

***В.В. Жура, Ю.В. Рудова***

*Волгоградский государственный медицинский университет,  
г. Волгоград, Россия*

## **КОРПОРЕАЛЬНАЯ КУЛЬТУРА КАК ОТРАЖЕНИЕ ПРОЦЕССА МЕДИКАЛИЗАЦИИ ОБЩЕСТВА И ЕЕ РЕПРЕЗЕНТАЦИЯ В МЕДИЦИНСКОМ ДИСКУРСЕ**

В статье рассматривается корпоральная культура как соматизация различных видов человеческого опыта и основанных на нем представлений и ценностей. Выявлены и описаны некоторые способы репрезентации данной культуры в двух жанрах медицинского дискурса – истории болезни и медицинского буклета.

Ключевые слова: корпоральная культура, медицинализация, медицинский дискурс

The article explored corporeal culture as somatization of various types of human experience as well as ideas and values based on it. It also revealed and described a number of ways which represent this culture in two genres of medical discourse – case history and medical leaflet.

Key words: corporeal culture, medicalization, medical discourse.

Проблема усиления и распространения влияния медицины на различные области человеческого существования, именуемая медицинализацией, в последние десятилетия занимает умы как зарубежных, так и отечественных социологов, культурологов, психологов и лингвистов. Известно множество попыток объяснить суть данного явления, суммируя которые можно интерпретировать его как проникновение в массовое сознание медицинского языка и стиля мышления, медицинских концепций и представлений [1]. В ходе медицинализации обычный человек становится носителем сознания пациента, начинает осмыслять реальность в терминах медицинских категорий. Данный процесс приводит к воспроизводству уже имеющихся, а также возникновению новых смыслов, отражаемых в культурном, в том числе и языковом сознании общества. Эта совокупность смыслов и ценностей, продуцируемых сквозь призму биологических потребностей индивида (либо представляемых таковыми в процессе медицинализации), а также их материальных репрезентаций и объединяется нами в понятие «корпоральной культуры».

Отметим, что обращение к соматическим категориям для интерпретации и модификации окружающего мира характерно не только для современного этапа развития человечества. Доказательства этому получены в ходе анализа явлений различных естественных языков. Так М. Джонсон и Д. Лакофф подчеркивают соматическую основу концептуальной метафоры в английском языке. По их мнению, «мы концептуализируем и аргументируем способы, которыми мы делаем что-либо, в зависимости от тела, которым мы обладаем, от окружения, в котором мы находимся, от символических систем, которые мы унаследовали, которые, в свою очередь, основаны на телесном воплощении» [2, с. 99 – пере-

вод наш]. Например, метафоры, которые характеризуют наше понимание морального опыта, соотносятся с силой, светом или тьмой, дисциплиной и ростом, то есть возникают на основе соматических структур и опыта. Подобным образом, наше понимание ума, памяти, знания и рассудка отражают телесные метафоры.

Наиболее концентрированное выражение *корпоральной культуры* на современном этапе в социумах с развитой системой медицинского обслуживания мы находим в различных жанрах медицинского дискурса. В данном исследовании мы ограничиваем свое рассмотрение феномена *корпоральной культуры* двумя широко распространенными жанрами, находящимися на разных полюсах письменного медицинского дискурса – жанром истории болезни и жанром медицинского буклета. Объектом анализа стали тексты на английском и русском языках, представляющие указанные жанры.

В первую группу на основе общности ряда жанровых признаков нами включены такие разновидности текстов, как история болезни и выписка из истории болезни, а также их функциональные варианты. По своей природе история болезни представляет собой своего рода трансформированный вариант нарратива пациента о собственном заболевании, тем не менее, современные тенденции развития медицины приводят к полному изменению смысловых акцентов в таких текстах. Это обусловлено, на наш взгляд, тем, что подобный текст исходит из внутренне ему присущей *корпоральности* или *телесного кода* при обозначении различных объектов действительности и отношений между ними. Рассмотрим, каким образом осуществляется смысловая перефокусировка в формате данного жанра [3].

Прежде всего для текстов данного типа характерно представление конкретного пациента с позиций его биологических либо физиологических параметров: *a 25-year-old, nulligravida, white female/двадцатипятилетняя белая, нерожавшая женщина*).

Далее отметим тот факт, что жалобы пациента полностью трансформируются и излагаются посредством биомедицинской терминологии; голос самого пациента, таким образом, элиминирован из текста, что подчас может привести к потере важной для диагностического процесса информации.

При изложении медицинских фактов предпочтение отдается лексике, которая повышает достоверность результатов обследований, а также выводов, сделанных врачом, и снижает надежность показаний пациента. В англоязычных историях болезни для характеристики действий врача используются такие глаголы, как *says, reports, states, observes, find* и др. (*говорит, сообщает, утверждает, отмечает, устанавливает*). Большая значимость придается информации, полученной в ходе инструментального обследования. Для акцентирования научной значимости и достоверности такой информации используется прием персонификации, когда какой-либо врачебной процедуре придается одушевленный статус и приписываются определенные эвристические действия: *Ultrasound examination of the abdomen showed/revealed hepatic steatosis/Ультразвуковое исследование брюшной полости показало/обнаружило стеатоз печени*. Большую объективность и авторитетность собственным заявлениям придают используемые врачами в историях болезни неагентивные конструкции в страдательном залоге: *The colonography is performed/Выполнена колонография*.

Напротив, слова пациента получают статус «субъективной информации», происходит своеобразная патологизация оценки чувств и мыслей пациента. Так, использование слов *denial*, *depression* (*отрицание*, *депрессия*), имеющих патологическое звучание, может на самом деле свидетельствовать о неспособности врача адекватно передать опыт и переживания пациента. Кроме того, без внимания остаются как интерпретация пациентом своего собственного состояния, так и последствия влияния заболевания на его жизнь. Использование указанных выше приемов приводит к эффекту *деавторизации*, т.е. нивелированию роли автора в сборе и интерпретации данных. При этом отправителем сообщения становится не конкретный врач, а некий всезнающий аноним, которого Э. Мишлер и называет «голос медицины» [4].

Траекторию трансляции смыслов *корпоральной культуры* в массовое сознание можно проследить на основе анализа еще одного жанра письменного медицинского дискурса, занимающего промежуточное положение между научным и разговорным стилями, – *медицинского буклета*. Под медицинским буклетом мы понимаем форму коммуникации между врачом и пациентом с целью информирования его о заболевании (его симптомах, причинах, диагностике, рисках, профилактике, лечении), о необходимости охраны здоровья, вредных факторах окружающей среды или вредных привычках и их социальных последствиях, а также формирования у пациента релевантного знания и адекватного поведения, соответствующего данному знанию.

Благодаря определенной прагматической установке, а также специфическим средствам вербальной репрезентации медицинские буклеты, основной целью которых является информирование пациента и воздействие на его сознание с целью изменения отношения к заболеванию или состоянию, активно способствуют распространению медиализации, выступая средством манипуляции массовым сознанием адресата.

Перечислим основные приемы реализации воздействующей функции медицинских буклетов, выявленные нами на основе контекстуального анализа текстов на русском и английском языках. Во-первых, для них характерно рассмотрение проблем в медицинском контексте. Например, названия ряда буклетов сформулированы в виде вопросов, обсуждение которых, как правило, является своего рода социальным табу (*Losing Sleep over Bladder Problems?/ Потеряли сон из-за проблем с мочевым пузырем?*), либо не ассоциировано в обыденном сознании с какими-либо патологическими состояниями (*Fed up with Heavy Periods?/ Устали от обильных месячных?*).

Во-вторых, средством привлечения внимания населения выступает использование оценочных лексем, отражающих различные полюсы дихотомии «*больной/здоровый*». В случае отрицательной оценки происходит своего рода стигматизация нежелательных явлений, которые приобретают патологическое звучание. Например, «*Some thrive on the adrenaline of stress (лексическая метафора), while others feel continually tense and under pressure./Для некоторых людей выделяемый при стрессе адреналин представляет собой мощный стимулятор, другие, наоборот, находятся под постоянным напряжением и давлением.*

Еще одним средством воздействия является симулирование условий реальной коммуникации между врачом и пациентом. Дело в том, что при ознакомлении с медицинским буклетом реальный или потенциальный пациент вступает в «анонимную» коммуникацию с обобщенным адресантом – медицинским специалистом. Эффект личного общения создается посредством обращения к «ты-сфере»: *Positive steps to a HEALTHIER you – and all the family BENEFITS too!* / *Несколько шагов к более здоровому образу жизни – польза для всей семьи*. Кроме того, сокращение коммуникативной дистанции происходит вследствие преобладания типологических черт разговорного стиля (употребления побудительных конструкций, эллипсиса, восклицательных предложений, общеупотребительной лексики, просторечного жаргона, эвфемизмов, элементов образной речи, а также выражения эмпатии).

Как показал анализ двух важных жанров, производство смыслов и в том, и в другом в значительной степени отражает процесс проникновения представлений и ценностей *корпоральной культуры* и в профессиональное, и в массовое сознание. Тем не менее, наблюдаются существенные различия между этими жанрами на различных уровнях вербальной репрезентации данного процесса.

## ЛИТЕРАТУРА

1. *Шухатович В.Р.* Медикализация // Энциклопедия культуры и общества. Режим доступа: [glossword.info/index.php/term](http://glossword.info/index.php/term). Дата обращения: 10.02.2014.
2. *Lakoff G., Jonson M.* Philosophy in the flesh: the embodied mind and its challenge to Western thought. New York: Basic Books, 1999.
3. *Donnelly W., Hines E.* Language of Case Histories // *Annals of Internal Medicine*, 1997. V. 127 (11).
4. *Mishler E.* The Discourse of Medicine: Dialectics of Medical Interviews (Language and Learning for Human Service Professions). Norwood, N.J.: Ablex, 1984. 241 p.