

## К ВОПРОСУ О ТЕХНОЛОГИЯХ РЕЧЕВОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ В МЕДИЦИНСКОМ ДИСКУРСЕ

**Гринкевич Елена Ивановна,  
Буховец Снежана Климовна**

*Белорусский государственный медицинский университет  
Беларусь, Минск*

Аннотация. Данная статья посвящена коммуникативному поведению равностатусных «врач–врач» и неравностатусных «врач–пациент» субъектов медицинского дискурса как типа институционального общения.

*Ключевые слова: речевое воздействие, повседневная коммуникация, диалоги, медицинский дискурс.*

Роль медицины в жизни общества и каждого человека трудно переоценить. На современном этапе развития медицины есть много достижений: новые биотехнологии, новые возможности в трансплантологии, применение хирургических роботов и др., но остались нерешенными и насущные вопросы, среди которых, например, изменение модели коммуникативных взаимоотношений врача и пациента.

Сфера медицинской коммуникации представляет собой широкий диапазон коммуникативного взаимодействия, в котором противопоставляются профессиональный, повседневный и обыденный виды общения [1, с. 128].

Дискурс в целом и медицинский дискурс как один из типов институционального дискурса (разновидность общения в соответствии с нормами данного социума) не случайно является предметом широкого обсуждения в научном мире. Под дискурсом, вслед за В.Е. Чернявской, мы понимаем коммуникативный процесс, репрезентированный в текстовой форме, обусловленный коммуникативно-ситуативным контекстом, включающим прагматические, социолингвистические, социокультурные особенности текстопорождения в конкретном коммуникативном событии [2, с. 28].

Участниками медицинского дискурса, достаточно подвижного, исторически изменчивого, оказываются врачи, пациенты и родственники пациента.

Теория аргументации изучает многообразные способы речевого воздействия. В контексте медицинского дискурса важным является изучение природы речевого акта, понятия коммуникации и основных требований к коммуникативному общению. Общеизвестно, что медицинская профессиональная дискуссия, реализованная в системе речевых действий, призвана способствовать успешному профессиональному общению. Каким образом осуществляется повседневная коммуникация коллег при обсуждении частного клинического случая в жанре медицинского дискурса «консультация» продемонстрируем на примере диалогов из фильма «История болезни».

Диалог дежурного доктора Нины Валентиновны и приглашенного для консультации коллеги:

«Так, что у нас тут?» – «Слева препятствие 5 см, справа – 17. Не могу пройти». – «**Бесполезно. Уходим?**» – «Уходим». – «Ты будешь его оперировать? **Он же умрет у тебя прямо на столе!**»

Для приглашенного коллеги этот аргумент (опасность летального исхода) оказывается весомее принципов особой медицинской этики и специфических норм поведения врача. Его не смущает, что эти слова слышит находящийся в сознании пациент, судьба которого решается здесь и сейчас. Позже он предложит свою помощь, чтобы получить у пациента отказ от операции: «Нина, ну **поиграли, и хватит!** Хочешь, я помогу?»

Диалог дежурного доктора Нины Валентиновны и более опытного коллеги демонстрирует его равнодушие к судьбе пациента:

«Владимир Петрович, спасите!» – «Кого?» – «Меня! <...> ... я там в палату положила...камень верхний третий в единственной функционирующей почке...Соперируйте, пожалуйста!» – «**С чего вдруг? По дежурству сегодня вы больных оперируете!**» – «Ну да, но он совсем тяжелый. Там два инфаркта в анамнезе, инсульт три месяца назад. Только вы можете сделать это быстро!» – «**Быстро похоронить?**»

В диалоге дежурного доктора Нины Валентиновны и анестезиолога прослеживается не только его абсолютное безразличие к тем, кому врач в силу сакрального характера своей профессии обязан помогать (клятва Гиппократата!), но и откровенное вредительство:

«Ну что, я подаю больного в операционную?» – «**Я трупам наркоз не даю!**» <...> ... «Антюхин, ты в своем уме? <...> Что значит «трупам наркоз не даешь? <...> ...у пациента анурия и обтурирующие камни с обеих сторон, а ты ему капельницу на 1,5л назначил. Ты хочешь до отёка легких довести?» – «Ну так тебе же лучше: **ласты склеит без твоей операции!**» <...> ... «Хорошо, сволочь...» – «А вот это уже не коллегиально. Я ведь и обидеться смогу. Кому от этого будет лучше? А знаете что... вы пойдите-ка и **возьмите отказ от операции у пациента, и всем станет легче жить**».

Здоровье и жизнь пациента бесценны! Ценностные ориентиры закреплены в постулатах медицинской этики и направлены на регуляцию деятельности врача. А в реальной жизни порой мы все сталкиваемся с безразличием врачей, их цинизмом, равнодушием и даже жестокостью:

«Нина Валентинова! Давай **быстренько получи у больного отказ и приходи цирк смотреть!** – «Какой цирк?» – «Я поспорил с рыжим на 100 долларов, что съем все яйца дежурной смены...»

Почему так происходит? Почему происходит профессиональная деформация в сознании доктора? Связано ли это с усталостью врача, его загруженностью, потоком пациентов, невозможностью разобраться во всём детально и спокойно? Или просто со временем врач привыкает к чужой боли, чужим страданиям, его чувства отключаются, его сердце «черствеет», и он блокирует свои эмоции просто ради того, чтобы ничего не чувствовать?

В короткометражном фильме «История болезни» мы наблюдаем такой психологический слом в душе доктора Нины Валентиновны, когда она под давлением своих коллег: «Чё? Посмертный эпикриз пишешь? Это правильно...» – почти уподобляется им, их равнодушию к судьбе пациента и идет к пациенту за отказом от операции.

Общение в коммуникативной паре «врач-врач», по мнению исследователей, является симметричным, а в коммуникативной паре «врач-пациент» – асимметричным, поскольку врач по отношению к пациенту обладает коммуникативной властью (и не только из-за статусно более высокого положения в рамках данного дискурса, но еще из-за того, что он обладает различными компетенциями профессионала в медицинской сфере).

Поговорив с пациентом Прохоровым, вникнув в его семейную ситуацию, ещё раз проанализировав все риски, Нина всё-таки нашла в себе силы, чтобы бороться за пациента, за его жизнь.

«Петр Петрович, мы сейчас начнем подготовку к операции, но перед этим вам надо писать документы о том, что вы осознаете все возможные риски». – «То есть, доктор, вы хотите сказать, что я могу умереть?» – **«Риск очень большой, Пётр Петрович»**. – «А без операции что со мной будет?» – **«Шансов, что камни отойдут самостоятельно... они крайне малы...»** – «Значит, без операции я точно умру... Хорошо, если сделать операцию, у меня **есть шанс выжить?**» – «Ваше сердце, наркоз... **можете не выдержать, но вы можете подписать отказ от операции**». – «Ну **хоть один шанс есть?**» – «Один есть». <...> – «Доктор, прослушайте, послушайте. Я всё понимаю. Если я умру после операции, то для вас это будет... ведь такая молодая <...> ...у нас нет детей. Мы совершенно одни, и, если я умру, она останется совсем одна. ... Поэтому если **есть хотя бы один шанс, я не могу его не использовать. Вы не бойтесь, доктор, не бойтесь...** на все...» Пациент не продолжил «воля Божья», но он верит в эту могущественную силу, и форма императива выбрана им не случайно – она должна помочь доктору принять верное решение.

Что заставило Нину идти наперекор мнению своих коллег, врачей-циников, опытных практиков: «Ты отказ получила?» – «Получила...согласие». – **«Не умеешь ты с больными работать, Валентиновна. Хочешь я к нему схожу? Он у меня любую бумагу подпишет, как миленький»**. – «Не хочу».

Мы можем только догадываться, не зная наверняка... Возможно, в ней проснулось чувство долга перед пациентом, или чувство стыда за свою бездеятельность, или чувство сострадания, или просто человеческая жалость проснулась в душе доктора Нины. Или же коммуникативная власть в процессе их общения оказалась в руках пациента, что подтверждается на грамматическом уровне (**не могу не использовать, не бойтесь, доктор**). Также есть вероятность, что в душе доктора появилось желание доказать коллегам, что они не правы и нужно обязательно бороться за жизнь пациента, даже если есть только один процент надежды на спасение... Ведь ещё в древние времена римский оратор,

философ и государственный деятель Цицерон говорил: «Пока у больного есть дыхание, говорят, есть и надежда». Главное, что что-то человеческое проснулось в душе доктора Нины Валентиновны и победило этот уже зарождающийся в её душе цинизм. А если бы не проснулось?

#### Литература

1. Н.Д. Голев, Н.Н. Шпильная Обыденная медицинская коммуникация (виды дискурсивных практик) // СибСкрипт. 2012. №1. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/obydannaya-meditsinskaya-kommunikatsiya-vidy-diskursivnyh-praktik> (дата обращения: 21.09.2024).
2. В.Е. Чернявская. Дискурс власти и власть дискурса. Проблемы речевого воздействия. – М. Флинта: Наука, 2006. – 136 с.

### TO THE QUESTION OF TECHNOLOGIES OF SPEECH INFLUENCE IN MEDICAL DISCOURSE

**Grinkevich Elena Ivanovna,  
Bukhovets Snezhana Klimovna**  
*Belarusian State Medical University  
Belarus, Minsk*

**Abstract:** This article is devoted to the communicative behavior of equal-status «doctor – doctor» and unequal-status «doctor – patient» subjects of medical discourse as a type of institutional communication.

**Keywords:** *speech influence, everyday communication, dialogues, medical discourse.*