

УДК 821.161.1.09+929
ББК 81.2 Рус-5

Е. А. Пономаренко
Симферополь, Россия

E. A. Ponomarenko
Simferopol, Russia

**КЛАССИФИКАЦИЯ РЕЧЕВЫХ ЖАНРОВ
ИНСТИТУЦИОНАЛЬНОГО (МЕДИЦИНСКО-
ГО) ДИСКУРСА (НА МАТЕРИАЛЕ ПРОИЗВЕ-
ДЕНИЙ РУССКИХ ПИСАТЕЛЕЙ-ВРАЧЕЙ)**

**THE CLASSIFICATION OF SPEECH GENRES
USED IN THE SPHERE OF INSTITUTIONAL
(MEDICAL) DISCOURSE (BASED ON WORKS
BY RUSSIAN WRITERS-DOCTORS)**

Аннотация. В статье предлагается типологическая классификация речевых жанров, обслуживающих сферу институционального (медицинского) дискурса, обосновывается применимость понятия «парадигмы» в медицинском дискурсе. Отмечается, что дисциплинарная матрица, которая представляет собой совокупность парадигм и парадигмальных отношений внутри какой-либо научной дисциплины, структурирует модель институционального дискурса.

Ключевые слова: типологическая классификация, институциональный дискурс, анамнез, парадигмальный, речевой жанр.

Abstract. In the article the typological classification of speech genres used in the sphere of institutional (medical) discourse is first presented. In the article the applicability of concept "paradigms" in the medical discourse is substantiated. It is marked that paradigmatic units stipulating paradigmatics of medical discourse can be subdivided into two types: 1) basic paradigms functioning in the common model of anamnesis, and 2) highly specialized patterns related to certain aspects of common paradigms. Based on the concept of disciplinary matrix, which is a set of paradigms and paradigmatic relations in some scientific discipline, its leading role in patterning the model of institutional (medical) discourse is stated. It is marked that paradigmatics as a methodological basis of clinical discourse is revealed at a level of speech as well.

Keywords: typological classification, institutional discourse, paradigm, anamnesis, paradigmatic, speech genre.

Сведения об авторе: Пономаренко Елена Аликовна, кандидат филологических наук, доцент кафедры русского языка.

Место работы: Крымский государственный медицинский университет им. С. И. Георгиевского.

E-mail: altai2005@yandex.ru

About the Author: Ponomarenko Elena Alikovna, Ph.D., Associate Professor of Department of Russian Language. Place of employment: Crimean State Medical University named after S. I. Georgievsky.

Цель настоящей статьи – предложить типологическую классификацию речевых жанров институционального дискурса, основанную на парадигмальном подходе к теории речевых жанров, а также продемонстрировать связанность и взаимообусловленность речевых жанров в рамках диалогического единства. Статья выполнена на материале художественных произведений писателей-врачей конца XIX – первой четверти XX вв. (А. П. Чехова, В. В. Вересаева, М. А. Булгакова). Поскольку материалом исследования являются фрагменты институционального медицинского дискурса, зафиксированные в художественных произведениях избранного периода, появляется возможность анализировать речевые жанры в культурно-исторической динамике, обнаруживая их типологическую стабильность.

Одним из главных путей к уточнению понятия *речевого жанра* является создание типологии жанровых форм. О необходимости создания наиболее полной классификации речевых жанров говорили и говорят

многие отечественные и зарубежные исследователи (В. В. Дементьев, Ф. С. Бацевич, А. А. Кибрик, Т. В. Шмелёва): «Проблема классификации РЖ, выделения типов РЖ, наряду с вопросами, что такое речевой жанр, что является и что не является речевым жанром и где границы между речевым жанром и смежными, более или менее генетически близкими явлениями, относится к наиболее важным и актуальным проблемам теории речевых жанров. В то же время классификация речевых жанров – одно из наиболее сложных и дискуссионных направлений современной ТРЖ» [1 : 155]. В настоящее время данная проблема остается по-прежнему нерешённой, поскольку *речевые жанры* по своей сути трудно поддаются систематизации в виду их многообразия, а также текучести их границ: «До сих пор не существует общепринятой типологии РЖ – в лучшем случае это списки РЖ, по возможности подробные» [1 : 156].

Несмотря на отсутствие единой общепринятой типологии речевых жанров, многие

лингвисты внесли свой индивидуальный вклад в разработку проблемы классификации речевых жанров (Н. Д. Арутюнова, Т. Г. Винокур, А. Вежбицкая, В. В. Дементьев, М. В. Панов, К. Ф. Седов, О. Б. Сиротина, М. Ю. Федосюк, Е. И. Шейгал, Т. В. Шмелёва и др.). Детальный обзор типологии речевых жанров представлен в работе В. В. Дементьева «Теория речевых жанров». Глубокий анализ существующих точек зрения по этому вопросу свидетельствует о том, что типология речевых жанров в современной лингвистике сводится к трём концепциям: 1) коммуникативно-речевой (интенциональной), ориентированной на признаки коммуникации, целеустановку; 2) функционально-стилистической; 3) социо-прагматической.

Разграничение речевых жанров по принадлежности к определённым типам дискурса (личностно-ориентированного и статусно-ориентированного) помогает классифицировать всё многообразие коммуникативных ситуаций в потоке повседневного общения. Поддерживая идею М. М. Бахтина, В. В. Дементьева, В. И. Карасика о том, что за разными сферами речевого взаимодействия коммуникантов закреплён определённый репертуар жанров, предложим собственную классификацию речевых жанров, в основе которой лежит **парадигмальный подход**.

Парадигмальность, выступая методологической основой клинического дискурса, обнаруживает себя и на уровне речи. Иллокутивная направленность медицинского дискурса заключается в сборе анамнеза. В медицинской науке **анамнез** (от греч. *anamnesis* – воспоминание), определяется как «совокупность сведений, получаемых при медицинском обследовании путём расспроса самого обследуемого и / или знающих его лиц. Изучение анамнеза, как и расспрос в целом, не просто перечень вопросов и ответов на них. От стиля беседы врача и больного зависит та психологическая совместимость, которая во многом определяет конечную цель – облегчение состояния пациента» [2 : 15]. Как видно из представленного определения, основополагающим для составления картины заболевания и достижения терапевтической цели выступает медицинский дискурс, то есть живое непосредственное речевое взаимодействие врача и пациента.

По анамнезу можно установить, как реагировал организм больного на все те внешние условия жизни и вредности, которые были в его прошлом. Анамнез включает показания самого больного, его близких и окружающих. Ценность анамнеза субъективна и различна в зависимости от индивидуальности опрашиваемого. «Анамнез врачу не-

обходимо вести активно, то есть, дав больному высказать свои основные жалобы, в дальнейшем самому вести опрос, пользуясь какой-нибудь **схемой** (выделено нами)» [3 : 594]. Анамнез включает в себя четыре обширных информационных блока: отдалённый анамнез, ближайший анамнез, профессиональный анамнез и социальный анамнез. Все они реализуются «в порядке **последовательности** (выделено нами)» [3 : 594–595], причём «профессиональный анамнез **без резких границ** (выделено нами) переходит в анамнез социальный» [3 : 596], обнаруживая этим одну из основных характеристик дискурса – непрерывность.

Собственно клиническим дискурсом (в рамках медицинского) является ближайший анамнез. Он «отвечает на вопросы, при каких условиях и каких симптомах развивалась настоящая болезнь до обращения к врачу, каковы основные жалобы, как функционировали главнейшие органы и каково было лечение. <...> Большое место в анамнезе занимают жалобы на боль, поэтому **нужно отметить** (выделено нами) характер болей, иррадиацию их, локализацию, стойкость, время их появления» [3 : 594]. При профессиональном анамнезе «обращается особое внимание на то, чтобы опрашиваемый <...> подчеркивал условия, специально характеризующие лично его работу, так как опрашиваемый далеко не всегда может правильно отметить и оценить специфические профессиональные вредности, то его **следует заставить тщательно изложить** (выделено нами) весь производственный процесс <...>, чтобы самому сделать необходимые заключения <...>. Собирая профессиональный анамнез, врач должен **выяснить мнение опрашиваемого** (выделено нами) о связи между тем или иным вредным моментом или вообще условиями профессионального труда с отдельными жалобами больного или отмечаемыми им функциональными изменениями» [3 : 597].

Таким образом, перед врачом стоит задача получить максимум информации о патологическом статусе, используя для этого определённые иллокуции. Поскольку диалогическое единство является основной структурной единицей дискурса, – вопросно-ответные единства, используемые в медицинском дискурсе, представляют собой последовательность иллокутивных актов. Содержание каждого иллокутивного акта определяется той единицей информации, подтверждение или неподтверждение которой хотят получить соотносимо с нозологической «сеткой» симптомов. Логические принципы конъюнкции или дизъюнкции, лежащие в ос-

нове такого расспроса, формируют схему, или структуру, и эта «комбинаторная изменчивость простых форм образует эмпирическое разнообразие» [4 : 225] патологической картины.

В парадигматике медицинского дискурса можно выделить два типа парадигмальных единиц: 1) базовые парадигмы, которые «используются в качестве моделей или примеров, могут заменять эксплицитные правила» [5 : 17], – они функционируют в общей модели анамнеза (отдалённого и ближайшего) и могут быть определены как стереотипные; 2) узкоспециальные шаблоны, относящиеся к отдельным аспектам общих парадигм. Как отмечается, «ближайший анамнез акцентируется на той системе заболевших органов, с жалобами на которые пришёл больной, и здесь различные специалисты имеют свой углубленный анамнез по каждой специальности (офтальмологи, отиатры, невропатологи, урологи и т. д.)» [3 : 597]. Учитывая более узкое понимание явления, его можно обозначить термином паттерн (англ. *pattern* — образец, шаблон). Паттерн характеризуется более узкой, специальной сферой применения и восходит к работам М. В. Йоргенсен и Л. Дж. Филипс, понимающим дискурс как «идею о том, что язык структурирован в соответствии с паттернами, которые обуславливают высказывания людей в различных сферах социальной жизни. Известные примеры – „медицинский дискурс“» [5 : 17]. Под паттернами в нашем случае следует понимать частные, конкретизирующие, парадигмальные структуры внутри дисциплины.

Для обозначения различных парадигмальных элементов Т. Куном был предложен термин «дисциплинарная матрица»: «дисциплинарная» потому, что она учитывает обычную принадлежность учёных-исследователей к определённой дисциплине; «матрица» – потому, что она составлена из упорядоченных элементов различного рода, причем каждый из них требует дальнейшей спецификации. Все или большинство предписаний из той группы предписаний, которую я <...> называю парадигмой, частью парадигмы или как имеющую парадигмальный характер, являются компонентами дисциплинарной матрицы. В этом качестве они образуют единое целое и функционируют как единое целое» [4]. В интересующем нас медицинском дискурсе диалогические единства продуцируются в соответствии с дисциплинарной матрицей научного медицинского знания согласно нозологической классификации и в соответствии со стадиями дискур-

сивного события (патологического процесса).

Иллокуция диалогического единства определяет концептуальное наполнение речевого жанра, оформляющего диалог, как более крупной, чем речевой акт, единицы. Так, например, *квеситив* как иллокутивный акт определяет речевой жанр *врачебного вопроса*, *реквестив* – РЖ *просьбы*, *инъюнктив* – РЖ *медицинского предписания*, *констатив* – РЖ *диагностирования и постановки диагноза* и т.д. При этом речевые жанры, обслуживающие сферу институционального дискурса, мы можем представить в виде следующей типологической классификации:

1) **аутентичные РЖ**, то есть соответствующие логико-смысловым моделям дисциплинарной матрицы (в речевом взаимодействии врача и больного это РЖ *жалобы*, *профессионального медицинского вопроса*, *указания при объективном исследовании*, *постановки диагноза*, *медицинской рекомендации*). Например: *Каждый день, как двенадцать часов, голова начинает болеть, потом жар как пойдёт... Часа два потреплет и отпустит* (М. Булгаков. Тьма египетская); – *Вот что, голубчик, – говорил я, постукивая по широчайшей тёплой груди, – у вас малярия. Перемежающаяся лихорадка...* (М. Булгаков. Тьма египетская); – *Разденьтесь. Поскорей, пожалуйста!.. – сказал Топорков и взял в руки молоточек* (А. Чехов. Цветы запоздалые); – *Ну, вот что, Черкасов: всё-таки нужно будет комнату от заразы очистить. Все подушки, одеяло, которым вы вчера покрывались, дайте нам; мы их вам завтра отдадим. И комнату нужно будет хорошенько полить и обрызгать* (В. Вересаев. Без дороги).

2) **комплементарные РЖ**, то есть жанры, непосредственно не относящиеся к институциональному дискурсу, но взаимно дополняющие его и составляющие некое функциональное единство. Подобные РЖ связаны с эмоционально-психологическим компонентом интеракции и с социальным анамнезом. «В этом процессе специального исследования человеческой личности врачу, наряду с клиническим материалом, неизбежно приходится расследовать также те стороны в положении больного, которые имеют социальное значение (то есть оказывают влияние на личность, как на единицу общественной среды)» [3]. В отличие от видов институционального дискурса, где коммуниканты являются равнокомпетентными, медицинский дискурс есть форма, в которой

комбинируются статусно-ролевая позиция врача и личностно-ролевая позиция пациента. В процессе диалогического единства эти ролевые отношения тесно переплетаются, благодаря чему становится возможным включение в институциональный дискурс жанров неинституционального дискурса, таких как РЖ просьбы, мольбы, убеждения. Например: *Маруся пошла навстречу Топоркову и, ломая перед ним руки, начала просить. Ранее она никогда и ни у кого не просила. – Спасите его, доктор! – сказала она, поднимая на него свои большие глаза. – Умоляю вас! На вас вся надежда!* (А.Чехов. Цветы запоздалые); *– Слушайте, дядя, – продолжал я вслух, – глотка дело второстепенное. Глотке мы тоже поможем, но, самое главное, нужно вашу общую болезнь лечить. И долго придётся лечиться – два года* (М. Булгаков. Звёздная сыпь).

3) **периферийные РЖ** – все РЖ, кроме комплементарных, которые необязательно могут появляться в институциональном дискурсе (например, РЖ предостережения, угрозы, инвективы, обвинения). Например: *Доктор осмотрел его локоть, подавил, вздохнул, чмокнул губами, потом опять подавил. – Бить тебя, баба, да некому, сказал он. – Отчего ты раньше его не приводила? Рука-то ведь пропащая! Гляди-кась, дура, ведь это сустав болит!* – Вам лучше знать, батюшка... – вздохнула баба (А. Чехов. Беглец).

4) **экстернальные, или внеположные РЖ**, то есть принципиально невозможные для данного типа дискурса или как минимум для одного из коммуникантов. Например, в речевой модели «врач – пациент» не может присутствовать РЖ осуждения, хвастовства и т.п. со стороны врача, так как это противоречит принципам медицинской этики; невозможен РЖ светской беседы как лишённый институциональных признаков или РЖ соболезнования, в случае, если объектом является сам пациент, ввиду отсутствия диалогического единства.

В качестве характерного примера связанности и взаимообусловленности речевых жанров можно привести следующие контексты: 1) жанр жалобы → жанр постановки диагноза → жанр рекомендации (может быть жанр обвинения, убеждения) → жанр благодарности; 2) жанр постановки диагноза → жанр рекомендации → (жанр отказа от лечения) → (жанр отказа от лечения). Например: 1) – *В чём дело? Снимите шубу. Откуда вы?* → (жанр жалобы) *Лихорадка замучила, ответил больной и скорбно глянул. Каждый день, как двенадцать часов, голова начинает болеть, потом жар как пойдет... Часа*

*два потреплет и отпустит. «Готов диагноз» – победно звякнуло у меня в голове → (жанр постановки диагноза) – Вот что, голубчик, – говорил я, постукивая по широчайшей теплой груди, – у вас малярия. Перемежающаяся лихорадка... → (жанр рекомендации/совета) – У меня сейчас целая палата свободна. Очень советую лечиться ко мне. Мы вас как следует понаблюдаем. Начну вас лечить порошками, а если не поможет, мы вам впрыскивания сделаем. Добьемся успеха. А? Ложитесь? → (жанр благодарности) – Покорнейше вас благодарю! – очень вежливо ответил мельник. – Наслышаны об вас. Все довольны. Говорят, так помогаете... (Булгаков, Тьма египетская); 2) – *Когда же это случилось? – С неделю, батюшка, с неделю, милый... Выперло... И баба захныкала. Годовалого мальчишку она держала на руках, как полено, и у мальчишки этого левого глаза не было. Вместо глаза из растянутых, истонченных век выпирал шар желтого цвета величиной с небольшое яблоко. Мальчишка страдальчески кричал и бился, баба хныкала → (жанр постановки диагноза) «Что это такое...Мозговая грыжа...Гм...он живет... Саркома. Гм...мягковата...Какая-то невиданная, жуткая опухоль...Откуда же она развилась... Из бывшего глаза...А может быть, его никогда и не было...Во всяком случае сейчас нет» → (жанр рекомендации/совета) – Вот что, – вдохновенно сказал я, – нужно будет вырезать эту штуку...→ (жанр отказа от лечения) – Что резать? – спросила баба, бледнея. – На глазу резать? Нету моего согласия...→(жанр постановки диагноза) – Никакого глаза у него нету, – категорически ответил я, – ты гляди, где ж ему быть. У твоего младенца странная опухоль... (Булгаков, Третий глаз).**

Возникновение «нестандартной» ситуации способно вызвать отступление от общепринятого канона, разрушить профессионально заданную систему жанровых взаимодействий. Колебания в использовании тех или иных речевых жанров в речи врача и пациента, от жанров мольбы, просьбы, отказа от лечения в речи пациента к жанрам убеждения, утешения, обвинения в речи врача обусловлены различными экстралингвистическими обстоятельствами.

В пропорциональном соотношении набор аутентичных жанров уступает многообразию других, комплементарных и периферийных. Однако именно парадигма жанров, подчинённых целевым установкам медицинского дискурса, продиктованным дисциплинарной матрицей, является сдерживающим факто-

ром, конституирующим институциональный дискурс. Она позволяет врачу выстраивать диалогическую структуру в рамках заданной темы. Обусловленность речевых жанров клиническими (анамнезическими) парадигмами, имеющими логико-смысловой алгоритм, позволяет констатировать явление связанности и взаимообусловленности речевых жанров между собой, продуцирования жанровых цепочек в речи.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Дементьев В. В. Теория речевых жанров. М. : Знак, 2010. 600 с.
2. Энциклопедический словарь медицинских терминов / гл. ред. Б. В. Петровский. М. : Советская энциклопедия. Т. 1. 1982. 350 с.
3. Большая Медицинская Энциклопедия / гл. ред. Н. А. Семашко. Т. 1. А – ANSA. М. : Советская Энциклопедия, 1928. 796 с.
4. Кун Т. Структура научных революций М. : ООО «Издательство АСТ», 2002. 608 с.
5. Йоргенсен М. В., Филипс Л. Дж. Дискурс-анализ. Теория и метод / пер. с англ. и науч. ред. А. А. Киселёвой. 2-е изд., испр. Харьков : Изд-во Гуманитарный центр, 2008. 352 с.

6. Карасик В. И. О типах дискурса // Языковая личность : институциональный и персональный дискурс. Волгоград : Перемена, 2000. С. 5–20.

REFERENCES

1. Demytyev V. V. *Teoriya rechevikh zhanrov* [Theory of speech genres]. Moscow, 2010. 600 p.
2. Enciklopedicheskiy slovar medicinskih terminov [Encyclopedic Medical Terminology dictionary]. Vol. 1. Moscow, 1982. 350 p.
3. Bolshaya Medicinskaya Enciklopediya [Great Medical Encyclopedia]. Vol. 1. A – ANSA. Moscow, 1928. 796 p.
4. Kun. T. *Struktura nauchnih revoluciy* [The Structure of Scientific Revolutions]. Moscow, 2002. 796 p.
5. Yorgensen M. Filips L. *Diskurs-analiz. Teoriya i metod* [Discourse Analysis as Theory and Method. Ed. A.A. Kiseleva]. Kharkov, 2008. 352 p.
6. Karasik V. I. O tipah discursa [About types of discourse]. *Yazikovaya lichnost: instituzionalny i personalny discurs* [Language personality: institutional and personal discourse]. Volgograd, 2000, pp. 5–20.

Статья получила положительные анонимные рецензии от двух докторов наук, компетентных в обсуждаемой проблематике