

ЖУРА Виктория Валентиновна / Victoria ZHURA

Россия, Волгоград.
Волгоградский государственный медицинский университет.
Заведующая кафедрой иностранных языков с курсом латинского языка.
Доктор филологических наук, доцент.

Russia, Volgograd.
Volgograd State Medical University.
Head of the Department of Modern Languages with a Course of Latin.
D. Sc. (Linguistics), assistant professor.

vyzhura@gmail.com



НАРРАТОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ УСТНОГО МЕДИЦИНСКОГО ДИСКУРСА

Статья посвящена проблемам лингвистической нарратологии применительно к устному медицинскому дискурсу. Нарративный поворот в осуществлении и изучении медицинской коммуникации обусловлен сменой моделей взаимодействия врача и пациента и появлением нового клинического подхода — *нарративной медицины*. Соединение научных постулатов данного подхода и исследовательских принципов ряда лингвистических направлений (дискурс-анализа, анализа разговора, интеракциональной социолингвистики) позволило выявить задачи и проблемные области нарративной организации устного медицинского дискурса. Последние включают определение формально-структурных и содержательных параметров нарративов, составление их типологий, выявление способов и средств, используемых для совместного конструирования нарративов в медицинской коммуникативной практике, установление содержания нарративной компетенции участника общения. Теоретические принципы нарратологического подхода к изучению устного медицинского дискурса проиллюстрированы результатами практического исследования нарративов, создаваемых в ходе медицинских консультаций в российских клиниках. Данные результаты включают составленные типологии нарративов пациентов и врача, выявленные функции нарративов пациента, средства и приемы совместного конструирования нарративов.

Ключевые слова: нарратив, нарративная медицина, устный медицинский дискурс, нарративная компетенция, типология нарративов, совместное конструирование нарратива, идентичность

Narratological Studies of Spoken Medical Discourse

The article explores the problems of linguistic narratology in the context of spoken medical discourse. The narrative turn in medical communication and its studies have been prompted by the change in doctor-patient interaction patterns, as well as the emergence of narrative medicine, a new clinical approach. A combination of the scientific ideas of this approach and the research principles of a number of linguistic studies (discourse analysis, conversation analysis, and interactional sociolinguistics) have made it possible to identify the tasks and problem areas in the narrative organization of spoken medical discourse. The latter include studying formal, structural and semantic parameters of narratives, creating their typologies, eliciting the ways and means used for co-narration in medical communication, as well as defining narratives' competencies of interlocutors. The theoretical principles of the narratological approach are illustrated by the outcomes of an applied study of narratives created in medical encounters in Russian clinics. These outcomes demonstrate a doctor-patient narrative typology, the functions of patients' narratives, as well as the means and ways of co-narration.

Key words: narrative, narrative medicine, spoken medical discourse, narrative competence, narrative typology, co-narration, identity

В течение последних двух десятилетий нарративная медицина уже стала неотъемлемой частью ряда зарубежных систем здравоохранения. Толчком к ее появлению послужила трансформация моделей взаимодействия и клинических подходов к осуществлению коммуникации с пациентом в западной и американской медицине. «Непререкаемый авторитет» патерналистской модели был окончательно подорван появлением ряда более демократичных и динамичных моделей (*потребительской модели, модели информированного принятия решения и, наконец, модели совместного принятия решений*). Стремительно теряет свою популярность *заболевание-центрический подход*, уступая место *пациентоцентрическому подходу*.

В первом случае единственной целью институционального взаимодействия врача и пациента было оказание ему профессиональной помощи в решении его медицинской проблемы. Последователи второго подхода исходят из холистических представлений о сути медицинского воздействия, включающего воздействие не только на тело пациента, но и на его душу. Таким образом, наряду с традиционным формализованным расспросом о различных системах организма (сбором анамнеза) в фокус их внимания заслуженно попадают различные детали личной жизни и психологические особенности человека, обращающегося за медицинской помощью. В рамках данного подхода решаются задачи сбора необходимой информации,



НАРРАТИВНЫЙ ПОВОРОТ / NARRATIVE TURN

ЖУРА Виктория Валентиновна / Victoria ZHURA

| Нарратологические исследования устного медицинского дискурса |

установления взаимопонимания с пациентом, просвещения и повышения мотивации к лечению¹. Рассматриваемый подход представляется своего рода альтернативой введению во многих странах системы электронных медицинских карт. Вместо проведения детального расспроса больного и мануального физического осмотра врач теперь может сократить время общения с пациентом, предварительно ознакомившись с электронной версией истории его заболевания, результатами различных обследований.

Именно применение пациентоцентрического подхода и стало стартовой площадкой для концептуализации нового способа к взаимодействию с пациентом — нарративной медицины. В последние годы интерес к ней постоянно возрастает не только за рубежом, но и в России; ее принципы и подходы охватывают различные формы и сферы медицинской коммуникации. Именно данный факт и свидетельствует об актуальности изучения ее основных принципов и приемов, освоения опыта, накопленного в этой сфере в других странах, и выработки рационального подхода, сочетающего передовые отечественные и зарубежные практики.

Свое исследование нарративности устного медицинского дискурса, рассматриваемого нами как совокупность речевых произведений, создаваемых в ходе коммуникации различными представителями социального института медицины и их клиентами (пациентами) в соотнесенности с различными экстралингвистическими факторами, определяющими их порождение, мы начнем с определения того, что собственно подразумевают под *нарративной медициной*. Появлением данного понятия, как и его всесторонним обоснованием, мы обязаны представительнице практического здравоохранения Рите Черон. Ее основополагающей идеей стало то, что в контексте медицинской коммуникации понимание любого явления зависит от степени его контекстуализации, то есть объективации в виде нарратива при помощи вербальных и невербальных средств². В связи с этим нарративная медицина предлагает «дать слово» пациенту, чтобы он озвучил свой личный опыт в виде рассказа о нем.

Отметим также, что понятие *нарративная медицина* изучается применительно к речевому взаимодействию диады «врач-пациент» и считается особым клиническим подходом, позволяющим участникам коммуникации совместно конструировать общее смысловое пространство, репрезентируемое в виде нарратива (чаще всего речь идет о нарративах пациента).

При определении понятия *нарратив* принято обращаться к трудам У. Лабова, согласно которому он представляет собой общение о последовательности событий, которой стало частью биографии говорящего, и структурировано в виде высказываний, отражающих последовательность реальных событий³.

Нарративный подход обладает рядом достоинств, среди которых называют феноменологичность нарратива, который позволяет пациенту переживать и в определенном смысле «ма-

териализовать» свое болезненное состояние, его значительный потенциал в плане выражения эмпатии, достижения взаимопонимания между сонарраторами, совместного конструирования жизненно важных смыслов, а также реализации терапевтической функции общения⁴.

Особая значимость нарратива в медицинской практике состоит также в том, что его рассматривают как средство установления идентичности участников коммуникации. В контексте современной лингвистики идентичность рассматривается как совокупность гибких, непостоянных, социально-ориентированных представлений о себе и других, конструируемых посредством дискурса. В связи с этим подчеркивают, что она может быть переопределена на различных социальных уровнях, имеет систему индексального выражения при помощи языковых и речевых средств, носит относительный и парциальный характер⁵.

Вступая в медицинскую коммуникацию, врач идентифицирует себя как лицо, которое обладает коммуникативной властью, включающей структурную, социальную и *эскалоповую* власть⁶. Свою роль он видит в том, чтобы собрать информацию, необходимую для проведения диагностики. Стимулируя создание пациентом нарративных фрагментов, врач извлекает сведения об описываемой ситуации, а затем устанавливает взаимосвязь между ее конститuentами и эмоциями и действиями пациента.

Пациент идентифицирует себя с лицом, которое обращается за помощью по поводу состояния своего здоровья. В данном случае, отвечая социальным ожиданиям, ему необходимо вспомнить и сообщить информацию о том, что заставило его обратиться к врачу, а также осмыслить свое собственное общение. Пациент в определенном смысле предстает перед врачом «как текст»⁷.

Вплощая в слова рассказы о собственных заболеваниях, пациенты ясно и понятно отражают свою собственную реальность, а также заново определяют собственную идентичность в связи с заболеванием⁸. Кроме того, конструируя нарративы, пациенты нередко отождествляют прошлое с настоящим и строят гипотетические предположения о том, что могло бы произойти⁹. Следовательно, нарратив может рассматриваться как разновидность институционального общения, применяемая для иллюстрации и конкретизации разнообразных аспектов сложной социальной и профессиональной идентичности человека на рабочем месте¹⁰.

¹ Cole S., Bird J. The medical interview: The three-function approach. London: Elsevier Science, 2005.

² Charon R. Narrative medicine: Honoring the stories of illness. NY: Oxford University Press, 2006. P. 26.

³ Labov W. The transformation of experience in narrative syntax // W. Labov (Ed.), Language in the inner city. Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 1972. P. 359–360.

⁴ См.: Greenhalgh T., Hurwitz B. “Narrativebasedmedicine:Whystudynarrative?” – BMJ, 1999. V. 318. P. 48–50.

⁵ Bucholtz M., Hall K. Identity and interaction: A sociocultural linguistic approach // Discourse Studies, 2005. V. 7(4–5). P. 585–614.

⁶ Жура В. В. Дискурсивная компетенция врача в устном медицинском общении: монография. Волгоград: Изд-во ВолГМУ, 2008.

⁷ Wood J. Interventional narratology: Form and function of the narrative medical write-up // Literature and Medicine, 2005. V. 24(2). P. 283–296. — P. 286.

⁸ Summerson Carr E. “Secrets keep you sick”: Metalinguistic labor in a drug treatment program for homeless women // Language in Society, 2006. V. 35. P. 631–653. P. 636.

⁹ Ochs E., Capps L. Living narrative: Creating lives in everyday storytelling. Cambridge, MA: Harvard University Press, 2001. P. 5.

¹⁰ Holmes J. An introduction to sociolinguistics 3rd ed. Edinburgh: Pearson Education Limited, 2008. P. 24.



НАРРАТИВНЫЙ ПОВОРОТ / NARRATIVE TURN

ЖУРА Виктория Валентиновна / Victoria ZHURA

| Нарратологические исследования устного медицинского дискурса |

Очень показательно метафорическое представление медицинской коммуникации Элиотом Мишлером, согласно которому в ней звучат Голос Медицины (когда врач следует принятым в медицине канонам) и Голос Жизненного Мира Человека (когда пациент обращается к личностному и социальному контекстам собственных проблем)¹¹. Однако, именно в рамках нарративной медицины такое противопоставление может быть устранено, так как «погружение» во внутренний мир пациента в ходе восприятия его нарративов может привести к слиянию Голоса Медицины и Голоса Друга (Fellow Human voice)¹².

Лингвистические аспекты нарративной медицины изучаются в рамках целого ряда направлений — дискурс-анализа, анализа разговора, интеракциональной социолингвистики, прагма- и коммуникативной лингвистики.

Анализ нарративного аспекта медицинского дискурса включает целый ряд проблем: определение формально-структурных и содержательных параметров нарративов, составление типологий нарративов, выявление способов и средств, используемых для совместного конструирования нарративов в коммуникативной практике, определение контекстуальных средств, способствующих адекватной интерпретации их содержания в рамках коммуникативной, в частности, нарративной компетенции и т. д.

В предыдущие десятилетия наибольшее внимание уделялось проблеме разработке формально-семантических параметров нарратива. Для того, чтобы фрагмент дискурса был квалифицирован как нарративная последовательность, он должен отвечать строгим структурным критериям и включать следующие компоненты: краткое представление ситуации (Что произошло?), ориентирующую информацию (Где? Кто? Почему? Когда), усложняющее событие/действие (Что случилось далее?), оценку (Каковы последствия события?), результат/разрешение проблемы (Что произошло в конце концов?) и коду (возвращение к настоящему моменту)¹³. Однако, обращение к аутентичному материалу медицинских консультаций показывает, что каноническая композиция нарратива в реальности может претерпевать значительные изменения, и это может быть обусловлено особенностями конкретной коммуникативной ситуации.

Специфика медицинского нарратива может быть обусловлена также целым рядом других его параметров, среди которых называют авторство (tellership), состоятельность нарратива (tellability), включенность (embeddedness), линейность (linearity) и моральная установка (moral stance). Первый параметр подразумевает определение степени сонарративной активности других участников общения (например, врача в случае нарратива пациента). Под состоятельностью нарратива имеется в виду то, насколько последовательно в нем сообщается о событиях, а также то, насколько эффективно используются риторические средства для передачи его основных идей. Включенность означает степень независимости нарратива от

окружающего его дискурса (наличие/отсутствие тематической связи с ним). Линейность определяется развитием нарративной последовательности по единой, замкнутой, темпорально-каузальной траектории. Моральная установка обозначает представление автором собственной добродетельности в ходе описываемых событий¹⁴.

Ранее мы отметили, что нарративный подход в современной медицине, с одной стороны, обосновывает высокую значимость переживаемого пациентом опыта заболевания, а с другой стороны, требует от врача переосмысления собственного коммуникативного опыта и проявления большей креативности в организации общения. Именно в связи с этим в ряде работ поднимается вопрос о нарративной компетенции врача как условии успешности медицинской коммуникации¹⁵, а, в конечном счете, как предпосылки осуществления точной диагностики, правильного определения необходимого вмешательства и достижения комплаентности пациента. Нарративная компетенция рассматривается как способность врача «прочитать» или адекватно интерпретировать нарратив пациента и включает прежде всего формирование умения слушать пациента *по-новому* (методика активного слушания), применяя эмпатию, а также соучаствовать в его создании¹⁶. Важным компонентом указанной компетенции может также выступать готовность врача к проведению самоанализа для осмысления и переосмысления собственного опыта, который актуализируется в ходе настоящей интеракции.

Достаточный уровень нарративной компетенции позволит врачу решить следующие задачи:

1. определить место медицинской проблемы пациента в контексте медицинской консультации;
2. выявить наиболее существенные моменты в состоянии пациента;
3. установить факторы, которые повлияли на данную ситуацию;
4. оценить то, как болезненное состояние может повлиять на определение пациентом собственной идентичности¹⁷.

Традиционно исследователи коммуникативных практик в области медицины указывают на асимметричность общения врача и пациента. Данный факт обусловлен существованием институционально санкционированной роли врача, наделенного полной коммуникативной властью¹⁸. Однако появление нового клинического подхода, направленного на совместное принятие решений, а также утверждение потребительской модели в здравоохранении постепенно приводит к перераспределению коммуникативной власти на основании того, что паци-

¹⁴ Ochs E., Capps L. Living narrative: Creating lives in everyday storytelling. Cambridge, MA: Harvard University Press, 2001. P. 26–105.

¹⁵ Barone S. M. Seeking Narrative Coherence: Doctors' Elicitations and Patients' Narratives in Medical Encounters. // <http://researcharchive.vuw.ac.nz/handle/10063/2310>. — (дата обращения: 26.03.2013).

¹⁶ Charon R. Narrative medicine: Honoring the stories of illness. NY: Oxford University Press, 2006.

¹⁷ Barone S. M. Seeking Narrative Coherence: Doctors' Elicitations and Patients' Narratives in Medical Encounters. // <http://researcharchive.vuw.ac.nz/handle/10063/2310>. — (дата обращения: 26.03.2013).

¹⁸ Stewart M., Roter D. Communicating with medical patients. Newbury Park, CA: Sage, 1989; Ten Have P. Talk and institution: A reconsideration of the "Asymmetry" of doctor-patient interaction // Discourse Studies. London, Sage, 2007. P. 99–120.

¹¹ Mishler E. The discourse of medicine. Norwood, NJ: Ablex, 1984. P. 6.

¹² Cordella M. The dynamic consultation: A discourse analytical study of doctor-patient communication. Amsterdam: Benjamins, 2004.

¹³ 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.



НАРРАТИВНЫЙ ПОВОРОТ / NARRATIVE TURN

ЖУРА Виктория Валентиновна / Victoria ZHURA

| Нарратологические исследования устного медицинского дискурса |

ент теперь выступает клиентом услуг и обладает рядом прав, а врач является всего лишь поставщиком услуг.

Таким образом, в рамках нарративного подхода по-новому могут быть определены коммуникативные роли участников медицинской коммуникации. Врачу как коммуникативному лидеру, ранее безоговорочно распоряжавшемуся коммуникативной инициативой, теперь предлагается стимулировать речевую активность пациента, добровольно переуступая инициативу в разговоре. Пациент может в течение длительного времени распоряжаться коммуникативной инициативой, конструируя нарративные отрезки, что может расцениваться как проявление коммуникативного доминирования¹⁹.

Именно указанные обстоятельства определяют специфику нарративности устного медицинского дискурса. Дело в том, что на современном этапе продуцирование медицинского дискурса в целом и нарратива, в частности, представляется результатом совместного речевого творчества врача и пациента. Данная особенность обусловлена интерактивной природой нарратива²⁰, а также дискурсивно обусловленной способностью коммуникантов совершать речевые действия (agency)²¹.

В связи с этим одной из важных задач нарратологического исследования устного медицинского дискурса становится изучение способов стимулирования нарративной активности пациента врачом²². Наиболее распространенными способами являются использование различных квеситивов, применение минимальных сигналов обратной связи, различных дискурсивных маркеров. С другой стороны, врач должен иметь представление о различных контекстуальных сигналах (знаках), которые позволяют правильно интерпретировать содержание и ход общения²³.

В нашем исследовании явлений нарративности медицинского дискурса в отечественном здравоохранении, проведенном на материале 450 консультаций пациентов в различных клиниках г. Волгограда по различным проблемам, были выявлены следующие типы нарративов пациентов с точки зрения представленной в них тематики: нарративы о пройденном лечении (41,2%); нарративы о начале заболевания (17,6%); нарративы о происшествиях (травмы, аварии и т. п.) (14,6%); нарративы о пройденном обследовании (11,7%); нарративы о причинах/мотивах обращения к врачу (8,7%); нарративы об образе жизни (режиме питания/диете, распорядке дня и т. п.) (3,3%); нарративы о перенесенных заболеваниях (2,9%).

Было установлено, что выделенные типы нарративов обладают формально-структурной и содержательной вариативностью и включают основные структурные элементы, выделяемые У. Лабовым. Наряду с функцией сообщения врачу необходимой информации (пропозициональный компонент сообщения), они также выполняют функцию экспликации эмоционального состояния и отношения пациента в связи с заболеванием (модусный компонент).

Исследование показало, что реализация указанных функций тесно сопряжена и осуществляется параллельно с решением еще одной задачи. В ходе развертывания нарративного дискурса пациент также конструирует собственную идентичность, что затрагивает два модуля его существования — как личности в целом, а также как клиента социального института медицины — пациента. В первом случае это происходит посредством выражения пропозиций, эксплицирующих его индивидуальную когнитивную систему и отражающих его картину мира в целом. Приведенный ниже нарративный фрагмент демонстрирует представления пациента о том, что эффективным средствами облегчения симптомов астмы являются варенье из шишек и травы, что является свидетельством недостаточного тезаурусного фонда и отражает наивную картину мира, не вполне соответствующую положениям современной медицинской науки.

Врач: По поводу астмы Вы наблюдаетесь, да? Кроме Атровента Вы что от астмы принимаете?

Пациент: Домашнее средство это у меня... Я шишковое варенье варю. Как говорится — свое! И травы вот, вот тоже.

Представления второго пациента с известной степенью точности отражают научную медицинскую картину мира и свидетельствуют о достаточно высокой информированности пациента и уровне его личностного развития:

Врач: Это может оказаться воспалительным поражением поджелудочной железы.

Пациент: Воспаление, будет СОЭ высокий, а у меня три. Гемоглобин 140.

Выражение самоидентичности в личностном плане может включать вербализацию различных представлений как относительно, так и безотносительно к деятельности социального института медицины.

Конструируя собственную идентичность как пациент, участник медицинской коммуникации эксплицирует в ходе создания нарративов вербальными и невербальными способами свои представления и ожидания о своей роли и моделях собственного поведения, о роли и приемлемом поведении врача, о порядке осуществления медицинской коммуникации (сценариях медицинской консультации), о возможных видах коммуникативных событий (предметно-референтных ситуациях), а также о культурных концептах, тесно связанных с медицинской информацией, например, *здоровье, болезнь, смерть* и т. д. С другой стороны, сведения последнего рода способствуют также выражению личностной и даже социокультурной идентичностей индивида. В приведенной ниже нарративной последовательности пациент отступает от распространенной в российской медицинской практике роли пассивного участника коммуникации, безропотно следующего указаниям и рекомендациям врача. Выражаемые им пропозиции о болезни и подходах к ее лечению сопро-

¹⁹ См.: Жура В. В. Дискурсивная компетенция врача в устном медицинском общении: монография. Волгоград: Изд-во ВолГМУ, 2008.

²⁰ Georgakopoulou A. Small stories, interaction and identities: Studies in narrative. Amsterdam: John Benjamins Publishing Company, 2007; Lieb-scher G. Narrative interaction // The Modern Language Journal, 2007. V. 91(3). P. 482–483.

²¹ Miller E. Agency in the Making: Adult Immigrants' Accounts of Language Learning and Work // TESOL Quarterly, 2010. V. 44. P. 465–487.

²² Schiffrin D. Approaches to discourse: Language as social interaction. Massachusetts: Blackwell Publishers, 1994. Barone S. M. Seeking Narrative Coherence: Doctors' Elicitations and Patients' Narratives in Medical Encounters. // <http://researcharchive.vuw.ac.nz/handle/10063/2310>. (дата обращения: 20.02.2013). Жура В. В. Дискурсивная компетенция врача в устном медицинском общении: монография. Волгоград: Изд-во ВолГМУ, 2008.

²³ Holmes J. Gendered talk at work: Constructing gender identity through workplace discourse. — Malden, MA: Blackwell, 2006.



НАРРАТИВНЫЙ ПОВОРОТ / NARRATIVE TURN

ЖУРА Виктория Валентиновна / Victoria ZHURA

| Нарратологические исследования устного медицинского дискурса |

вождаются эмоциональной оценкой, граничащей с обвинением врачей в некомпетентности. Эмотивность высказываний повышается за счет использования в них чужой речи (воспаление какое-то), просодических средств (повышения громкости голоса, выделения речевых слов).

Пациент: Да, вообще не знаю причину, откуда берется и откуда она накапливается! (громко, возмущенно).

Врач: Ну, можно открыть, посмотреть (ирония).

Пациент: Ну, да я и говорил им: «Разрежьте, понимаете ли, да поглядите, че там есть!» (громко).

Врач: Для Вас очень сложно! Вы этот просто разрез грудной клетки не перенесете! Вы-то себе отчет отдаете?

Пациент: Это все слова! Все слова! Но дело в том, что врачи мне не говорят, отчего она... на-накапливается там. Я уж пробовал, понимаешь, и чай не пью! Все равно копится там и все! ...Че за причина? Вот... воспаление какое-то! Воспаления я не чувствую, ...вроде никакого воспаления у меня там нет. Откуда оно воспаление там может быть? Но, однако же, ...врачи должны хоть че-то, ...че-то знать!

Рассмотрим некоторые формальные и содержательные особенности нарративов, представленных в нашей типологии.

В структурном плане нарративы о пройденном лечении включают перечисление нарративных действий (предложения в прошедшем времени): Они могут также вводиться генерализованным высказыванием, содержание которого конкретизируется путем констатации нарративных фактов. Целями нарративов о пройденном лечении являются сообщение релевантной информации (констатация фактов, уточнение деталей описываемых ситуаций), а также эксплицитная/имплицитная, как правило, эмотивная оценка деятельности медицинских учреждений и их агентов. Такая оценка обычно носит аксиологический характер, но также может определять эпистемическую достоверность сообщаемой пациентом информации (ее вербальными маркерами могут служить следующие выражения: *насколько я помню, если память мне не изменяет, вроде, помоему, не знаю, не помню, не буду врать*). Оценочные нарративы отражают личностную значимость описываемых событий для пациента, а также являются важным средством конструирования им собственной идентичности в ходе выражения собственной позиции и оценки происходящего.

(1) **Пациент:** Ну, сначала я в больнице лежал, ...в, вот здесь в комплексе...

Врач: Угу.

Пациент: В пульмонологии.

Врач: Угу.

Пациент: Где-то дней пятнадцать, может быть, так вот или где-то вот, так примерно. А потом они выписали меня, направили в-в диспансер-р э, туберкулезный...

Врач: В какой?

Пациент: В туберкулезный диспансер.

Врач: Угу. Так!

Пациент: Во:т. Ну:, там они: э, как говорится, сделали там эти анализы, че там это, посмотрели снимки и все тако-. Ну, сначала как, они мне: э: взяли вот эт вот мокроту.

Врач: Угу.

Пациент: Потом перке, или как вот манту сделали, это самое, ну, пока все нормально.

Врач: Угу.

Пациент: И вот где-то дней десять, значит, я...вообще-то числился в поликлинике, это в своей городской. Там мне выписали это лекарство, ну вот как в направлении из больницы мне дали.

(2) **Пациент:** Они не долечивают там! Десять дней у них срок! Десять дней поколол, понимаешь, и выходи! Даже и не поглядит тут — здоровый ты или боль- больной! Выгоняют! ...Это разве лечение?

(3) **Врач:** А давно простыли Вы?

Пациент: Да, простыли, в больнице были... И еще один вот это вот у меня, там... вот начинают они мне как, ну, авитаминоз, ви-, витаминизируют...

Врач: Угу.

Пациент: Вот сюда, пожалуйста, как наркоману. Как доходит дело уколы сюда вот, ...день, два: , Три, на четвертый у меня поднимается температура, и я... не могу с этим ничего...

Представленные нарративные фрагменты свидетельствуют о том, что эмотивная оценка может быть имплицитно выражена при помощи синтактико-стилистических средств — параллельных конструкций, эллипсиса, повторов, инверсии, градации, незаконченных предложений. Способом снижения отрицательной оценочности выступает широкое использование неопределенно-личных предложений (неопределенная субъектная референция) при описании нарративных действий. Чужая речь может быть еще одним средством имплицитной отрицательной оценки.

Для экспликации эмотивной оценки пациенты применяют различные лексические и лексико-стилистические средства. К их числу относятся эмотивная отрицательно оценочная лексика (*замучили своими таблетками*), гипербола (*никаких лекарств, ничего не посоветовали, никому ничего не надо т. п.*), лексические повторы (*температура, температура, температура*), метафоры, сравнения, ирония, оценочные окказионализмы.

Лексические и синтаксические средства могут дублироваться просодическими средствами (повышением громкости голоса, выделением логическим ударением) для интенсификации отрицательной оценки.

Приведенные выше примеры являются также наглядной демонстрацией рассматриваемого выше положения о совместном конструировании нарративов. Прежде всего такие нарративы инициированы, как правило, вопросами врача. Речевое участие врача не приводит к изменению темы нарратива, а лишь вводит в фокус речи пациента определенные детали описываемой в нем ситуации. Врач контролирует развитие нарратива, задавая вопросы, направленные на уточнение подробностей представляемой в нарративе информации. Он также стимулирует его развитие путем использования минимальных сигналов обратной связи (*ага, угу, ну, у и т. п.*), приемов совместного речевого производства, суммирования, тактик отрицания, выражения эмпатии.

(1) **Пациент:** У меня несколько месяцев назад разбился сын. Вот это такая травма для меня была.

Врач: Трагедия страшнейшая. Извините, это в каком месяце было? (эмпатия)

(2) **Врач:** Дочка Вам помогает?



НАРРАТИВНЫЙ ПОВОРОТ / NARRATIVE TURN

ЖУРА Виктория Валентиновна / Victoria ZHURA

| Нарратологические исследования устного медицинского дискурса |

Пациент: Дочка одна с двумя детьми. Это все я одна!**Врач:** В самый трудный момент! (эмпатия)

Цели нарративов о начале заболевания включают сообщение необходимой врачу информации и экспликацию собственного эмоционального состояния или отношения в связи с заболеванием. Такие нарративы представлены двумя структурными типами. В первом случае повествование вводится генерализованным высказыванием в прошедшем времени, которое может включать оценку пациентом сложившейся ситуации (аксиологическая оценка — *Вы знаете, немножко я запустила болезнь; эпистемическая оценка — Думала сначала, что это аллергия просто*). В дальнейшем развитие нарратива происходит путем перечисления предпринятых пациентом в этой связи действий. На последнем этапе, как правило, констатируется результат, либо оценка ситуации больным: *Заболел я... Грузчиком работал и застудился. Вот эти морозы были когда, в конце марта. Я весь март, 30 градусов в вагоне... И вот в этот момент... легкие себе застудил*. В отличие от нарративов о пройденном лечении такие нарративы носят личностный характер, так как субъектом действий выступает сам пациент.

Во втором типе нарратива перечисляются нарративные действия, после чего констатируются результаты/оценка события: *Я сначала сахар лечила, выписали глибенкламид, купила, пропила. Пошла с сахаром, а тут вот оказалось... вторая беда*. Для нарративов о начале заболевания также характерно использование параллельных и эллиптических конструкций, повторов, чужой речи.

Коммуникативной целью нарративов о причинах/мотивах обращения к врачу выступает сообщение информации. Нарративы этого типа структурно, формально и содержательно близки к предыдущей разновидности. Такие нарративы, как и нарративы о начале заболевания инициируются врачом и включают мотив/причину обращения к врачу, перечисление нарративных действий и результат описанных действий:

Врач: Скажите, пожалуйста, что заставило обратиться к врачам?**Пациент:** А меня послали анализы сдавать, флюорографию делать. Повторно рентген. Там что-то в правом боку там обнаружили. Вот и все.

Нарративы данного типа носят, как правило, безоценочный характер и могут быть квалифицированы как нарративы-отчеты.

Нарративы о происшествиях (травмах, авариях и т. п.) информируют врача о событиях, происшедших с пациентом в прошлом. Они обычно инициированы врачом и включают три структурные части: резюмирующее заявление (макропропозиция нарратива), перечисление нарративных действий в прошедшем времени, констатация результата/исхода/оценки события: *Я еще это... несколько раз ребра ломал. Я доставал там что-то, перегнулся и упал через перила. Я даже к врачу не обращался, ничего так, сам перевязывал и хожу так на работу*.

По своим структурным, содержательным и формальным признакам нарративы о пройденном обследовании сходны с нарративами о пройденном лечении. Однако, в отличие от последних, они, как правило, носят оценочно нейтральный характер и направлены только на предоставление информации. Нарративы данного типа представляют собой наррати-

вы-отчеты, включающие перечисление действий пациента (объективных фактов, их деталей), выражаемых при помощи прошедшего времени: *Сначала мне сделали УЗИ. Потом ФГС прошел. А затем к Вам направили*. Они могут включать эпистемическую оценку (мнение пациента), реже отрицательную аксиологическую оценку в адрес медицинских учреждений или их агентов, чужую речь: *У Вас мне делали рентген. Там у них плохо получилось. Ну, они сказали, что аппарат плохо работает. И они мне написали томограмму, второй раз делали*.

Нарративы об образе жизни (режиме питания/диете, порядке дня и т. п.) обычно направлены на информирование врача и в плане содержания представляют собой либо нарративы о типичных действиях, либо гипотетические нарративы. В них используется грамматическое настоящее время изъявительного наклонения, условное наклонение. Структурно они организованы как перечисление нарративных действий, могут включать эллиптические, односоставные, незаконченные предложения, повторы: *Ну, я не могу сказать, чтобы я все могла поест... Приходится придерживаться диеты все время. Если я же, как сказать, не буду придерживаться диеты, а диета это так просто все на воде... Каши*.

В нарративах о перенесенных заболеваниях также сообщается релевантная для ситуации общения информация. Они включают перечисление нарративных действий в прошлом и отнесены нами к нарративам-отчетам в связи с отсутствием в них аксиологической оценки. Такие повествования могут включать оценку эпистемической достоверности, сопровождающую экспликацию представлений пациента: *Ну, гастрит был, очаговая пневмония была. В прошлом году гриппом заболел, думаю, вирус какой-то подхватил. Провалился две недели*.

Проведенное исследование показало, что нарративы врача менее характерны для медицинского дискурса и представлены, в основном двумя разновидностями — прескриптивными гипотетическими нарративами на этапе рекомендаций обследования и лечения и нарративами о происшествиях/событиях в личной жизни или врачебной деятельности. Первые выполняют функции сообщения необходимой информации, конструирования самодентичности врача и его самопрезентации. Гипотетический характер излагаемой информации акцентируется, как правило, путем использования сослагательного наклонения, модальных глаголов:

Врач: Мы обязаны Вам предложить оперативное лечение. Мы можем это сделать эндоскопически. Мы можем это сделать через прокол, подойти, осмотреть, что это. И если мы не ошибаемся в диагнозе, то, соответственно, пропунктировать, и это образование пропадет.

Нарративы второго типа нацелены на выполнение преимущественно прагматических задач — стабилизацию эмоционального состояния пациента, сокращение коммуникативной дистанции, а также самопрезентацию врача:

Пациент: Мы на Кипр в августе ездили. Может, не надо было?**Врач:** Нет, в Вашем состоянии это не противопоказано. Я тоже там была два года назад. Климат приятный, вода чистая. Мне понравилось.

В ходе исследования обнаружена закономерность между определенными типами нарративов, используемыми паци-



НАРРАТИВНЫЙ ПОВОРОТ / NARRATIVE TURN

ЖУРА Виктория Валентиновна / Victoria ZHURA

| Нарратологические исследования устного медицинского дискурса |

ентами и врачами, и типами коммуникативных событий, в рамках которых они продуцируются. Например, для такого коммуникативного события, как повторная консультация, более типичны нарративы о происшествиях, об образе жизни в сравнении с первичной консультацией. Наблюдалась вариативность и в плане содержательного и формально-структурного аспектов однотипных нарративов, создаваемых в ходе первичной и повторной консультаций. К специфике нарративов пациента, продуцируемых во время повторного приема, относится более личностный и тематически менее связанный с проблемами, обсуждаемыми во время консультации, характер сообщаемой информации, а также зачастую более интенсивная эксплицитная эмоциональная оценка. В последнем случае для нарративов характерно, как правило, элиминирование собственного Я из контекста высказывания путем использования неопределенно-личных предложений, а также использование генерализованных номинаций (название лишь профиля специалиста) при обозначении агентов медицинского деятели:

Пациент: *Я попадала под аварию. Поехали за грибами... на мотоцикле. А тут ехал пьяный и на нас наехал. Я оказалась под трактором как раз.*

(2) Э, что-то они там замудрили меня, этот, как его зовут, туберкулезник! Где уже только я не была! Меня загоняли уже!

Подводя итоги основным тенденциям нарратологического исследования устного медицинского дискурса, подчеркнем, что нарративы пациентов являются важным источником формирования интегрированного представления о них, так как именно в этих формах происходит концептуализация жизненного и медицинского опыта больных, причин их обращения к врачу, экспликация их психоэмоционального состояния, а также их самоидентификация, что уже само по себе обладает терапевтическим эффектом. Врач также может выступать автором нарративных последовательностей (гипотетические нарративы в прескриптивной части, нарративы о происшествиях из личной жизни). Однако, в большинстве случаев врач выступает сонарратором, используя для совместного конструирования рассказов следующие речевые действия: вопросы, определяющие дальнейшее развитие обсуждаемой тематики, повторы, используемые для демонстрации участия и согласия, суммирование сказанного и т. д.

В связи с тем, что нарратив в медицинской коммуникации носит скорее диалогический, чем монологический характер, важнейшей задачей современной лингвистики является установление содержания нарративных компетенций врача и пациента, а также способов их развития для обеспечения эффективного решения задач, стоящих перед практической медициной в целом.

