больных АГ и ИБС с фибрилляцией предсердий // Врач. — 2013. — №7. — С. 72–74.
2. Дедов Д.В., Иванов А.П., Эльгардт И.А. Клинико-функциональные особенности и прогноз у больных фибрилляцией предсердий различной этиологии после операции радиочастотной абляции // Кардиология и сердечно-сосудистая хирургия. — 2011. — Т. 4, №5. — С. 54–58.
3. Дедов Д.В., Иванов А.П., Эльгардт И.А. Прогноз неотложных состояний у больных с нарушениями ритма сердца // Скорая медицинская помощь. — 2012. — №1. — С. 61–63.
4. Диагностика и лечение стабильной стенокардии // Рекомендации ВНОК. — 2009. — 37 с.
5. Диагностика и лечение фибрилляции предсердий // Рекомендации ВНОК и ВНОА. — 2011. — 84 с.
6. Национальные клинические рекомендации // Рекомендации ВНОК. — 2009. — 389 с.
7. Национальные рекомендации ОССН, РКО и РНМОТ по диагностике и лечению ХСН (четвертый пересмотр) // Сердечная недостаточность. — 2013. — Т. 14, № 7(81).
8. Национальные рекомендации по определению риска и профилактике внезапной сердечной смерти // М.: ИД «МЕДПРАКТИКА-М», 2013. — 152 с.
9. Смулевич, А.Б. Психокardiология / А.Б. Смулевич, А.Л. Сыркин // Изд-во: Мед.информ. агентство. — 2005. — 784 с.
10. Barth J., Schuhmacher M., Hermann-Lingen C. Depression as a risk factor for mortality in patients with coronary disease: a meta-analysis // Psychosomatic Medicine. — Vol. 66. — Issue 6. — P. 802–813.
11. One-year follow up of cardiac anxiety after a myocardial infarction: a latent class analysis / M.H. van Beek, M. Mingels, R.C. Voshaar [et al.] // J. Psychosom. Res. — 2012. — № 73(5). — P. 362–368.
12. Validation and psychometric properties of Chinese version of SF-36 in patients with hypertension, coronary heart diseases, chronic gastritis and peptic ulcer / Z. Yang, W. Li, X. Tu [et al.] // Int. J. Clin. Pract. — 2012. — № 66(10). — P. 991–998.

А. С. Дергунов, аспирант

ГБОУ ВПО Тверской ГМУ Минздрава России, Тверь, Россия

**ОСОБЕННОСТИ КОММУНИКАЦИИ В СИСТЕМЕ
«ОНКОЛОГ – ПАЦИЕНТ» НА РАЗНЫХ СТАДИЯХ ЗАБОЛЕВАНИЯ**

The article highlights the importance of correct and adequate “oncologist — patient” communication at different stages of the disease.

Key words: oncology, doctor — patient communication, cancer, onset of the disease, progression of the disease, terminal stage.

Ключевые слова: онкология, коммуникация врач-пациент, рак, начало заболевания, течение болезни, терминальная стадия.

«Учитывая особенности общения с онкологическими больными в отношении информации о болезни, необходима слаженная работа коллектива онкологических учреждений, исключая возможность неправильных разговоров с больными со стороны среднего медицинского персонала или врачей, непосредственно не лечащих данного больного», — считает один из ведущих советских онкологов академик Н. Н. Блохин [3, с. 359].

Несмотря на достижения современной медицины, внедрение новых методов диагностики и лечения, заболеваемость и смертность от онкологических заболеваний в России, как и во всем мире, продолжает неуклонно увеличиваться. В 2013 г. в Российской Федерации выявлено 535 887 первичных случаев злокачественных новообразований (в том числе 245 180 и 290 707 у пациентов мужского и женского пола соответственно). Прирост данного показателя по сравнению с 2012 г. составил 1,9 % [1, с. 4].

Онкологическое заболевание оказывает на психику пациента тяжёлое психогенное влияние. Сам факт заболевания является серьёзной психической травмой, учитывая распространённые в обществе представления о раке как о фатальном заболевании.

С учётом таких неутешительных тенденций всё острее встаёт вопрос о профессиональном общении с онкологическим больным на разных стадиях заболевания.

Начало заболевания

До сих пор остаётся не решённым вопрос о том, сообщать ли больному о том, что он болен раком, или не стоит. В первую очередь возможность сообщения подобной информации зависит от установок и уровня профессиональных знаний врача. Так же стоит учитывать традиции медицинского сообщества страны и сложившиеся в ней нормы общения с пациентом.

Согласно Российскому законодательству, больной имеет полное право знать всю интересующую его информацию о своём состоянии здоровья и поэтому если больной спрашивает о своём диагнозе, то ему обязательно следует ответить. Если же больной вопросов не задает, то сообщать ему о болезни нецелесообразно. Особенно большую опасность это сообщение может причинить внушаемым и мнительным больным. Наблюдались случаи не только тяжелой депрессии, но и самоубийства.

Также стоит особое внимание уделить ситуации, когда больной впервые попадет в кабинет онколога, но наличие злокачественного процесса на данный момент не доказано гистологическим исследованием. Если наблюдается интенсивная отрицательная реакция на предполагаемую болезнь, целесообразно укрепить больного в его мнении, поддержать его.

Врач принимает решение о сообщении диагноза на основании знания психологических, душевных особенностей личности и состояния больного. На начальном этапе болезни, в период прогрессирования и в конечной стадии тактика взаимоотношения «пациент — врач» различна. Следует знать, что, сколько и — главное — как сообщить больному. Если не сказать больному о болезни, возможных исходах, желание жить, конечно, будет сохранено, но тогда уже невозможно станет предупредить, например, такой серьезный, но в данном случае неправильный шаг, как женитьба и рождение детей.

Обманывать больного, вводить его в заблуждение — вот в чем таится главная опасность, в какой бы форме это ни предпринималось. Если заболевший не будет знать о своем состоянии, он не будет уделять должного внимания лечению. По истечении времени пациент поймет тактику врача. Врач должен решать, что и как сообщить больному в индивидуальном порядке. Доводить информацию до пациента необходимо дозированно. Нельзя поддаваться таким заявле-

ниям больного, как *мне можно сказать правду, я все выдержу*; обычно они не соответствуют реальному положению вещей. Кому, что и как можно сообщить, определяется только упоминавшимися особенностями личности больного, его способностью переносить нагрузки. Сообщение диагноза рака — задача только для очень опытных врачей, хорошо разбирающихся в людях, способных правильно оценивать их реакции, умеющих отыскать такие слова, которые не причинили бы психической травмы, не ранили бы больного.

Вторая и третья стадия

На начальных стадиях, когда в результате вовремя примененного хирургического, лекарственного, лучевого лечения заболевание и связанные с ним переживания могут оказаться лишь неприятными воспоминаниями из жизни пациента (особенно если больному даже не сообщали диагноз). Если отмечается дальнейшее прогрессирование, появляются рецидивы, новые симптомы, назначаются новые обследования, госпитализации, а исход болезни становится сомнительным, то отмечаются и более выраженные страхи, тревога, враждебность, агрессия и другие психические реакции. Больной думает, что лечение, которое он получал до тех пор, было напрасным или неправильным. На этом этапе болезни человек нуждается в самой большой поддержке, чтобы он мог продолжать активную деятельность.

На любом этапе лечения больного от выписки из стационара и до визитов родственников при тяжёлом состоянии стоит особое внимание уделить инструктированию как пациента, так и сопровождающих его родственников о дальнейшем исходе заболевания, режиме, трудоспособности и многом другом. Как бывает досадно слышать от больного или его родственников о том, что его выписали после лечения, не поговорив с ним должным образом. Уходя из стационара с рядом невыясненных вопросов, он ищет ответ на них у посторонних лиц и часто может пострадать от этого [2, с. 231–235].

Четвёртая стадия

Наконец, для четвёртого этапа, который связан с длительными страданиями больного, характерны серьезные психические реакции — постоянное тревожное состояние, связанное со страхом смерти, усиливающее депрессию, параноидные психозы. Важность этих состояний усугубляет то, что психическое состояние больных тесно связано с течением злокачественного процесса.

Взаимодействие с пациентами может приносить лечащему врачу характерный психологический дискомфорт. Но огромное знание психологических характеристик того или иного типа поведения, характерного для пациента, может в значительной мере помочь врачу лучше разбираться в понимании ожиданий, страхов, реакций самого пациента, адекватно организовав процесс взаимодействия с ним. Для медицинского персонала очень важно понимать, что если даже пациент демонстрирует полное безразличие к исходу своего лечения, он все равно хочет услышать из уст врача слова надежды и веры в свое излечение.

Пациенты, которые тревожно относятся к своему состоянию, как бы требуют от врача спокойной и внимательной беседы, а пациенты, которые активно показывают реакции агрессии ко всему происходящему и врачу — уверенной стратегии врача, которая им и поможет справиться со страхом своего заболевания.

Таким образом, все вышеизложенное говорит о существовании разнообразных моделей общения в системе «онколог-пациент». Знание этих коммуникативных особенностей помогает подобрать адекватную стратегию взаимодействия лечащего врача с пациентом, с семьёй пациента, использовать подходящие варианты общения, которые будут способны мотивировать пациента к лечению его заболевания.

Литература

1. Каприн А.Д., Старинский В.В., Петрова Г.В. Состояние онкологической помощи населению России в 2013 г. — М.: ФГБУ «МНИОИ им. П.А. Герцена Минздравсоцразвития России, 2014. — 235 с.
2. Морозов Г.В. Медицинская этика и деонтология. — Медицина, 1983. — 272 с.
3. Петрова Н.Н. Руководство по общей онкологии (в кратком изложении для студентов-медиков и врачей всех специальностей). — МЕДГИЗ, 1961. — 425 с.

А. Е. Захарова, аспирант

ГБОУ ВПО Тверской ГМУ Минздрава России

ХЕДЖИРОВАНИЕ КАК КОММУНИКАТИВНЫЙ БАРЬЕР В МЕДИЦИНСКОМ ДИСКУРСЕ

Recent research of medical discourse has shown that during interaction doctors and patients often use the communicative tactics known as hedging. The main aim of hedging is making speech unclear. It helps to reduce the responsibility for what is being said.

Key words: medical discourse, hedging, communicative barriers

Ключевые слова: медицинский дискурс, хеджирование, коммуникативные барьеры

Ежедневное общение с пациентами, коллегами, родственниками пациентов — неотъемлемая часть работы врача. Эффективный обмен информацией является залогом эффективной и корректной работы в целом. Но КПД коммуникативных процессов никогда не достигает 100 %, в том числе из-за многочисленных барьеров, возникающих в процессе диалога. Причины затруднения коммуникации в системе «врач — пациент» могут быть естественными: возраст пациента, глухонмота, языковой барьер, логопедические проблемы, когнитивные нарушения, тяжесть состояния пациента, и социально-психологическими: различия, обусловленные гендером, религиозными убеждениями, уровнем образования, особенностями психики.

Барьеры, связанные с внешней средой, в которой осуществляется коммуникативный процесс, возникают из-за множества факторов:

- информационной перегрузки (барьером становится слишком большое количество информации);
- разнообразия носителей (газеты, телевидение, конференции, отчеты консультантов и т.п.);
- умения пользоваться информацией (эксклюзивные данные позволяют использовать их для воздействия на других; доступ к источникам ограниченной информации расширяет властные полномочия индивидов).

Барьеры, связанные с индивидуальными особенностями участников процесса:

- особенности интеллекта тех, кто общается;
- неодинаковое знание предмета разговора;
- различный лексикон и тезаурус (совокупность понятий из определенной области знаний);
- отсутствие единого понимания ситуации общения;
- психологические особенности партнеров (например, чрезвычайная откровенность или чрезвычайная интеллигентность одного из них, интуитивное восприятие мира или напористость другого).

Барьеры, связанные с коммуникативными особенностями участников взаимодействия, имеющие социальный или психологический характер, могут возникать через особые отношения, которые сложились между партнерами (антипатия, недоверие и т.п.), а также через своеобразный «фильтр» доверия или недоверия. Причем фильтр действует таким образом, что абсолютно истинная информация может стать неприемлемой, а ошибочная, наоборот, приемлемой [3, с. 133].

Хеджирование (от англ. «hedging» – «уклонение от прямого ответа») – феномен широко распространенный в повседневной коммуникации «врач – пациент», «врач – родственники пациента». Желание преподнести информацию в более мягкой форме, сделать ее более доступной для непрофессионала или попытка избежать негативной реакции приводит к неясности и недопониманию.

По данным Ю. В. Сметаниной-Болдвин, в США врачи регулярно прибегают к хеджированию, так как любое высказывание, вызвавшее отрицательные эмоции у пациента, может стать поводом для обращения в суд. Несмотря на то, что перед началом лечения пациент обязан подписать ряд документов, подтверждая свою информированность и согласие, манипулирование информацией остается неотъемлемой и даже необходимой частью коммуникации. Исследование медицинского дискурса показало, что врачи и пациенты прибегают к определенным лингвокоммуникативным тактикам, получившим общее название хеджирования, с целью либо внесения неясности в свою речь, либо для того, чтобы застраховать себя от полной ответственности за сказанное. Использование хеджей в устном медицинском дискурсе напрямую связано с его основными диагностическими и коммуникативными задачам [4, с. 151–154].

Медицинский дискурс по своей природе относится к институциональному типу, т.е. содержит установку об изначальном неравенстве участников. Особенно это значимо в патерналистской модели медицинских взаимоотношений, где врач является абсолютным авторитетом, а пациент и его родственники должны выполнять назначения [2]. Врач — социальная профессия, предполагается, что человек имеет высшее образование в данной области. Соответственно, в данном случае мы говорим о неравноправном общении, так как пациент по отношению к врачу занимает более низкую ступень с точки зрения медицины. Данная позиция позволяет врачу манипулировать информацией по своему усмотрению, выбирая время, место, форму и объем ее подачи. С другой стороны, такое распределение ролей практически полностью переносит ответственность за ход диалога и лечения в целом на врача.

По мнению Т. Г. Карымшаковой, асимметричность медицинского дискурса, обусловленная изначально неравным положением врача и пациента, порождает Дискурс Экспертного Сообщества и Дискурс Различий соответственно. Для эффективной коммуникации носители должны преодолеть различные барьеры и перейти к Дискурсу Согласованности. Дискурс Различий обусловлен субъективным опытом переживания своего состояния каждым пациентом, различиями оценки тяжести состояния, многообразием мнений о должном уровне здоровья и самочувствия. Дискурс Экспертного Сообщества объединяет людей по профессиональным занятиям и интересам, носителей специального знания, оперирующих специфическими терминами [1, с. 43–45]. Представитель Дискурса Различий (пациент) не может войти в экспертное сообщество, поэтому на враче лежит обязанность, ответственность и возможность создать Дискурс Согласия, что и порождает асимметричность коммуникации в данной системе. Для преодоления однонаправленности общения и создания комфортного коммуникативного пространства врач должен прибегать к аргументации или манипуляции, когда разумное убеждение, основанное на логических принципах, не действует.

Под хеджированием в экономике подразумевают страхование рисков, направленное на защиту от различных неблагоприятных явлений. В лингвистике основоположником теории хеджирования считается Джордж Лакофф. Нужно отметить, что термин практически полнос-

тью сохранил свое исходное значение и в лингвистике, обозначая «речевое страхование», то есть защиту говорящего от радикальных, агрессивных или оскорбительных высказываний в адрес второй стороны. Согласно Д. Лакоффу, хеджирование — это использование в речи слов и оборотов, «функция которых заключается в том, чтобы сделать понятия более или менее «неясными». Включая в высказывание определенный термин, выбирая определенную структуру или придавая высказыванию определенную интонацию, говорящий демонстрирует свою частичную или полную отстраненность от самого объекта, о котором идет речь, либо от силы его собственного высказывания [5, с. 184]. Другими словами, хеджирование — это целенаправленное ослабление силы высказывания, без которого оно может звучать невежливо, излишне эмоционально или даже агрессивно.

Классический пример хеджирования в практике врача лучевой диагностики — диалог на тему природы выявленных изменений. Обнаружив при исследовании опухоль, пациенту сообщают об этом в максимально завуалированной форме.

Врач: У вас обнаружено некое образование ткани печени (молочной железы, щитовидной железы и т.д.). Это состояние требует клинического дообследования и динамического наблюдения.

Пациент: Доктор, у меня рак?

Врач: Основываясь на данных только одного исследования подтвердить или опровергнуть диагноз невозможно. При обследовании достоверные признаки малигнизации не выявлены, но в ряде случаев процесс протекает атипично. Вам необходимо дообследоваться.

На самом деле существует прямой ответ на вопрос пациента о раке — «я не знаю», потому что ни один метод диагностики, кроме морфологического, не обладает 100 % специфичностью. Но в силу ряда причин врач не может так ответить. Во-первых, существует опасность нанести пациенту психологический вред, если он уверится, что у него рак, поскольку для обывателей «рак» и «опухоль» — синонимы. Вторая опасность — внушить пациенту беспечное отношение к своему состоянию, так как слово «образование» для многих ничего не значит. В-третьих, ответ «я не знаю» подрывает авторитет врача и разрушает доверие. К тому же это провоцирует недовольство оказанной услугой и дает повод к жалобам и претензиям. Исходя из всего вышесказанного, врач поневоле при-

бегают к хеджированию, чтобы заставить пациента пройти необходимое исследование и избежать негативных последствий.

Пациенты нередко тоже прибегают к хеджированию, особенно в описании симптомов или причин заболевания, которые вызывают у них чувство стыда или могут, по мнению пациентов, вызвать негативную реакцию врача [5, с. 116–117]. Примером хеджирования со стороны пациентов являются сокрытие фактов о причинах болезни или травмы.

Пациент: У меня давление скачет. Все нормально было, а вчера вдруг под 200. И сегодня утром. А обычно 140.

Врач: А что было позавчера, как Вы себя чувствовали?

Пациент: Нормально. Нормально все было.

Врач: Были выходные. Вы отдохнули?

Пациент: Отдыхал. К друзьям ездили на дачу. Свежий воздух, шашлыки.

Врач: Выпивали?

Пациент: Нет. Ну, то есть да. По чуть-чуть. Ну что нам взрослым мужчинам.

Врач: Это когда было?

Пациент: В пятницу вечером. И в субботу. Мы с ночевкой.

Врач: А в воскресенье плохо стало? Что Вы сразу не сказали, про алкоголь накануне.

Пациент: Да я боялся, что Вы подумаете, что я алкаш, и лечить не будете.

Стыд, зачастую надуманный, заставляет скрывать и более важные обстоятельства — травмы полученные в драке, попытки самолечения и т.д. Зачастую пациенты не осознают, что скрывая или искажая часть информации, препятствуют диагностике и лечению.

Можно с уверенностью сказать, что манипулятивность всегда присутствует в коммуникации людей, тем более в изначально неравном общении «врач — пациент». Коммуникативные барьеры, включая хеджирование, неизбежно снижают эффективность коммуникаций, но делают ее более психологически комфортной. Наиболее очевидные пути преодоления барьеров в общении — это формирование навыков построения доверительной атмосферы, осознание причин и последствий использования защитных приемов, повышение медицинской грамотности пациентов и их ответственности за свое здоровье.

Литература

1. Карымшакова Т.Г. Особенности манипулятивного воздействия в асимметричном медицинском дискурсе // Вестник Бурятского гос. ун-та. — 2012. — №10. — С. 43–45.
2. Клещенко Е.М. Характеристики медицинского дискурса как институционального типа дискурса // НАУКА-RASTUDENT.RU: электронный журнал. — 2014. — № 2. URL: <http://nauka-rastudent.ru/2/1204> (дата обращения: 10.03.2016).
3. Рогова Е.И. Классическая социальная психология: учебное пособие. — М.: ВЛАДОС, 2015. — С. 133–135.
4. Сметанина-Болдвин Ю.В. Коммуникативные тактики хеджирования в современном англоязычном дискурсе «доктор-пациент» // Вестник Пятигорск. гос. лингв. ун-та. — 2009. — № 3. — С. 151–154.
5. Сухарева Е.Е., Черникова Н.С. Проблемы перевода медицинского дискурса в контексте социального перевода // Вестник ВГУ. Серия: Лингвистика и межкультурная коммуникация. — 2014. — №4. — С. 116–117.
6. Lakoff G. Hedges: A study in meaning criteria and the logic of fuzzy concepts // CLS. — 2014. — № 8. — P. 183.

УДК 616-316.77

И. Ю. Колесникова, д-р мед. наук, профессор

Г. С. Беляева, канд. мед. наук, доцент

Е. В. Виноградова, канд. филол. наук, доцент

ГБОУ ВПО Тверской ГМУ Минздрава России, Тверь, Россия

ДЕТАЛИЗАЦИЯ VERSUS ЭВФЕМИЗАЦИЯ КАК ПРИНЦИП КОММУНИКАТИВНОЙ ПРАКТИКИ ВРАЧА-ГАСТРОЭНТЕРОЛОГА

Coloproctological patients may be too embarrassed to talk to the doctor freely about their problems. The article focuses on the principles of effective coloproctologist — patient communication. The coloproctologist is to be tactful, but the questions they ask to make the right diagnosis and collaboratively determine the best treatment plan for each individual situation are to be definite and unambiguous.

Key words: coloproctological patient, problem intimacy, euphemistic speech, symptom clarification, closed questions.

Ключевые слова: колопроктологический пациент, интимность проблемы, эвфемизация речи, конкретизация симптомов, закрытые вопросы.

Народная мудрость гласит: «Лучше быть богатым и здоровым, чем бедным и больным». Безусловно, болеть — это плохо. Существует множество нюансов, определяющих насколько это «плохо»: не только в физическом плане, но и в восприятии заболевшего и окружающих. Общественное мнение, основанное на особенностях национального менталитета, ранжирует болезни по степени их «престижности», исходя из причинно-следственных связей их возникновения и стереотипных характеристик. Такие широко распространенные болезни, как артериальная гипертония, ишемическая болезнь сердца, сахарный диабет ассоциируются в общественном сознании с положительными качествами человека: повышенной ответственностью, сопереживанием, самоотдачей. Если приобрел профессиональное заболевание, значит, трудился на совесть, чем можно и бравировать: «на работе, в труде здоровье погубил». Положительная социальная оценка этих заболеваний снимает личную ответственность с заболевшего: «этим все болеют».

Однако существуют болезни, болеть которыми, согласно общественному мнению, не только «плохо», но и «стыдно». В эту группу попадают заболевания, связанные с физиологическими актами (мочеиспусканием, дефекацией, сексом), которые отождествляются с закрытой, интимной стороной жизни человека. Лексика этого тематического пласта используется в ненормативных и паранормативных выражениях, что закрепляет ее табуированность. К группе неприличных относятся недуги, причинно связанные с асоциальным, нонконформным поведением — алкоголизацией, наркоманией, беспорядочными сексуальными связями, несоблюдением правил личной гигиены. В черный список «общественно порицаемых» попадают заболевания наркологического, дерматовенерологического, гинекологического, урологического, инфекционного профиля.

Среди гастроэнтерологической патологии «непрестижных» страданий целый ряд: гепатит, цирроз печени, панкреатит (связь с алкоголем, наркоманиями, беспорядочными половыми контактами), а также нарушения работы кишечника с клиническим проявлением в виде поноса. Последние сопряжены в представлении пациента с двумя комплексами социокультурного плана: и «говорить об этом неприлично», и «что могут подумать посторонние («грязнуля, руки не моет»)». Названные обстоятельства, обусловленные

определенной закрытостью темы, а также стереотипным негативным отношением к причинам заболеваний, влияют на речевое поведение пациента, что определяет дискурсивную специфику гастроэнтерологической практики.

С целью устранения коммуникативного барьера и снятия чувства неловкости у пациента врач-гастроэнтеролог должен выработать стратегию ведения беседы, основываясь на профессиональной цели: максимально качественно оказать помощь при соблюдении личного достоинства пациента. Одним из средств решения этой задачи является умелое использование профессиональной лексики. Следует учесть, что для ряда симптомов в общеупотребительном русском языке не существует обозначений. Например, избыточное, чрезмерное газообразование и газовыделение в профессиональном языке называется «флатуленция», что является транслитерацией английского слова flatulence. Пациенты с подобным симптомом чаще используют слова «вздутие» и «метеоризм», которые в большей мере соответствуют другому симптому — избыточному газообразованию и вздутию живота.

В целом, для гастроэнтерологической практики характерна эфемистичность речи. Не желая во всеуслышание заявлять о «неприличной» с его точки зрения проблеме, пациент подбирает выражения, смягчающие смысл высказывания. Такое неоправданное смягчение может исказить суть вопроса, завуалировать важные для постановки диагноза детали и нюансы. Например, жалоба больного на «расстройство стула» может означать как запор, так и понос, а временами — наличие болей в животе или появление патологических (с точки зрения больного) примесей в кале.

В связи с этим, достижение взаимопонимания требует от врача отточенных коммуникативных навыков, высокого уровня эмпатии, готовности уделить достаточно времени на расспрос больного. Это необходимо по двум причинам. Во-первых, учитывая неприемлемость «кишечных» жалоб в коммуникативном мире большинства пациентов, можно с уверенностью сказать, что обратившийся за помощью больной с поносом, запором, метеоризмом, флатуленцией, энкопрезом, каломазанием уже в полном объеме изучил доступные источники информации (Интернет ресурсы, печатные издания) и, предприняв все меры самолечения, остался неудовлетворен

результатом. Для него обращение к врачу — преодоление комплексов. Во-вторых, принимая во внимание высокую распространенность колоректального рака и, в меньшей степени, воспалительных заболеваний кишечника, «кишечные» жалобы могут быть обусловлены серьезной, потенциально жизнеугрожающей патологией, что требует подробного выяснения.

Поскольку пациенты испытывают дискомфорт уже от необходимости обратиться к постороннему человеку (врачу) со столь деликатной и «неудобной» проблемой, врач при общении с колопроктологическим пациентом должен стремиться:

- установить доверительные отношения, не оттолкнув больного резкостью, бесцеремонностью;
- добиться четких, определенных ответов, исключающих неоднозначность толкования.

В связи с этим, врачу в беседе с больным необходимо продемонстрировать готовность обсуждать «неприличную» тему как часть своей профессиональной обязанности. Важно помочь пациенту, задавая простые конкретные вопросы, предполагающие максимально короткий ответ. Представляется целесообразным начать с вопроса: «У вас стул бывает ежедневно?». При положительном ответе следует вопрос: «Сколько раз в день?». При отрицательном — «1 раз во сколько дней?»

С профессиональной точки зрения, диарея (понос) — это жидкий стул более 3-х раз в сутки. При жалобе больного на понос целесообразно задавать **закрытые** вопросы, в которых перечислены все альтернативные ответы и конкретизация информации сведена к жестким границам:

- Сколько раз в сутки стул?
- Кал в виде «колбаски», «каши», «воды»? Оформленный или неоформленный?
- Вы видите в кале примесь крови, гноя, слизи?

При наличии крови спросить о её количестве (например, только на бумаге, несколько капель, с чайную ложку). Не следует удовлетворяться неточными и/или неполными ответами: «чаще, чем обычно», «как у всех», «как у утки» (то есть, после каждого приема пищи). В медицинской документации больного с поносом должны быть отражены такие важные сведения, как:

- Частота стула за сутки.
- Наличие ночной дефекации.
- Консистенция кала.
- Объем каждой порции (обычная, меньше обычной).
- Примесь в кале крови, гноя, слизи.
- Болевые ощущения, связанные с актом дефекации; другие боли; тенезмы; ощущение неполного опорожнения кишечника.
- Другие «местные» симптомы — метеоризм, энкопрез и прочее.
- Общие симптомы — снижение аппетита, похудание, повышение температуры тела, слабость и прочее.

Особое место занимает анамнез заболевания — до 3 недель, более 3 недель. Продолжительность диареи важна для выделения острой (часто — инфекционной) или хронической (как правило, неинфекционной) диареи.

При расспросе больного с запором вопросы также должны быть максимально простыми, понятными и конкретными, преимущественно **закрытыми**:

- Сколько раз в день (неделю, месяц) у Вас бывает стул?
- Какой порцией (обычной, меньше обычного?)
- Есть ли необходимость сильно натуживаться, если есть — как часто?
- Бывает ли у Вас кал в виде плотных, жестких комочков («орехов», как «овечий»)? — в документации отражается как «фрагментированный кал».
- Бывают ли у Вас боли, тенезмы, другие местные и общие симптомы?

Важной проблемой лечения запора является необходимость коррекции образа жизни и пищевых привычек. Зачастую больные, предвосхищая вопрос врача, утверждают, что «перепробовали все диеты, гимнастики и слабительные — ничего не помогает». В этой ситуации наилучшие результаты достигаются путем методичного и спокойного «проговаривания» с больным наиболее «уязвимых» пищевых и поведенческих привычек:

- Вы ежедневно выпиваете 2 литра жидкости?
- Вы ежедневно употребляете 0,5 литра кисломолочных продуктов?
- Вы ежедневно съедаете 0,5 литра (килограмма) вареных овощей (не картофеля)?

- Вы ежедневно выполняете утренний блок (растительное масло с холодной водой натощак)?
- Вы ежедневно выполняете вечерний блок (заваривать хлопья с сухофруктами на ночь)?
- Вы ежедневно достаточно двигаетесь (утренняя гимнастика, ходьба, занятия аэробными видами спорта)?
- Замечали ли вы, что дефекация облегчается в положении сидя на корточках с приведенными к животу коленями?
- Перечислите, пожалуйста, все слабительные, которые Вы принимаете, дозы, кратность, эффективность.

Случаются ситуации, когда больной не может уверенно отнести изменения дефекации к запору или поносу. Наиболее распространены два варианта: парадоксальная диарея и синдром раздраженного кишечника по смешанному типу.

Особую настороженность должны вызывать такие симптомы, как «парадоксальная диарея», когда нормального стула у больного практически не бывает: после 2–3 дней отсутствия стула (запор) появляется обильный, жидкий или кашицеобразный кал, иногда кал в виде «карандаша» или «ленты». Парадоксальная диарея — тревожный симптом. Она нередко обусловлена низкой частичной кишечной непроницаемостью, при этом химус задерживается выше препятствия (запор), подвергается бактериальной ферментации, разжижается и может пройти через суженный участок кишки. Необходимо спокойно и нейтрально выяснить: как часто бывает стул, какой консистенции и объема, имеются ли в кале примеси в виде крови или гноя?

Как специалистам, так и пациентам понятны термины синдром раздраженного кишечника с запором или синдром раздраженного кишечника с диареей. Однако синдром раздраженного кишечника по смешанному типу вызывает недоумение. Как же так? Больной не понимает, запор у него или понос? В обыденном представлении — это же диаметрально противоположные состояния.

Если принять как определение: «запор — это отсутствие самостоятельного стула более 2-х дней», а «понос — это разжижение консистенции и учащение, более 3 раз в сутки акта дефекации», то при синдроме раздраженного кишечника по смешанному типу присутствуют обе составляющие (дефекация затруднена, стул более 3-х раз в сутки, последние порции — жидкий кал). В основе синдро-

ма раздраженного кишечника по смешанному типу, вероятно, лежат малоизученные нарушения висцеральной чувствительности и аноректальные двигательные нарушения.

При сборе анамнеза у пациента с нарушениями стула важно получить информацию о его пищевых привычках, например, о совокупном рационе за день, предшествовавший визиту к врачу (например, вопросы: перечислите мне всё, что съели за вчерашний день, или сколько стаканов воды вы выпили сегодня?). Нередко простой перечень позволяет понять и врачу, и больному, как в конкретном случае может помочь коррекция питания. Следующим моментом, требующим внимания, является наличие у пациента других заболеваний, поскольку и диарея, и запор являются частыми побочными действиями лекарств, которые пациент может принимать по сопутствующей патологии.

В связи с большой распространённостью рака толстой кишки, большое значение имеет и наследственная отягощённость по онкопатологии. С позиции деонтологии, вопрос о наследственности должен формулироваться максимально нейтрально, в завуалированной форме, без привязки к больному органу: «Среди Ваших кровных родственников кто-нибудь болел сахарным диабетом? Инсультом? Инфарктом? Раком? Язвой?»

Таким образом, диалог с больным, страдающим патологией кишечника, включает множество деталей, «подводных камней», выявление которых необходимо для постановки правильного диагноза. В виду деликатности и многоаспектности обсуждаемой проблемы врач должен для установления продуктивного контакта проявить, с одной стороны, чувство такта, внимание, с другой стороны, использовать предельно точные, понятные и конкретные формулировки закрытых вопросов и рекомендаций.

Литература

1. Виноградова Е.В. Особенности коммуникативной тактики в дискурсе «Врач – пациент» // Языковой дискурс в социальной практике: сб. науч. тр. междунар. научно-практич. конф. – Тверь: РИУ ТвГУ, 2013. – С. 34–39.
2. Иссерс О.С. Коммуникативные стратегии и тактики русской речи. – М.: ЛКИ, 2012. – 304 с.

3. Эффективное речевое общение (базовые компетенции) [Электронный ресурс] / Словарь-справочник ; под ред. Сковородникова А.П. Красноярск: СФУ, 2012. — 882 с. — Режим доступа: <http://istina.msu.ru/collections/18642249>.

УДК 616.007-317

И. В. Медведева, канд. мед. наук, доцент

Т. С. Мясникова, старший преподаватель

ГБОУ ВПО Тверской ГМУ Минздрава России, Тверь, Россия

ОСОБЕННОСТИ КОММУНИКАЦИИ В СИСТЕМЕ «ВРАЧ-ГЕМАТОЛОГ – ПАЦИЕНТ»

The article reveals the features of the hematologist-patient communication. The most important aspects of communication between the hematologist and the patient are highlighted from psychological and psycholinguistic points of view.

Key words: hematologist, patient, hematologist-patient communication.

Ключевые слова: гематолог, пациент, коммуникация «гематолог — пациент».

Гематология — один из интереснейших и сложнейших разделов медицины, основная задача которого изучение болезней крови, составляющих 8 % от общего числа заболеваний, являющихся наиболее опасными для жизни и занимающих одно из лидирующих мест по летальности. В связи с этим гематологический диагноз ставит больного перед необходимостью адаптироваться к новым условиям жизни. Прежде всего, речь идет о принятии болезни, как фактора, требующего формирования готовности к продолжительному лечению, сопряженному с множеством физических и психологических трудностей, а также к возможным колебаниям результатов терапии, вплоть до ее трагического исхода. В сложившейся ситуации происходит переоценка жизненных ценностей, необходимость решения актуальных вопросов, определение собственного места в обществе, чему сопереживают непосредственно окружающие больного люди [4]. Все перечисленное определяет важность и актуальность темы, связанной с особенностями коммуникации в системе «врач-

гематолог — пациент», являющейся неотъемлемой составляющей диагностического и лечебно-реабилитационного процесса.

Профессия врача — одна из немногих, требующих совершенно-го владения приемами и способами эффективного общения. Существует четыре модели общения врача и пациента: информационная (бесстрастный врач, полностью зависимый пациент); интерпретационная (убеждающий врач); совещательная (доверие и взаимное согласие); патерналистская (врач-опекун). Традиционно в медицине преобладает патерналистский подход: врач лучше знает, что нужно, и пациент принимает все рекомендации, не оспаривая их. Однако больного нельзя считать пассивным объектом медицинского вмешательства и относиться к нему просто как к организму [1]. Лечение будет более эффективным, если рассматривать его личность с точки зрения обладания уникальным набором когнитивных, эмоциональных и поведенческих особенностей. Это требует от врача не только глубоких профессиональных знаний, но и определенных индивидуально-психологических качеств, одним из которых является коммуникативная компетентность. Последняя представляет собой многоуровневое интегративное качество личности и опосредует врачебную профессиональную деятельность, направляя ее на установление, поддержание и развитие эффективных контактов с пациентом, его родственниками и другими участниками окружающего социума [1], превращая коммуникативную компетентность в базовое качество необходимого комплаенса.

В структуре коммуникативной компетентности врача выделяют три взаимосвязанных и относительно самостоятельных уровня: базовый (ценностный), содержательный и инструментальный (операционный, технический). Базовый уровень следует считать основным, так как он обеспечивает мотивацию общения и возможности становления коммуникативной компетентности, облегчая или, напротив, затрудняя этот процесс. На содержательном уровне осуществляется перевод врачебных задач в коммуникативные, построение программ и тактических планов общения. Инструментальный уровень включает владение коммуникативными умениями и навыками, обеспечивающими управление ходом процесса общения, эффективное воздействие на партнеров по общению, а также оптимальную его саморегуляцию. Уровни коммуникативной компетентности

взаимосвязаны и взаимозависимы, как в любом виде активности субъекта связаны мотивация и поведение [2]. Выделяют два вида коммуникативной компетентности — общую и профессиональную, между этими понятиями существует тесная взаимосвязь. Так, профессиональная деятельность врача, в том числе и гематолога, формируется на основании его общей коммуникативной компетентности, которая в некоторой степени определяет не только эффективность общения в системе «врач — пациент», но и успешность работы врача в целом. Профессиональная коммуникативная компетентность становится более значительной в ходе трудовой деятельности и профессионального развития врача, тем более что, по мнению Н. В. Яковлевой [8], проблема взаимосвязи профессиональной и общей коммуникативной компетентности является сложной и требует отдельного подробного изучения.

Эффективная коммуникация в гематологии, как и в медицине в целом, подразумевает достижение целей общения с оптимальными затратами и установление взаимопонимания между участниками процесса [3]. Общение с пациентом должно начинаться с установления доверительных отношений, и только после этого можно проводить внушающее и убеждающее воздействие. Гематологические больные, как правило, немногословны, так как озабочены своим будущим, переработкой полученной информации и переоценкой жизненных ценностей; для них очень важным оказывается телесный контакт (рукопожатие, одобрителное похлопывание по плечу, просто прикосновение к руке). В отличие от психосоматических и невротических больных, они очень ценят доброе отношение, ибо часто им уделяют меньше внимания как безнадежным или «неперспективным». Как правило, гематологический пациент хочет знать не только диагноз, но и что это за болезнь и каковы ее причины, передается ли заболевание по наследству, как долго длится лечение, есть ли шанс поправиться, какие методы лечения можно применить и вообще, что еще можно сделать, чтобы изменить ситуацию. Если больной чувствует, что шансы на выздоровление минимальны, его интересует, сколько он еще может прожить. Не все вопросы, которые задает больной, следует воспринимать в прямом смысле, иногда пациент их «кодирует». Например, задавая вопрос: «Сколько мне осталось жить?» — он ожидает услышать не конкретные сроки, а то,

что имеет шансы выздороветь. Пациенту не следует внушать несбыточных надежд и в то же время не следует форсировать события и сразу предоставлять ту информацию, которой он боится. Одновременно с открытием диагноза пациенту следует сделать терапевтическое предложение. Тем самым врач обещает больному, что не оставит его одного [5]. Врачу следует говорить с пациентом на понятном ему языке, по возможности избегая медицинских терминов. Объяснения врача не должны быть категоричными. Говорить лучше именно о том, что хочет обсудить пациент. Основным механизмом общения должна стать эмпатия: очень важно научиться слушать и слышать пациента. «Подходящий к больному врач должен быть полностью сосредоточен на восприятии пациента и его проблем. Подсознательная мысль об обреченности, прогнозирование жизни пациента и иные представления должны быть полностью отброшены» [5]. Барьером в достижении эффективности коммуникации в системе «врач-гематолог — пациент» могут послужить различия в общем культурном уровне, образовании, обостренное внимание больного к словам врача, лимитированное время общения, специфические установки пациента и многое другое [6]. В связи с этим можно выделить модель коллегиального типа как самую успешную для построения взаимоотношений в сложной системе «врач-гематолог — пациент». Именно она обеспечивает равное участие врача и больного в борьбе с заболеванием, позволяя врачу трансформировать формирование внутренней картины болезни с пессимистического на оптимистический уровень. При этом социальный статус и возраст не влияют на равноправные этико-психологические взаимоотношения.

Таким образом, специфика врачебной деятельности предполагает знание своеобразного свода этических правил, запретов и ограничений, которые должны приниматься теми, кто неизбежно по роду своей деятельности вмешивается в жизнь другого человека, стремясь не только обеспечить ремиссию вплоть до выздоровления, но и длительную психоэмоциональную адаптацию [7].

Литература

1. Васильева Л. Н. Коммуникативная компетентность и совладающее поведение будущих врачей // Вестник КГУ им. Н. А. Некрасова, 2009. — Т. 15, № 5. — С. 172–176.

2. Васильева Л.Н. О формировании коммуникативной компетентности у будущих врачей // Динамика научных исследований: материалы VII междунар. конф., 07–15 июля 2011 года. — Przemysl: Nauka i studia, 2011. — № 15. — С. 20–24.
3. Жуков Ю. М. Методы диагностики и развития коммуникативной компетентности // Общение и оптимизация совместной деятельности. — М.: МГУ, 1987. — С. 64–78.
4. Мелехина Е.В. Общение с пациентом после постановки гематологического диагноза // Медсестра. — 2013. — № 4. — С. 46–48.
5. Психологическая тактика сопровождения онкологического больного. Пособие для врачей [Электронный ресурс]. — URL: <http://www.help-patient.ru>
6. Урванцев Л.П., Васильева Л.Н. Психологический анализ коммуникативной компетентности будущего врача // Ярославский психологический вестник. — Ярославль: «Редмер», 2002. — № 9. — С. 99–105.
7. Чусовлянова С.В. Коммуникативная компетенция как одна из составляющих профессиональной культуры врача // Сетевое издание «Медицина и образование Сибири». — 2009. — № 2.
8. Яковлева Н.В. Психологическая компетентность врача и ее формирование в процессе обучения в медвузе // Медицинские и социально-гигиенические аспекты работоспособности и здоровья населения. — Рязань: РГМУ им. И.Е. Павлова, 1994. — С. 25–27.

УДК 614.27.008

Т. А. Слюсарь, д-р мед. наук, профессор

И. Н. Слюсарь, ассистент

Н. Г. Гавриленко, канд. филол. наук, доцент

ГБОУ ВПО Тверской ГМУ Минздрава России, Тверь, Россия

КОММУНИКАЦИЯ В СИСТЕМЕ «ВРАЧ – РОДИТЕЛЬ – РЕБЕНОК» НА ПРИЕМЕ МЕДИЦИНСКОГО ПСИХОЛОГА И ДЕТСКОГО НЕВРОЛОГА

The article reveals the peculiarities of the neurologist — patient (child) — parents communication. The most important verbal and non-verbal aspects are highlighted from psychological and psycholinguistic points of view.

Key words: doctor — patient communication, pediatric neurologist, clinical psychologist, child.

Ключевые слова: коммуникация «врач — пациент», гетский невролог, clinical psychologist, ребенок.

Предметом исследования настоящей публикации является медицинский дискурс — проблема взаимоотношения медицинских работников и больных различного профиля. Данной проблемой в настоящее время активно занимаются специалисты не только практической медицины, но и различных областей лингвистики, медицинские психологи и другие.

В настоящее время опубликовано большое количество исследований, посвященных взаимодействию врача и пациента, их вербальным и невербальным контактам, а также многочисленным коммуникационным проблемам, возникающим в системе «врач — пациент».

На приеме медицинского психолога и детского невролога формируется более сложная система взаимоотношений, чем при работе со взрослыми пациентами, а именно «медицинский работник — родитель — ребенок» в младшей возрастной группе, у подростков эта система может приобретать «взрослый» характер и быть двухкомпонентной: «медицинский работник — подросток (пациент)».

В трехкомпонентной системе взаимоотношений задача врача усложняется, так как он должен взаимодействовать не только со взрослым родителем, но и с ребенком, который по возрастным вербальным и невербальным особенностям отличается от взрослого человека. Ребенок не всегда может описать свои ощущения, часто ему для объяснения своего состояния приходится применять невербальные средства общения.

Так, например, наиболее частым синдромом в неврологии, да и в соматической медицине, является боль. Не удивительно, что человека, страдающего каким-либо недугом называют «больной», подразумевая под этим, что самым частым симптомом страдания является боль. Да и помещение, в котором избавляются от недугов нездоровые люди, называется «больница».

Для описания болевых ощущений у взрослых пациентов применяется визуально-аналоговая шкала боли, которая в цифровых значениях (в баллах) может охарактеризовать интенсивность боли (от 0 баллов — нет боли, до 10 баллов — невыносимая, мучительная боль). Более сложный Мак-Гилловский болевой вопросник позволяет выделить в болевых ощущениях 3 компонента боли: 1) собственно боль

(физический компонент), 2) эмоциональные переживания, которые испытывает пациент при боли, особенно сильной (эмоциональный компонент), а также 3) оценочный компонент боли (эвалюативный компонент), где пациент, пусть даже субъективно, но оценивает «свою» боль. При применении данного вопросника выявляются гендерные особенности восприятия боли. Так, например, у мужчин, при минимальном количестве жалоб, будет преобладать «физический компонент» боли, в то время как у женщин, при обилии жалоб на «кошмарную», «ужасную», «невыносимую» боль, значения по «физическому компоненту» боли будут, как правило, невысокими, в то время как по эмоциональной шкале значения будут более высокими.

Полученные данные, несомненно, являются ценными для врача, который при устранении болевого синдрома у мужчин будет делать акцент на применении противоболевых препаратов, а у женщин к назначению противоболевых препаратов, несомненно, он добавит препараты, которые уменьшают эмоциональные проявления боли (противотревожные, успокаивающие средства, а при хронической боли — антидепрессанты).

У детей анализ болевых ощущений возможен только по визуально-аналоговой шкале боли. Применяется детская визуальная шкала боли, где вместо цифровых значений рисуется «личико» ребенка с различной эмоциональной окраской — от улыбки (нет боли) до плача (сильная боль). Более детальный анализ боли с использованием более сложных вопросников у данного контингента, к сожалению, невозможен. И здесь во взаимоотношения врача и пациента (ребенка) «включается» третье звено — родители, которые могут дополнить и пояснить врачу как меняется эмоциональное состояние ребенка (эмоциональный компонент боли), поведение ребенка (поведенческий компонент боли), а также когнитивная составляющая (когнитивный компонент боли) при различной степени выраженности боли у детей. При назначении лечения врач должен учитывать информацию, полученную из двух источников — ребенок и его родители, причем эффективность лечения будет находиться в зависимости от этого «двойного компонента» («самоотчет» ребенка и «отчет» родителей).

Большое значение при общении с детьми медицинский психолог и врач должны уделять невербальной информации: выражению

лица, дополнительным жестам, позе тела, поведению ребенка. Медицинский психолог в практике часто использует проективные методы, которые лучше позволяют пациенту (особенно детям и подросткам) выразить свое эмоциональное состояние.

При этом врач и медицинский психолог должны учитывать компонент «страха», который, как правило, возникает при общении ребенка и «человека в белом халате». Часто при общении с медицинским работником у ребенка «срабатывает» отрицательный опыт общения с данными людьми, например, вспоминается боль при назначении инъекций («уколов») для взятия анализов или проведения лечения. Причем, человек в белом халате появляется тогда, когда ребенку плохо, поэтому срабатывает когнитивная составляющая интеллекта, запоминается эта отрицательная реакция и при новой встрече с «белым халатом» ребенок уже «не ждет ничего хорошего». Поэтому дети во время приема не всегда охотно идут на психологический контакт со специалистом, иногда требуется предварительный «настрой» ребенка на общение, иногда общее состояние ребенка не позволяет вести эффективный диалог с врачом. Для улучшения взаимодействия с детьми, у которых отмечается «страх белого халата», медицинский психолог может вести прием без халата.

В данной ситуации активная роль отводится родителям, которые выступают в роли «посредников», «проводников», «ретрансляторов» жалоб своих детей. Хотя полноценную информацию не всегда удается получить и в этом случае, так как родители имеют разный образовательный уровень и их вербальная коммуникация бывает различной. Родители не всегда знакомы с медицинской терминологией и не всегда правильно интерпретируют медицинские знания, полученные ими из компьютеров. Они не всегда адекватно описывают проблемы, возникающие у их детей. Например, они могут «не заметить» признаки эпилепсии у ребенка, так как при наличии бессудорожных припадков (абсансов) даже при активном расспросе родителей можно добиться лишь того, что они скажут, что ребенок «стал задумываться». Лишь целенаправленная беседа с родителями, проведение дополнительного «инструктажа» родителей по определенным симптомам заболевания, составления дополнительных «дневников», которые позволяют отслеживать поведение ребенка, поможет получить достоверную информацию о симптомах болезни.

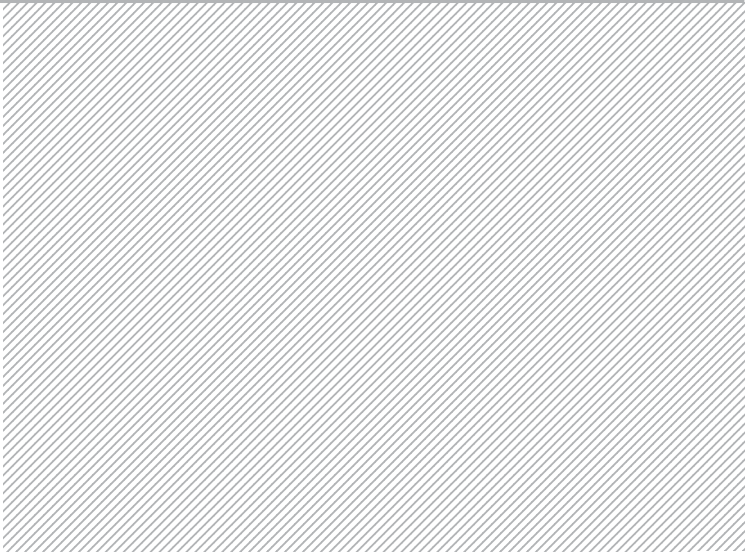
Можно отметить, что рассматриваемый вопрос медицинского дискурса в клинической практике невролога и медицинского психолога, по нашему мнению, является чрезвычайно важным, так как правильное и эффективное взаимодействие в системе «медицинский работник — ребенок — родитель» служит базисом для патогенетически обоснованного и эффективного лечения и коррекции выявленных патологических синдромов у детей.

Данный вопрос, по нашему мнению, является также чрезвычайно важным для его изучения на этапе подготовки медицинских работников к профессиональной деятельности. Ведь полученные знания коммуникации в системе «медицинский работник — больной человек» и их применение в будущей практической деятельности являются залогом не только успешного лечения болезней, коррекции отдельных симптомов и синдромов, но и служат основой для профилактики различных расстройств.



3.

Социально-психологические аспекты медицинского дискурса



Р. Н. Башилов, канд. филос. наук, доцент
С. М. Башилова, канд. филос. наук, доцент

ГБОУ ВПО Тверской ГМУ Минздрава России, Тверь, Россия

ВРАЧЕБНАЯ ОШИБКА: ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПРОБЛЕМНОГО ПОЛЯ

The article attempts to differentiate between the phenomenon of medical error and negligence, professional ignorance, defect of rendering medical service and iatrogenic diseases.

Key words: error, negligence, ignorance, defect, harm, iatrogenesis.
Ключевые слова: ошибка, халатность, невежество, дефект, вред, ятрогения.

Врачебная ошибка – одна из самых актуальных проблем современной медицины. Однако, несмотря на то, что история этой проблемы насчитывает не одну сотню лет, до сих пор нет единого понимания данного явления. Терминологическая путаница распространена не только среди непрофессионалов, например, среди населения или в средствах массовой информации, но даже во врачебной среде многие по-разному интерпретируют данный феномен. Для описания негативных явлений в медицинской деятельности применяют следующие термины: ошибка, халатность, невежество, дефект, вред, ятрогения.

До сих пор историки продолжают спорить, кому принадлежит выражение, ставшее крылатым: «Errare humanum est» («Человеку свойственно ошибаться»). Одни считают, что его написал в V веке до нашей эры древнегреческий поэт Еврипид в трагедии «Ипполит», другие уверяют, что это был Цицерон – знаменитый трибун Древнего Рима. Как бы то ни было, у всех народов во все времена существовали сходные выражения.

Согласно Малому энциклопедическому словарю Ф. А. Брокгауза и И. А. Ефрона, под ошибкой понимают нарушение формальной стороны мышления, разность между истинной величиной и полученным измерением [5]. Толковый словарь современного русского языка С. И. Ожегова определяет ошибку как неправильность в действиях, мыслях [6, с. 394].

Глагол «ошибиться» имеет множество интересных синонимов: промахнуться, сплеховать, опростоволоситься, попасть впросак,

наломать дров, обратиться не по адресу, попасть пальцем в небо и так далее.

Различают ошибки медицинские (врачебные), судебные, следственные, бухгалтерские и другие. Как мы можем убедиться, ошибка — родовое понятие, под которым понимают отклонение от обычного хода дел, от намеченного плана, обусловленное, как правило, нарушениями мышления. Иногда под ошибкой понимают и сам результат действий того или иного лица, отличный от предполагавшегося, необходимого, должного.

Конечно, совершенно по-разному можно сказать о неправильных, опрометчивых действиях человека в обыденной жизни и при осуществлении им профессиональной функции. Одно дело — пропущенная запятая в диктанте школьника или абитуриента и совершенно другое, когда запятая пропущена в рецепте, и провизор выдает на основе такого рецепта вместо лекарства для ребенка порошок, несущий смерть. Поэтому проблема врачебной ошибки всегда привлекала и будет привлекать взор исследователя благодаря ее значимости для собственно медицинской деятельности.

Одно из первых определений врачебной ошибки в советский период было сформулировано известным патологоанатомом И. В. Давыдовским. Он считал, что главным критерием врачебной ошибки является вытекающее из определенных объективных условий добросовестное заблуждение врача, основанное на несовершенстве современного состояния медицинской науки и методов исследования, на особом течении заболевания у определенного больного или на недостатке знаний и опыта врача, но без элементов халатности, небрежности и профессионального невежества [4].

Таким образом, современная интерпретация данного явления четко отграничивает его от халатности, невежества и злого умысла.

Халатность — в большей мере юридический термин, обозначающий неисполнение должностным лицом своих обязанностей вследствие недобросовестного или небрежного отношения к службе [2].

Семантическая история слова происходит из русского быта. Халат в дворянской среде изначально был символом русского барства с его леностью, необязательностью. У помещиков и чиновников он был типично домашней одеждой. С сороковых годов XIX века относительное прилагательное «халатный» (халатная ткань, халатный

покрой) приобрело — поначалу в литературе, а затем и в обиходе — качественное значение: небрежный, неряшливый, нерадивый, лениво-недобросовестный — по отношению человека к службе (работе), своим обязанностям, домашним делам и так далее [3]. В медицинском аспекте халатность — это небрежное выполнение врачом своих профессиональных обязанностей, что кардинально отличает данное явление от врачебной ошибки.

В медицинской литературе нередко используют термины «дефект», «неблагоприятный исход».

Согласно словарю С. И. Ожегова, под дефектом понимают какой-либо изъян, недостаток, недочет [6, с. 133]. Иными словами, дефект является внешней характеристикой правонарушения, корреспондирует с категорией «вред здоровью» и подлежит определению в установленном законом порядке.

В медицинской и немедицинской литературе в последние годы достаточно часто употребляется термин «ятрогения», образованный от сочетания греческих слов *iatros* 'врач' и *genus* 'происхождение'. Этот термин появился в 20-е годы прошлого столетия, когда швейцарский врач Е. Блейдер высказал мысль, что в ходе обследования врач неосторожным словом может вызвать угнетение настроения больного, состояние ятрогении. Этот термин утвердился в 1925 году, когда мюнхенский невропатолог О. Бумке написал, что неумелая беседа врача с больным может способствовать тому, что к соматическому заболеванию присоединяется психоневроз, угнетенность душевного равновесия. Ятрогению он отнес к разряду деонтологических ошибок. Сегодня к ятрогениям следует относить случаи, в которых возникновение нового патологического процесса доказательно обусловлено медицинским действием (бездействием) и оказало влияние на наступление неблагоприятного исхода (инвалидизация, летальный исход). Следовательно, эти случаи так же учитываются, как дефекты в проведении лечебно-профилактических мероприятий, повлиявшие на наступление неблагоприятного исхода [1].

Важно отметить, что ятрогения является следствием определенных действий. Причиной же ятрогенных заболеваний могут быть как врачебные ошибки, так и халатность, профессиональное невежество или злой умысел.

Таким образом, говоря о врачебной или медицинской ошибке, мы должны утверждать о добросовестном заблуждении врача, не содержащем признаков правонарушения. В юридической литературе не встречается термина «врачебная ошибка». В данной ситуации нужно говорить о моральной оценке произошедшего, и то с точки зрения превентивных мер по недопущению ошибок. То есть необходимо устранять причины врачебных ошибок, объективной и субъективной природы.

Литература

1. Башилов Р.Н. Проблема социальной ответственности в дискурсе биоэтики: автореф. дис. ... канд. филос. наук. — Тверь, 2005. — 24 с.
2. Большой юридический словарь. — М.: Инфра-М., А.Я. Сухарев, В.И. Крутских, А.Я. Сухарева, 2003.
3. Виноградов В.В. История слов. Российская академия наук. Отделение литературы и языка: Научный совет «Русский язык: история и современное состояние». Институт русского языка РАН. — М.: Толк, 1994. — 1138 с.
4. Давыдовский И.В. Врачебные ошибки //Советская медицина. — 1941. — № 3. — С. 3–5; 16–18.
5. Малый энциклопедический словарь. Репринтное воспроизведение издания Ф.А. Брокгауза и И.А. Ефрона. — М., 1997. — Т. 3.
6. Ожегов С.И. Словарь русского языка / под ред. Н.Ю. Шведовой. — М., 1989.

УДК 1(470) (091) 318/193

В. В. Буланов, канд. филос. наук, доцент

А. Н. Жильцова, студентка

ГБОУ ВПО Тверской ГМУ Минздрава России, Тверь, Россия

ВОЙНА И МИР В КОНТЕКСТЕ КОММУНИКАЦИИ ВРАЧА И ПАЦИЕНТА

The doctor — patient communication is analyzed from the point of «war» and «peace» concepts. It is confirmed that the consideration of these concepts in axiological and praxiological aspects testifies to the ambiguity of their values. The role of the agonal dialogue in the medical discourse is determined.

Key words: agonal dialogue, discourse, doctor, communication, patient, peace, war

Ключевые слова: агональный диалог, дискурс, врач, коммуникация, пациент, мир, война.

Целью настоящей статьи является изучение роли агонального диалога в контексте медицинского дискурса. Это можно сделать, изучая соотношения понятий «война» и «мир» в контексте коммуникации врача и пациента. Сразу оговорим наше понимание агонального диалога, дискурса и коммуникации.

Агональным диалогом является форма диалогической коммуникации, участники которой пытаются преодолеть ценностный конфликт, имеющийся между ними, не впадая в аффект [3, с. 67]. Аффективное поведение и ведение диалога несовместимы, так как диалог предполагает обоюдное стремление к истине и взаимопониманию участников диалога [2, с. 74; 5, с. 147–149]. Ведение агонального диалога дискомфортно, так как каждый его участник склонен защищать свои убеждения от критики и свою психику от стресса. Для этого он может даже вырабатывать в целях защиты своей психики от стресса некий антисмысловой «панцирь», мешающий целостно и неискаженно воспринимать речи оппонента [1, с. 131–132]. Если хоть один из участников агонального диалога поддаётся искушению заняться созданием такого антисмыслового «панциря», то агональный диалог обречен на прекращение, потому что в этом случае неизбежен переход партнёров по коммуникации к аффективному поведению. То есть к прекращению диалога, который предполагает терпимость к плюрализму [2, с. 84].

Нет общепризнанного определения понятия «дискурс». М. П. Фуко характеризует дискурс как сложное смысловое пространство, автономное от людей и неявно влияющее на них [6, с. 63, 66, 68–69]. П. Рикёр утверждает, что дискурс является посредником между языком, общим для всех субъектов соответствующей культуры, и их речью [4, с. 358, 364–365]. На наш взгляд, они оба правы. Дискурс одновременно является и автономным сложным смысловым пространством, обособляющим людей, и коммуникативным пространством, обеспечивающим их сотрудничество.

В понимании коммуникации мы солидарны с Ю. Хабермасом: это вербальное взаимодействие людей, стремящихся к взаимному признанию, к получению знания, а также установлению взаимопонимания [7, с. 326, 331].

Если же обратиться к соотношению понятий «война» и «мир», то оказывается, что восприятие войны и мира может быть не только разным, но и амбивалентным, двойственным. Такая амбивалентность проявляется, если сравнить аксиологический (ценностный) и праксеологический (деятельностный) аспекты оценки войны и мира. Ограничим проблемное поле данного сравнительного анализа коммуникацией врача и пациента по поводу лечения болезни соответствующего пациента данным врачом.

Рассмотрим сначала понятия «война» и «мир» в аксиологическом аспекте. Представляется, что война связана с острым и неурегулированным ценностным конфликтом. Таков, например, ценностный конфликт между атеистом и религиозным фанатиком: он неизбежно ведет такому деструктивному взаимодействию между ними, для обозначения которого подходит понятие «война». Если рассматривать этот конфликт в контексте медицинского дискурса, то есть коммуникации врача и пациента по поводу их отношения к болезни, то в этом случае наблюдается несогласованность ценностных установок этих участников диалога как партнёров в поиске оптимальной стратегии лечения этой болезни. Например, когда пациент отказывается от операции из-за своих религиозных воззрений, в то время как эти воззрения не разделяются его врачом. Напротив, мир предполагает отсутствие острого и неурегулированного ценностного конфликта. В случае с коммуникацией врача и пациента миром можно назвать их полное взаимопонимание относительно должной стратегии предстоящего лечения (в частности, из-за одинакового отношения к религии). Соответственно, в контексте аксиологии война всегда пагубна, а мир неизменно благотворен.

При исследовании понятий «война» и «мир» в праксеологическом аспекте ситуация иная. В нём война рассматривается как совместная борьба врача и пациента против болезни, а мир как смирение врача и пациента с болезнью. Если обратиться к медицинской практике, то войной является совместная борьба врача и пациента против болезни — врач назначает различные процедуры и лекарства (в частности, при лечении ангины), пациент следует всем предписаниям врача, и так они совместными усилиями побеждают данное заболевание как своего общего врага. Таким образом, в праксеологическом аспекте и в контексте медицинского дискурса война уже не зло, а бла-

го. Что же касается понимания мира в данном аспекте, то здесь вообще все неоднозначно. Ведь в отношениях врача и больного, предполагающих их совместные усилия по борьбе с недугом, отказ от неё, то есть мир с ней, возможен в трёх случаях. Два из них — следствия либо преступной халатности врача, либо малодушия больного — вряд ли можно оценить положительно. Но есть и третий случай подобного мира — смирение врача и пациента с болезнью — врач облегчает страдания безнадежного пациента (например, с последней стадией рака), такие случаи характерны при работе в хосписе. В таком понимании мир с болезнью — оптимальная стратегия поведения и врача, и больного. Так что при рассмотрении войны и мира в праксеологическом аспекте их оценка неизбежно ситуативна: она различна в случаях лечения ангины и рака в последней стадии.

При лечении заболевания пациента врач может следовать одной из двух основных коммуникативных стратегий — монолог или диалог. При ведении монолога врач предлагает пациенту свое понимание оптимального лечения, что может вызвать между ними острый ценностный конфликт и привести к отказу пациента от сотрудничества с врачом. Так что следовать этой стратегии врачу не всегда допустимо. Более конструктивен диалог как коммуникативная стратегия, содействующая миру как отсутствию ценностного конфликта и сотрудничеству в борьбе с болезнью. Ведя диалог, врач может знать несколько способов для борьбы с болезнью, поэтому предлагает пациенту различные варианты и пациент выбирает, какой из вариантов ему подходит лучше всего. Но бывают случаи, когда стратегия диалога тоже встречается с существенным затруднением: если оптимальна как раз та стратегия лечения, которая вызывает ценностный конфликт врача и пациента. В этом случае их коммуникация происходит в форме агонального диалога как диалога на грани срыва в ценностный конфликт. Участвуя в агональном диалоге, врач может по ситуации следовать как монологической, так и диалогической ценностной стратегии, сильно рискуя прервать коммуникацию с убеждаемым пациентом, но имея высокие шансы убедить его в необходимости выбора наилучшей стратегии лечения. К примеру, в случае медицинских показаний к проведению аборта ради спасения жизни потенциальной матери, врач, желая спасти хотя бы её жизнь, может убедить её согласиться на аборт, хотя, с религиозной

точки зрения, аборт — это убийство. Также по религиозным соображениям пациент может отказываться от рекомендаций врача провести переливание крови даже в ситуации, когда лишь эта процедура спасёт ему жизнь. Тем самым, участие врача в агональном диалоге совмещает в себе стремление к ведению наиболее эффективной войны с болезнью с искусным сохранением мира с пациентом. На наш взгляд, значение агонального диалога в решении проблемы войны и мира в контексте медицинского дискурса очень велико. Любому врачу должен стремиться научиться вести коммуникацию с пациентом в форме агонального диалога.

Литература

1. Бубер М. Диалог // Бубер М. Два образа веры. — М.: АСТ, 1999. — С. 122–161.
2. Карпов А.О. Дискурс: классификация контекстов // Вопросы философии. — 2008. — № 2. — С. 74–86.
3. Краснопольская А.П. Агональный диалог и постнеклассическое образование // Вестник МГУКИ. — 2015. — № 4. — С. 64–71.
4. Рикёр П. Конфликт интерпретаций. Очерки о герменевтике. — М.: Академический проект, 2008. — 695 с.
5. Соболева М.Е. О возможности диалога между культурами // Вопросы философии. — 2009. — № 3. — С. 147–157.
6. Фуко М.П. Археология знания. — СПб.: ИЦ «Гуманитарная академия»; Университетская книга, 2004. — 416 с.
7. Хабермас Ю. Философский дискурс о модерне. Двенадцать лекций. — 2-е изд., испр. — М.: Весь мир, 2008. — 416 с.

Н. И. Колтышева, А. С. Струговец, Н. Г. Новак

Гомельский государственный университет имени Ф. Скорины,
Гомель, Беларусь

ЛИЧНОСТНЫЕ КАЧЕСТВА КАК ФАКТОР ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ ЖЕНЩИН, БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

The results of the study on how the personality traits of women with breast cancer determine the type of their attitude to the disease are presented in the article. The data obtained can be used to improve the psychotherapeutic work of the psychologist with cancer patients in order to optimize the relationship between medical staff and cancer patients which in turn will contribute to enhancing the quality of cancer patients' lives, their social and psychological rehabilitation.

Keywords: personality traits, attitude to the disease, breast cancer.

Ключевые слова: личностные особенности, отношение к болезни, рак молочной железы.

Начиная с XX века и до настоящего времени значительный рост заболеваемости злокачественными новообразованиями является ведущей медико-биологической, психосоциальной и социокультурной проблемой. По прогнозам Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), онкологическая заболеваемость во всем мире возрастет за период с 1999 по 2050 гг. с 10 до 24 млн случаев, а смертность – с 6 до 16 млн регистрируемых случаев [6]. По данным Белорусского канцер-регистра, в Республике Беларусь с 1996 г. ежегодно выявляется свыше 30 тыс. случаев заболеваний злокачественными новообразованиями (1996 г. – 31 540 случаев, 2006 г. – 38 970). В 2007 году этот порог превысил 40 тыс. случаев (2007 г. – 41 210, 2010 г. – 45 750 случаев) [1].

Еще в 1946 году К. А. Скворцов писал, что изучение психологических особенностей соматического больного является проблемой первостепенного значения, поскольку полученное знание во многих случаях обеспечивает своевременность и активность лечебного воздействия, обеспечивая его профилактическую направленность [2]. Позже (1983) В. И. Ильин и В. И. Похилько отмечали, что изучение личностных особенностей пациентов соматического профиля, «особенно, когда изменения в их психике не достигают уровня

глубокой патологии, «выступает необходимым звеном в изучении психосоматических взаимоотношений и является основой для разработки психокоррекционных и психопрофилактических мероприятий [3]. Учеными (Великолуг А. Н., Гнездилов А. В., Менделевич В. Д., Овчарова Р. В., Тхостов А. Ш., Чаклин А. В.) было доказано, что особенности характера человека, заболевшего онкологическим заболеванием, во многом определяют механизмы реагирования на онкологическую патологию и процессы реабилитации больных.

Однако, несмотря на важность решения проблемы учета психологических особенностей онкобольных в непосредственной деятельности представителей системы здравоохранения, изучению данного вопроса уделяется недостаточно внимания, а существующие практические исследования в большинстве своем носят ситуативный, поисковый характер. По-прежнему остается открытым вопрос о том, каков характер взаимосвязи личностных особенностей пациента и специфики его эмоциональных реакций на болезнь, его отношения к собственному соматическому состоянию.

Цель — изучить влияние личностных особенностей на отношение онкопациента к болезни. В ходе исследования применялись «Многофакторный личностный опросник» Р. Кеттелла (16 PF, форма С) и «Личностный Опросник Бехтеревского Института» (ЛОБИ). Статистическая обработка данных проводилась с помощью критерия χ^2 — углового преобразования Фишера и коэффициента ранговой корреляции Спирмена.

Исследование проводилось на базе Гомельского областного клинического онкологического диспансера. Выборку исследования составили 42 пациентки с диагнозом рак молочной железы в возрасте 40–58 лет, которые находились на стационарном лечении в отделении маммологии. Высшее образование имели 46,1 % пациентов, средне-специальное — 53,4 %. 63,3 % — городские жители, 36,7 % — из сельской местности. Прошедший период от момента постановки диагноза — от 1 недели до 6 месяцев. Семейное положение: 76,9 % «замужем», 15,3 % «разведены», 7,6 % «вдовы».

Выбор данной категории онкопациентов продиктован тем, что на протяжении более десяти лет данное заболевание является одним из наиболее распространенных злокачественных новообразований у женщин, а также одной из основных причин смертности от онколо-

гической патологии среди них (Е. В. Демин, 1998; Г. П. Генс, 1999; Е. М. Bleiker & Н. М. Ploeg, 2003; М. D. Althuis et al., 2005). При исследовании данной разновидности онкопатологии ученые выявили, что помимо общих негативных последствий заболевания (потеря здоровья, работы, прежнего социального статуса), женщина испытывает ряд специфических переживаний, обусловленных хирургическим вмешательством (удаление молочной железы), зачастую приводящим к нарушению самопрезентации женщины, разрушению самоидентификации и представления себя как женщины и матери [4, 5]. Вследствие этого данное заболевание сопровождается чрезмерным эмоциональным напряжением. Среди факторов, приводящих к стрессу и психосоциальной дезадаптации исследуемой категории женщин, также выделяют специфику оперативных вмешательств при раке молочной железы, возможность рецидива заболевания, инвалидизацию, проблемы, возникающие в микросоциальной среде больного. Как следствие этого, отмечаются частая невротизация больных раком молочной железы, снижение настроения и апатия, нарушение социально-психологической адаптации личности [4].

Для изучения взаимосвязи личностных качеств на отношение пациенток к болезни были проанализированы результаты корреляционного анализа между типами отношения к болезни (анозогнозический, эргопатический, сенситивный, гармоничный, неврастенический, эйфорический) и данными, полученными в ходе применения 16-факторного опросника. Были выделены следующие взаимосвязи:

- *гармоничный* тип отношения (оценка своего состояния без склонности преувеличивать его тяжесть, адекватная оценка тяжести болезни) характерен для женщин с такими чертами характера, как целенаправленность, сильная воля, умение контролировать свои эмоции и поведение (фактор Q3+; $r = 0,71$);
- *эйфорический* тип отношения, характеризуемый пренебрежительным, легкомысленным отношением к болезни и лечению. Соотносится с такими личностными характеристиками, как поглощенность своими идеями, внутренними иллюзиями, легкость отказа от практических суждений, ориентированность на свой внутренний мир, мечтательность (фактором M+; $r = 0,62$); такие пациентки склонны нарушать режим и не соблюдают врачебные рекомендации, что пагубно сказывается на процессе лечения;

- *сенситивный* тип отношения к болезни, когда важным для пациентки является впечатление, которое может произвести на окружающих сведение об ее болезни. Соотносится с проявлением робости, деликатности, внимательности к другим и низкой самостоятельности, зависимости от мнения и требований группы, ориентации на социальное одобрение (факторы Н- и Q2-; $r = 0,51$, $r = 0,59$ соответственно); в таком случае пациентка обеспокоена тем, станут ли окружающие ее жалеть, считать неполноценной, будут ли пренебрежительно или с опаской относиться, распускать сплетни и неблагоприятные слухи о причине и природе болезни и даже избегать общения с ней;
- *эргопатический* тип отношения, характеризующийся избеганием мыслей о болезни, «уходом в работу», соотносится с такими личностными характеристиками, как консервативность, устойчивость по отношению к традициям, сомнение в отношении новых идей и принципов, сопротивление переменам (фактор Q1-; $r = 0,45$);
- *неврастенический* тип отношения к болезни, отличающийся неумением и нежеланием терпеть болевые ощущения, нетерпеливостью в обследовании и лечении, неспособностью терпеливо ждать облегчения. Положительно коррелирует с такими качествами личности, как беспокойство, ранимость, страх, неуверенность в себе, склонность к самобичеванию, к депрессиям, чувство вины и недовольство собой (фактором О+; $r = 0,44$); поведение таких пациентов отличается проявлением «раздражительной слабости» с последующим проявлением чувства вины и критическим отношением к своим поступкам и необдуманным словам, потребностью в прощении;
- *анозогнозический* тип отношения, характеризующийся отрицанием болезни или ее серьезности, соотносится с такими личностными характеристиками, как сдержанность в проявлении эмоций, склонность к беспокойству о будущем, пессимистичность в восприятии действительности (фактор F-; $r = 0,37$).

Таким образом, личностные особенности пациентов во многом определяют тип отношения к болезни и тем самым обуславливают не только особенности динамики заболевания, но и отношение к процессу лечения, характер взаимодействия с лечащим персоналом. Так, для больных с анозогнозическим типом отношения к болезни характерна сдержанность в проявлении эмоций, склонность к беспокой-

ству о будущем, пессимистичность в восприятии действительности; для больных с эргопатическим типом отношения к болезни характерны такие черты, как консервативность, устойчивость по отношению к традициям, сомнение в отношении новых идей и принципов, сопротивление переменам; сенситивный тип отношения к болезни предполагает робость, деликатность, внимательность к другим и низкую самостоятельность больного, его зависимость от мнения и требований группы, ориентацию на социальное одобрение; для больных с неврастеническим типом отношения к болезни характерны беспокойство, ранимость, страх, неуверенность в себе, склонность к депрессиям, чувство вины и недовольство собой; больным с эйфорическим типом отношения к болезни свойственны поглощенность своими идеями, внутренними иллюзиями, легкость отказа от практических суждений, ориентированность на свой внутренний мир, мечтательность. Гармоничный тип отношения к болезни взаимосвязан с такими чертами характера, как целенаправленность, сильная воля, умение контролировать свои эмоции и поведение.

Рак молочной железы в ряду других онкологических заболеваний отличается большой психологической травматичностью, обусловленной угрозой утраты привлекательности, женственности, значительным снижением самооценки, ощущением потери ценности для окружающих. Развитие подобных нарушений приводит к снижению такого важного критерия как «качество жизни», что в свою очередь может негативно повлиять на клиническое течение заболевания, прогноз и выживаемость пациенток. Учет личностных особенностей и отношения к болезни у женщин, больных раком молочной железы, позволит более эффективно строить реабилитационную работу с данной категорией пациентов. Полученные результаты могут быть использованы для усовершенствования психотерапевтической работы психолога с онкологическими больными, для оптимизации взаимоотношений между медицинским персоналом и онкопациентами, что, в свою очередь, будет способствовать повышению уровня качества жизни онкобольных, их социально-психологической реабилитации.

Литература

1. Антипова С.И. Возрастной риск онкозаболеваемости в Беларуси // Медицинские новости. — 2012. — № 9. — С. 15–21.

2. Скворцов К.А. Психика соматического больного // Соматопсихические расстройства / под ред. В.И. Гиляровского. — М.: Изд-во АМН, 1946. — С. 11–15.
3. Ильин В.И., Похилько В.И. Сравнительный многомерный анализ личностных особенностей больных с разными формами гинекологической патологии // Журнал невропатологии и психиатрии им. Корсакова. — 1983. — Т. 83, № 12. — С. 1836–1840.
4. Марилова Т.Ю. Психологические особенности онкологических больных // Вестник Российского онкологического научного центра им. Н.Н. Блохина РАМН. — 2002. — № 3. — С. 47–51.
5. Fitzharris, V.M. Breast cancer — progress but slow // Austral. N. Z. J. Med. — 1984. — Vol. 14 (Suppl.). — № 4. — P. 950–961.
6. World Cancer Report. — Lyon: I.A.R.C. Press, 2003. — 352 p.

УДК 159.9.072.43

Л. А. Мурашова, канд. психол. наук, ст. преподаватель

О. В. Морозова, студентка

ГБОУ ВПО Тверской ГМУ Минздрава России, Тверь, Россия

ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ БАРЬЕРЫ В ОБЩЕНИИ КАК ФАКТОР СНИЖЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОММУНИКАЦИИ

The article presents the results of the study of emotional barriers arising in communication among medical students. It is concluded that professional communication of a physician can be complicated by communication barriers reducing its effectiveness.

Key words: professional medical communication, communicative competence, emotional barriers, professional skills.

Ключевые слова: профессиональное общение врача, коммуникативная компетентность, эмоциональные барьеры, профессиональные навыки.

Общение играет важную роль в овладении человеком культурными и общечеловеческими ценностями, общественным опытом. С помощью общения обмениваются информацией, получают новые знания, формируют представление о себе и окружающем мире. Особенно следует подчеркнуть чрезвычайно важную роль общения как средства инструмента профессиональной деятельности специалистов медицинского профиля. Предметом профессиональной деятельности в этой профессии является другой человек, и общение в этом случае

выступает одним из основных инструментов социально-профессионального взаимодействия врача, пациента, его родственников и медицинского персонала друг с другом. Однако необходимо учитывать, что процесс общения может протекать не только благоприятно, но и осложняться коммуникативными барьерами, которые возникают в ходе профессионального общения, что может отдалять и ухудшать результаты лечебного процесса, тем самым сказываясь на здоровье пациента. В связи с этим особую значимость приобретает исследование проблемы эмоциональных барьеров общения у студентов-медиков. Ведь в медицинском университете в процессе обучения и формируются профессиональные навыки будущего врача.

Работа медицинского персонала осуществляется в условиях общения с больными людьми. Больной может быть тревожным, беспокойным, капризным, раздражительным, требовательным, нетерпеливым, а задача медика любого уровня включает в себя умение нормализовать не только физическое, но и душевное состояние пациента. Большую роль при этом имеет не только словесное (вербальное) общение, но и все невербальные факторы. Манера держать себя, выражение лица, интонации голоса, жесты, движения — все это оказывает положительное или отрицательное воздействие, часто на неосознаваемом уровне. Как указывал В. М. Бехтерев, «чем на менее осознаваемом уровне реализуется психологическое воздействие, тем более выраженный эффект оно оказывает» [2, с. 185].

Иногда складывается впечатление, что пациент защищается от врача, его слов и переживаний, что он возводит какие-то преграды, защитные сооружения, заборы на пути общения. И здесь возникает проблема в межличностном взаимодействии врача и пациента, обусловленная появлением эмоциональных коммуникативных барьеров.

Эмоциональный барьер — это такое состояние или свойство индивида, которое консервирует резервы его духовно-психического потенциала, тормозит или даже блокирует их реализацию в процессе жизнедеятельности.

Выделяют следующие наиболее часто встречающиеся барьеры:

- Барьер предвзятости и беспричинной негативной установки, который проявляется в том, что человек начинает негативно относиться к своему собеседнику или партнеру по общению беспричинно или в результате первого впечатления.
- Барьер отрицательной установки возникает на основе отрицательной информации, введенной кем-либо в сознание человека,

на основании чего заранее формируется негативная установка по отношению к определенному человеку, возможно, даже ранее не знакомому.

- Барьер «боязни» контакта с человеком, в основе которого лежит повышенная стеснительность, чувство неловкости, повышенная чувствительность, ранимость и, возможно, имеющийся негативный опыт неконструктивного общения с людьми и как результат — страх неудачи.
- Барьер «ожидания непонимания», который обусловлен сомнением человека в способности собеседника правильно и объективно понять его самого, его проблемы и его позицию.
- Барьер «неверных стереотипов», причина которого кроется в том, что для большинства людей свойственно в ситуациях жизни следовать некоторому шаблону, т.е. обобщать, упрощать явления окружающей жизни. Эти упрощенные представления и установки затем автоматически переносятся в процессе общения на конкретных людей и могут привести к взаимному непониманию и даже отторжению (могут вызвать негативную реакцию).
- Барьер «возраста». Чаще всего выражается как барьер непонимания между людьми разных поколений, что нередко может приводить к конфликту «отцов и детей» [1].

Эффективность практической деятельности медицинского персонала во многом зависит от того, насколько профессионально специалист организует взаимодействие с пациентами, их родственниками и ближайшим окружением, и, конечно же, с коллегами. Часто необходимо согласовать действия, распределить функции или повлиять на настроение, поведение, убеждения собеседника. Таким образом, взаимоотношения и общение медицинского персонала и пациента — не просто обмен сведениями; это — часть лечения. Известно, что медики могут воздействовать на болезнь без всяких лекарств: примером может служить эффект плацебо [4].

Было проведено исследование эмоциональных барьеров в общении по методике «Диагностики «помех» в установлении эмоциональных контактов» В. В. Бойко [3, с. 160], в котором приняли участие 22 студента Тверского ГМУ в возрасте от 18 до 22 лет.

В результате анализа полученных данных было выявлено (рис. 1), что основными помехами в общении для наших испытуемых являются: неадекватное проявление эмоций, что может сопро-

вождаться переживанием дискомфорта, напряженности и тревоги, препятствовать полноценному общению между людьми и это, в первую очередь, приводит к нарушениям межличностного взаимодействия; неумение управлять эмоциями, именно оно лежит в основе всех психоэмоциональных недугов современного человека – депрессий, стрессов, состояния хронической усталости и пр., неумение дозировать эмоции и нежелание сблизиться с людьми на эмоциональной основе, а это первый шаг к взаимопониманию. На основе эмоционального сближения происходит обмен чувствами, легко устанавливается интеллектуальный обмен, становится возможным понимание мысли собеседника, равноправный обмен мнениями.

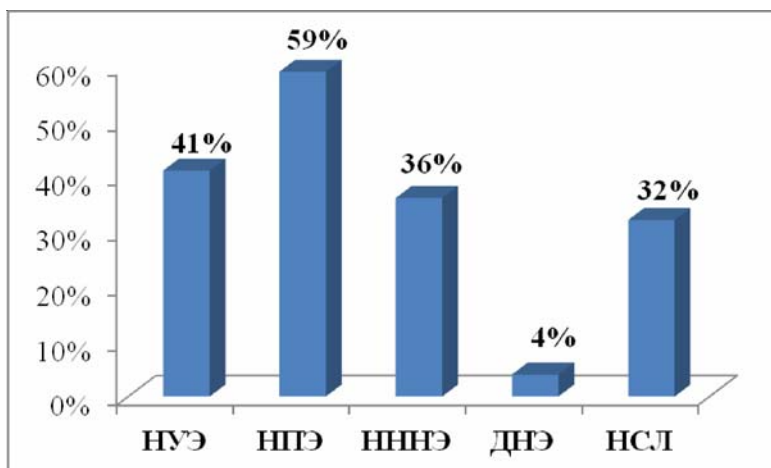


Рис. 1. Гистограмма степени выраженности эмоциональных барьеров в межличностном общении у студентов-медиков

НУЭ – неумение управлять эмоциями, дозировать их;

НПЭ – неадекватное проявление эмоций;

НННЭ – негибкость, неразвитость, невыразительность эмоций;

ДНЭ – доминирование негативных эмоций;

НСЛ – нежелание сблизиться с людьми на эмоциональной основе.

Результаты данного исследования подтверждают (рис. 2) наличие проблем в повседневном общении у будущих врачей, которым предстоит работать с достаточно сложной категорией людей, страдающих различными заболеваниями: 45 % студентов-медиков, при-

нимавших участие в исследовании, испытывают трудности при общении с партнерами, т.к. эмоции «на каждый день» осложняют их взаимодействие с окружающими; 23 % испытуемых из-за дезорганизующего влияния эмоций не способны устанавливать конструктивные и эффективные контакты с людьми. Это свидетельствует о том, что у данной категории испытуемых эмоциональные барьеры значительно осложняют процесс общения и снижают эффективность коммуникации. Этот фактор окажет негативное влияние на формирование будущего специалиста и его профессиональных качеств, в том числе и умение общаться с людьми.



Рис. 2. Гистограмма эмоциональных проблем в общении у студентов-медиков

Таким образом, большинство студентов-медиков испытывают проблемы в повседневном общении, обусловленные наличием эмоциональных коммуникативных барьеров. Данный фактор свидетельствует о том, что коммуникативная компетентность как профессионально-важное качество врача не сформировано на этом этапе у студентов-медиков и её целесообразно развивать в процессе обучения.

От умения общаться, устанавливать и развивать взаимоотношения с людьми во многом зависит профессиональная успешность врача. Именно поэтому коммуникативные навыки врача любой специальности нередко оказывают решающее влияние на степень удовлетворенности больного оказываемой ему помощью, оценку им профессиональной компетентности врача, полноту и точность ди-

агностики, а также эффективность работы системы здравоохранения в целом.

Литература

1. Волкова А.И. Психология общения. – Ростов на/Д.: Феникс, 2014. – С. 512.
2. Панфилова А.П. Теория и практика общения. – М.: Академия, 2011. – С. 288.
3. Фетискин Н.П., Козлов В.В., Мануйлов Г.М. Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп. – М.: Изд-во Института психотерапии, 2009. – С. 166.
4. Хетагурова А.К., Соловьева Н.А., Халуева О.П. Профессиональное развитие как важнейшая функция управления персоналом в медицинских учреждениях // Сестринское дело. – 2013. – № 1. – С. 3–5.

УДК 159.9.072.43

Л. А. Мурашова, канд. психол. наук, ст. преподаватель
М. Н. Корнеевкова, студентка

ГБОУ ВПО Тверской ГМУ Минздрава России, Тверь, Россия

ЭМПАТИЯ КАК СОСТАВЛЯЮЩАЯ КОММУНИКАТИВНОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ БУДУЩЕГО ВРАЧА

The article presents the results of medical students' communication empathy study. It is concluded that the degree of this type of empathy in future doctors is one the most significant indicators of their communicative competence.

Key words: professional qualities, communicative competence, empathy, professional communication.

Ключевые слова: профессионально-важные качества, коммуникативная компетентность, эмпатия, профессиональное общение.

Труд врача, один из наиболее сложных видов профессиональной деятельности человека, принадлежит к профессиям субъект-субъектного типа (система «человек – человек»). Поэтому деятельность врача предъявляет повышенные и достаточно специфические требования к желающим работать в ней. Ситуация в здравоохранении сегодня требует от специалиста-медика не только глубоких профессио-

нальных, в том числе и психологических знаний, но и определённых индивидуально-психологических качеств, одним из которых является профессиональная коммуникативная компетентность, наиболее существенным показателем базового уровня которой является эмпатия. Она способствует сбалансированности межличностных отношений, делает поведение человека социально обусловленным [2].

Умение понять больного является необходимым для возможности ощутить его проблемы как собственные и сопереживать его страданиям. Это очень важное качество врача, способствующее лучшему осознанию проблемы больного, и, следовательно, назначению правильного лечения, а значит и успешному выздоровлению пациента. В связи с этим особую значимость приобретает исследование уровня поликоммуникативной эмпатии у студентов-медиков.

Под коммуникативной компетентностью врача понимается многоуровневое интегративное качество личности (совокупность когнитивных, эмоциональных и поведенческих особенностей), опосредующее врачебную профессиональную деятельность, направленную на установление, поддержание и развитие эффективных контактов с пациентами и другими участниками лечебно-профилактического процесса [3, с. 101]. В деятельности врача коммуникативная компетентность обеспечивает осуществление эффективной коммуникации (с пациентами, их родственниками, коллегами и так далее). Это такая коммуникация, которая способствует продвижению в решении проблем участниками общения, обеспечивает достижение целей общения с оптимальными затратами (отсутствие нервно-психических перегрузок) и приводит к достижению взаимопонимания между партнерами по общению.

В структуре коммуникативной компетентности врача выделяют три уровня: базовый, содержательный и операционный, компоненты которых взаимозависимы. Операционный уровень (технический) включает в себя владение коммуникативными умениями и навыками, обеспечивающими управление ходом процесса общения, эффективное воздействие на партнеров по общению, а также оптимальную его саморегуляцию. На содержательном уровне осуществляется перевод врачебных задач в коммуникативные, построение программ и тактических планов общения. Базовый уровень (иногда его называют ценностным) включает в себя личностные качества

врача, как социальные, так и природные установки, ценностные ориентации, мотивы в коммуникативной сфере. Базовый уровень следует считать основным, так как он обеспечивает мотивацию общения и возможности становления коммуникативной компетентности врача, облегчая или, наоборот, затрудняя этот процесс. Базовые коммуникативные характеристики предопределяют своеобразие складывающихся в сознании личности когнитивных схем, на основе которых будут впоследствии строиться коммуникативные программы и планы (содержательный уровень), так и «индивидуальный рисунок» формирующихся и закрепляющихся коммуникативных навыков и умений (технический уровень) [4, с. 80].

Анализ многочисленных литературных источников и практический опыт социально-психологического обучения в коммуникативных профессиях дают основания для того, чтобы в качестве необходимых и достаточных компонентов, отражающих основные коммуникативные установки и ориентации личности, предложить следующие: эмпатия, принятие, открытость [4, с. 81]. Наиболее существенным и важным показателем базового уровня коммуникативной компетентности врача является эмпатия, которая в коммуникативной деятельности способствует сбалансированности межличностных отношений, делает поведение человека социально обусловленным. Согласно К. Роджерсу, способность одного индивида помогать другому, прежде всего, зависит от создания теплых, искренних эмпатических отношений. Его определение эмпатического поведения гласит, что врач должен чувствовать внутренний мир пациента так, как если бы это был его собственный мир, не теряя качества «если бы» [3, с. 151].

Современное понятие эмпатии как постижение эмоционального состояния, проникновения, «вчувствования» во внутренний мир другого человека предполагает наличие трех видов эмпатии:

- эмоциональной эмпатии,
- когнитивной (познавательной) эмпатии,
- предикативной эмпатии [1, с. 196].

Было проведено эмпирическое исследование эмпатии студентов-медиков в общении по методике «Диагностика уровня поликоммуникативной эмпатии» И. М. Юсупова [5]. В нём приняли участие

студенты Тверского ГМУ в количестве 20 человек в возрасте от 18 до 22 лет.

Проанализировав полученные данные (рис. 1), мы установили, что наиболее выраженными в нашей группе испытуемых являются такие виды эмпатии, как эмпатия к родителям, которая составляет 25 %, к детям – 25 % и к незнакомым или малознакомым людям, которая составляет 20 %. Эмпатия к пожилым людям менее выражена, высокий её уровень у 10 % испытуемых.

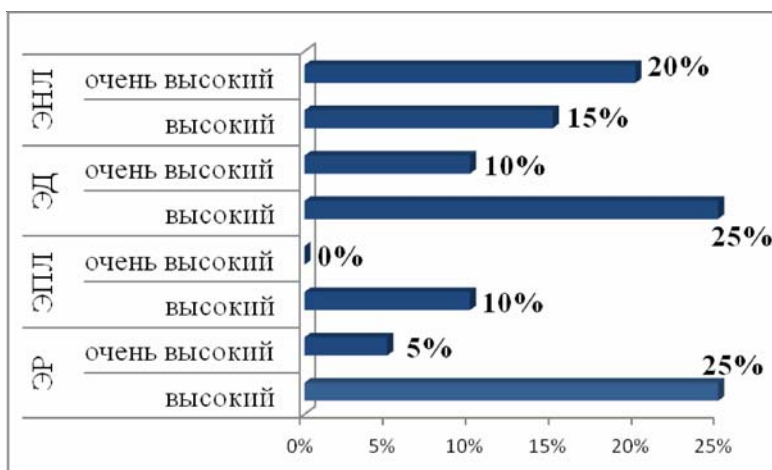


Рис. 1. Гистограмма степени выраженности составляющих поликоммуникативной эмпатии у студентов-медиков

ЭНЛ – эмпатия к незнакомым и малознакомым людям

ЭД – эмпатия к детям

ЭПЛ – эмпатия к пожилым людям

ЭР – эмпатия к родителям

В результате исследования было выявлено (рис. 2), что 15 % испытуемых обладают высоким уровнем поликоммуникативной эмпатии. Они чувствительны к нуждам и проблемам окружающих, великодушны, склонны многое им прощать; эмоционально отзывчивы, общительны, быстро устанавливают контакты и находят общий язык; стараются не допускать конфликты и находить компромиссные решения; хорошо переносят критику в свой адрес; в оценке событий больше доверяют своим чувствам и интуиции, чем аналитическим выводам; предпочитают работать с людьми, нежели в одиночку.

85 % испытуемых имеют средний уровень поликоммуникативной эмпатии, присущий подавляющему большинству людей. Окружающие не могут назвать их «толстокожими», но в то же время они не относятся к числу особо чувствительных лиц. В межличностных отношениях более склонны судить о других по поступкам, чем доверять своим личным впечатлениям. Им не чужды эмоциональные проявления, но чаще они держат их под самоконтролем. В общении эти люди внимательны, стараются понять больше, чем сказано словами, но при излишнем излиянии чувств собеседника теряют терпение.

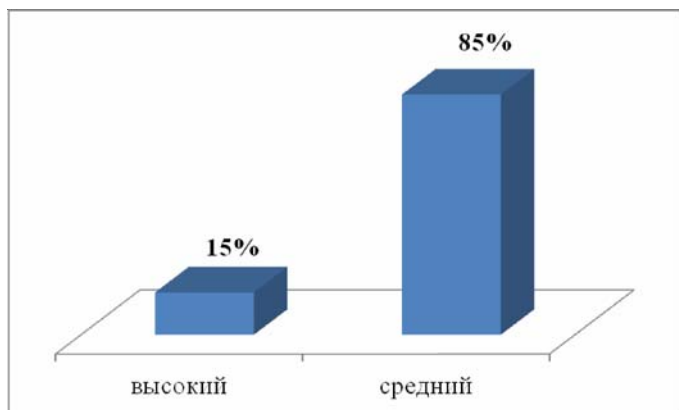


Рис. 2. Гистограмма общего уровня поликоммуникативной эмпатии студентов-медиков

Таким образом, большинство студентов-медиков не обладают таким профессионально значимым качеством как поликоммуникативная эмпатия в достаточной степени выраженности.

Литература

1. Богачева О.Ю. Эмпирическое исследование проблемы влияния эмпатии на деятельность врачей // Психология и психотехника. М.: НБ-Медиа, 2013. — № 2. — С. 196–202.
2. Вассерман Л.И. Психологическая диагностика индекса жизненного стиля: пособие для врачей и психологов. — СПб.: Психоневрол. ин-т им. В.М. Бехтерева, 2005. — С. 48.
3. Васильева Л.Н. Психологический анализ коммуникативной компетентности будущего врача // Ярославский психологический вестник. — Ярославль: Изд-во РПО, 2003. — Вып. 9. — С. 99–105.

4. Кашницкий В.И. Диагностика базового уровня коммуникативной компетентности личности // Психология и практика: сб. науч. трудов. – Кострома: КГУ им. Н.А. Некрасова, 2002. – Вып.2. – С. 79–84.
5. Фетискин Н.П., Козлов В.В., Мануйлов Г.М. Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп. – М.: Изд-во Института психотерапии, 2009. – С. 166.

4

Методические аспекты формирования коммуникативной компетенции врача

И. С. Бандурист, ассистент

И. Ю. Курицына, ст. преподаватель

ГБОУ ВПО Тверской ГМУ Минздрава России, Тверь, Россия

**ЛАТИНСКИЙ ЯЗЫК В НЕЯЗЫКОВОМ ВУЗЕ: ЯЗЫКОВЫЕ
КОМПЕТЕНЦИИ И ВТОРИЧНАЯ ЯЗЫКОВАЯ ЛИЧНОСТЬ
СТУДЕНТА-МЕДИКА**

The article focuses on the language personality of medical students. The authors points out the main components of professional language competence in context of studying Latin.

Key words: professional medical language, medical terminology, language competence, language personality, secondary language personality, methods of teaching Latin.

Ключевые слова: профессиональный язык врача, медицинская терминология, языковые компетенции, языковая личность, вторичная языковая личность, методика преподавания латинского языка.

В медицинском вузе латинский язык имеет особый статус. Многие ошибочно воспринимают его как иностранный язык или некий анахронизм, дань уважения традициям высшего образования. Однако латынь по ряду причин является особым функциональным языком и базовой профессиональной компетенцией медика.

Современная медицинская терминология — одна из самых обширных и сложных терминосистем, насчитывающая несколько сотен тысяч терминов и состоящая из нескольких международных номенклатур на латинском языке. Древнегреческий и латинский языки остаются основными интернациональными источниками для образования новых терминов во всех областях медицины и биологии, составляя основу медицинского терминологического фонда современных европейских языков. В клинической практике врач употребляет до 70 % терминов греко-латинского происхождения.

Основную цель преподавания латинского языка в медицинских вузах определил Федеральный государственный образовательный стандарт. По ФГОС для направления «Лечебное дело» основным знанием по дисциплине «Латинский язык» является «знание основной медицинской терминологии на латинском языке», а к умениям

причисляется владение «навыками чтения и письма на латинском языке клинических и фармацевтических терминов и рецептов» [5, с. 18–19].

Основной комплекс языковых компетенций студента-медика связан с терминоведением — теорией образования, функционирования и упорядочения естественно сложившихся терминосистем. Поэтому элементы латинской грамматики осваиваются студентами последовательно, с учетом основных задач обучения: чтение и произношение, формирование терминологической базы (вокабуляр), формирование базовых навыков словообразования и морфолого-семантического анализа однословных и многословных терминов. Синтаксису и грамматике отведена вспомогательная роль.

Таблица 1

Сравнение объема учебной информации по предмету «Латинский язык» в языковом и неязыковом вузе

Учебная информация	Языковой вуз	Медицинский вуз
1. Имя существительное	В полном объеме	Склонение в единственном и множественном числе в Nominativus et Genetivus (Accusativus et Ablativus — факультативно)
2. Имя прилагательное	В полном объеме	- Склонение в единственном и множественном числе в Nominativus et Genetivus (Accusativus et Ablativus — факультативно) - Согласование
3. Причастия	В полном объеме	PPA; PPP. Образование и склонение в Nominativus et Genetivus
4. Глагол. Общие сведения.	В полном объеме	В полном объеме
4. Глагол. - Система изъявительного наклонения	В полном объеме	Спряжение глаголов в настоящем времени 3 лице ед. и мн. ч. активного и пассивного залога

Окончание табл.1

Учебная информация	Языковой вуз	Медицинский вуз
5. Глагол. Система сослагательного наклонения	В полном объеме	Спряжение глаголов в настоящем времени 3 лице ед. и мн. ч. активного и пассивного залога
6. Глагол. Система перфекта.	В полном объеме	Отсутствует
7. Императив	В полном объеме	Настоящее время
8. Согласование глагольных времен	В полном объеме	Отсутствует
9. Основы синтаксиса	В полном объеме	Факультативно
10. Перевод и анализ текста	В полном объеме	Факультативно
11. Числительные	В полном объеме	Факультативно (отсутствует склонение)
12. Местоимения	В полном объеме	Отсутствует
13. Наречия	Факультативно	Отсутствует

В целом, в медицинском вузе латинский язык изучается как вспомогательный, субъязык – язык-инструмент, представляющий собой специализированный вокабуляр и систему элементарных грамматических правил, позволяющую грамотно применять усвоенную лексику в последующей профессиональной деятельности. Латинскому языку отводится роль «языка-инструмента» при создании текстов иного уровня и иной структуры. К примеру, унифицированность медицинской терминологии позволяет расширить границы коммуникации с иноязычными коллегами даже при условии знания иностранного языка на базовом уровне (табл. 2.).

Таблица 2

**Медицинские термины в европейских языках,
русском языке и латинском языке**

Латинский	Английский	Немецкий	Французский	Русский
Vena	Vein	Vene	Veine	вена
musculus	Muscle	Muskel	Muscle	мышца
lateralis	Lateral	lat? rale	Lateral	боковой
chronicus	Chronic	chronisch	chronique	хронический
tumor	Tumor	tumor	Tumeur	опухоль

Рассмотрим языковую личность студента, формируемую на занятиях по латинскому языку в неязыковом вузе. Ю. Н. Караулов определил языковую личность в первом значении как «наименование комплексного способа описания языковой способности индивида, соединяющего системное представление языка с функциональным анализом текстов», во втором значении она трактуется как «...любой носитель того или иного языка, охарактеризованный на основе анализа произведенных им текстов с точки зрения использования в этих тестах системных средств данного языка для отражения видения им окружающей действительности (картины мира) и для достижения определенных целей в этом мире» [3, с. 67]. Языковая личность, по Караулову, является иерархичной и имеет три уровня: вербально-семантический (степень владения языком), тезаурусный (языковая картина мира) и прагматический (цели и мотивы порождения текстов).

В связи с активным развитием лингводидактики появился термин «вторичная языковая личность». Первичная языковая личность связана с носителем языка и принадлежностью к тому или иному национальному типу, а вторичная языковая личность — с субъектом образовательного процесса, овладевающим иностранным языком и успешно использующим полученные навыки в межкультурном общении.

«Методическая модель» языковой личности, согласно идее о трехуровневости процессов восприятия и понимания, имеет трехуровневую организацию: лексикон, тезаурус и прагматикон. Лексикон образует словарный запас языковой личности, умение осуществлять адекватный выбор языковых средств. Владение тезаурусом обеспечивает умение определять тему высказывания, выражать свое мнение, готовность пользоваться внутренней речью, готовность производить и воспроизводить генерализованные высказывания и т.д. Прагматикон отвечает за коммуникативные потребности, за соответствие выбранных языковых средств условиям коммуникации, за использование подязыков и регистров, за прочтение подтекста.

При обучении латинскому языку у студента-медика не формируются коммуникативные компетенции. Вследствие этого, в структуре вторичной языковой личности не реализуется уровень тезауруса и лишь частично реализуется прагматикон. У студента-медика формируется особый вид вторичной языковой личности — узальная языковая личность (от лат. *Usus* — применение, польза, практика), которая активизируется лишь в процессе профессиональной деятельности. В структуре узальной языковой личности полностью реализован уровень лексикона — владение специальной лексикой, чтение терминов, произношение (фонетика); частично реализован уровень прагматикона — специальная лексика вычленяется, узнается и правильно интерпретируется в структуре профессионально-ориентированных текстов; уровень тезауруса отсутствует по вполне тривиальной причине — латинский язык официально относится к категории «мёртвых». Однако можно говорить о «тезаурусных атавизмах» — включении специализированной лексики (терминов, диагнозов), афоризмов (крылатых выражений) и устойчивых выражений (*exitus letalis*, *habitus aegroti*) в речевые и письменные тексты, продуцируемые врачом.

Суммируя все вышесказанное, хочется отметить, что особенности узальной языковой личности будущего врача не учитываются в достаточной степени при составлении учебных программ и формировании перечня основных компетенций по дисциплине «Латинский язык и основы медицинской терминологии». По мнению авторов, комплексный подход к обучению, а именно: четкое понимание цели и задач преподавания латинского языка в специализированном вузе,

дальнейшее исследование структуры узואальной языковой личности, внесение необходимых коррективов в методику и новые образовательные технологии поможет в целом повысить уровень профессиональной подготовки студентов и создать прочную базу языковой компетенции врачей.

Литература

1. Бандурист И.С. «Язык-посредник» и «язык-инструмент» в неязыковом вузе: проблемы и перспективы // Взаимодействие языков и культур при изучении русского языка иностранцами: Актуальные проблемы изучения и преподавания РКИ в вузе: материалы III международного. научно-практ. конф. — Тверь: Твер. гос. ун-т, 2014. — С. 23–32.
2. Бухарина Т.Л., Аверин В.А. Психолого-педагогические аспекты медицинского образования. — Екатеринбург: УрО РАН, 2002. — 406 с.
3. Караулов Ю.Н. Русский язык и языковая личность. — М.: Наука, 1987. — 261 с.
4. Потёмкина Е.В. «Вторичная языковая личность» как объект лингводидактики // Вестник Центра международного образования Московского гос. ун-та. Филология. Культурология. Педагогика. Методика. — 2012. — № 4. — С. 59–64.
5. Федеральный государственный образовательный стандарт. — 2010. — <http://www.kantiana.ru/uop/managers/list/19.pdf> — (Дата обращения 24.02 2016)
6. Цысик А.З. Латинский язык. — Минск: БГМУ, 2008. — 206 с.

УДК 81:378

Е. В. Бусько, ст. преподаватель

УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
Минск, Беларусь

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИНТЕРАКТИВНОЙ ДОСКИ ПРИ ОБУЧЕНИИ ИНОСТРАННОМУ ЯЗЫКУ В ВУЗЕ

The advantages of using Interactive Whiteboard at English lessons and its effective influence on the teaching process are highlighted in the article. There are also examples of tasks which can be used while teaching with the Interactive Whiteboard.

Key words: Interactive Whiteboard, foreign language teaching, motivation, touchscreen, use of visual methods.

Ключевые слова: интерактивная доска, обучение иностранным языкам, мотивация, сенсорный экран, наглядность.

Эффективная подготовка будущих профессиональных кадров общества является главной целью современной системы образования. Внедрение персонального компьютера, технологии мультимедиа, информационной компьютерной сети Интернет оказывает большое влияние на систему образования, вызывая значительные изменения в содержании и методах обучения иностранным языкам. Развитие коммуникативной компетентности обучающихся подразумевает обучение общению и формирование способности к межкультурному взаимодействию, что лежит в основе функционирования компьютерных технологий. Именно информационно-коммуникационные технологии организуют такое взаимодействие учащихся и педагогов, которое мотивирует и стимулирует творческую, экспериментальную деятельность. Одним из актуальных нововведений стало активное использование интерактивной доски как средства интенсификации процесса обучения.

Интерактивная доска — это сенсорный экран, подсоединенный к компьютеру, изображение с которого передает на доску монитор. Таким образом, интерактивная доска, компьютер и видеопроектор представляют собой единый комплекс. Взаимодействие с компьютером осуществляется посредством прикосновения к поверхности доски специальным маркером или рукой [3]. Работая с интерактивной доской, преподаватель всегда находится в центре внимания, обращен к студентам лицом и поддерживает постоянный контакт с аудиторией. Интерактивная доска объединяет в себе текст, звук, видеоизображение, графическое изображение, пространственное моделирование и анимацию. Объединение этих средств обуславливает качественно новый уровень восприятия информации. Как известно, обучаемый с первого раза запоминает лишь $\frac{1}{4}$ услышанного, $\frac{1}{3}$ увиденного, при комбинированном воздействии на слух и зрение запоминается половина информации, а при вовлечении обучаемого еще в активные действия доля усвоенного может составить 75 % [1, с. 45].

Использование интерактивной доски позволяет преподавателю рисовать и делать записи поверх любых приложений; сохранять и

распечатывать изображения на доске, включая любые записи, сделанные во время занятия, упрощая проверку усвоенного материала; стимулирует профессиональный рост; в рамках внеурочной деятельности позволяет развивать индивидуальные творческие, интерактивные, коммуникативные способности учащихся; оперативно организовывать и проводить мониторинг знаний в группе. Интерактивная доска дает преимущества и для студентов: делает занятия интересными и повышает мотивацию, предоставляет больше возможностей для участия в коллективной работе; дает возможность усваивать более сложный материал в результате ясной и эффективной подачи учебного материала. Более того, в зависимости от языкового уровня группы у преподавателя есть возможность быстрого перестроения этапов занятия. Можно подробно остановиться на том моменте, который вызвал интерес у студентов. Если упражнения или вопросы по каким-то причинам не интересны, то их можно легко пропустить, не нарушив логического построения занятия.

Вместе с интерактивной доской SMART Board поставляется программное обеспечение SMART Notebook. Оно позволяет создавать записи, которые могут включать различные виды информации (тексты, видео, схемы, таблицы, знаки, рисунки). Программное обеспечение обладает следующими возможностями:

1. При объяснении грамматического материала (например, составление различных типов предложений) использование разноцветных карандашей помогает выделить главное, заострить внимание на употреблении нужной формы смыслового глагола и местоположении вспомогательного в предложении.
2. На экране можно запечатлеть ход мыслей, зафиксировать порядок работы и, при необходимости, есть возможность вернуться к началу изложения или более сложному аспекту материала урока (например, тема «Разница в употреблении и образовании времен *Simple* и *Progressive*»).
3. Функция *drag and drop* позволяет перемещать картинки и слова при выполнении заданий типа: «подбери пару», «выбери сочетание», «соотнеси» (в отличие от презентаций PowerPoint, где все объекты размещаются на своих местах в ходе создания, далее произвольным образом не могут быть изменены).

4. На одном слайде можно разместить несколько кадров данного практического занятия и проследить ход мысли.
5. Весь материал проведенного урока с интерактивной доской можно сохранить в записи и преподавателю нет необходимости все заново писать и создавать.
6. Объекты можно вырезать и стирать с экрана, копировать и вставлять, а также использовать действия отмены и возврата.
7. Аудио- и видеоприложения значительно усиливают подачу материала. На интерактивной доске можно захватить видеоизображения и отображать их статично, чтобы иметь возможность обсуждать и добавлять к ним записи [2, с. 57].

На уроках иностранного языка интерактивная доска может применяться на различных этапах и при обучении различным видам речевой деятельности: во время фонетической и речевой зарядки, введения и отработки лексики и речевых моделей, активизации грамматического материала, обучению правописанию и восприятию иноязычной речи на слух.

На своих занятиях в медицинском вузе мы используем следующие упражнения:

- при введении лексического материала: «Соотнесение картинки и слова», «Распределение по группам», «Убери лишнее», «Сопоставление», «Заполнение пробелов»;
- при отработке грамматического материала: «Множественный выбор», «Создание схем», «Найди ошибку», «Убери лишнее», «Заполнение пробелов», «Текст с пропусками»;
- при обучении чтению: «Установление соответствий», «Восстановление деформированного текста», «Текст с пропусками», «Выделение необходимой информации»;
- при обучении говорению: «Незаконченное предложение», «Соотнесение реплик в диалоге», «Установление соответствий».

Интерактивная доска помогает повысить внимание студентов, вовлекает максимальное количество учащихся в учебный процесс, повышает интерес к изучению иностранного языка. В результате этого повышается уровень мотивации учащихся, процесс обучения становится намного интереснее и эффективнее. Цель обучения иностранному языку в неязыковом вузе — это коммуникативная деятельность учащихся, то есть практическое владение иностранным

языком. А задачей преподавателя является активизация деятельности каждого учащегося в процессе обучения, создание ситуаций для их творческой активности. Использование нестандартных форм работы преподавателя позволяет решать эти задачи.

Литература

1. Имамутдинова Ф.Р. Особенности использования интерактивной доски в обучении иностранным языкам // Инновационные технологии преподавания иностранных языков в неязыковом вузе: материалы Всероссийской конференции. — Уфа: УЮИ МВД России, 2011. — 231 с.
2. Смирнова М.Н. Возможности интерактивной доски при обучении иностранному языку // Иностранные языки: лингвистические и методические аспекты. — 2014. — № 27. — 200 с.
3. Электронные интерактивные доски SMARTboard — новые технологии в образовании / <http://www.smartboard.ru/>

УДК 372.881.111.1

Н. Г. Гавриленко, канд. филол. наук, доцент

ГБОУ ВПО Тверской ГМУ Минздрава России, Тверь, Россия

ОБУЧЕНИЕ ИНОСТРАННОМУ ЯЗЫКУ МЕДИЦИНСКОГО ОБЩЕНИЯ В ВУЗЕ: ИЗ ОПЫТА РАБОТЫ

The article highlights several essential issues concerning the acquisition of English for medical purposes (doctor-patient communication). The author focuses on up-to-date teaching aids and methods.

Key words: English for medical purposes, ESP acquisition, doctor-patient communication.

Ключевые слова: английский язык для целей медицинской коммуникации, освоение английского языка профессионального общения, коммуникация «врач — пациент».

В настоящее время проблемы эффективной коммуникации и снятия коммуникативных барьеров в системе «врач — пациент» привлекают возрастающее внимание исследователей из различных областей науки (философов, психологов, лингвистов) и врачей-практиков. Грамотно выстроенная коммуникация может повлиять не только на процесс лечения, но и на имидж лечебного учрежде-

ния (включая его экономические показатели) и профессиональную репутацию самого специалиста.

С появлением и активным развитием частных медицинских услуг врач вряд ли может ограничиться на приеме сухим сбором анамнеза и рекомендациями пациенту. Приобретая медицинскую услугу, пациент — кроме профессионального совета — ожидает получить в процессе консультации определенное отношение, понятное ему разъяснение ситуации, ответы на интересующие вопросы. По отношению к пациенту врач не может позволить себе обращение по принципу «а что тут разговаривать». Пациент должен чувствовать и осознавать, что, независимо от его возраста, пола, образа жизни, социального статуса, этнических и религиозных особенностей, характера заболевания, медицинский работник настроен к нему доброжелательно.

Проведенные исследования показывают, что в среднем в ходе объяснения пациентом причины визита и предъявления жалоб врач прерывает его уже через 18 секунд, в то время как корректный сбор анамнеза позволяет специалисту получить 60–80 % информации, необходимой для постановки диагноза. Кроме того, среди причин неудовлетворённости пациента можно упомянуть следующие: пациент не понимает объяснения врача; рекомендация врача слишком сложна для пациента; профессиональный совет, который получает пациент, не является ответом на тот вопрос, с которым он приходит к специалисту. В результате около 50 % пациентов уклоняются от выполнения рекомендаций врача или не выполняют их вообще.

Одним из немногих курсов, которые заставляют специалистов-медиков (будущих и практикующих) критически отнестись к роли коммуникации в сфере медицины, является курс иностранного языка для специальных целей.

Коммуникативные навыки, необходимые для общения на иностранном языке в профессиональной сфере, можно представить в виде иерархической системы, состоящей из трех уровней:

- 1) базовый иностранный язык,
- 2) иностранный язык делового общения,
- 3) профессиональный иностранный язык.

Под «иностранном языком делового медицинского общения» мы будем понимать коммуникативные навыки, необходимые специалисту-медику в самых разных ситуациях: общение с пациентами

или представителями пациента, общение с коллегами (по отделению или лечебному учреждению в целом) в процессе осуществления повседневной профессиональной деятельности или с коллегами из других лечебных учреждений в режиме телемедицины, общение на профессиональных собраниях (научных, научно-практических конференциях и симпозиумах), деловая переписка. Эта область владения иностранным языком тесно переплетается с профессиональным иностранным языком, но они не перекрывают друг друга полностью.

Традиционно отечественные практические пособия по английскому языку в сфере медицины ориентированы на освоение именно сферы профессионального языка медицины, а не сферы профессионального устного и письменного общения. Они преимущественно предполагают работу со специальной терминологией и другими видами специальной лексики и актуальной грамматикой научного изложения. Следующим уровнем является письменный текст по специальности, его понимание, которое выражается в адекватном переводе и навыках смысловой компрессии: аннотировании, реферировании, поиске заданной информации.

Работа по развитию устной речи сводится либо к формированию навыков смысловой компрессии, либо к довольно «искусственным» диалогам, охватывающим сферы записи к врачу, беседы во время амбулаторного приема, в стационаре. При этом преподаватель предлагает обучающимся прослушать или прочитать диалог и проверяет его адекватное понимание, далее заучиваются готовые, клишированные, обороты, обучающиеся работают с подстановками, видоизменяют готовые шаблоны. Необходимость подобной работы не ставится под сомнение. Однако из виду выпускаются довольно важные с коммуникативной и психологической точек зрения моменты общения в системах «врач – врач» и «врач – пациент». Как справедливо замечает Ю.В. Федурко, «пациент остается *за кадром*; ситуация совершенно оторвана от реальности, в которой с первых минут общения пациент активен, зачастую даже больше, чем хотелось бы» [4, с. 71]. По мнению М. Раду, «today's global economy requires career-specific language that includes workplace culture and jargon for safe, effective delivery of professional services and the ability to coordinate research and treatment across borders» [11, с. 230]. Таким образом, она определяет цель изучения медицинского английского

как «acquisition and application of language, not rote memorization or direct focus on vocabulary, grammar and structure» [11, с. 231].

Нами проведен анализ практических курсов медицинского английского языка, которые предлагают обучающимся британские издательства: Oxford English for Careers, Medicine (1 and 2) [8, 9]; Professional English in Use, Medicine [7]; Cambridge English For Nursing [5]; English in Medicine [6]. Отмечая возрастающую роль правильной коммуникации в сфере медицины, автор одного из курсов С. Маккартер отмечает, что врачи должны владеть навыками корректного общения не только со своими коллегами, но и с пациентами и их семьями, особенно, когда это касается сложных и щекотливых вопросов. Необходимо уметь донести информацию не только с сочувствием, но четко и ясно, что во многих случаях бывает сделать довольно сложно. Таким образом, автор ставит перед собой и преподавателями задачу научить будущих и практикующих врачей так называемым «soft skills» [10, с. 4]. В связи с поставленными перед преподавателями задачами, современные курсы медицинского английского обязательно включают в себя блоки «Patient care», «Communication focus».

Формирование навыков корректного и эффективного общения с пациентами строится на лексическом, грамматическом, фонетическом уровне и уровне текста (устного или письменного) в целом.

Опыт работы показывает, что обучающиеся демонстрируют хорошие навыки владения медицинской терминологией, правильно вычленяют в словах латинские и греческие терминоэлементы, что позволяет им адекватно понимать специальные тексты и передавать их содержание другим специалистам (обучающимся), то есть осуществлять довольно эффективную коммуникацию в системе «врач – врач». В случае изменения «системы координат», когда надо поставить себя на место пациента или от имени врача объяснить пациенту суть проблемы (диагноз, характер заболевания, описать механизм действия препарата), у обучающихся возникают сложности с оценкой степени «научности» той или иной единицы «медицинской лексики» [4, с.70], которую необходимо предъявить «пациенту» в диалоге.

Работа начинается на уровне лексических единиц с выполнения заданий следующего характера: 1) Decide whether these items are technical or non-technical. 2) Practise giving lay terms or your own

explanations for the technical words in the exercise. 3) What does the patient mean? Translate the lay words into medical terms. Тренировка «перевода» слов с языка специалиста на общеупотребительный язык носит регулярный характер, причем, не только при выполнении упражнений. Преподаватель, являясь лингвистом, а не медицинским специалистом, может спонтанно в процессе занятия в ответ на реплики обучающихся просить пояснить ему то или иное специальное понятие. Опыт показывает, что обучающиеся с удовольствием вовлекаются в подобную «игру», используя в процессе объяснения — помимо слов — жесты, схемы, рисунки.

В процессе работы над каждой конкретной ситуацией необходимо обсудить уместность использования специальных терминов (medical terminology, technical words) или общеупотребительных лексических единиц (non-technical words, lay terms), которая может определяться совокупностью факторов: возрастом пациента, его социальным статусом (например, уровнем образования), имеем ли дело с первичным приемом или перед нами пациент, регулярно посещающий врача по данной проблеме и уже неплохо владеющий терминологией. Кроме того, широкий пласт медицинской терминологии уже проник в речь неспециалистов благодаря средствам массовой информации [1; 2].

Грамматическая структура высказываний также может ставиться в зависимость от коммуникативной задачи в общении врача и пациента. В таком случае знакомые — и кажущиеся довольно элементарными, базовыми — грамматические явления приобретают новое «звучание», реализуются в довольно нестандартных значениях. В качестве примера можно привести конструкцию *be going to do*, известную обучающимся как один из способов выражения действия в будущем, а именно, запланированного действия, намерения совершить действие. Однако в ситуации объяснения пациенту деталей предстоящей процедуры вряд ли можно усмотреть подобное значение. Тем не менее, сложившаяся традиция предписывает употребление с этой целью именно конструкции *be going to do*.

Широкий спектр разнообразных грамматических форм и конструкций задействован для выражения рекомендаций или убеждения пациента: форма повелительного наклонения, сочетания модального глагола с инфинитивом, модальные и вопросительные конструкции,

условные придаточные. Опыт показывает, что русскоязычные обучающиеся имеют тенденцию быть более категоричными, что выражается в частом использовании глагола *must*, а не *should*, который предполагает наличие у пациента альтернативы, следовать совету или нет. Интересным представляется тот факт, что употребление *must* ограничено лишь случаями, представляющими крайнюю степень опасности для жизни пациента, когда медицинский работник должен действовать строго определенным образом, безальтернативно.

Выбор конструкции зависит от совокупности факторов, включающих пол, возраст, заболевание и т.д. Так, например, в учебно-методическом комплексе «Medicine 2» предлагается дать рекомендации по изменению образа жизни пациенту с артериальной гипертензией, при этом указывается, что в связи с тем, что у подобных пациентов часто отсутствуют симптомы, им не всегда легко принять заболевание и следовать совету врача. Поэтому обучающиеся должны сформулировать рекомендации с использованием грамматики «in a way that fits the situation and does not put the patient off» [9, с. 87]. Авторы разбирают характерные ошибки в использовании конструкций и дают возможность обучающимся проанализировать их приемлемость в разных ситуациях, с разными пациентами.

В целом, обширный банк аудио- и видеоматериалов позволяет проводить довольно глубокий анализ диалогов между врачом и пациентом с точки зрения структуры и деталей диалога, а также пациентоориентированности врача, его отношения к пациенту и ситуации, в которой тот находится, поддержки, которую он выражает пациенту, в том числе и невербальными методами [3]. Обучающимся предлагается ответить на вопросы типа «What evidence can you find of the doctor's good bedside manner?», «How does the doctor reassure the patient of...?», «How does the doctor seek to persuade the patient about...?» На следующем этапе работы можно предложить обучающимся внести в диалог коррективы, которые помогли бы повысить его эффективность («What other reassuring statements could the doctor have used?», «Can you improve on the doctor's questions?»).

Помимо этого, предлагается обратить внимание на эмоциональное состояние пациента и его отношение к ситуации в процессе диалога. Например: Map the patient's attitude as the conversation progresses by numbering the adjectives: ecstatic, exasperated, desperate, annoyed, uncooperative, irresponsible, friendly, receptive.

Учебные курсы нацеливают преподавателей на привлечение внимания обучающихся к интонационному рисунку, правильной акцентуации фрагментов и даже длине высказываний. В частности, указывается, что слишком короткое высказывание в качестве рекомендации может прозвучать резко и неприятно для пациента, а общие вопросы, произносимые с нисходящим тоном, подсказывают пациенту, какой ответ ожидает от него врач.

В заключении необходимо отметить, что значимость подобной работы состоит не только в совершенствовании навыков английского языка, но и в возможности рефлексии над собственным опытом и практической деятельностью: посмотреть на свои коммуникативные компетенции со стороны, оценить эффективность своего общения в системе «врач — пациент».

Литература

1. Виноградова Е.В. Место и роль профессиональной лексики в структуре беседы «врач — пациент» // Медицинский дискурс. Вопросы теории и практики: материалы 2-й региональной науч.-практ. конф., 26 сентября 2013 г. — Тверь: Ред.-изд. центр Твер. гос. мед. акад., 2014. — С. 21–27.
2. Гавриленко Н.Г. К проблеме функционирования медицинской лексики в общепотребительном языке // Проблемы коммуникации врач — пациент: деонтологические, психологические, лингвистические аспекты медицинского дискурса: материалы 1-й межрегион. с междунар. участием науч.-практ. конф., 29 сентября 2012 г. — Тверь: Ред.-изд. центр Твер. гос. мед. акад., 2012. — С. 39–44.
3. Мясникова Т.С. К вопросу о влиянии невербального компонента на эффективность коммуникации врача и пациента // Медицинский дискурс. Вопросы теории и практики: материалы 2-й региональной науч.-практ. конф., 26 сентября 2013 г. — Тверь: Ред.-изд. центр Твер. гос. мед. акад., 2014. — С. 63–69.
4. Федурко Ю.В. К вопросу обучения коммуникации «врач — пациент» на занятиях по иностранному языку в современном медицинском вузе // Медицинский дискурс. Вопросы теории и практики: материалы 2-й региональной науч.-практ. конф., 26 сентября 2013 г. — Тверь: Ред.-изд. центр Твер. гос. мед. акад., 2014. — С. 69–73.
5. Allum V., McGarr P. Cambridge English for Nursing. — Cambridge, Cambridge University press, 2008. — 120 p.
6. Glendinning E., Holmstrom B. English in Medicine. — 3rd Edition. — Cambridge, Cambridge University Press, 2005. — 148 p.

7. Glendinning E., Howard R. Professional English in Use. Medicine. — Cambridge, Cambridge University press, 2007. — 167 p.
8. Mccarter S. Oxford English for Careers. Medicine 1. Student's Book. — Oxford, Oxford University press, 2009. — 144 p.
9. Mccarter S. Oxford English for Careers. Medicine 2. Student's Book. — Oxford, Oxford University press, 2010. — 144 p.
10. Mccarter S. Oxford English for Careers. Medicine 2. Teacher's Resource Book. — Oxford, Oxford University press, 2010. — 104 p.
11. Radu M. Paradigm shift for teaching medical English language. — Revista Romana de Stomatologie, 2010. — Vol. LVI, № 3. — P. 230–231.

УДК 811:111

И. Ц. Дойкова, ст. преподаватель

Медицинский университет «Проф. Параскев Стоянов», Варна, Болгария

PATTERNS IN ACADEMIC WRITING — RESEARCH ARTICLE ABSTRACTS

The present paper focuses on identifying the most frequently used linguistic structures in research article abstracts written in English by medical doctors. The comparison of the lexical and grammatical patterns and their appropriateness in academic writing is illustrated with the help of WordSmith tool.

Key words: English for Medical Purposes, Academic writing, corpus-based analysis, research article abstracts.

Ключевые слова: английский язык для медицинских целей, академические навыки письма, анализ на основе корпуса, аннотация к научной статье.

1. Introduction

Adhering to the academic writing norms and being able to write a readable, concise and informative abstract is a demanding task that every young scientist should be able to perform skillfully in order to be part of the research world. The acquisition and accumulation of academic writing skills is a long-term process, which requires exposure to authentic language samples, training and specific language-learning tasks.

The abstract is an indispensable part of the research article with an equal status to the title, the key words, the main body and the references section. The main requirement for an abstract is to provide a readable summary of the information, contained in the article within a limit of

200–250 words. Additionally, graphic and structural requirements are established as a standard to submit a paper for biomedical journals (IMRAD standard).

Research on the structural features of academic writing, the importance of specialized corpora [Biber et al 1998], its textual features and rhetorical structure of academic writing [Swales 2004] is abundant but few resources address the issue how to produce a native-like scientific paper and focus on the formulaic patterns in medical discourse. Two types of abstracts are allowed – descriptive and informative. Generally, the informative abstract follows an obligatory 5-step structure to present the essence of the research article (background, purpose, method, results and conclusions), while the descriptive abstract is shorter and contains the main points of the paper in 3 steps (background, purpose and focus of the paper). In Bulgarian medical journals we find also the summary as a third option for the abstract.

The two abstracts below are from the open-access library resources of Medical University – Varna. The first sample is written by British scholars (BritS) and the second is representative of the Bulgarian researchers, writing in English (BulS):

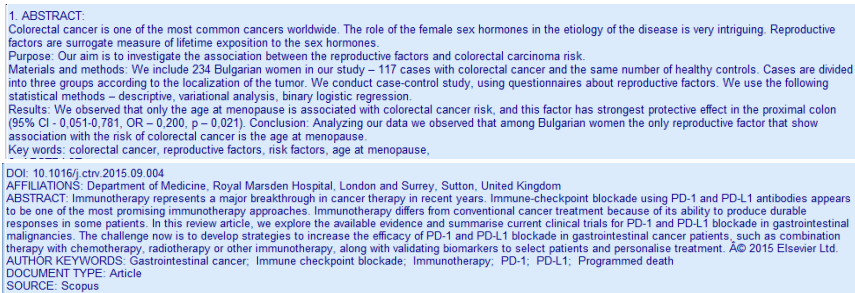


Fig 1. Samples of BulS (1) and BritS (2) abstracts, www.scopus.com

2. Corpus Compilation and Exploration Tool

Patterns from the collection of original written research article abstracts (General Medicine), compiled for the purposes of the comparative corpus-based analysis, are extracted in order to set methodological guidelines for Bulgarian graduate students and young scholars for rendering scientific information successfully.

The specialist corpus is self-compiled and comprises 100 British and Bulgarian research article abstracts from Scopus as well as from professional journals, where the Bulgarian medical research society publish peer-reviewed abstracts [Acta Medica Bulgaria, Medical Review and IMAB]. The electronic abstracts of the British scholars (BritS) are used as a reference corpus for the Bulgarian abstracts (BulS). The software program, used in the text analysis is WordSmith Tool, Version 6.0 [Smith 2013]. The tool allows for the extraction of concordance lines from authentic texts as per word frequency. Applying the concordance and the KeyWord functions to BritS and BulS corpus of abstracts we obtained a list of meaningful lexico-grammatical structures. The repetitive patterns were identified and sorted with reference to The Academic Phrasebank (www.phrasebank.manchester.ac.uk), based on a corpus of scientific journal articles.

3. Types of patterns in abstract writing

Abstracts are form and content units that need lexical formulas to express complex ideas in an accurate way. The common patterns, identified in BritS and BulS abstracts are labelled as verb patterns of the type $P_1 [V_t] + [\text{that-CL}]$, $P_2 [V_t] + [\text{to-INF}]$ and $P_3 [V\text{-ing}]$ or prep[V-ing], where the verb is complemented by a finite that-clause, a non-infinitive to-INF or a (prepositional) V-ing clause (Fig. 2 and Fig. 3):

N	Concordance	Set	Word #	Sen	Sen	Parz	Hea	Sec	Sec	File	Dat
1	test a genotype X environment (GxE) hypothesis for SZ with environment		2,990	176	50†	0	87†	0	87†	http.txt	2016/Mar/04 C
2	HUNGARY HYPERACTIVITY HYPOTHESISED I IDENTIFY IFA IFN		1,848	11	35†	0	36†	0	36†	Bulgarian abstrc	2016/Mar/04 C
3	P = 0.0075). Our analyses led us to hypothesize a gene-environment		3,046	181	39†	0	89†	0	89†	http.txt	2016/Mar/04 C
4	this are not completely elucidated. We hypothesised that persistent antigen		1,686	71	14†	0	41†	0	41†	Bulgarian abstrc	2016/Mar/04 C

Fig. 2 BulS concordance samples for the pattern $[V_t] + [\text{that-CL}]$

File	Edit	View	Compute	Settings	Windows	Help									
N	L5	L4	L3	L2	L1	Centre	R1	R2	R3	R4	R5				
1	WAVE	THE	OUR	WE	SHOW	THAT	THE	KEY	THE						
2	OF	OF	AND	RESULTS	PREDICTED		IS	THE	ARE						
3	IN	CARBON			INDICATING		IL	10							IN
4															

Fig. 3 A concordance search for the pattern $[V_t] + [\text{that-CL}]$ in the BritS source text

The choice of the pattern and the difference in vocabulary is illustrated in Table 1 (verbs not used by native-speakers are *marked*).

P₁: [V] + [that-CL]

2: [V] + [to-INF]

P₃: [V-ing] or_{prep}[V-ing]

BritS	BulS	BritS	BulS	BritS	BulS
Demonstrate	Demonstrate	Contribute	Contribute	Delay	<i>Analyze</i>
Indicate	Indicate	Appear	Lead	Increase	<i>Calculate</i>
Propose	Propose	Believe	<i>Develop</i>	Offer	<i>Improve</i>
Suggest	Suggest	Enable	<i>Help</i>	Review	<i>(by)</i>
Predict	<i>Hypothesize</i>	Enhance	<i>Serve</i>	Resist	<i>Perform</i>
Report	<i>Observe</i>	Influence	<i>Point</i>	Respond	<i>(by)</i>
Show	<i>Find</i>	Expect		(to)	
Assess		Lead			
Provide		Select			
Investigate		Require			
Reveal		Know			

The finite dependent that-clauses or P₁: [V_t] + [that-CL] occur in post-predicate position and are controlled by reporting verbs:

1. We *suggest that* comorbidity of disc herniation and MS exert an additional unfavorable effect on patient's disability and individual quality of life.
2. Our results *demonstrate that* microneme proteins are potential vaccines against *T. gondii*, since their inoculation prevents or decreases the deleterious effects of the infection.
3. This cross-sectional study *indicates that* P450scc autoantibodies are present in a proportion of dogs affected with hypoadrenocorticism.

Verbs of cognition, communication, intension and decision participate in Pattern P₂: [V_t] + [to-INF]:

4. A slower rate of splenic aging in PLP animals *would be expected to result* in decreased susceptibility to infection and neoplasia.
5. Our models highlight areas where more experimental data *is required to refine* our model assumptions, and further test and investigate the role of IL-10 in MAP infection.
6. Determination of the risk factors associated to persistent pain after breast cancer surgery *helps to identify* the highest risk patients.

Pattern P₃: [V_t] + [V-ing] or_{prep}[Ving] has high frequency in academic writing as verbs from different semantic groups (*involve*,

achieve, keep) may control the [V-ing] clause. The [V-ing] clauses occur in post-predicative, subject or subject predicative position.

7. UC is a chronic idiopathic inflammatory condition *affecting* the colon and rectum.
8. Despite all that has been *written on improving* the appearance of these types of scars, there are no definitive management protocols.
9. Long-term *monitoring* of vaccine efficacy and T-cell immunity in this vulnerable population is warranted.

The final pattern P₄ [it] + [Adj] + [to] extraposed clause is headed by a predicative adjective of evaluation and necessity. This type is not found in the BULS abstracts where only emotional and evaluative adjectives in attributive position occur:

N	Concordance	Set	Word #	Sen	Sen	Para	Para	Hea	Hea	Sec	Sec	File	Date
1	behind this are still not fully elucidated. it is widely accepted that these tumors		5,251	22%	39%	0	82%	0	82%			British abstract: 2016/Mar/04	
2	different roles during MAP infection. (i) it can suppress the Th1 expression. (ii)		2,217	8%	41%	0	35%	0	35%			British abstract: 2016/Mar/04	
3	during infection. Moreover, it is important to determine if IL-10		4,876	21%	8%	0	76%	0	76%			British abstract: 2016/Mar/04	
4	such as the liver and lung. Thus, it is critical to define the cellular		4,858	21%	16%	0	76%	0	76%			British abstract: 2016/Mar/04	

Fig. 4 Samples from BritS abstracts for P₄.

The internal conventions of abstract writing require compression strategies for the expression of complex ideas. Therefore, other stylistic features such as passive voice constructs, extensive use of present, past participles and V-ing forms, noun compounds and connecting words are sources of ambiguity for the Bulgarian young scientists and require explicit teaching.

Further on the comparison reveals frequent lexical items such as compound prepositions with neutral semantics (*according to, in order to, due to, in response to, compared to*), different use of modal auxiliaries and types of statements (assertive statements are predominant in BritS, while propositions with reduced force, containing *may/might* are found in BULS abstracts) with less formulaic and repetitive language in Bulgarian abstracts.

Conclusions

Corpus-based genre analysis provides an insight into academic writing standards and opens up teaching opportunities. The lexical approach, outlined in the present paper focuses on the specifics of patterns in academic language.

Abstracts that are disproportional in size or not easy to comprehend may have a better quality by incorporating the results of this small-scale text analysis into specialized instructional materials for scientific writing courses.

REFERENCES

1. Biber D., Conrad S. and Reppen R. 1998. *Corpus Linguistics: Investigating Language Structure and Use*. Cambridge: CUP
2. Scot M. WordSmith Tool, Version 6.0: <http://www.lexically.net/wordsmith/version6>
3. Swales J. 2004. *Research Genres: Explorations and Applications*. Cambridge: CUP
4. The Academic Phrasebank: <http://www.phrasebank.manchester.ac.uk/index.htm>
5. Acta Medica Bulgaria http://www.medun.acad.bg/cmb_htm/AMB/index.html
6. Journal of International Medical Association Bulgaria (IMAB): http://www.journal-imab-bg.org/en/vol-20_book-6.html
7. Medical Review: http://www.medun.acad.bg/cmb_htm/mpreg/index_bg.html
8. <http://www.scopus.com/>

УДК 372.881.11.1

Т. С. Мясникова, ст. преподаватель

ГБОУ ВПО Тверской ГМУ Минздрава России

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА ПРОЕКТОВ НА ЗАНЯТИЯХ ПО ИНОСТРАННОМУ ЯЗЫКУ ДЛЯ СПЕЦИАЛЬНЫХ ЦЕЛЕЙ В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ

The article discusses the significance of projects as a method of foreign language teaching at medical school. The advantages of this method are revealed in the article.

Key words: method of projects, foreign language teaching, efficient communication, English for medical purposes.

Ключевые слова: метод проектов, обучение иностранным языкам, эффективная коммуникация, английский язык для целей медицинской коммуникации.

Важнейшей целью обучения иностранному языку в медицинском вузе является развитие личности, способной к успешной профессионально-ориентированной коммуникации. Перед современным студентом медицинского вуза стоят реально-коммуникативные задачи, для решения которых необходимо хорошо ориентироваться в информационном пространстве, постоянно пополняя багаж своих знаний, используя русскоязычные и иноязычные источники, уметь анализировать, сопоставлять различные данные, делать обобщения и выводы, постоянно самосовершенствоваться в овладеваемой иноязычной профессионально-ориентированной коммуникации. В рамках обучения в медицинском вузе, учитывая количество аудиторных часов, достижение данной цели подразумевает не только работу на практических занятиях в аудитории, но и самостоятельную подготовку студентов.

Обучение успешной профессионально-ориентированной коммуникации на иностранном языке невозможно без овладения рядом стратегий и тактик речевого поведения, среди которых особо значимыми являются самопрезентация, убеждение, ведение диалога. Кроме того, в рамках обучения иностранному языку для специальных целей у современного студента медицинского вуза должны быть сформированы следующие умения и навыки:

- 1) умение формулировать центральную проблему, ставить конкретные задачи;
- 2) навыки проведения исследования (выдвижение гипотезы, анализ, синтез, обобщение);
- 3) умение находить и выбирать необходимый материал из информационного поля;
- 4) самоанализ и рефлексия.

Таким образом, одним из эффективных методов формирования личности, способной сегодня к успешной профессионально-ориентированной коммуникации, является метод проектов. Применение метода проекта в процессе обучения иностранному языку для специальных целей в медицинском вузе позволяет успешно решать задачи личностно-ориентированного подхода к обучению в свете требований, предъявляемых к образованию, на современном этапе развития общества [8, с. 77].

Доктор педагогических наук, профессор Е. С. Полат, автор исследований по обучению иностранным языкам, методу проектов, педагогическим технологиям личностно-ориентированного подхода, понимает под методом проекта поисковую, исследовательскую деятельность, осуществляемую как индивидуально, так и в группах, направленную на результат, который можно применить в реальной практической деятельности. По мнению Е. С. Полат, метод проектов — это совокупность определенных действий, решение теоретически или практически значимой проблемы, которое оформлено в виде конечного продукта. При применении метода проектов важно не только достижение результата, но и организация процесса его достижения [5]. Согласно Е. С. Полат, проекты можно разделить на следующие группы, основываясь на типологическом признаке:

1. По доминирующему в проекте методу можно выделить исследовательские, творческие, ролево-игровые, информационные, практико-ориентированные типы проектов.
2. По предметно-содержательному аспекту проекты делятся на монопроекты и межпредметные проекты.
3. По характеру координации можно выделить проекты с открытой координацией и проекты со скрытой координацией.
4. По характеру контактов проекты могут быть внутренними (региональными) и международными.
5. По продолжительности проведения различают краткосрочные проекты, проекты средней продолжительности и долгосрочные проекты [5].

На занятиях по иностранному языку для специальных целей в медицинском вузе применяются смешанные типы проектов, которые сочетают в себе различные признаки. Так, например, по доминирующему методу проекты могут одновременно являться информационными, практико-ориентированными и творческими. Следует отметить, что специфика применения данного метода заключается в том, что работа над проектом всегда направлена на активизацию самостоятельности студента, его способности к самообразованию, которые являются важнейшими качествами будущего специалиста.

Проект, посвященный Всемирному дню борьбы с диабетом, может быть рассмотрен в качестве примера, так как подобные проекты, исследующие социально значимые заболевания, являются осо-

бенно актуальными в медицинском вузе. Задача студентов — подготовить устные доклады и презентации на иностранном языке, представить их в аудитории. По классификации Е. С. Полат данный проект является проектом средней продолжительности, так как работа над ним заняла два месяца.

На первом этапе работы над проектом была определена тема, основная цель и задачи. В рамках магистральной темы «Diabetes» были выделены подтемы («Types of diabetes», «Diagnosis and tests», «Treatment», «Prevention and risk factors»). Так как данный проект имеет четко выраженную практико-ориентированную и социально-ориентированную направленности, то был определен и девиз «Stop diabetes right now». Далее были сформированы группы студентов, которые выбрали себе ту или иную подтему. В рамках подгруппы был намечен план работы над подтемой, сформулированы вопросы, на которые необходимо было дать ответы в рамках исследуемой темы, были распределены роли среди участников подгруппы. В подготовке проекта активно задействованы все студенты.

Следующий этап — это выполнение проекта. В каждой из подгрупп происходит сбор актуального материала из различных источников (книги, газеты, Интернет-ресурсы, мультимедийные энциклопедии и т. д.). На этом этапе каждая из подгрупп составляет глоссарий, который будет использован в качестве раздаточного материала во время презентации готового продукта. На этом же этапе определяется форма выражения итогов проектной деятельности студентов, которая представляет из себя презентацию и дополняющее ее устное сообщение, посвященное проблеме диабета в современном мире. Большая часть работы на данном этапе осуществляется студентами вне аудитории. Ценность проектной методики состоит в том, что студенты самостоятельно выбирают вербальные средства выражения, корректно лексически и грамматически оформляя свое устное сообщение и презентацию.

Таким образом, происходит сокращение разрыва между тем языком, который изучается в аудитории и используется студентами вне ее. Применение проектной методики мотивирует студентов приобретать знания самостоятельно и осознанно, а не просто усваивать готовый материал на занятиях. На этом этапе проекта преподаватель координирует каждый шаг его выполнения. Кроме того, когда проект каж-

дой из подгрупп готов к представлению и защите, происходит координация работы между подгруппами для того, чтобы результаты проектной работы каждой из подгрупп были выполнены в соответствии с принятыми по отношению к данной работе общими принципами.

Завершающий этап подготовки проекта — это представление в аудитории презентации и доклада каждой из подгрупп. Студенты внимательно слушают доклад, формулируя свои вопросы, которые задаются после просмотра презентации и прослушивания сопровождающего ее устного сообщения.

После просмотра презентаций и прослушивания докладов, посвященных главной теме «Diabetes», преподаватель вместе со студентами подвел итоги. Был осуществлен анализ представленных проектов, студенты высказали свои замечания, внесли предложения.

Этап рефлексии играет очень важную роль в реализации проектной методики на занятиях по иностранному языку для специальных целей. Очень важно, чтобы преподаватель, координируя работу студентов во время этого этапа, сумел поддерживать деловую, доброжелательную обстановку, мотивируя тем самым обучаемых к дальнейшей творческой деятельности, воспитывая уверенность в себе.

При оценке проектной работы учитывается правильное лексико-грамматическое оформление устной речи и презентации, корректное терминологическое наполнение, соблюдение общепринятых норм при устном сообщении (его четкая структура, обязательно включающая цель и подведение итогов), адекватная реакция на замечания и вопросы, что является важным компонентом воспитательного процесса на занятиях по иностранному языку.

Таким образом, применение метода проектов на занятиях по иностранному языку для специальных целей в медицинском вузе способствует расширению и реализации межпредметных связей. Метод проектов позволяет каждому из студентов не только продемонстрировать уже полученные знания по иностранному языку, но и в ходе самостоятельной работы над проблемой проекта приобрести новые. Предпочтительно, чтобы проекты носили практико-ориентированный и социально-ориентированный характер, чтобы каждый студент, участвующий в подготовке того или иного проекта, мог не просто проявить интерес к предмету исследования, но и преумножить знания о нем.

Личностно-ориентированный подход к обучению подразумевает применение метода проектов [7]. Во время работы над проектом развитие коммуникативных навыков органично сочетается с использованием разнообразных средств для доступной, наглядной передачи информации.

Метод проектов подразумевает широкое использование творческого потенциала студентов, проявление индивидуальности, самовыражение. Данная методика воспитывает ответственность, трудолюбие, уверенность в себе, уважение к окружающим, стрессоустойчивость, чему способствует этап рефлексии, правильное восприятие замечаний и пожеланий со стороны коллег, а, значит, коммуникативную компетентность, которая является залогом успешности будущего врача. «Основная идея подобного подхода к обучению иностранному языку, таким образом, заключается в том, чтобы перенести акцент с различного вида упражнений на активную мыслительную деятельность учащихся, требующую для своего оформления владения определенными языковыми средствами» [5, с. 5].

При помощи применения проектной методики на занятиях по обучению иностранному языку в медицинском вузе можно достичь сразу нескольких целей, среди которых: закрепление изученного лексико-грамматического материала, расширение и реализация межпредметных связей, расширение словарного запаса (в том числе профессионально-ориентированной лексики), развитие творческого потенциала студентов, формирование общекультурных компетенций, базовых социально-личностных качеств, позитивной мотивации в обучении иностранному языку в медицинском вузе, познавательного интереса к предмету.

Литература

1. Душеина Т.В. Проектная методика на уроках иностранного языка // Иностранные языки в школе. — 2003. — №5.
2. Мильруд Р.П., Максимова И.Р. Современные концептуальные принципы коммуникативного обучения иностранным языкам // Иностранные языки в школе. — 2000. — № 4. — С. 9–13.
3. Мильруд Р.П., Максимова И.Р. Современные концептуальные принципы коммуникативного обучения иностранным языкам // Иностранные языки в школе. — 2000. — № 5. — С. 17–19.

4. Пахомова Н.Ю. Метод учебного проекта в образовательном учреждении : пособие для учителей и студентов пед. вузов. — М.: Аркти, 2005. — 112 с.
5. Полат Е.С. Метод проектов на уроках иностранного языка // Иностранные языки в школе. — 2000. — № 2. — С. 3–10.
6. Полат Е.С. Метод проектов на уроках иностранного языка // Иностранные языки в школе. — 2000. — № 3. — С. 3–9.
7. Полат Е.С. Обучение в сотрудничестве // Иностранные языки в школе. — 2000. — № 1. — С. 4–11.
8. Федурко Ю.В., Гавриленко Н.Г. О некоторых проблемах преподавания курса «Иностранный язык специальности» студентам пед. фак. / / Современные тенденции науки, практики и образования в педиатрии: материалы региональной учебно-методич. и науч. конф. — Тверь: Ред.-изд. центр Твер. гос. мед. акад., 2014. — С. 74–78.

УДК 378:11:81

М. Н. Петрова, канд. филол. наук, доцент

Белорусский государственный медицинский университет, Минск,
Беларусь

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ КАЧЕСТВА ЯЗЫКОВОЙ ПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТОВ МЕДИЦИНСКОГО ПРОФИЛЯ В КОНТЕКСТЕ КОМПЕТЕНТНОСТНОГО ПОДХОДА

The article describes the issues concerning the process of improving foreign language teaching for medical purposes within the framework of the competence approach. It suggests the ways and techniques contributing to effective professional communication and interaction with medical specialists worldwide, highlights the development of learner's independent educational activity skills and autonomy, promotes the use of computer technologies for making language teaching more successful.

Key words: foreign language teaching, competence approach, effective professional communication, medical specialists, independent educational activity, computer-based technologies.

Ключевые слова: обучение иностранному языку, компетентностный подход, эффективная профессиональная коммуникация, специалисты медицинского профиля, самостоятельная учебная деятельность, компьютерные технологии.

Происходящая в конце XX и начале XXI века в Европе модификация структуры и оценочных процедур высшего профессионального образования затронула и его результативно-целевую основу, что обусловило переориентацию парадигмы образования со «знание-центрической» на компетентностную модель.

В компетентностной модели образования результат обучения обозначается в терминах компетенций. Слово «компетенция» происходит от латинского *competentia* — «согласованность частей, соразмерность; сочетание, связь».

Что же отличает термин «компетенция» от традиционно сложившегося сочетания «знания-умения-навыки»? Компетенция — это не только знания, умения, навыки, приобретаемые в процессе обучения, но и личностные качества человека (мотивация, интерактивность, ответственность, ориентация на успех, самостоятельность, аналитичность, критическое мышление, самоконтроль, рефлексия и др.), которые в комплексе могут обеспечить более высокое качество высшего профессионального образования.

Компетенции можно трактовать как квалификационную характеристику, как заданные требования к образовательной подготовке специалиста, необходимые для успешного выполнения им определенного вида деятельности.

Наиболее понятным является определение «компетенции», данное А.В. Хуторским, одним из первых разработчиков компетентностного подхода в российском образовании: «Компетенция включает совокупность взаимосвязанных качеств личности (знаний, умений, способов деятельности), задаваемых по отношению к определенному кругу предметов и процессов, и необходимых для качественной продуктивной деятельности» [5, с. 111]. Это заказ общества к подготовке его граждан.

Под компетентностью понимается владение соответствующими компетенциями, способность их реализовать в конкретном виде деятельности, включая необходимые личностные качества, обеспечивающие успешное осуществление этой деятельности. Другими словами, компетентность — это личностно и интеллектуально обусловленное проявление компетенций в деятельности и поведении.

При реализации компетентностного подхода в практике обучения иностранному языку в качестве основной доминанты выдвигает

ется категория иноязычной коммуникативной компетентности как интегративного, основанного на знаниях, интеллектуально и социокультурно обусловленного личностного качества человека, проявляющегося в его деятельности, поведении, взаимодействии с другими людьми в процессе решения разнообразных задач [1, с. 6]. Другими словами, коммуникативная компетентность реализуется в способности и умении человека эффективно, результативно, самостоятельно использовать иностранный язык для решения социальных и профессиональных проблем на основе личностного опыта [4, с. 7]. Таким образом, понятие «коммуникативная компетентность» можно соотнести с понятием владения языком на основе знания языковых средств и социокультурных правил, а также умения их использовать в целях межкультурного общения и профессионального взаимодействия.

Компетентность, представляющая собой результат образовательного процесса, формируется на основе компетенций и является их интегративным воплощением.

Общеввропейские компетенции владения иностранным языком включают два вида компетенций: общие компетенции (General Competences) и коммуникативные языковые компетенции (Communicative language competences).

В состав общих компетенций входят:

- ценностно-смысловая компетенция, определяющая ценностные ориентиры студента, степень его ответственности при выборе решений, самостоятельность, организованность, способность понимать свою роль и предназначение в мире;
- общекультурная компетенция, позволяющая студенту общаться к диалогу культур, проявляя способность находить общее и специфическое в изучаемом и родном языках, умение сравнивать и обобщать информацию, получаемую из разных источников, знание норм, принятых в культуре родного и изучаемого языков;
- учебно-познавательная компетенция, к которой относятся знания и умения организации познавательной деятельности: планирования, анализа, обобщения, прогнозирования, рефлексии;
- информационная компетенция, являющаяся залогом самореализации прежде всего в профессиональной сфере и обеспечива-

ющая навыки оперативно находить нужную информацию, обрабатывать ее, выделяя главное и второстепенное, эффективно использовать полученную информацию.

Коммуникативные компетенции включают такие составляющие, как:

- лингвистическая компетенция (знание лексических единиц, грамматических категорий и структур, правил сочетаемости слов в предложении, умение упорядочивать предложения в единый связный текст в соответствии с основными принципами построения текста на изучаемом языке с учетом стиля и регистра общения);
- социолингвистическая компетенция (знание фактов культуры страны изучаемого языка, умение выстроить свое речевое поведение согласно нормам и правилам этой культуры, осуществлять выбор и использование форм приветствия, формул речевого этикета и др. при учете коммуникативной ситуации, умение представлять свою страну и культуру);
- прагматическая (компенсаторная) компетенция (способность обходить, преодолевать сложности, избегать трудное, неизвестное, осуществлять эквивалентные замены, корректировку замысла, содержания и характера высказывания).

В новой образовательной модели происходит переход от обучения языку как системе языковых единиц и обучения иноязычной речевой деятельности к обучению общению и развитию социальных и коммуникативных компетентностей, личностных качеств.

Повышение качества языковой подготовки студентов и дипломированных специалистов в сфере медицины, т.е. качества владения ими иностранным языком, является одной из главнейших задач, в результате решения которой студент и дипломированный специалист будет обладать общекультурной, коммуникативной и межкультурной компетентностями.

Межкультурная информационно-коммуникативная компетентность студента и специалиста медицинского профиля является интегративным качеством, предполагающим достаточный уровень владения иностранным языком, знания по профессии, готовность, умения и способности личности участвовать в эффективном общении (непосредственном и опосредованном) с коллегами в межкуль-

турных условиях. При осуществлении профессиональной деятельности, специалист медицинского профиля должен соблюдать универсальные правила толерантного взаимодействия и взаимопонимания, выполнять информационно-коммуникативную деятельность в сфере избранной профессии, обмениваясь продуктами культуры, достижениями научной и практической медицины со специалистами, работающими в разных странах мира. Важными являются умения написания докладов, статей в журналы, выступления с докладами на английском языке, создания и комментирования презентации по содержанию доклада и ведения официальной и полуофициальной беседы, участия в научной деловой дискуссии и переписке с зарубежными коллегами.

Коммуникативная компетентность, а также лингвистическая, социолингвистическая, прагматическая компетенции человека актуализируются в речевой деятельности. Поэтому компетентностная парадигма образования ориентирована на личность обучающегося.

Личностно ориентированный подход потребовал принципиальной переориентации учебного процесса с преимущественно репродуктивной деятельности на преобладание творческого продуктивного характера деятельности. Самореализация личности может быть осуществлена только в результате включения в активную продуктивную деятельность.

Содержание и организация обучения иностранному языку должны стимулировать обучающихся к свободному и творческому проявлению своей речевой активности. Задача преподавателя – создавать благоприятные условия для проявления ими инициативной позиции в учебном процессе: вовлекать каждого студента в активный познавательный процесс на изучаемом языке; стимулировать осознанное применение на практике приобретенных знаний, навыков и умений; обеспечивать возможность работать совместно, в сотрудничестве.

Поскольку иностранному языку нельзя научить, ему можно только научиться в ходе активного общения, важными представляются учебные (академические) компетенции, то есть способности эффективно самостоятельно учиться, предполагающие постановку обучающимся цели, выбор адекватных способов и средств, рефлексивную оценку и самоуправление своей учебной деятельностью. Именно

умение автономно и осознанно изучать язык и культуру является основой самостоятельного и эффективного их использования.

Достижение качественного уровня владения иностранным языком немислимо без активного использования на занятиях компьютера и Интернет-ресурсов. Дидактические свойства информационно-коммуникационных технологий (ИКТ) позволяют полнее реализовать компетентностный подход на практике, способствуют интенсификации процесса обучения иностранному языку. Мультимедийные средства сети Интернет приносят в учебный класс языковую и социокультурную среду страны изучаемого языка, позволяют значительно чаще слышать речь носителя языка, видеть изучаемые аспекты культуры страны изучаемого языка, знакомиться с культурным многообразием поликультурного мира, тем самым обогащая языковую и социокультурную практику обучающихся, развивая их иноязычную коммуникативную и межкультурную компетенции [3, с. 14].

Особая роль принадлежит ИКТ в активизации и интенсификации самостоятельной учебной деятельности обучающихся. Под самостоятельной учебной деятельностью понимается «вид познавательной деятельности, регулируемой и управляемой учащимся как субъектом данной деятельности и направленной на освоение предметных знаний и умений и культурно-исторического опыта» [2, с. 14].

Использование современных информационно-коммуникационных технологий значительно увеличивает объем самостоятельной учебной деятельности обучающихся, развивает их познавательные способности и творческую инициативу. Задания для самостоятельной учебной деятельности должны включать познавательную задачу и должны быть направлены на комплексное формирование и развитие иноязычной коммуникативной компетенции во всем многообразии ее компонентов, коммуникативно-когнитивных умений производить обобщение, классификацию, анализ и синтез полученной информации, представлять и обсуждать результаты работы, осуществлять рефлексию и делать выводы.

Компетентностная парадигма образования позволяет расширить возможности лингвистического и культурного образования специалиста медицинского профиля за счет формирования не только лингвистической компетенции, но и дискурсивной, социокультур-

ной, межкультурной, стратегической, прагматической и других видов компетенций.

Литература

1. Зимняя И.А. Компетенция и компетентность в контексте компетентностного подхода в образовании // Иностранные языки в школе. — 2012. — № 6. — С. 2–10.
2. Коряковцева Н.Ф. Современная методика организации самостоятельной работы изучающих иностранный язык: пособие для учителя. — М.: АРКТИ, 2002. — 176 с.
3. Сысоев П.В. Дидактические свойства и функции современных информационных и коммуникационных технологий // Иностранные языки в школе. — 2012. — № 6. — С. 12–21.
4. Тарева Е.Г., Гальскова Н.Д. Инновации в обучении языку и культуре: Pro et contra // Иностранные языки в школе. — 2013. — № 10. — С. 2–8.
5. Хуторской А.В. Дидактическая эвристика. Теория и технология креативного обучения. — М.: Изд-во МГУ, 2003. — 416 с.

УДК 378

Г. И. Саянова, преподаватель

Белорусский государственный медицинский университет, Минск,
Беларусь

РАЗВИТИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ КОММУНИКАТИВНОЙ КОМПЕТЕНЦИИ КАК ОДИН ИЗ СПОСОБОВ ПОДГОТОВКИ КОНКУРЕНТОСПОСОБНОГО СПЕЦИАЛИСТА

Competitiveness of a modern specialist at a labour market often depends on ability to deal with professional tasks using a foreign language. The objective of the article is to show the development of vocationally oriented competence with the help of “diving” in the contents of learning subject method and application of problem-based and project teaching methods to learn both thinking strategies and domain knowledge.

Key words: vocationally oriented competence, “diving” in the contents of learning subject method, problem-based and project teaching methods

Ключевые слова: профессионально ориентированная компетентность, метод «погружения» в содержание учебного предмета, проблемное обучение, метод проекта

На современном этапе, когда многое достигнуто в сфере международного сотрудничества, углубления деловых контактов, культурных и научных связей с зарубежными странами, усиление конкуренции ведет к изменению характера самого образования и предполагает профессиональную подготовку конкурентоспособного специалиста, обладающего не только прочными знаниями, умениями и навыками по своей специальности, но и системой ценностных координат, таких как независимое критическое мышление, умение аргументировать собственную точку зрения, уважение к чужому мнению; подготовку специалиста, способного к эффективной работе на уровне мировых стандартов, умеющего вести профессионально ориентированное общение и осуществлять обмен передовым опытом. Для достижения этих целей перед преподавателем иностранного языка ставится задача применять приемы, подходы, методы и современные технологии так, чтобы вызвать у студента высокую мотивацию, обеспечивающую его активность не только на занятии, но и при проектировании своего образовательного пространства, направленного на осуществление самоформирования и самоактуализации. Исходным положением является личностно-ориентированный подход, при котором важнейшим выступает внутренний потенциал студента, его право на самостоятельный выбор.

В профессионально-ориентированном обучении мотивация играет важную роль в практическом овладении навыками чтения, перевода, профессионального общения. Личностный смысл и цель изучения предмета могут не совпадать.

Можно, например, при изучении грамматической структуры Complex Object просто выполнить упражнение с целью получить положительную оценку, а можно эту грамматическую структуру использовать для развития навыков устной речи, закрепления лексического материала, составления устного высказывания, постановки личностно ориентированной задачи.

What goals do you want to achieve in your future career?

- I want to become an experienced surgeon.
- I believe patients to undergo my operations well.
- I make nurses sterilize all sets of surgical instruments carefully.
- I'd like to have good bedside manners.
- I expect research work and English to help me in my future career.

В первом случае мотив и цель овладения иноязычной речью не совпадают, а во втором — совпадают, то есть процесс усвоения знаний помимо восприятия и осмысления учебного материала, включает и деятельность с ним.

Выбор методов и форм работы со студентами зависит от самоутверждения, личностного роста и самовыражения самих студентов, от их готовности творчески работать в группе, помогать товарищу, решать как индивидуальные, так и коллективные задачи. Такое психолого-педагогическое сопровождение лежит в основе коммуникативно-деятельностного подхода.

Одной из форм занятий, которые будут стимулировать активную деятельность студентов и организацию благоприятного климата, побуждающего студентов к коммуникации может послужить метод «погружения» в учебный предмет. Метод «погружения» в учебный предмет — это система творческой, взаимосвязанной, методически грамотной деятельности преподавателя и студентов, при которой на всех этапах усвоения знаний создаются условия для углубленного изучения содержания учебного предмета, формирования интереса и способностей к учебе.

Изучение английского языка с помощью компонентов метода «погружения» в содержание учебного материала (вспоминание изученного материала, восприятие нового материала на основе ранее изученного, его осмысление, а затем закрепление и применение) активизирует процесс обучения, формирует коммуникативную компетенцию. Используя различные виды комплексного методического обеспечения занятий, педагог формирует навыки говорения, применяет в общении разные виды диалогов в парах и в группах. Общение должно происходить на репродуктивном и творческом уровнях. Оно должно быть таким, чтобы изучаемая тема была понятна и принята студентами. Обучая студентов иностранному языку, преподаватель учит их общаться на этом языке. А научить этому можно лишь в условиях общения, то есть обучение иностранному языку должно быть организовано так, чтобы оно было подобно процессу естественной коммуникации. Только в этом случае будет возможен перенос сформированных навыков и умений в реальные условия.

Необходима опора на родной язык. Использование опоры на родной язык создает благоприятное впечатление посильности, до-

ступности изучаемого языка. Кроме того, нельзя не учитывать и развивающий характер работы с опорой на родной язык. Обучаемые исподволь отмечают те случаи совпадения или несоответствия единиц и структур, которые составляют специфику языка. Необходимо отметить, что в теории и практике обучения иностранному языку родной язык изгонялся, потому что опосредованное пользование иноязычной речью якобы являлось препятствием на пути к беспереводной коммуникации, к мышлению на ином языке. При этом не учитывалось, что развитие внутренней речи на иностранном языке — не условие, а результат познавательной деятельности приобретенных навыков. Попытка устранить фактор родного языка создает ненужные трудности.

Обучение иностранному языку — это процесс сотрудничества и взаимодействия. При применении технологий сотрудничества в процессе обучения иностранному языку по методу «погружения» в учебный предмет важно оптимально организовать групповую, индивидуальную и фронтальную работу студентов.

Индивидуальная форма работы используется, если содержание материала доступно для самостоятельной работы, например, разработки проекта, презентации, сообщения, сценария.

Групповая форма познавательной деятельности предусматривает организацию учебного процесса в группах от 2 до 4 человек. При этой форме появляется реальная возможность оказать помощь друг другу — что знает один, должны знать все, и что знают все, должно стать достоянием каждого. Осмысление и закрепление любого грамматического явления лучше осуществлять в группе. Следует отметить, что не все студенты сразу и легко воспринимают грамматический материал в связи с недостаточным уровнем языковой компетенции и боязнью сделать ошибку. Группа поможет решить эту задачу и применить полученные знания при выполнении дальнейших заданий.

Фронтальная форма используется на этапах закрепления или применения, когда общее задание должны выполнить все обучаемые. Она может включать ответы на вопросы по изученной тематике, повторение лексического минимума, составление предложений, выполнение грамматических упражнений. Можно предложить подобрать синонимы: *to feel an immediate relief — to feel an instant relief; to put a stethoscope to the patient's chest — to apply a stethoscope*

to the patient's chest; to stop the process of inflammation – to arrest the process of inflammation и другие, или антонимы: to excite – to calm; dry rbles – moist rbles; hands and face were dry – hand and face were damp with sweat и другие. Можно предложить лексико-грамматические упражнения, которые включают задания на изученные предлоги, подбор подходящего по смыслу пропущенного слова в предложении, раскрытие скобок с употреблением правильной временной формы глагола, составление специальных вопросов, устных монологических и диалогических высказываний и речевых ситуаций.

Для усвоения иноязычной лексики преподаватель должен специально предусмотреть самостоятельное и творческое использование нового материала, например, составление студентами устного высказывания по изученной теме. Цель организации самостоятельной работы – это совершенствование иноязычных компетенций, развитие познавательной активности, формирование интереса к постоянной работе над языком в течение всей жизни, что в конечном итоге позволит студенту реализоваться в профессиональном плане на международном уровне.

В последнее время большое внимание уделяется применению метода проблемного обучения. Проблемное обучение предполагает создание под руководством преподавателя проблемных ситуаций и активную самостоятельную деятельность студентов по их разрешению, в результате чего происходит творческое овладение знаниями, умениями и навыками, развитие мыслительных способностей. Проблемные ситуации могут создаваться на всех этапах процесса обучения: при восприятии материала, его осмыслении, закреплении и применении.

Специфика проблемного обучения позволяет преобразовывать традиционные учебные ситуации в проблемные, а проблемные – в традиционные. Например, при изучении темы «Респираторные заболевания» (The Diseases of the Respiratory tract) можно предложить студентам описать симптомы трахеита, бронхита, лобарной пневмонии. Это традиционное задание. Но для большей активизации обучения говорению и аудированию это задание можно трансформировать в проблемное. Для этого необходимо предложить студентам описание двух или трех заболеваний и ответить на вопрос «О каком заболевании идет речь?» и, естественно, аргументировать свой ответ.

Способов преобразования традиционных заданий в проблемные много. Это может быть конструирование (разрыв контекста), выбор из данных ответов, подстановка слов или части предложений, на основе текста составление диалога или сопроводительного листа пациента.

Использование проблемного метода способствует развитию самостоятельности студентов, формированию познавательного интереса к изучению иностранного языка.

Применение проектной методики в процессе обучения иностранному языку также положительно влияет на создание условий активной познавательной деятельности. При подготовке к проекту по той или иной теме повышается мотивация студента, развивается самостоятельность, предприимчивость, активность. Происходит не просто запоминание лексических единиц, грамматических структур, а воспроизводство знаний и применение их на практике, что развивает умение общаться и повышает языковую компетенцию. Для разработки, например, темы «Healthy lifestyle» студентам предлагается составить проекты: «Important materials in your food», «Pros and cons of salt intake», «Liver and other meats in daily diet», «Computer sickness», «Can you live with stress?».

Важным аспектом обучения является привитие языковых навыков в сочетании с нормами поведения и правилами этикета. Здесь обеспечивается одновременно выполнение двух задач: учебной и культурно-поведенческой. Учебная задача состоит в том, чтобы студенты овладели набором этикетных формул, нужных для общения. Культурно-поведенческая задача заключается в том, чтобы научить студентов правильному выбору вариантов, исходя из формальной или неформальной социальной ситуации общения.

В развитии личности студента в ходе его профессиональной подготовки преподаватель является ключевой фигурой. Он должен быть не только высокообразованным человеком, обладать широкой культурой, творческим потенциалом, но и увлекать и вести за собой студентов, воспитывать у них заинтересованное отношение к учебе и формировать профессиональные качества.

Таким образом, использование различных приемов преподавания по методу «погружения» в учебный предмет повышает уровень коммуникативной активности студентов, создавая условия, повы-

шающие личную заинтересованность и потребность в изучении иностранного языка. Рассматриваемый метод содержит в себе потенциал для приобретения новых знаний, стимулирует стремление к саморазвитию и самосовершенствованию, формированию собственного мнения при решении поставленных проблемных вопросов и задач, чтобы в дальнейшем развивать умение непрерывно повышать свою квалификацию.

Литература

1. Серкутьев Г.В. Интенсивный курс изучения английского языка по методу «погружения»: учеб.-метод. пособие. — Минск: ООО “Бел-принт”, 2007. — 286 с.
2. Жук О.А. Педагогическая подготовка студентов: компетентностный подход. — Минск: РИВШ, 2009. — 336 с.

УДК 378.147:811.116

М. Ю. Ширяева, ст. преподаватель

**УО Белорусский государственный медицинский университет,
Минск, Беларусь**

ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОЦЕССА ОБУЧЕНИЯ АНГЛИЙСКОМУ ЯЗЫКУ ИНОСТРАННЫХ СТУДЕНТОВ НА ПОДГОТОВИТЕЛЬНОМ ОТДЕЛЕНИИ БГМУ

The article deals with various features and methods of the process of teaching English to foreign students in Belarusian State Medical University. Medical terminology is a specific terminology which is used to achieve the purpose of communication in the health care field efficiently. This paper offers a brief overview of strategies used in the teaching of medical terminology.

Key words: foreign students, medical English, methods of foreign language teaching, medical terminology.

Ключевые слова: иностранные студенты, медицинский английский, медицинская терминология, методика преподавания иностранного языка.

Знание иностранного языка, в частности английского, необходимо на всех уровнях системы здравоохранения в современной Беларуси, так как язык — это необходимый инструмент для написа-

ния статей в международные научные издания, участия в конференциях, развития национальной медицины с опорой на зарубежный опыт, коммуникации с постоянно увеличивающимся потоком иностранных туристов.

Последние годы в Республике Беларусь идет процесс реформирования и модернизации образования под влиянием глобальных экономических, технологических, социологических и политических процессов. Происходят процессы трансформации высшего образования в транснациональное, спрос на Белорусское высшее образование непрерывно растет. Ежегодно увеличивается количество студентов, желающих получить фундаментальные знания на базе белорусских университетов.

Первоочередными задачами в обучения иностранных граждан на подготовительном отделении в медицинском вузе являются ознакомление с базовой медицинской терминологией, развитие навыков говорения на медицинскую тематику и подготовка будущих студентов к обучению на английском языке.

При решении этих задач в образовательном процессе широко используются различные современные технические средства обучения: компьютерные презентации, видеоматериалы, Интернет, что позволяет максимально приблизить обучение к условиям естественной коммуникации и выполнить все дидактические функции (введения, контроля, закрепления, повторения, обобщения).

Обозначим ключевые факторы использования компьютерных технологий на занятиях иностранным языком: упрощение восприятия и запоминания информации; моделирование обучающих ситуаций; наглядность и эстетичность; демонстрация схем, графиков, иллюстраций и т.д.; возможность воспроизведения аудио- и видеоматериалов; использование анимации; своего рода конспект занятия, который легко видоизменяется, копируется и хранится [2].

На этапе введения нового лексического материала основная задача преподавателя — снабжение студентов понятийно-категориальным аппаратом, необходимым для их специальности. Однако наиболее распространенные на сегодняшний день упражнения — переведите на русский язык, подберите английские эквиваленты / найдите в тексте слова и словосочетания, обозначающие... и так далее — не подходят для студентов иностранцев. Из-за отсутствия опо-

ры на русский язык или на родной язык обучающегося при работе с группой могут возникнуть трудности с коммуникацией. Следовательно, преподаватель, работающий с группой иностранных граждан, должен владеть широким синонимичным рядом и умением оперативно реагировать на возникающие трудности: подобрать доступные объяснения и различные синонимы; готовить (составлять, ввиду отсутствия специальных сборников) упражнения, которые подойдут конкретно для таких целей.

При проведении фонетической/речевой зарядки целесообразно выносить на слайд презентации словосочетания, вызывающие наибольшие трудности при произношении, подкрепляя их визуально и вербально, что усиливает эффект воздействия и позволяет лучше усвоить материал.

Введение новой лексики сопровождается иллюстрациями, фотографиями, эпизодами (мультипликационных) фильмов с подписями, что позволяет воспринимать изучаемый языковой материал имманентно. Отрабатывая вокабуляр, на слайд помещаются разноуровневые задания: сопоставить синонимы и антонимы, составить словосочетания и предложения, соединить слова и их определения, раскрыть значения слов, ответить на вопросы открытого типа, просмотреть эпизод или прослушать аутентичный текст соответствующей тематики с дальнейшим обсуждением, обменом информацией, выполнение заданий и т.д. Например, в разделе «Скелет» можно поиграть в игру – пригласить желающего к столу преподавателя и произнося слова попросить его показать названные части тела; разместить на слайде изображение скелета и предложить подписать или назвать все структурные компоненты. Студенты учатся называть органы данной системы, называть их местоположение и описывать функции. Подобные задания помогают снять языковой барьер, ведь английский для них не является родным и при подготовке домашнего задания они вынуждены использовать словари и переводить слова и словосочетания на родной язык.

При введении и закреплении грамматического материала на слайд размещаются термины, заголовки, таблицы и схемы, которые чаще всего переспрашивают студенты. Для акцентуации отдельных моментов используются вспомогательные графические средства (различные шрифты, цветовая гамма, анимация), влияющие на ас-

социативное восприятие. Дальнейшая отработка грамматических навыков при выполнении различных упражнений как из учебника, так и из раздаточного материала происходит с опорой на слайд, что концентрирует внимание обучающихся на выполнении задания, не позволяет отвлекаться на уточнение пропущенной информации. Следующим слайдом уместно показать правильные ответы для самопроверки, тем самым сэкономить время занятия, объяснив только возникшие вопросы.

Использование преподавателем разнообразного раздаточного материала, викторин, кроссвордов / сканвордов, головоломок и поиск слов «word search» разнообразит занятия, вносит игровой момент в изучение лексики, и помогает лучше усваивать пройденный материал; позволяет организовать как индивидуальную, так и групповую работу студентов, проявить творческое начало и высокий профессионализм. В случае возникновения трудностей при выполнении задания целесообразно предложить студентам закончить упражнение после занятия, самостоятельно с опорой на родной язык или коллективно, студенты успешно справляются с поставленной задачей.

Для демонстрации наглядных ситуаций, стимуляции коммуникативно-речевой деятельности (монологической и диалогической) на аудиторных занятиях применяются эпизоды художественных и мультипликационных фильмов, новостных программ, специальные обучающие видеоролики. Следует отметить, что традиционное использование аудиозаписей не дает такого эффекта как видео из-за отсутствия концентрации внимания, слушатели (особенно под монотонное воспроизведение) рассеянно воспринимают услышанное, часто не могут сконцентрироваться на задании. Исследование процессов аудирования показывает, что даже при двукратном прослушивании текста без визуальных опор уровень понимания значительно ниже, чем при однократном восприятии видеодокумента [1, с. 19]. В свою очередь, видео оказывает влияние и на зрительное, и на слуховое восприятие, что дает возможность продуктивнее использовать аудиторное время. В ходе просмотра ролик при необходимости останавливается (стоп кадр) и сопровождается различными комментариями, обсуждением, выполнением различных упражнений, заранее подготовленных преподавателем по каждому

конкретному эпизоду (расположить в логическом порядке услышанные предложения / слова и словосочетания, заполнить пропуски, продолжить высказывание, ответить на несложные вопросы, речевые ситуации, дополняющие тему видеофильма). Дополнительным плюсом применения такой технологии на занятиях является возможность демонстрации одного и того же фрагмента неограниченное количество раз.

Эффективным методом систематизации и закрепления пройденного материала является индивидуальная работа исследовательского характера: разработка видеофрагментов урока. Домашнее задание заключается в отборе материала (при подготовке учащийся просматривает несколько фрагментов (например, с использованием социального сервиса YouTube) прежде чем сделать выбор, соответственно расширяет свой вокабуляр по пройденной теме, а также практические знания по специальности), затем тщательно прорабатывает выбранный эпизод, готовит по нему упражнения различного характера в зависимости от своей первичной языковой подготовки. Следующим этапом становится проведение подготовленного занятия непосредственно со студентами в группе (обучающийся выступает в роли преподавателя). Даже при не очень добросовестном подходе студент в той или иной мере усваивает пройденный материал. Такой метод проведения занятий особенно эффективен при работе с группами иностранных учащихся (Иран, Ирак, Нигерия и другие), где студенты при самостоятельной подготовке опираются на свой родной язык, тем самым снимая языковые трудности. Студенты с высоким уровнем языковой компетенции способствуют пониманию и усвоению языковых единиц более слабыми сокурсниками (разъясняя и переводя трудные моменты на родной язык).

Еще одним результативным способом стимуляции учебной деятельности студентов-иностранцев является индивидуальная подготовка монологического высказывания (lecture) с использованием видеоматериалов. Внеурочно обучающийся подбирает понравившийся видеофрагмент по теме, детально изучает информацию и готовит сообщение. В аудитории студент демонстрирует свой ролик без звука с комментариями (вместо диктора) или описанием кадров.

Заключительным этапом проведения видеозанятия является отсроченное исправление ошибок. При подведении итогов необхо-

димо обсуждать положительный результат и достижения обучающегося, его умение решать коммуникативную задачу. Лексические ошибки иностранные студенты допускают крайне редко, а грамматические рекомендуется откорректировать на следующем занятии, разобрать соответствующее правило и выполнить необходимые упражнения.

Таким образом, правильно организованный образовательный процесс делает обучение профессионально значимым; содействует повышению мотивационного уровня к изучению иностранного языка как средства учебно-познавательной деятельности; позволяет достичь высоких результатов успеваемости; стимулирует обучающихся к продолжению образования и ориентирует их на самообразование.

Методика преподавания иностранного языка должна быть построена таким образом, чтобы и студенты и преподаватель проживали время, отведенное на занятие, счастливо и получали максимум положительных эмоций, при этом преподаватель не выступал источником знаний, а являлся координатором, консультантом и контролером усвоенных знаний.

Литература

1. Новиков М. Ю. DVD как средство обучения аудированию // Иностранные языки в школе. — 2007. — № 1. — С. 18–20.
2. Харламова И.Ю. Использование пакета MSPOWERPOINT при подготовке презентаций: учеб. пособие. — Саратов, 2009. — 88 с.



5.

Вопросы интердискурсивности



М. Н. Сидельникова, ст. преподаватель

ГБОУ ВПО Тверской ГМУ Минздрава России

МОРБИАЛЬНАЯ МЕТАФОРА КАК ПРИМЕР ИНТЕРДИСКУРСИВНОСТИ

The metaphors of illness employed in mass media texts to explicate the "virulent" nature of liberalism are being analyzed in the article. It is concluded that these metaphors, mediating medical discourse and the political one within the boundaries of mass media discourse, can be regarded as the markers of interdiscursivity.

Key words: interdiscursivity, metaphor of illness, political discourse of mass media, liberalism, anthropocentricity, explication.

Ключевые слова: интердискурсивность, морбиальная метафора, политический дискурс СМИ, либерализм, антропоцентричность, экспликация.

В современной лингвистической науке отмечается все больший интерес к категории интердискурсивности, подразумевающей пересечение элементов различных дискурсов с целью образования нового дискурсивного пространства. Стремление субъектов дискурса не просто сообщить, но представить собственное видение, оценку ситуации, наиболее отчетливо проявляется в дискурсе СМИ, нивелирующем границы между политическим, медицинским, педагогическим и другими видами дискурса.

В качестве маркеров интердискурсивности выступают языковые знаки, способные переключить сознание воспринимающего на иной вид дискурса. К таковым относятся тропы. Тропы в дискурсе СМИ — это носители ценностных установок, ретранслируемых в сознание людей, и формирующих систему ценностей общества в целом. Говоря о дискурсе той части российских СМИ, предметом которой является отражение политической действительности, отметим, что на сегодняшний день одной из наиболее обсуждаемых в них проблем является либерализация российского общества.

С позиций прагмалингвистики осуждение идеологий, борьба за власть и масштабное формирование общественного мнения являются неотъемлемыми функциональными характеристиками политического дискурса, в котором субъект коммуникации опредмечива-

ет собственное осмысление политической ситуации текстовыми средствами. Учитывая все многообразие подходов к определению понятия «политический дискурс», в данной статье мы будем придерживаться позиции Е. И. Шейгал [16, с. 45]. Устанавливая границы данного типа дискурса, автор исходит из его широкого понимания и включает в него как институциональные, так и неинституциональные формы общения, в которых к сфере политики относится хотя бы одна из трех составляющих: субъект, адресат или содержание общения. Исследователь так же отмечает, что любой материал в средствах массовой информации, в котором речь идет о политике и автором которого является политик или, наоборот, адресованный политику, следует относить к полю политического дискурса [16, с. 37]. Такой подход позволит нам обосновать принадлежность фактического материала, отобранного для анализа, а именно статей Интернет-изданий за период 2011–2016 гг., посвященных проблеме либерализации российского общества, к политическому дискурсу.

Сознание человека, антропоцентрическое по своей природе, организуя непредметную действительность (в нашем случае умозрительное представление о либерализме) по аналогии с пространством и временем реального мира на основе сходства некоторых признаков называемых реалий и реалий, уже названных в языке, синтезирует новый идеальный объект — метафорически переосмысленное значение имени [13]. Метафоричность создаёт условия для появления смысла как определённой ситуации в коммуникации [5, с. 27]. В этой связи представляется интересным на основе средств метафоризации проанализировать, какие образы являются наиболее востребованными среди субъектов политического дискурса СМИ (авторов статей) при конструировании смыслов в ситуации развенчивания деструктивной сущности либерализма.

Как отмечают современные исследователи политического дискурса, создаваемая человеком метафорическая картина политического мира в значительной степени антропоцентрична: человек метафорически создает (концептуализирует) политическую действительность в виде некоего подобия своего тела и его физиологических состояний [15, с. 58]. Антропометричность определяет преобладание антропоморфной метафоры в текстах политического дискурса. Причем из всех ее разновидностей наибольший интерес вызывает морби-

альная метафора, то есть метафора болезней. По мнению А. П. Чудинова [15, с. 69], это метафоры, особенно отличающиеся своим эмоциональным потенциалом и создаваемые прежде всего для того, чтобы перенести имеющееся у читателя эмоциональное отношение к понятию-источнику на понятие, которое концептуализируется метафорическим значением слова.

В данной статье будут проанализированы образы, создаваемые морбиальными метафорами, а так же конструируемые на их основе смыслы, развенчивающие деструктивную сущность либерализма. Субъекты дискурса при этом определяются как равноправные рефлектирующие языковые личности, осуществляющие деятельность по продукции и рецепции смыслов [2].

Морбиальные метафоры посредством реализации своего рефлексивного потенциала выступают средством создания особой дискурсивной реальности (креативная функция метафоры), в которой на первый план может выноситься как образ заболевания в целом, так и, в частности, его источник, симптомокомплекс или лечение. Создание этой реальности должно быть подчинено определенной стратегии смыслопостроения. В нашем случае таковой является создание образов для развенчивания деструктивности либеральной идеологии. Исходя из анализа фактического материала, представляется возможным сделать вывод о том, что для реализации этой стратегии продуценты прибегают к тактике создания отрицательных и положительных образов.

Конструирование смысла «Либеральная идеология – скрытая угроза для российского общества» сопровождается рекуррентностью следующих отрицательных образов:

(-) Образ 1. Вирус / бацилла. Образ вируса как возбудителя заболевания, проникающего в организм извне, свидетельствует в данном контексте о том, что *Россия была заражена либеральной идеологией:*

Американский «либерализм» – вирус, убивающий любое общество: Америка серьёзно больна ... и РФ сейчас сбивают на тот же самоубийственный путь [3].

Либеральная идея – смертельный вирус для уничтожения России. (заголовок) [4].

Вирус вседозволенности. (заголовок) [10].

... Этот вирус обманом проникает в клетки, которые формируют иммунную систему ... точно так же как ВИЧ, либерализм не сам убивает организм, а лишь создает предпосылки для гибели человечества от иных болячек... Обе инфекции, ВИЧ и либерализм, одинаково смертельны... [9].

(-) Образ 2. Раковая опухоль.

Провозглашаемая либерализмом отмена ограничений и контроля, приводящая к убийственной вседозволенности во всех сферах жизни общества, метафоризируется общественным сознанием в образе раковой опухоли. Раковые клетки-мутанты, не подвластные иммунной системе, точно так же бесконтрольно метастазируют в ткани организма и, в конечном итоге, убивают его:

Либерализм — раковая болезнь государства. (заголовок)

Заражённый либеральным вирусом человек начинает вести жизнь «раковой клетки»,... разрушая организм вокруг себя. ... общество отторгает его и он вымирает через чайлдфри, гомосексуализм и однополые браки [1].

Либерализм — рак социального организма. (заголовок) [11]

Раковая опухоль либерализма, начавшись в головном мозге, дала метастазы по всему организму западной цивилизации [8].

(-) Образ 3. Наркотическая зависимость

Обращение к образу наркотической зависимости как состоянию, разрушающему сознание, подавляющему волю и, в конечном итоге, убивающему человека, способно оказать сильное эмоциональное воздействие на реципиентов. Апеллируя к аффективному, этот образ предупреждает и заставляет задуматься о коварстве либеральной идеологии:

Ради либерального бреда можно изменить всё ... Только наркоманы не живут долго, и общество, заражённое либеральной болезнью, обречено на страшные ломки и вымирание из-за либерального угара [7].

... либерально-западническая ментальность ... для русских подобна наркотиксу: сначала приятно, потом — тяжёлая «ломка» и потребность в новом наркотике... [12].

Морбиальные метафоры обладают мощным рефлексивным потенциалом, погружая реципиента в его собственный опыт болезней и патологических состояний. Актуализация этого потенциала по-

зволяет не только дискурсивно воссоздавать проблему, но и подсказывать пути выхода из нее.

Конструирование смысла «Сопrotивление деструктивным идеям либерализма – как предпосылка сохранения России», эмоционально заряженного верой в способность соотечественников противостоять соблазнам «идеологии свободы», происходит при обращении к положительным образам вакцинации и выработки (укрепления) иммунитета, подразумевающих выздоровление.

(+) Образ «Выработка и укрепление иммунитета»

Выработка информационного иммунитета у России и других стран, то есть не восприимчивость к либеральным идеям [6].

... Прививка иммунитета к либерализму заключается в том, что, внимательно выслушав советы либеральных радетелей, следует поступать точно наоборот [14].

Если весь Запад уже находится в состоянии либерального СПИ-Да, то в России национальный иммунитет пока окончательно не разрушен [9].

... либеральный вирус будет изолирован, и общество вернется к своему нормальному состоянию [4].

Как видно из вышесказанного, морбиальные метафоры в современном политическом дискурсе СМИ можно рассматривать как одно из наиболее действенных средств актуализации социально-значимых смыслов. Путем создания особой дискурсивной реальности они эффективно направляют общественное сознание к их постижению. В перспективе данного исследования намечается расширение фактической базы и включение в нее морбиальных метафор, функционирующих в печатных текстах зарубежных СМИ. Представляется, что анализ выявленных образов и конструируемых ими смыслов, сможет послужить фактической базой для сопоставления отношения представителей западного мира и россиянам к либеральным ценностям.

Литература

1. Вольнец И. Либерализм – раковая болезнь государства [Электронный ресурс]. URL: <http://www.zavtra.ru/content/view/liberalizm-rakovaya-bolezn-gosudarstva/> (дата обращения 02.03.16).

2. Ерилова С.Л. Метафоризация как способ смыслопостроения в политическом дискурсе: дис. ... канд. филол. наук: 10.02.19. — Тверь, 2003. — 148 с.
3. Жиц Р. Американский «либерализм» — вирус, убивающий любое общество [Электронный ресурс]. URL: <http://topworldnews.ru/2011/12/26/amerikanskij-liberalizm-virus-ubivayushhij-lyuboe-obshhestvo/> (дата обращения 02.02.16).
4. Исаков Г. Либеральная идея — смертельный вирус для уничтожения России [Электронный ресурс]. URL: <http://maxpark.com/community/1190/content/1734804> (дата обращения 11. 11. 15).
5. Крюкова Н.Ф. Метафоризация и метафоричность как параметры рефлексивного действия при продукции и рецепции текста: дис. ... д-ра филол. наук: 10.02.19. — Тверь, 2000. — 288 с.
6. Кургинян, С.Е. О главной задаче национально-освободительной интеллигенции [Электронный ресурс]. URL: <https://eot.su/RedSenses/section/elita> (дата обращения 02.09.15).
7. Либерализм как диагноз [Электронный ресурс]. URL: <http://www.caesarion.ru/warrax/w/warrax.net/91-92/fire.html> (дата обращения 02.09.15).
8. Либерализм как угроза человеческой цивилизации [Электронный ресурс]. URL: <http://newstes.ru/2015/12/27/liberalizm-kak-ugroza-chelovecheskoj-civilizacii.html> (дата обращения 02.03.15).
9. Никитин А. О пользе либерального зла [Электронный ресурс]. URL: <http://pzrk.ru/publikaczii/o-polze-liberalnogo-zla.html> (дата обращения 22.01.16).
10. Смирнов Ф. Вирус вседозволенности [Электронный ресурс]. URL: <http://pereprava.org/privacy/3207-virus-vsedomvolennosti.html> (дата обращения 02.03.16).
11. Спирин В. Либерализм — рак социального организма [Электронный ресурс]. URL: <http://maxpark.com/community/politic/content/2224961> (дата обращения 02.02.16).
12. Стариков Н. Наш взгляд на Россию и русский народ [Электронный ресурс]. URL: <https://nstarikov.ru/blog/34393?print=print> (дата обращения 02.12.15).
13. Телия В.Н. Метафоризация и ее роль в создании языковой картины мира // Роль человеческого фактора в языке. Язык и картина мира. — М.: Наука, 1988.
14. Филаретов В. Ложка дегтя: о ситуации на Украине [Электронный ресурс]. URL: <http://ruspravda.info/Lozhka-degtya-o-situatsii-na-Ukraine-3667.html> (дата обращения 01.03.16).

15. Чудинов А. П. Россия в метафорическом зеркале: Когнитивное исследование политической метафоры (1991—2000): монография / Урал. гос. пед. ун-т. — Екатеринбург, 2001. — 238 с.
16. Шейгал Е. И. Семиотика политического дискурса: дис. ... д-ра филол. наук: 10.02.01 10.02.19 — Волгоград, 2000. — 431 с.

УДК 81"42

М. А. Страхов, ассистент

Н. Г. Гавриленко, канд. филол. наук, доцент

С. С. Борисова, аспирант

ГБОУ ВПО Тверской ГМУ Минздрава России, Тверь, Россия

ТРАНСФОРМАЦИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ РЕЧИ КАК ФЕНОМЕН «МЕДИКАЛИЗАЦИИ» СОВРЕМЕННОГО ЯЗЫКА

The article focuses on current transition of medical slang to general speech and problems of language "medicalization".

Key words: medical discourse, medical slang, language medicalization, mass media.

Ключевые слова: медицинский дискурс, медицинский сленг, средства массовой информации.

Язык — это живая, органичная система, которая «живет» по своим законам, непрерывно развивается и постоянно меняется, трансформируясь под влиянием многочисленных и разноплановых временных характеристик. В словарном запасе находят отражение фундаментальные изменения, происходящие в жизни общества. Безусловно, каждый из нас нередко обращал внимание на то, что некоторые слова постепенно перестают использоваться в повседневной или профессиональной речи, теряют свою актуальность, становятся устаревшими, приобретая новые синонимичные или ассоциативные варианты. И, наоборот, в современных тенденциях можно легко разглядеть «пришествие» и вполне комфортное «существование» совершенно новых, подчас нетипичных для общей ткани популярного языкового полотна традиционной базисной разговорной речи, вербальных оборотов, слов и целых предложений. В этом заключается основа «жизни» и секрет «вечной молодости» разгово-

ной речи, ее уникальная и непредсказуемая динамика, удивительная гибкость и потрясающая любые временные рамки пластичность.

В последнее время исследователи разговорного языка отмечают весьма специфическую и, во многом, тревожную для классического толкования и объяснения вербальных коммуникаций тенденцию активного доминирования в обыденной непрофессиональной лексике так называемых жаргонных выражений, именуемых сленгом. При этом, что особенно любопытно и знаково, неоспоримо фиксируется активное «прорастание» в повседневные формы вербального процесса именно медицинского сленга, возникающего на базе сугубо профессиональной врачебной лексики.

Безусловно, явление медицинской сленговой культуры нельзя назвать чем-то особенным. Медицинский жаргон, как, впрочем, и любой другой профессиональный его вид, является неотъемлемой частью логичной специфики узконаправленного, избирательно профилированного языкового базиса, активно используемого в тождественных, четко очерченных социальных группах [1]. Однако обращает на себя внимание явный переход множественных элементов именно медицинского сленга за границы сугубо медицинского вербального круговорота, его динамичное проникновение и стойкую фиксацию в обыденной, повседневной, непрофессиональной речевой субстанции.

Действительно, все чаще и явнее можно уловить при поверхностном анализе спонтанной устной речи использование весьма специфичных медицинских словарных композиций, относящихся к жаргонным формам лексиса, своеобразно трансформированных самими медиками из элементов профессиональной врачебной терминологии. Приведем лишь несколько досужих обывательскому уху слов: «дебилоид» (от диагноза «дебильность»), «консервы» (пациенты, проходящие консервативную терапию), «аикнутый» (перенесший операции с использованием АИКа), «лежак» (лежачий пациент), «вертолет» (кресло в гинекологическом кабинете), «люсёк» (пациент с диагнозом «сифилис»), «надеть уши» (использовать фонендоскоп) и др. При этом применяют данные выражения отнюдь не реаниматологи или хирурги со стажем и даже не словоохотливые студенты-медики.

Этот уникальный в своем роде социальный тренд Д. В. Михель называет «феноменом медиализации» современного общества, логичным проявлением которого является неизбежная языковая трансформация — «медиализация» современного разговорного и письменного языка [2]. И в этом контексте интересно проследить те актуальные точки наибольшего влияния на социальный онтогенез, которые, собственно, и запускают механизм подобных лингвистических преобразований.

Медицинские сленговые окраски популярной разговорной речи, как нам кажется, перетекают из основного резервуара современных лексических источников — телевидения, кино, радио, театра, печатных и визуальных СМИ, художественной и публицистической литературы. Именно отсюда, как из-под конвейера шаблонных сленговых конструкций, современный объект лингвистической коммуникации черпает наибольшее разнообразие и максимальный объем «обогащения» своего повседневного неолексикона. В частности, мощная популяризация телевизионных сериалов медицинской и околomedicalной тематики, таких как «Доктор Хаус» (House M.D.), «Скорая помощь» (ER), «Анатомия Грэй» (Grey's Anatomy) и «Место преступления» (SCI), открыла простым зрителям один из потаенных аспектов повседневной жизни медиков — медицинский сленг, являющийся весьма образным и нетривиальным инструментом оживления языковых фундаментов вербального процесса. Актуальность исследования значений, зафиксированных в этом сленге, определяет то обстоятельство, что в них специфическим образом проявляются современные взаимоотношения в самых разнообразных лингвистических параллелях: «пациент — врач», «врач — врач», «врач — родственник пациента», и, как наиболее отдаленная на этом фоне точка отклонения от фактора профессиональности — «пациент — пациент».

В данном контексте весьма любопытны наблюдения Е. Ю. Филипповой [7], которая делает попытку логичного обоснования заметно повышенного тяготения массового зрителя к современным медицинским ситкомам и теледрамам. Наиболее вероятной причиной феномена популярности сериалов медицинской и околomedicalной тематики, по её мнению, можно считать изолированность данной профессии от широкого круга обывателей. Изучение и по-

нимание работы человеческого организма, знания, получаемые в процессе обучения, делают врачей подобием «сверхлюдей», способными излечить болезни, продлить жизнь, провести хирургические манипуляции и тем самым улучшить качество или спасти жизнь. Данные варианты медийного телевизионного процесса как бы приоткрывают завесу тайны, дают визуальный доступ к жизни врачей и их рабочих будней. Благодаря телевидению простой человек, не связанный с миром медицины, может принять участие в постановке диагноза, лечении, операции, тем самым став частью команды, спасающей человеческие жизни. Такие сериалы, однако, показывая жизнь и рабочие моменты медиков, придают безусловную огласку такому явлению, как медицинский сленг, который позволяет опосредованно окунуться в мир медицины, ведь профессиональный сленг распространен только среди «своих», и среди обычных людей, пациентов, его употреблять не принято.

Таким образом, именно психологическое и социальное влияние современных технологий масс-медиа на сознание и подсознание реального зрителя, а, значит, и действующего объекта живой коммуникации, во многом определяет вектор динамики последовательной трансформации современной языковой формы вербальной речи. Современному человеку свойственно умышленное тяготение к особенному, оригинальному формулированию обыденных событий и повседневных явлений, сознательное желание продемонстрировать нестандартную образную модель сравнительных оборотов и подсознательное стремление избежать кажущейся шаблонности как признака старомодности суждений.

Однако не стоит забывать о первозданных причинах возникновения профессионального медицинского сленга. Медицинские работники, как и представители других профессий, широко используют жаргонные и сленговые выражения, отнюдь, не из желания оригинально выразиться. Из практики известно, что используемые в медицине жаргонные обороты служат для упрощения специфичных и сложных медицинских терминов и названий лекарств. Мало кто задумывается, что в критической ситуации жизнь человека часто напрямую зависит от скорости принятия решений, быстроты выполнения манипуляций и скорости вербальных коммуникаций людей, работающих в области медицины.

Появление простых и, одновременно, ярких, образных, сразу же говорящих о существовании лингвистических элементов в профессиональной вербальной коммуникации между медиками значительно упрощает мыслительный и аналитический процесс, ускоряет ответную реакцию и способствует правильному пониманию в экстренном решении профессиональных задач. Проще говоря, медицинский сленг помогает сэкономить время в устной речи медиков, минимизирует ресурсы для осознания происходящего и максимально конкретизирует команду к действию. Отсюда и появляются весьма специфичные словесные обороты, типа: «дернуть на пищевод» (провести чреспищеводную электрокардиостимуляцию), «трёп» (трепетание предсердий), «поставить подклюку» (произвести пункцию подключичной вены), «назначить химию» (провести химиотерапию), «сделать снимок» (выполнить рентгеноскопическое исследование). Гораздо проще, быстрее и понятнее доктору произнести, например «клиент замерцал, кинул давление, мы его стукнули и на трубу посадили», чем выговорить: «у пациента развился пароксизм тахисистолической мерцательной аритмии, сопровождающийся нестабильностью гемодинамики, что послужило показанием для проведения электроимпульсной терапии с последующей интубацией и переводом на ИВЛ».

Частое употребление и злоупотребление жаргонными сленговыми выражениями в разговорной речи даже из уст профессионального медика по отношению к потенциальному пациенту может, однако, восприниматься людьми отрицательно. Интересный пример приводит в этом отношении И. С. Сук в своей книге «Врач как личность» [6]. Автор заключает, что не только в художественной литературе, но и на практике встречаются жаргонные издержки речевой культуры медиков. Нередко можно слышать, как о больном говорят «диабетик», «язвенник», «гастритик», «ревматик». В представлении врача эти неологизмы затеяют, отодвигают на задний план индивидуальность больного, сводят всё богатство и разнообразие особенностей личности к узкому кругу типичных проявлений болезни. А у больного они по той же причине вызывают отрицательные эмоции, негативную реакцию и психологическое отстранение от нормального контакта с врачом.

Вместе с тем, в клинической практике известно множество примеров, когда неуместное употребление медиками специфических

сленговых выражений при общении с пациентами становилось основанием для юридических разбирательств и приводило к административной и уголовной ответственности.

Согласно «Основам законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» [4, 5], одним из основных прав пациента является уважительное и гуманное отношение к пациенту со стороны медицинского и обслуживающего персонала. Обязанность заботы о пациентах распространяется и на ведение документации: медицинские карты, листы назначения и другие документы должны заполняться согласно четким оговоренным правилам. Пациенты также имеют право неограниченного доступа к своей медицинской карте. Нарушение норм может служить основанием для дисциплинарной ответственности вплоть до увольнения и даже для иска о компенсации морального вреда, вызванного грубостью врача, а также иска о халатности в случае использования медицинского сленга в документах — рецептах, медицинской карте пациентов, направлениях, поскольку сленговые сокращения могут быть перепутаны с сокращенными названиями существующих медикаментов и процедур.

Кроме того, во многих современных кодексах поведения медицинских сотрудников отмечается, что использование медицинского сленга, аббревиатур и сокращений в общении с пациентами недопустимо, поскольку они понятны только специалистам. Такие правила строго контролируются в современной системе практического здравоохранения и должны соблюдаться при проведении научно-исследовательской деятельности, основывающейся на фактическом взаимоотношении с реальными пациентами. Для этого в лечебно-профилактических учреждениях и научных медицинских подразделениях создаются специальные отделы контроля качества оказания медицинской помощи, а также этические комитеты, строго отслеживающие указанные выше аспекты.

Таким образом, говоря о проблеме массового использования в лингвистических коммуникациях элементов медицинского сленга, можно сделать определенные выводы о том, что сегодня сфера практической медицины и современной медицинской науки представляет огромный интерес в самых различных слоях социума, что не может не отразиться на тенденциях общественного поведения и на механизмах процесса обмена вербальной информацией. Активная популяри-

зация специфики медицинской профессии в СМИ лежит в основе «феномена медиализации общества» и существенно влияет на процессы трансформации разговорной и письменной речи, в том числе и по причине массового внедрения медицинского сленга в современную языковую культуру. Однако следует понимать, что этичность использования медицинского жаргона в процессе вербального или графического обмена информацией, прежде всего, обусловлена ситуацией, манерой, а также целью употребления сленговых слов и выражений. При этом решение вопросов о допустимой соразмерности этических законов и соблюдения прав пациентов, а также норм и принципов современной культуры языка остается актуальной проблемой, требующей пристального научного внимания со стороны философов, социологов, психологов, лингвистов.

Литература

1. Кувшинников А.И. Медицинский жаргон. — 2011. Режим доступа: <http://www.kuvshinnikov.ru/2012/07/medicinskij-zhargon.html>. (Дата обращения — 02.03.16)
2. Михель Д.В. Медиализация как социальный феномен // Вестн. Саратовского гос. техн. ун-та. — 2011. — № 4 (60), вып. 2. — С. 256–263.
3. Орлов А.Н. Культура общения врача. Слово с этических позиций. — Красноярск: Изд-во Краснояр. ун-та, 1987. — 164 с.
4. Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан (утв. ВС РФ 22.07.1993 № 5487-1) (ред. от 07.12.2011), ст. 30, п. 1.
5. Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан (утв. ВС РФ 22.07.1993 № 5487-1) (ред. от 07.12.2011), ст. 31.
6. Сук И.С. Врач как личность / И.С. Сук. — М.: Медицина, 2004. — 64 с.
7. Филиппова Е.Ю. Этические аспекты медицинского сленга // Вестник ТГПУ. — 2014. — №7 (148). — С. 99–101.

Содержание

1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ МЕДИЦИНСКОГО ДИСКУРСА	5
БАРСУКОВА М.И., КОЧЕТКОВА Т.В. Способы поддержания вежливых отношений в системе профессионального общения «врач — пациент»	7
ВИНОГРАДОВА Е.В. Коммуникативные факторы медицинского дискурса, влияющие на взаимоотношение «врач-пациент»	12
DOBREVA A. N., DOYKOVA I. Ts. The voice of the doctor also heals!	18
ЖУРА В. В. Функции нарративов в устном медицинском дискурсе	24
КОЧЕТКОВА Т.В. Эвфемистичность речи врача как верный путь создания комфортного общения с пациентом	29
НАУМОВА Е.В. Личностный компонент в разных типах дискурса (на материале речи врача)	34
НЕВЗОРОВА М. С. Статусно-ролевые отношения равностатусных субъектов медицинского дискурса	41
РУДОВА Ю.В. Жанровая система корпоральной культуры	48
ФИЛИППОВА Е.О., ПОЛЯКОВА Н.В. Применение грамматических трансформаций при переводе научных медицинских текстов с английского языка на русский язык	54
2. МЕДИЦИНСКИЙ ДИСКУРС ГЛАЗАМИ ПРАКТИКУЮЩИХ ВРАЧЕЙ	59
БЕЛОВА А. В. , САВВИДИ К.Г. Особенности клинического приема при ортопедическом лечении пациентов пожилого и старческого возраста с одиночно сохранившимися зубами: коммуникативный аспект	61
ДЕДОВ Д.В., МАСЮКОВ С.А., ЭЛЬГАРТ И.А., МАЗАЕВ В.П., РЯЗАНОВА С.В. Выявление депрессии при оценке качества жизни и риска аритмических осложнений у кардиологических больных	67
ДЕРГУНОВ А.С. Особенности коммуникации в системе «онколог — пациент» на разных стадиях заболевания	74
ЗАХАРОВА А.Е. Хеджирование как коммуникативный барьер в медицинском дискурсе	78
КОЛЕСНИКОВА И. Ю., БЕЛЯЕВА Г.С., ВИНОГРАДОВА Е.В. Детализация versus эвфемизация как принцип коммуникативной практики врача-гастроэнтеролога	83
МЕДВЕДЕВА И. В., МЯСНИКОВА Т. С. Особенности коммуникации в системе «врач-гематолог — пациент»	90
СЛЮСАРЬ Т.А., СЛЮСАРЬ И.Н., ГАВРИЛЕНКО Н.Г. Коммуникация в системе «врач — родитель — ребенок» на приеме медицинского психолога и детского невролога	94

3. СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ МЕДИЦИНСКОГО ДИСКУРСА	99
БАШИЛОВ Р.Н., БАШИЛОВА С.М. Врачебная ошибка: определение проблемного поля	101
БУЛАНОВ В.В., ЖИЛЬЦОВА А.Н. Война и мир в контексте коммуникации врача и пациента	104
КОЛТЫШЕВА Н.И., СТРУГОВЕЦ А.С., НОВАК Н.Г. Личностные качества как фактор отношения к болезни женщин, больных раком молочной железы	109
МУРАШОВА Л.А., МОРОЗОВА О.В. Эмоциональные барьеры в общении как фактор снижения эффективности коммуникации	114
МУРАШОВА Л.А., КОРНЕЕНКОВА М.Н. Эмпатия как составляющая коммуникативной компетентности будущего врача	119
4. МЕТОДИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ФОРМИРОВАНИЯ КОММУНИКАТИВНОЙ КОМПЕТЕНЦИИ ВРАЧА	125
БАНДУРИСТ И. С., КУРИЦЫНА И.Ю. Латинский язык в неязыковом вузе: языковые компетенции и вторичная языковая личность студента-медика	127
БУСЬКО Е. В. Использование интерактивной доски при обучении иностранному языку в вузе	132
ГАВРИЛЕНКО Н. Г. Обучение иностранному языку медицинского общения в вузе: из опыта работы	136
ДОЙКОВА И. Ц. Patterns in academic writing — research article abstracts	143
МЯСНИКОВА Т.С. Использование метода проектов на занятиях по иностранному языку для специальных целей в медицинском вузе	148
ПЕТРОВА М.Н. Совершенствование качества языковой подготовки специалистов медицинского профиля в контексте компетентностного подхода	154
САЯНОВА Г.И. Развитие профессиональной коммуникативной компетенции как один из способов подготовки конкурентоспособного специалиста	160
ШИРЯЕВА М.Ю. Организация процесса обучения английскому языку иностранных студентов на подготовительном отделении БГМУ	166
5. ВОПРОСЫ ИНТЕРДИСКУРСИВНОСТИ	173
СИДЕЛЬНИКОВА М. Н. Морбиальная метафора как пример интердискурсивности	175
СТРАХОВ М.А., ГАВРИЛЕНКО Н.Г., БОРИСОВА С.С. Трансформация профессиональной медицинской речи как феномен «медиализации» современного языка	181

Научное издание

МЕДИЦИНСКИЙ ДИСКУРС:
вопросы теории и практики

Материалы
4-й международной научно-практической конференции

14 апреля 2016 г.

Редакционно-издательский центр
Тверского государственного медицинского университета

Корректурa *Т. В. Бродской*
Оригинал-макет подготовила *О. Г. Ткаченко*
Дизайн обложки *О. А. Виноградовой*

Подписано в печать 14.06.2016 г. Формат 60×84¹/₁₆.
Усл. печ. л. 11,16. Уч.-изд. л. 9,1. Гарнитура NewtonС.
Тираж 97 экз. Заказ 5.

Редакционно-издательский центр
Тверского государственного медицинского университета (РИЦ ТГМУ)
170100, г. Тверь, ул. Советская, д. 4.

Тиражирование методом ризографирования в РИЦ ТГМУ.
170100, г. Тверь, ул. Советская, д. 4
тел. (4822)32-12-03
e-mail: rpc.tver@mail.ru

Обложка отпечатана в ООО «Тверская фабрика печати»
170006, г. Тверь, Беляковский пер., 46.

ISBN 978-5-8388-0156-2



9 785838 801562

