

0 7 2 3 4 5 1 - 1

На правах рукописи

БЕЙЛИНСОН Любовь Семеновна

**ХАРАКТЕРИСТИКИ
МЕДИКО-ПЕДАГОГИЧЕСКОГО ДИСКУРСА
(на материале логопедических рекомендаций)**

10.02.19 — теория языка



АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени
кандидата филологических наук

Волгоград — 2001

Работа выполнена в Волгоградском государственном педагогическом университете.

Научный руководитель	доктор филологических наук, профессор <i>В.И.Карасик</i> .
Официальные оппоненты:	доктор филологических наук, профессор <i>А.Г.Баранов</i> ; кандидат филологических наук, доцент <i>Г.Г.Сльишкин</i> .
Ведущая организация	Саратовский государственный университет.

Защита состоится 24 мая 2001 года в 14 часов на заседании диссертационного совета Д 212.027.01 в Волгоградском государственном педагогическом университете (400131, г. Волгоград, пр. Ленина, 27).

С диссертацией можно ознакомиться в научной библиотеке Волгоградского государственного педагогического университета.

Автореферат разослан 18.04 2001 г.

НАУЧНАЯ БИБЛИОТЕКА КГУ



0000136507

Ученый секретарь
диссертационного совета
доктор филологических наук,
профессор

Т.А.Ивушкина

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Данная работа выполнена в русле исследований, посвященных типам институционального дискурса. **Объектом изучения** является медико-педагогический дискурс — профессиональное общение логопеда с ребенком-пациентом и его родителями с целью оказания специальной медицинской помощи по исправлению дефекта речи. В качестве предмета анализа рассматриваются социолингвистические, прагматические и структурно-семантические характеристики данного дискурса.

Актуальность работы объясняется следующими причинами: 1) теория дискурса является одним из наиболее активно развивающихся направлений коммуникативной лингвистики; типы, жанры, категории дискурса изучены еще недостаточно; 2) медико-педагогический дискурс как особое промежуточное образование, соединяющее в себе характеристики медицинского и педагогического типов дискурса, еще не был объектом лингвистического изучения; 3) лингвистическое описание профессионального общения учителя-логопеда представляется важным как в теоретическом, так и в практическом отношении для совершенствования подготовки логопедов и оптимизации их деятельности.

Гипотеза предпринятого исследования заключается в следующем: медико-педагогический дискурс объективно выделяется в системе институционального дискурса на основании определенных признаков; этот дискурс представляет собой неоднородное образование, в составе которого существует ряд жанров, и характеризуется определенными социально-ролевыми, коммуникативными и структурно-семантическими особенностями.

Целью данного исследования является комплексная характеристика медико-педагогического дискурса. Для выполнения поставленной цели в работе решаются следующие задачи:

1) определить системообразующие признаки медико-педагогического дискурса и установить его место в системе институционального дискурса;

2) построить классификацию жанров этого дискурса;

3) установить и охарактеризовать социально-ролевые, коммуникативные и структурно-семантические особенности профессионального общения логопеда.

Научную новизну мы усматриваем в комплексной социолингвистической, прагматической и структурно-семантической ха-

рактике медико-педагогического дискурса в системе институционального дискурса применительно к современной русской лингвокультуре.

Теоретическая значимость выполненной работы заключается в определении и уточнении понятий теории дискурса, а именно — параметров, типов и жанров институционального дискурса, в комплексной характеристике медико-педагогического дискурса как промежуточного образования.

Практическая ценность работы состоит в том, что ее результаты могут найти применение в практике профессиональной деятельности логопедов, а также в теоретических курсах по общему языкознанию, коррекционной педагогике, спецкурсах по теории дискурса, логопедии.

Материалом исследования послужил корпус текстов, полученных путем магнитофонных записей бесед пяти логопедов г. Волгограда с детьми, страдающими различными нарушениями речи, и их родителями. Общая длина совокупного текста бесед — 200 часов звучания.

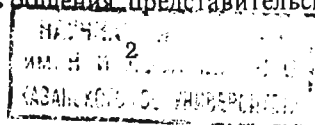
Методы исследования — интроспективный, понятийный и интерпретативный анализ дискурса, а также включенное наблюдение.

В данной работе мы опираемся на следующие положения, доказанные в лингвистической литературе:

1. Выделяемые на основании социолингвистических признаков типы речи характеризуются взаимосвязанными и взаимообусловленными коммуникативными и системно-структурными особенностями; такое выделение отражает объективную организацию языка как средства общения представителей различных социальных (в том числе и профессиональных) групп (Баранникова, 1970; Брайт, 1975; Лабов, 1975; Белл, 1980; Бондалетов, 1987; Крысин, 1989; Гаспаров, 1996; Мечковская, 1996; Семенов, 1999; Дементьев, 2000; Лемякина, Стернин, 2000).

2. Коммуникативный подход к языку ставит в центр лингвистического анализа дискурс — текст, погруженный в ситуацию общения (ван Дейк, 1988; Арутюнова, 1990; Баранов, 1993; Степанов, 1995; Водак, 1997; Макаров, 1998; Борботько, 1999; Иссерс, 1999; Романов, Черепанова, 1999; Седов, 1999; Кубрякова, 2000; Лузина, 2000; Слышкин, 2000).

3. Институциональный дискурс, т.е. дискурс, определяемый типами сложившихся в обществе социальных институтов, характеризуется рядом лингвистически релевантных признаков, из которых важнейшими являются цель общения, представительская коммуникатив-



ная функция его участников и фиксированные типовые обстоятельства общения (Карасик, 1998; Попова, 1995; Ковшикова, 1997; Коротеева, 1999; Михайлова, 1999; Сыщиков, 2000; Шейгал, 2000).

На защиту выносятся следующие положения:

1. В системе типов институционального дискурса объективно выделяется медико-педагогический дискурс как промежуточный тип дискурса, обладающий качествами как медицинского, так и педагогического типов дискурса, и его отличительная особенность состоит в специфической избирательной комбинаторике этих качеств.

2. К важнейшим социолингвистическим характеристикам медико-педагогического дискурса относятся следующие: 1) цель — оказание профессиональной логопедической помощи ребенку, страдающему дефектами речи, для его полноценной социализации в обществе; 2) участники — логопед, ребенок-пациент и его родитель; 3) хронотоп — занятие в лечебном либо дошкольном воспитательном учреждении; 4) ценности — здоровье (и его антипод — дефект речи), обучение и развитие личности ребенка; 5) стратегии типа дискурса — диагностика, лечение и рекомендация, а также объяснение, оценка, контроль, содействие и организация; 6) жанры — жалоба родителей пациента, диагностирующая беседа, индивидуальное и групповое вербальное лечение, логопедическая рекомендация, консилиум.

3. Прагмалингвистические характеристики медико-педагогического дискурса включают базовые интенции коммуникантов, жанровые стратегии дискурса и его тональность. Применительно к жанру логопедической рекомендации базовой интенцией логопеда является директивное воздействие на пациента и его родителя, осуществляемое через следующие коммуникативные стратегии: причинно-объясняющую, демонстративно-комментирующую, конструктивно-убеждающую, превентивно-убеждающую, инструктирующую. Тональность логопедической рекомендации отличается комбинаторикой признаков официальности, контролируемости и доброжелательности.

4. Основные структурно-семантические характеристики медико-педагогического дискурса сводятся к его следующим особенностям: 1) фонетическим (особая артикуляционная четкость, замедленный темп речи и др.); 2) лексико-фразеологическим (использование терминов, профессиональных клише, автологическое употребление слов, наглядно-образное обозначение профессионально-предметной сферы); 3) текстуально-грамматическим (описание как доминирующий

функционально-смысловой тип речи, коммуникативы как метатекстовые знаки, семантическое осложнение личных местоимений, рэюмирование).

Результаты исследования получили апробацию на научных конференциях «Проблемы обучения иностранных граждан на современном этапе: лингвистические и методические» (Волгоград, 2000), «Развитие и взаимодействие национальных культур как фактор стабильности межетнических отношений в полиэтническом регионе» (Астрахань, 2000), «Язык, познание, культура на современном этапе развития общества» (Саратов, 2001), на ежегодных конференциях преподавателей в Волгоградском государственном педагогическом университете (2000, 2001), на заседаниях научно-исследовательской лаборатории ВГПУ «Язык и личность». Материалы диссертации представлены в пяти публикациях.

Структура работы. Диссертация состоит из введения, трех глав, посвященных соответственно социолингвистическим, прагмалингвистическим и структурно-семантическим характеристикам медико-педагогического дискурса, заключения и библиографии.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

В главе первой «Социолингвистические характеристики медико-педагогического дискурса» рассматриваются признаки дискурса как предмета лингвистического изучения, институционального дискурса и его типов, подробно освещаются специфические качества медицинского и педагогического типов дискурса и определяются особенности общения логопеда с ребенком-пациентом и его родителем.

В работе выделяются четыре подхода к пониманию дискурса: 1) дискурс как речь или общение (предельно широкое понимание); 2) дискурс как текст с приращением новой информации (оппозиция между дискурсивными и рекурсивными высказываниями, по В.Г. Борботько); 3) дискурс как общение посредством текста, как текст + коммуникативно значимые обстоятельства его реализации (Н.Д. Арутюнова); 4) дискурс как форма разговорной речи, максимально отклоняющаяся от грамматически и логически стандартного текста, спонтанная и непонятная для посторонних (О.Б. Сиротина). С позиций социолингвистики наиболее приемлемым признается подход к дискурсу, учитывающий текст и коммуникативные обстоятельства об-

щения, которые можно разделить на два основных типа: определяющие персональное (лично ориентированное) либо институциональное (статусно-ориентированное) общение (В.И. Карасик). Отмечается, что список типов институционального дискурса достаточно подвижен, исторически изменчив и может включать как четко очерченные, канонические типы (политический, религиозный, педагогический, научный, медицинский и др.), так и сложные для определения типы, например, спортивный дискурс, который выделяется по социологическому основанию, но соответствует не всем признакам «усредненного» институционального дискурса, а также массово-информационный дискурс, который стремительно расширяется, объединяя в себе признаки других типов дискурса. Сюда же относится и дискурс промежуточного типа, в том числе медико-педагогический, представленный в устных текстах и типовых ситуациях общения логопеда с ребенком-пациентом и его родителем.

Институциональный дискурс противопоставлен персональному по признаку личной либо представительской ориентации субъектов общения. Вместе с тем не существует абсолютно личного и абсолютно статусного общения, институциональность имеет градуальный характер. Можно построить условную шкалу, на которой могут быть расположены типы институционального дискурса. Педагогический дискурс включает, например, больше элементов личного общения, чем юридический или дипломатический. Институциональный дискурс строится по определенному трафарету: цель общения жестко детерминирует тематику и тональность дискурса. Вместе с тем в реальном общении неизбежны отклонения от трафарета, и в этом смысле пространство институционального дискурса также поддается градуальному сопоставлению: существуют мягкие и жесткие разновидности институционального дискурса, к первым относятся, например, медицинская рекомендация, ко вторым — церковная служба. Это различие имеет место как между типами дискурса, так и между жанрами одного и того же типа.

Обзор исследований, посвященных изучению типов институционального дискурса (политического, научного, делового, рекламного, религиозного и др.), показывает, что институциональный дискурс любого типа имеет полевое строение, в центре которого находятся жанры, максимально соответствующие его назначению, в то время как в периферийных жанрах наблюдается взаимопроникновение различных типов дискурса (например, переплетение научного и политического дискурса в публикациях по методологии науки). При изуче-

нии типов институционального дискурса нельзя обойти проблему соотношения типа дискурса и функционального стиля. Существующие концепции функциональных стилей основаны на двух важнейших допущениях: во-первых, предметом изучения является письменный текст, противопоставляемый разговорной речи (выделяются несколько функциональных стилей письменной речи и разговорный стиль), и, во-вторых, исходным моментом для определения функционального стиля является совокупность языковых средств, используемых в рамках этого стиля. Так, например, при анализе научного стиля выделяются собственно научный, научно-учебный, научно-технический, научно-публицистический, научно-информационный и научно-разговорный подстили (Р.С.Аликаев). Социолингвистический подход к анализу дискурса состоит в том, что определяющую роль при его анализе играют параметры общения, включающие характеристику участников, цели, ценности, хронотоп как единство времени и места (В.И.Карасик). Различные типы институционального дискурса обнаруживают специфику применительно к субъектам общения: например, есть классические типы дискурса, в которых выделяются коммуникативные диады «агент — клиент» института, т.е. полноправный представитель института и человек, обращающийся в этот институт для решения своей проблемы либо являющийся объектом институционального воздействия (врач и пациент, политик и избиратель), но есть и типы институционального дискурса, характеризующиеся принципиальным институциональным равенством, например, это деловое общение профессионалов или научный дискурс. Общение агентов институционального дискурса наблюдается практически в любом его типе, наличие клиентов характерно лишь для некоторых типов дискурса, например, для религиозного, педагогического и медицинского.

При характеристике институционального дискурса в социолингвистическом плане мы анализируем следующие параметры этого дискурса: 1) цель; 2) участники; 3) хронотоп; 4) ценности; 5) стратегии; 6) жанры.

Социолингвистические характеристики медико-педагогического дискурса, который конкретизируется в общении логопеда с пациентом и сопровождающим ребенка родителем, сводятся к общим признакам институционального дискурса и специфическим качествам медицинского и педагогического типов дискурса.

Конститутивные признаки институционального дискурса — это: 1) специфическая цель общения, заключающаяся в решении опреде-

ленных проблем, которые и обусловили существование соответствующего института (борьба за власть в политическом дискурсе, сбыт продукции — в рекламном, оказание медицинской помощи — в медицинском, социализация новых членов общества — в педагогическом и т.д.); 2) специфические обстоятельства общения, происходящего в рамках определенного социального института, и вытекающие отсюда официальность стиля, жесткая заданность тематики, наличие институциональных символов (белый халат врача, указка учителя, облачение священника); 3) специфические характеристики участников общения — представляющих институт агентов и обращающихся в институт клиентов, выступающих в представительской статусно-ролевой функции; 4) специфические характеристики текстов, которые содержат знаки принадлежности агентов к социальному институту, прямо или косвенно выражают ценности этого института, соответствуют сложившимся жанрам в рамках определенного типа дискурса. Наряду с конститутивными признаками институциональный дискурс в его конкретном проявлении неизбежно включает нейтральные признаки, которые относятся к любым типам дискурса и характеризуют общение как таковое, а также признаки, которые свойственны другим типам институционального или персонального дискурса, но спорадически встречаются в данном типе институционального дискурса (элементы научного дискурса — в медицинском, элементы религиозного — в педагогическом, элементы педагогического — в политическом, элементы делового — в рекламном и т.д.). Выделяются и промежуточные типы институционального дискурса, органически включающие на всем пространстве своих жанров характеристики двух (а возможно, и более) типов дискурса. К таким типам относится медико-педагогический дискурс, представленный в общении логопеда с пациентом.

Медико-педагогический дискурс базируется на следующих признаках медицинского дискурса: 1) участниками медицинского дискурса являются медики и пациенты, при этом существует разветвленная специализация медиков как по горизонтали (специальности врачей), так и по вертикали (врачи, медсестры, санитары); 2) обстоятельства медицинского общения характеризуются высокой степенью символичности (наличие клятвы Гиппократова, белые халаты, медицинские инструменты, личные печати врачей, кабинет врача); 3) ценности медицинского дискурса сводятся к раскрытию основных концептов этого дискурса — здоровья и болезни, что отражается в специфических нормах медицинской этики; 4) стратегии медицинского дискурса

са вытекают из его цели — оказать помощь заболевшему человеку и сводятся к диагностике, лечению и рекомендации; наблюдается вариативность этих стратегий в зависимости от типа заболевания и требуемой медицинской помощи; диагностирующая и рекомендующая стратегии медицинского дискурса непременно вербализуются, лечащая стратегия вербализуется факультативно (непременно в случаях психиатрического и логопедического лечения); 5) медицинский дискурс характеризуется высокой степенью суггестивности, врач должен внушать пациенту доверие и формировать установки, способствующие успешному лечению; 6) особую значимость в медицинском дискурсе имеет речевое действие «директив», выражаемое как совет, рекомендация, инструкция, запрет, приказ; 7) в медицинском дискурсе выделяются различные устные и письменные жанры: 1) диагностирующая консультация; 2) жалоба пациента; 3) карта анамнеза; 4) справки объективной медицинской экспертизы (расшифровка кардиограммы, анализ крови, рентгенограмма и т.д.); 5) медицинский консилиум; 6) вербальное лечение; 7) медицинская рекомендация; 8) рецепт; 9) медицинская справка (больничный лист); 10) эпикриз. Эти жанры выделяются на основании следующих критериев: 1) устный либо письменный способ общения; 2) документальность; 3) ситуативная инициатива участников общения; 4) количество агентов дискурса; 5) временная направленность. Установленные критерии имеют различную природу и в самом общем плане сводятся к трем группам: форма дискурса, документальность, ситуативно-ролевые характеристики коммуникантов.

Медико-педагогический дискурс основан на следующих признаках педагогического дискурса: 1) участники педагогического дискурса — учитель, подготовленный в личностном, предметном и профессиональном отношениях осуществлять социализацию нового члена общества, и учащийся, который должен получить необходимые знания, умения и навыки, чтобы стать полноправным членом общества; 2) речь учителя характеризуется двумя основными признаками — умением доступно и ясно излагать материал любой сложности на литературном кодифицированном языке и правом объективно оценивать достижения учащегося, осуществляя функцию социального контроля над становлением личности ребенка или подростка; 3) хронотоп педагогического дискурса отличается высокой степенью символизации и ритуализации; 4) ценности этого дискурса сводятся к признанию и закреплению социальных традиций, зафиксированных в систематизированном знании законов общества и природы; в педа-

гогическом дискурсе эксплицитно выражены моральные ценности общества, 5) стратегии педагогического дискурса конкретизируют основную цель социализации человека — превратить этого человека в члена общества, разделяющего систему знаний, умений, норм и правил поведения этого общества, и сводятся к объяснению, оценке, контролю, содействию и организации; 6) жанры данного дискурса соответствуют реально сложившимся формам общения учителя (преподавателя) и учащихся — урок, лекция, семинар, экзамен, родительское собрание, беседа родителя и ребенка, учителя и ученика и т.д.

Специфика логопедического дискурса состоит в том, что его участниками являются логопед, ребенок-пациент и родитель ребенка. Логопед осуществляет лечение нарушений речи посредством обучения, поэтому многие характеристики медицинского и педагогического типов дискурса оказываются неразрывно слиты в данном промежуточном дискурсе. В общении логопеда с пациентами и их родителями можно выделить профессионально значимые пресуппозиции, текст и импликация. Пресуппозиции в сознании логопеда базируются на знании типичных дефектов речи, типичных сопутствующих заболеваний у детей, типичных форм поведения детей и их родителей, а также норм медицинской этики. Профессионально значимый текст в логопедическом дискурсе определяется следующими моментами: 1) тип нарушения речи у ребенка; 2) возрастная группа ребенка; 3) мотивация родителей; 4) образовательный статус родителей. Профессионально значимые импликации в речи логопеда сводятся к директивам, которые призваны убедить родителей систематически заниматься с ребенком специальными упражнениями дома, чтобы обеспечить успешное исправление дефектов речи.

В главе второй «Прагмалингвистические характеристики медико-педагогического дискурса (на примере жанра логопедической рекомендации)» анализируется логопедическая рекомендация как директивное речевое действие.

Прагмалингвистические характеристики медико-педагогического дискурса сводятся к его интенциям, коммуникативным стратегиям и типам тональности. Эти характеристики реализуются во всех жанрах рассматриваемого дискурса и развернуто представлены в жанре логопедической рекомендации.

Логопедическая рекомендация относится к директивным речевым действиям, суть которых состоит в выражении воли говорящего для оказания воздействия на адресата. Рекомендация представляет собой

развернутое выражение волеизъявления говорящего в ответ на вопрос, содержащий подразумеваемую или выраженную констатацию неблагоприятного положения дел и просьбу помочь исправить такое положение дел. Универсальные характеристики директива как класса речевых актов заключаются в его доминантной характеристике выражения воли адресанта, в признании адресантом способности адресата понять и выполнить то, что ему говорится, в праве адресата не выполнить обращенный к нему директив, в усилении директива обертонами различной аргументации — с позиций силы, здравого смысла, эмоционального воздействия, манипуляции, в смягчении директива средствами вежливости.

Предлагается классификация директивов по признакам: 1) степени категоричности; 2) организационной определенности желаемого действия; 3) статусного соотношения участников общения; 4) пропозиционального знака желаемого действия (утверждение либо отрицание, т.е. побуждение либо запрет); 5) первичности либо вторичности директива, т.е. выражения базового недифференцированного побуждения (непосредственный директив) либо осложненного директивного речевого действия (связанный директив); 6) эксплицитности (явное выражение) либо имплицитности (косвенность) директива; 7) мотивации побуждения, которое направлено на благо адресата либо ему во вред, либо является нейтральным.

В медицинском и педагогическом дискурсе категоричные прямые директивы играют исключительно важную роль, поскольку врач и учитель наделены правом осуществлять контроль над действиями пациента и учащегося. По признаку организационной определенности пропозиции можно противопоставить рецепты и инструкции, четко регламентирующие алгоритм, структуру действия, и приказы, просьбы, рекомендации, запреты, дающие возможность адресату самостоятельно структурировать действие. В медико-педагогическом дискурсе весьма распространены имплицитные директивы, которые маскируются либо недирективными речевыми актами, либо иными директивами. Рекомендация логопеда сводится к перечню действий, призванных исправить неблагоприятную ситуацию, и (факультативно) объяснению этих действий.

Общая структура директивного речевого действия может быть представлена следующим образом: 1) установление контакта (фатическая коммуникация); 2) определение статусных взаимоотношений (обычно невербальная операция); 3) объяснение директива; 4) собственно директив; 5) взятие на себя обязательств (комиссив); 6) реакция адресата на директив. Рекомендация логопеда строится в модаль-

ности долженствования. В текстовом воплощении логопедической рекомендации часто встречаются тавтологические реплики, назначение которых: 1) суггестивное воздействие на психику пациента; 2) демонстрация институционального статусного неравенства участников логопедического дискурса. Завершением рекомендации является речевое действие благодарности (этикетный речевой акт — экспрессив).

Например:

Логопед: Вам непременно нужно заниматься дома.

Родитель: Так, я понимаю. Нам нужно заниматься дома...

Логопед: Да, ежедневно, не менее четырех раз в день. Заниматься с ребенком нужно не более 10–15 минут: дольше ребенок не может концентрировать свое внимание, наступает повышенная утомляемость.

Родитель: М-м-м (*кивает*).

Логопед: Занятия нужно начинать с общей артикуляционной гимнастики, затем переходить к гимнастике на конкретный звук, для вас это звук Ш.

Родитель: М-м-м (*кивает*).

Логопед: Затем нужно произносить этот звук в слогах: ша-ша-ша, шу-шу-шу... Понимаете?

Родитель: Да. А сколько раз повторять слоги?

Логопед: Не менее пяти раз каждый слог. Каждый слог нужно произносить длительно, удлинять произношение согласного звука, например: ш-ш-ш-а-а...

Родитель: М-м-м (*кивает*).

Логопед: Затем переходим к произношению звука Ш в начале слова: шуба, шапка, шары... Работаем обязательно по альбому. (Примечание. Логопедический альбом — это набор дидактического материала на конкретные звуки: картинки с обозначением предметов, в названия которых входит тренируемый звук в различных позициях, подписи к картинкам — слова, словосочетания и короткие предложения, рифмовки; эти альбомы по заданию логопеда делают родители тех детей, у которых есть определенная патология речи.)

Родитель: Да она такая капризная, не хочет повторять несколько раз...

Логопед: Вы должны заинтересовать ребенка. (*Обращается к девочке.*) Если ты будешь плохо заниматься и не будешь слушаться бабушку, тебе Дед Мороз ничего не принесет на Новый год. Ты ведь хочешь получить подарок?

Девочка: Хочу (*кивает*).

Логопед: Вот, мы произносим звук Ш в начале слова и повторяем каждое слово несколько раз. Ты же умная девочка, у тебя все получится!

Родитель: Спасибо. Когда нам приходиться в следующий раз?

Логопед: Сейчас, минутку (*смотрит в журнал*). В следующий раз мы с вами встречаемся в четверг, в 15.00.

Рекомендация по своей сути представляет собой ответное, реактивное речевое действие. Стимулирующей репликой для рекомендации является просьба или жалоба пациента («*А теперь что нам делать?*»). В приведенном примере стимулирующая реплика пациента (в данном случае — это бабушка, пришедшая к логопеду с внучкой) представляет собой повторение высказывания логопеда. Это повторение выполняет две функции: 1) демонстрация того, что предшествующая реплика партнера была понята правильно; 2) имплицитная просьба растолковать процедуру занятия с ребенком.

С этого момента и начинается речевое действие «рекомендация». Все высказывания логопеда — от начала рекомендации до ее завершения — представляют собой инструктивное разъяснение последовательности заданий. В приведенном примере рекомендация дана в ее естественном диалогическом выражении. Участниками диалога являются логопед, родитель и ребенок. Коммуникативная инициатива в этом речевом действии принадлежит логопеду как агенту институционального дискурса. Родитель и ребенок играют роль пассивных слушателей, их основная задача — показать, что они внимательно слушают и будут выполнять данную рекомендацию.

Рекомендация логопеда строится в модальности долженствования (*вам нужно, следует, вы должны*). В приведенном примере отсутствует ситуация выбора, поэтому и нет фразы типа «*Я бы посоветовала вам...*» Данная рекомендация директивна по своей сути. Основное содержание рекомендации — разъяснение последовательности действий.

Рекомендация предполагает наличие вопросов со стороны пациента по ходу общения. В приведенном фрагменте уточняется одна из характеристик задания. Логопед не только дает указание (собственно директив), но и приводит конкретные иллюстративные примеры. Рекомендация логопеда включает объяснение директива (в данном примере — двойное объяснение: заниматься нужно не более 10—15 минут, поскольку 1) ребенок не может сконцентрироваться; 2) наступает повышенная утомляемость). Обратим внимание на типичные в медико-педагогическом дискурсе тавтологические реплики в речи логопеда. Эти повторы нельзя квалифицировать как речевые ошибки, их назначение — оказывать суггестивное воздействие на психику пациента и демонстрировать институциональное статусное неравенство участников логопедического дискурса — право на повтор (это право вышестоящего, показывающего, что к его словам следует

прислушаться, и что нижестоящий недостаточно понятлив, и ему можно открыто продемонстрировать такое отношение).

Приведенный скрипт интересен тем, что включает в текст рекомендации вторичную стимулирующую реплику со стороны пациента — жалобу. В ответ на эту жалобу со стороны родителя логопед дает общий директивный ответ (*«Вы должны заинтересовать ребенка»*), моментально перестраивает стратегию рекомендации как речевого жанра и обращается к маленькому пациенту с речевым актом комиссива — кондиционального предупреждения (если не будет А, то не будет Б). Это предупреждение завершается вопросом, стимулирующим волеизъявление адресата. Получив утвердительный ответ, логопед хвалит ребенка (экспрессивная декларация, выступающая как стимул для вывода: *«Ты ведь умная девочка, у тебя все получится!»*). *«Поэтому ты должна терпеливо заниматься постановкой звука»*).

Речевой акт медико-педагогической рекомендации может включать связанные с ним и нейтральные по отношению к нему речевые действия. К связанным речевым действиям можно отнести гомогенные и гетерогенные речевые акты (применительно к рекомендации гомогенными являются другие директивы, например, запреты, а гетерогенными — недирективные речевые действия, например, комиссивы и экспрессивы). Рекомендация органически связана со следующими гомогенными речевыми действиями: совет, просьба, инструкция, рецепт, запрет, разрешение. С рекомендацией органически комбинируются такие гетерогенные по отношению к директивам речевые акты, как: 1) декларативы — констатации, описания, повествования; 2) комиссивы — обещания, гарантии, предупреждения; 3) экспрессивы — благодарности, извинения, обращения, упреки, сожаления, порицания.

Медико-педагогический дискурс характеризуется акцентированием статуса логопеда. Статусное подтверждение логопеда реализуется посредством следующих невербальных и вербальных знаков: 1) медицинская униформа, если логопед работает в лечебном учреждении; 2) контролируемая мимика и жестикуляция человека, играющего социальную роль эксперта; 3) интонационная тональность, присущая данной роли; 4) использование терминов и профессионализмов в речи; 5) отчетливое тщательное проговаривание и правильная артикуляция не только слов и фраз из логопедических упражнений, но и речи в целом.

Цель рекомендации логопеда в общем и целом состоит в том, чтобы объяснить родителю пациента, как следует вести домашние заня-

тия с ребенком, страдающим нарушениями речи. Эта цель конкретизируется в более частных целях: 1) объяснить, в чем состоит суть дефекта произношения у ребенка с учетом образования родителей; 2) продемонстрировать родителям упражнения на выработку правильного произношения и зафиксировать их внимание на существенных моментах, влияющих на эффективность домашних занятий; 3) убедить родителей и ребенка в успехе лечения при условии систематических занятий с логопедом и в домашней обстановке; 4) предупредить родителей и ребенка о возможных трудностях при проведении домашних занятий и о возможном ухудшении ситуации, если занятия проводиться не будут; 5) дать родителям пациента детальную инструкцию для проведения домашних занятий, снабдить их необходимым инструментарием. Соответственно в рамках медико-педагогической рекомендации выделяются следующие коммуникативные стратегии: причинно-объясняющая, демонстративно-комментирующая, конструктивно-убеждающая, превентивно-убеждающая, инструктирующая.

Например:

Л о г о п е д : Хорошо. Молодец, я тебя прошу все время заниматься. Теперь мне необходимо следующее от вас: раз вы уже выработали правильное произношение этого звука, у вас правильная вибрация, теперь мне нужно, чтобы вы употребляли это в спонтанной речи. Что это значит? Это значит, что вы теперь дома должны все время контролировать, как она произносит слова со звуком «р». Ну, допустим, она выходит, сказала она что-нибудь неправильное, вы должны ее остановить и попросить, чтобы она произнесла это правильно. Ну, например, я вам хочу продемонстрировать. Надя, скажи, пожалуйста, что ты делала сегодня утром?

Девочка: Читала.

<...>

Л о г о п е д : Хорошо. А ты телевизор смотрела сегодня?

Девочка: Да.

Л о г о п е д : А что ты смотрела?

Девочка: «Колодец».

Л о г о п е д : А вчера что ты смотрела?

Девочка: ВчеРа? (Примечание. Увулярный звук).

Л о г о п е д : Вот. Скажи правильно: вче-ра.

Девочка: Вче-Ра.

Л о г о п е д : Нет, вче-рра, кончиком.

Девочка: Вче-рра.

Л о г о п е д : Правильно. Повтори пять раз. Повтори пять раз, пожалуйста. Вче-рра.

Девочка: Вчerra, вчerra, вчerra, вчerra. вчerra.

Логопед: Вот. Ясно, да? То есть, постоянно контролировать каждое произношение этого звука.

Данный пример иллюстрирует инструктирующую и демонстративно-комментирующую стратегии.

Коммуникативная тональность медико-педагогической рекомендации сводится к определенным эмоциональным состояниям и ключам общения, которые можно отнести к типу доброжелательного отношения умеренной интенсивности и полной контролируемости. Проанализированный в работе материал показывает, что логопеды достаточно редко обращаются к сугубо официальной тональности общения, это происходит только в тех случаях, когда родители пациентов пытаются перейти на конфликтное общение либо обращаются к логопедам с просьбами частного характера, не относящимися к кругу должностных обязанностей специалистов.

Глава третья «Структурно-семантические характеристики медико-педагогического дискурса» посвящена фонетическим, лексико-фразеологическим и текстуально-грамматическим особенностям этого дискурса.

Важнейшие фонетические характеристики рассматриваемого дискурса сводятся к следующим признакам: 1) подчеркнутая четкость произношения логопеда, который должен демонстрировать образцовую артикуляцию, поскольку любая фраза в его речи является показательной для ребенка, страдающего дефектом речи; 2) специальная артикуляция тренируемых звуков и слов, как в изолированных, так и в связанных позициях; 3) контролируемый темп речи: во время занятия с пациентами темп речи несколько замедлен (речь, обращенная к детям, в 1,6 раза медленнее, чем речь, обращенная к их родителям), паузы между словами внутри смысловых синтагм практически отсутствуют, паузы между синтагмами достаточно короткие; 4) модулируемая громкость речи; 5) особая интонационная оформленность высказываний, обращенных к пациенту и его родителю (статусная позиция вышестоящего, доброе отношение к ребенку, официальность ситуации).

Лексико-фразеологические особенности общения логопеда с пациентами и их родителями объясняются нормами институционального дискурса в официальной ситуации, с одной стороны, и профессиональной спецификой подготовки логопеда — с другой. Среди таких особенностей наиболее показательными являются следующие:

использование терминов в речи логопеда, специфической лексики при общении с детьми дошкольного и младшего школьного возраста, автологическое использование лексики, клишированных профессиональных выражений, функционально сближающихся с терминами.

Терминология используется логопедом только при общении с коллегами и родителями пациентов. Можно выделить три основные функции использования терминов в рассматриваемом дискурсе: номинативную (для обеспечения точности обозначения предмета речи), эвристическую (для выработки решения, обычно осуществляемого неосознанно, при размышлении вслух) и регулятивную (для демонстрации своего статуса родителям пациента и сознательного шифрования информации при беседе с коллегами). Использование терминов в номинативной функции статистически является абсолютно преобладающим. Обычно термины в медико-педагогическом дискурсе объясняются и комментируются, поскольку родители пациента должны сознательно участвовать в совместной работе с логопедом по исправлению дефекта речи у ребенка. Количество используемых терминов в речи логопеда варьирует в зависимости от образовательного ценза родителей пациентов: чем выше этот ценз, тем чаще используются термины.

В медико-педагогическом дискурсе фигурирует лексика, маркированная по признаку возраста коммуникантов: это детская речь пациентов, взрослая речь логопедов, обращенная к детям и их родителям, а также речь родителей пациентов. Лексика в речи логопеда, обращенной к ребенку, характеризуется следующими особенностями: 1) тематическая ограниченность; 2) выраженная дидактическая направленность; 3) смысловая и формальная отчетливость; 4) отсутствие скрытых смыслов, идиом, подтекста, иронии, двусмысленности. При проведении занятия с ребенком по исправлению дефектов его речи логопед одновременно расширяет словарный запас ребенка, объясняя и иллюстрируя произносимые слова. Параллельно объясняются и нормы поведения людей:

Л о г о п е д : Хорошо, Юля, а теперь отработаем два звука «р» в слове. Знаешь ли ты такое слово «сервировка»? Посмотри на эту картинку. Видишь, как красиво накрыт праздничный стол?

Д е в о ч к а : Да.

Л о г о п е д : Когда у тебя бывает день рождения, когда к вам приходят гости, мама накрывает праздничный стол, ставит красивые тарелки, кладет вилки, ножи, салфетки.

Д е в о ч к а : Да, я всегда маме помогаю накрывать на стол.

Логопед: Правильно, вы с мамой сервируете стол. А теперь скажи правильно это слово: сер-ви-ровка.

Девочка: Сер-ви-ровка.

Логопед: Молодец.

К числу специфических профессиональных особенностей использования лексики в речи логопеда относятся случаи автологического словоупотребления, т.е. употребление слова как формального знака для тренировки его звуковой формы в специальных учебных текстах. Автологические словоупотребления могут быть демонстрационными, коррекционными и автоматизирующими. Автологическое словоупотребление часто используется в специально организованных языковых играх. С точки зрения общелингвистической классификации языковых единиц разных уровней по соотношению их значения и формы, можно выделить автологическую функцию речи, которая состоит в том, что и слова, и предложения, и тексты могут использоваться в отрыве от их значения, т.е. выступать как псевдоединицы языка (это учебные тексты, тексты-пароли, мнемонические тексты, тексты-эксперименты в поэзии или языковой игре).

В практике работы логопеда имеет место особый тип высказываний — чистоговорки, т.е. специально составленные предложения, в которых часто и в различных позициях встречается тот или иной звук, вызывающий затруднение. Например: «На горе Арарат растет крупный виноград», «У сома не усы, а усики». Чистоговорки нужно произносить медленно и внятно, в этом состоит отличие данного типа предложений от скороговорок, создаваемых специально с игровой целью и содержащих языковые трудности для людей, у которых нет дефектов речи («Карл у Клары украл кораллы, а Клара у Карла украла кларнет»). В логопедической практике скороговорок могут использоваться, но они применяются в коррекционной работе гораздо реже, чем чистоговорки, поскольку у многих пациентов дефекты произношения звуков сочетаются с тахилалией — убыстренным темпом речи, и задача логопеда заключается в том, чтобы понизить скорость речи и сделать ее четкой и контролируемой. Поэтому в строгом смысле слова скороговорки используются только как чистоговорки, т.е. произносятся медленно и внятно.

В речи логопеда весьма часто встречаются клишированные фразеологические единицы, назначение которых состоит в стремлении точно обозначить предмет речи и подчеркнуть социальный статус говорящего как агента институционального дискурса. Профессио-

нальные клишированные единицы часто сочетаются в медико-педагогическом дискурсе с терминами. При общении с детьми во время проведения специальных занятий по исправлению дефектов речи логопед достигает требуемой точности обозначения предмета речи путем создания метафорических, описательных обозначений, которые заменяют принятые во взрослом общении клише (например: *Губы — трубочкой, а язык — чашечкой*).

Текстуально-грамматические характеристики медико-педагогического дискурса моделируются в работе с семиотических позиций, при этом выделяются модально-прагматические, диктально-референционные и формально-связочные параметры исследуемых текстов.

Модально-прагматические характеристики медико-педагогического дискурса состоят в особенностях выражения целевых установок высказывания и тех коммуникативных метатекстовых знаков, которые показывают различные оттенки отношения говорящего к партнеру, предмету речи и ситуации общения. Проанализированный материал показывает, что наиболее значимым функционально-смысловым типом речи в рассматриваемом дискурсе применительно к изъяснительным высказываниям является описание (дескриптив), которое прослеживается в диагностической беседе логопеда с родителями пациента и в логопедической инструкции, в то время как повествование (нарратив) и рассуждение (аргументатив) выполняют вспомогательную роль в речи логопеда. Побудительные высказывания являются центральным средством выражения директивных речевых действий. Среди вопросительных высказываний наиболее частотными оказались в нашем корпусе примеров информационные вопросы, весьма распространены также вопросы-просьбы. Метатекстовые модально-прагматические единицы общения в логопедическом дискурсе устанавливают статусные отношения неравенства между участниками общения, регулируют тональность общения (это прежде всего хезитативы и повторы).

Среди диктально-референционных характеристик рассматриваемого дискурса наиболее важными для понимания его специфики оказались особенности употребления личных местоимений («докторское» МЫ и перформативное Я) и неопределенно-личных местоимений, используемых для косвенного обозначения участников общения. К числу специфических формально-связочных характеристик данного дискурса относятся простые причинно-следственные коннекторы (союзы и союзные эквиваленты) и резюмирование как обеспечение содержательной связности устного текста, имеющего определенную цель.

Изучение промежуточных типов институционального дискурса находится в начале своего развития. К числу перспективных направлений для дальнейшего исследования медико-педагогического дискурса, на наш взгляд, можно было бы отнести следующие: уточнение жанровой специфики и жанровых взаимопереходов в различных типах институционального дискурса, речевое портретирование учителей и врачей как носителей элитарной речевой культуры, установление и описание правил и норм институционального общения в его канонических и промежуточных типах, определение ценностей в различных типах институционального дискурса.

Основные положения диссертации отражены в следующих публикациях:

1. Лингвокультурные характеристики медицинского дискурса // Проблемы обучения иностранных граждан на современном этапе: лингвистические и методические. — Волгоград: Перемена, 2000. — С. 165—166.

2. Рекомендация специалиста как жанр дискурса (к проблеме межкультурного понимания) // Развитие и взаимодействие национальных культур как фактор стабильности межэтнических отношений в полиэтническом регионе.— Астрахань: Изд-во Астрахан. гос. пед. ун-та, 2000. — С. 12—13.

3. Медицинский дискурс // Языковая личность: институциональный и персональный дискурс. — Волгоград: Перемена, 2000. - С. 103 — 117.

4. Директивные речевые действия в медицинском дискурсе // Язык, познание, культура на современном этапе развития общества. — Саратов: Изд-во Сарат. акад. права, 2001. — С. 5—6.

5. Рекомендация логопеда как директивное речевое действие // Языковая личность: проблемы коммуникативной деятельности. — Волгоград: Перемена, 2001. — С. 117—129.

Научное издание

БЕЙЛИНСОН Любовь Семёновна

**ХАРАКТЕРИСТИКИ МЕДИКО-ПЕДАГОГИЧЕСКОГО ДИСКУРСА
(на материале логопедических рекомендаций)**

А в т о р е ф е р а т

ЛР № 020048 от 20.12.96 г.

Подписано к печати 13.04.2001 г. Формат 60 × 84/16. Печать офс. Бум. офс.
Гарнитура Times. Усл. печ. л. 1,0. Уч.-изд. л. 1,2. Тираж 110 экз. Заказ 203.

Издательство «Перемена»

Типография издательства «Перемена»

400131, Волгоград, пр. им. В.И.Ленна, 27, ВГПУ

2-