

МЕДИЦИНСКИЙ ДИСКУРС: ФУНКЦИОНАЛЬНО–КОММУНИКАТИВНЫЙ АСПЕКТ (*)

PhD in Pedagogy. Iryna Mykolayivna
Kushnir,
Associate Professor, of the Language
Training Department 1
Institute of International Education
for Study and Research
V.N. Karazin Kharkiv National University,
Ukraine

Dr.Ibrahim Abdullah Al-Shboul,
Assistant Professor at the
Department of Modern Languages
Faculty of Arts - Yarmouk
University
Irbid - Jordan

В данной статье проанализированы интерпретации феномена «дискурс». На основе обобщения и систематизации научных исследований предлагаются два доминантных толкования этого понятия через синтез когнитивных, языковых и внеязыковых факторов с использованием терминов современной теории языковой коммуникации. Авторами систематизированы характеристики медицинского дискурса как институционального в соответствии со стандартами, регулирующими его функционирование. Важной особенностью медицинского дискурса является его вербализация в типичных коммуникативных ситуациях медицинской сферы для решения коммуникативных задач, связанных с осуществлением основных профессиональных функций врача. Выявлено, что медицинский дискурс не однороден, его разновидности выделены в зависимости от коммуникативной подсферы. Актуальными для обучения студентов медицинских специальностей в высших учебных заведениях являются медицинский научно-академический и учебно-профессиональный дискурсы, каждый из которых содержит подсферу сетевого дискурса. Объектом исследования в данной статье выбран медицинский учебно-профессиональный дискурс как основа для формирования профессионально-коммуникативного имиджа соискателей медицинского образования в высших учебных заведениях. С применением лично-ориентированного и функционально-коммуникативного лингвистических подходов выделены уровни и компоненты медицинского учебно-профессионального дискурса, представлена его структурная модель.

Ключевые слова: медицинский учебно-профессиональный дискурс, соискатели высшего медицинского образования.

(*) **Bulletin of the Faculty of Arts Volume 83 Issue 2 January 2023**

MEDICAL DISCOURSE: FUNCTIONAL AND COMMUNICATIVE ASPECT

This article analyzes the interpretation of the phenomenon of "discourse". Based on the generalization and systematization of scientific research, two dominant interpretations of this concept are proposed using the terms of the modern theory of language communication through the synthesis of cognitive, linguistic and extralinguistic factors. The authors systematize the characteristics of medical discourse as institutional in accordance with the standards governing its functioning. An important feature of medical discourse is its verbalization in typical communicative situations in the medical field through the solution of communicative tasks related to the implementation of the basic professional functions of a doctor. It was revealed that the medical discourse is not homogeneous, its varieties are distinguished depending on the communicative sub-sphere of implementation. Relevant for teaching students of medical specialties in higher educational institutions are medical scientific-academic and educational-professional discourses, each of which contains a sub-sphere of network discourse. The object of research in this article is the medical educational and professional discourse as the basis for the formation of a professional and communicative image of applicants for medical education in higher educational institutions. With the use of personality-oriented and functional-communicative linguistic approaches, the levels and components of the medical educational and professional discourse are identified, and its structural model is presented.

Keywords: applicants for higher medical education, medical educational and professional discourse.

الملخص العربي

الخطاب الطبي: الجانب الوظيفي والاتصالي

يحلل هذا البحث تفسير ظاهرة "الخطاب". بناءً على تعميم وتنظيم البحث العلمي فقد تم اقتراح تفسيرين مهيمين لهذا المفهوم باستخدام مصطلحات النظرية الحديثة للاتصال اللغوي من خلال توليف العوامل المعرفية واللغوية وغير اللغوية. ينظم المؤلفون خصائص الخطاب الطبي على أنها مؤسسية وفقاً للمعايير التي تحكم عمله ومن السمات المهمة للخطاب الطبي هو التعبير اللفظي في المواقف التواصلية النموذجية في المجال الطبي من خلال حل المهام التواصلية المتعلقة بتنفيذ الوظائف المهنية الأساسية للطبيب. وقد تم الكشف عن أن الخطاب الطبي ليس متجانساً، وأن أصنافه مميزة اعتماداً على المجال الفرعي التواصلية للتنفيذ. وهي تتعلق بتدريس طلبة التخصصات الطبية في مؤسسات التعليم العالي الخطابية الطبية العلمية الأكاديمية والتعليمية المهنية، وكل منها يحتوي على مجال فرعي لخطاب الشبكة. أما الهدف من البحث فهو الخطاب التعليمي والمهني الطبي كأساس لتشكيل

صورة مهنية وتواصلية للمتقدمين للتعليم الطبي في مؤسسات التعليم العالي باستخدام المناهج اللغوية الموجهة نحو الشخصية والوظيفية والتواصلية، بحيث يتم تحديد مستويات ومكونات الخطاب التعليمي والمهني الطبي، ويتم تقديم نموذجها الهيكلي.

الكلمات المفتاحية: المتقدمين للتعليم الطبي العالي، الخطاب التربوي الطبي والمهني.

Разнообразные профессиональные дискурсы стали предметом широкого обсуждения на рубеже XX–XXI веков. В русле развития теории языковой коммуникации и дискурсологии появилось большое число исследований, посвящённых изучению и описанию медицинского дискурса как лингвистического и лингводидактического феномена.

Медицинский дискурс является объектом анализа многочисленных научных исследований украинской и зарубежной лингвистики и лингводидактики. Учёные (Гончаренко, 2007; Жура, 2008; Лисовый, 2006; Куриленко, 2017; Шанина, 2015) рассматривают медицинский дискурс как сложный многоуровневый и многокомпонентный древний феномен. Мы предлагаем проанализировать этот тип дискурса под другим ракурсом – в прагмалингвистическом и социолингвистическом аспекте, что позволит выявить те его характеристики, которые станут лингвистическим базисом формирования профессионально-коммуникативного имиджа врачей. Важным фактором успешности коммуникативного акта в профессиональных ситуациях является профессионально-коммуникативный имидж специалистов, особенно работников медицинской сферы. Профессионально-коммуникативный имидж врача описанный И. Кушнир (2021) непосредственно воздействует на установление толерантного, дружелюбного, но одновременно

влиятельного, профессионально компетентного общения со всеми участниками коммуникативной ситуации с целью оказания медицинской помощи, что в немалой степени влияет на результат лечения.

Анализ теоретических и прикладных исследований феномена медицинского дискурса показал необходимость описания функционально-коммуникативных особенностей, определения личностно-коммуникативной структуры и систематизации элементов медицинского дискурса, что и является **целью** нашей статьи.

Для достижения поставленной цели использованы теоретические **методы** анализа, синтеза, обобщения исследований феномена текста и дискурса в теории речевой коммуникации, дискурсологии; также применён практический метод наблюдения над коммуникативными актами в ситуациях профессионального общения врачей с пациентами, врачей с коллегами и медицинским персоналом.

Результаты исследования

Феномен дискурса изучают украинские и зарубежные исследователи теории языковой коммуникации (Куранова, 2012; Семенюк и Паращук, 2010), функционально-прагматического анализа языка (Бацевич, 2010; Степаненко, 2021), коммуникативной лингвистики текста (Ещенко, 2021; Рева-Левшакова, 2011).

Традиционно феномен «дискурс» рассматривают в соотношении с «текстом». С 70-х годов XX ст. начали сопоставлять понятия "текст" и "дискурс" через категорию "ситуация". В трудах большинства языковедов указанные

понятия «текста» и «дискурса» дифференцируются: под текстом понимают абстрактную единицу языка наивысшего уровня, а под дискурсом – проявление языка, взятое в аспекте события; речь, погруженная в жизнь. Возникновение дихотомии «дискурс – текст» объясняется тем, что категория дискурса принадлежит лингво-социальной и социокультурной сфере, а текст – языковой. Можем заключить, что учёные рассматривают текст как зафиксированное языковым кодом формально-структурное и когнитивно-семантическое проявление дискурса. Дискурс охватывает и текст, и внеязыковые факторы.

В современных исследованиях представлено комплексное определение дискурса не только как текста, но и как коммуникативного события: «Дискурс – это связный текст в совокупности с внеязыковыми – прагматическими, социокультурными, психологическими и др. факторами; речь, которая рассматривается как целенаправленное социальное действие, как компонент, участвующий во взаимодействии людей и механизмах их сознания (когнитивных процессах); это речь, «погруженная в жизнь» (Cole & Bird, 2014, pp. 136–137).

Как видим, выявлена прагматическая сторона дискурса – функционально-практическая. Общеизвестно, что функционализм базируется на двух общих предположениях: 1) функции языковых единиц соотносятся с явлениями, которые находятся вне языковой системы; 2) эти функции влияют на внутреннюю организацию системы языка. Считаем, что "текст" и "дискурс" невозможно

искусственно абсолютно разделить даже в исследовательских целях и можем рассматривать текст-дискурс с позиций коммуникативно-деятельностного подхода (в другой терминологии – коммуникативно-функционального) как «высказывание в качестве направленного социально-речевого действия, компонента одновременно когнитивных процессов говорящего и интерпретатора в поле межличностной коммуникации» (Schiffrin, 2011, p. 20). Добавим, что текст-дискурс – это высказывание, зафиксированное структурно-организационной формой текста, но понятие дискурса охватывает больше составляющих, чем текст.

В этом же ключе рассматривает дискурс и Ф. Бацевич: как интерактивное явление, речевой поток, имеющий разные формы проявления (устную или письменную), и который существует в пределах конкретного канала общения, регулируется стратегиями и тактиками участников общения; как продукт коммуникативной деятельности в синтезе когнитивных, речевых и внеязыковых (психических, социальных и т.д.) факторов, определяемых конкретным кругом «форм жизни», зависимых от тематики общения (Бацевич, 2004). По нашим наблюдениям, появление феномена «дискурс» привело к рассмотрению языковых единиц не только через функционально-прагматические, но и личностные и социально-культурные критерии. Так, вместе с украинским психолингвистом С. Курановой считаем, что дискурс является «коммуникативной единицей, охватывающей

социальный контекст, информацию о коммуникантах, процессы продуцирования и восприятия текстов, объединяющих коммуникативную функцию и единую тему» (Куранова, 2012, с. 52). Одна из плоскостей анализа дискурса – социально-коммуникативное и лингво-социокультурное пространство человека. Такое пространство создают коммуниканты, являющиеся членами общества и субъектами культуры и соответственно выполняющие определённые социальные, культурные роли.

Современная интерпретация феномена дискурса базируется на личностно-ориентированной, системно-структурной и коммуникативно-функциональной лингвистических парадигмах. Проведенный нами анализ исследований феномена дискурса (Alsoraihi, 2019; Kartabayeva & Zhaitapova, 2016; Hazrati, 2015; Wei & Lin, 2019) показал, что этот языковой продукт является наиболее соответствующим реальному употреблению языка в реальных коммуникативных ситуациях. В предложенных учёными толкованиях и описаниях дискурса можно заметить следующую закономерность: понятие «дискурс» возникает тогда, когда исследуют связь речевых продуктов, воплощаемых в языковых формах, с субъектами, а также с лингво-когнитивными и функционально-прагматическими компонентами. Другими словами, «дискурс» является продуктом коммуникативного процесса и комплексным сочетанием личностного, вербально-когнитивного и речевого уровней «текста». Таким образом, мы считаем, что

ДИСКУРС – это комплексный конструкт, кристаллизирующий все элементы коммуникативного события средствами языка, поэтому мы рассматриваем этот феномен в единой связи вербальных и внеязыковых элементов. Вслед за Т. ван Дейком (1989, с.58) будем различать текст (как статический объект – «остановленный дискурс») и дискурс (как коммуникативное событие – комплексное единство языковой формы, значения, смысла и коммуникативного действия, воспроизведенного участниками общения). Как отмечает Д. Шифрин, текст-дискурс с позиций коммуникативно-деятельностного подхода – это высказывание как направленное социально-речевое действие, компонент одновременно когнитивных процессов говорящего и интерпретатора, поле межличностного коммуникативного взаимодействия (Schiffrin, 2011). Итак, дискурс стали толковать как коммуникативное событие, компонентами которого является не только язык в его фактическом использовании, но и ментальные процессы, постоянно сопровождающие процесс коммуникации, а также способ актуализации текста в определённых прагматических, ментальных и социокультурных условиях. Будем исходить из того, что дискурс можно обобщенно классифицировать, с одной стороны, по социально-статусным параметрам – персональным или институциональным, а с другой стороны, по видам речевых произведений – монологическим, диалогическим или полилогическим.

В. Чернявская, обобщив толкование дискурса в

русском и европейском языкознании, сводит его к следующим основным типам: 1) конкретное коммуникативное событие, зафиксированное в письменных текстах и устной речи, осуществляемое в конкретном когнитивно и социокультурно обусловленном коммуникативном пространстве; 2) совокупность тематически соотнесенных текстов (Чернявская, 2001, с. 14). Считаю необходимым дополнить эти обобщения на основании приведённых выше толкований дискурса и наших тезисов.

Имею все основания использовать термин «дискурс» в таких случаях:

1) для обозначения фрагмента коммуникативного взаимодействия языковых личностей, реализованного в языковых формах (текстах, монологических и диалогических / полилогических единствах), обусловленных личностными, социальными и культурными параметрами;

2) для названия всего комплекса дискурсных текстов, дискурсных высказываний и других дискурсных языковых форм в определённой коммуникативной сфере (например, медицинский дискурс в учебно-профессиональной сфере общения).

По нашим наблюдениям, на современном этапе развития лингвистики и методики преподавания иностранных языков, классифицируя дискурсы-тексты и дискурсы-высказывания по определённым сферам общения, стали называть дискурсами разные коммуникативные сферы. Так появились социокультурный дискурс;

академический / научный / профессиональный дискурс; медицинский дискурс. Последний является объектом нашего исследования. Указанные разновидности дискурса относят к институциональному типу (по классификации В. Карасика), в котором роли адресанта и адресата реализуются «в заданных координатах статусно-ролевых отношений: один из коммуникантов выполняет роль представителя определённого социального института – агента, а другой коммуникант является клиентом, который пользуется услугами социального института» (Карасик, 2004, с. 120).

Медицинский дискурс по своей природе является институциональным (статусно-ориентированным), что обусловлено коммуникативными ролями его субъектов: «врач – пациент»; «врач – врач / медицинский персонал»; «врач – ребёнок / родители ребёнка». Медицинский дискурс как институциональный достаточно структурирован и имеет свои стандарты, регулирующие его функционирование, и вербализируется в типичных коммуникативных ситуациях (с коллегами, с пациентами) в процессе решения коммуникативных задач, связанных с осуществлением основных профессиональных функций врача.

Характерными признаками медицинского дискурса являются следующие (Шанина, 2015):

- наличие базовой пары коммуникантов;
- статусно-ролевая функция участников общения, отвечающая институциональным конвенциям;

- наличие институциональных символов (специальная одежда, инструменты, личная печать, документация);
- самые высокие ценности медицинского дискурса: жизнь человека, состояние здоровья;
- специфическая цель общения, заключающаяся в оказании медицинской помощи;
- специфические обстоятельства общения в ситуации врачебного приёма, обхода, консультации;
- реализация в типичных ситуациях интенционально обусловленных речевых стратегий и тактик;
- ограниченная номенклатура речевых жанров: расспрос о жалобах, истории заболевания, профессиональная рекомендация; научные тексты медицинской тематики и т.д.

Отметим, что медицинский дискурс не однороден по своей сути. Основание для выделения его типов – разновидность медицинской подсферы общения, участниками которой становятся субъекты коммуникативного взаимодействия в области медицины. Медицинский дискурс, как и любой институциональный, является «предметно-знаковым носителем» (Семенюк и Паращук, 2010, с. 180) медицинской коммуникации, однако ему свойственна ситуативная, коммуникативно-ролевая, интенциональная, тематическая, жанровая неоднородность. Сохраняя общую принадлежность к медицинской профессиональной речи, медицинский дискурс варьируется

по каждому из указанных параметров. Вместе с В. Куриленко считаем, что оптимальным основанием для различения видов медицинского дискурса является коммуникативная подсфера: научно-теоретическая, профессионально-практическая или учебно-академическая. На современном этапе развития общества наблюдаем, что «сейчас сформировалась еще одна разновидность медицинского дискурса – цифровая копия мира медицины – медицинский сетевой дискурс» (Куриленко, 2017, с.134). Актуальными для обучения студентов медицинских специальностей в высших учебных заведениях являются медицинский научно-академический и учебно-профессиональный дискурсы, каждый из которых содержит подсферу сетевого дискурса.

Наш следующий тезис таков: если дискурс, как мы утверждали ранее, это коммуникативная единица – продуктивный конструкт-результат коммуникативного взаимодействия людей, значит структуру дискурса можно считать схожей со структурой коммуникативного акта – «основной комплексной коммуникативной единицы речевого взаимодействия, фрагмента вербальной коммуникации» (Кушнир, 2020, с. 13). Следовательно, структуры научно-академического и учебно-профессионального медицинского дискурсов будут аналогичными. «Архитектоника дискурса – это своеобразная макроструктура, которая, с одной стороны, является семантической, потому что содержит в себе основную тему, представленную в виде иерархии

семантических предложений, а, с другой – прагматической, задающей практическую направленность речи и одновременно объединяющая дискурс как последовательность высказываний в единое целое» (Серажим, 2002, с.171). Прагматический фокус структурирует дискурсивную архитектуру на наиболее общие и периферийные элементы.

Проанализируем составляющие медицинского учебно-профессионального дискурса, участниками которого становятся студенты медицинских специальностей в процессе обучения в высших учебных заведениях. Применяя систему параметров дискурса, предложенную В. Карасиком (2004), охарактеризуем следующие элементы медицинского дискурса: участники; цели; ценности; жанры; тематика; стратегии; дискурсивные формулы (языковые клише).

«Основными чертами этого типа дискурса являются прерывность процесса вербального выражения, интерпрофессиональный характер общения и асимметрия коммуникативного взаимодействия» (Шанина, 2015, с. 6), что обусловлено статусными ролями участников коммуникации. Основные субъекты учебно-профессионального дискурса и соответственно основные коммуникативные роли следующие (по результатам анализа профессионального общения медицинских работников): врач – пациент, врач – родственники пациента, врач – коллега, врач – медперсонал (Иванишин, 2013, с. 136). Указанные статусные роли участников коммуникации имеют интерпрофессиональный характер

общения, что влечет за собой асимметрию коммуникативного взаимодействия (Шанина, 2015). Поскольку медицина является сферой повышенной речевой ответственности, отношения в базовой ситуации «врач–пациент» приобретают очень большое значение. Врач как языковая личность является профессиональным коммуникатором.

Основная цель коммуникации в медицинском дискурсе состоит в побуждении адресата к выполнению определённых запрограммированных адресантом (обладателем профессионально-коммуникативного имиджа) действий, что происходит благодаря использованию соответствующих вербальных и невербальных средств влияния. В этом контексте ценностно значимыми будут сформированные в процессе языковой подготовки студентов-медиков умения активного эмпатического слушания, которое предполагает понимание сигналов собеседника, сопереживание и сочувствие, эмоциональную солидарность с больным и является необходимым профессиональным качеством врача. Чем выше уровень эмпатии, тем выше степень согласия на лечение. Таким образом, будущие врачи должны обладать такой когнитивно-деятельностной характеристикой: научиться адаптировать своё коммуникативное поведение с целью установления толерантного, доброжелательного, но влиятельного, профессионально компетентного общения со всеми участниками коммуникативной ситуации. Такое коммуникативное поведение создаёт положительный профессионально-коммуникативный имидж специалиста-медика.

В зависимости от цели профессиональное медицинское общение делится на следующие типы: основное, вспомогательное, ocasionальное и фатическое (Шанина, 2015). Поэтому мы можем выделить соответствующие группы коммуникативных намерений (речевых интенций). Основная коммуникация происходит в деятельности, направленной на лечение больных и совпадает с основной профессиональной деятельностью («*На что Вы жалуетесь?*», «*Какого характера боль?*»). Вспомогательное речевое общение осуществляется при обмене информацией с коллегами или контактах с родственниками пациента. Такое общение носит характер отдельных речевых действий или периодического коммуникативного взаимодействия («*Коллега, ценным будет ваше заключение о причинах такой симптоматики.*», «*Необходимо соглашение ближайших родственников на операционное вмешательство*»). Occasionальное общение имеет место, например, во время операции, когда речь координирует действия участников коммуникативного акта. Такое общение обычно несистемное, отрывочное, обусловленное невербальными действиями врача. Часто состоит из одного или нескольких слов («*Скальпель!*», «*Пинцет!*»). Фатическое общение ориентировано на то, чтобы отвлечь больного от тревожных мыслей, переживаний, ужаса. В такие моменты коммуникативное поведение врача обеспечивает снятие нервного напряжения у пациентов («*Я понимаю, как трудно сейчас. Но очень скоро вы снова будете гулять в любимом парке*») (Королёва, 2012, с.21).

Достаточно полно представлен интенционный каталог дискурса в исследовании А. Королёвой (2012): запрос информации о состоянии и жалобах больного с

целью диагностирования; запрос информации о протекании болезни; советы и рекомендации больному по соблюдению режима питания; получение информации о возникновении заболевания, о поведении больного, его отношении к лечению; сообщение родственникам; разъяснение о точном и своевременном применении лекарственных назначений; получение информации у медперсонала о состоянии больных; разъяснение действия разных лекарств на организм больного; внушение больному уверенности в выздоровлении; утешение, ободрение, выведение больного из состояния депрессии; выражение сострадания больному и его родственникам; подтверждение диагноза заболевания; разъяснение результатов лабораторных, рентгенологических и специальных исследований; выражение согласия / несогласия с коллегами по разным медицинским вопросам; выражение предположения о состоянии больного после проведения необходимого лечения; воздействие на эмоциональное состояние больного.

Описанным выше особенностям медицинского дискурса и общей коммуникативной цели соответствует выделенный В. Шаниной набор стратегий (совокупностей запланированных говорящим заранее и реализованных в процессе коммуникативного акта тактических ходов – тактик, направленных на достижение коммуникативной цели). Наиболее обобщённая цель коммуникации в медицинском дискурсе – предоставление квалифицированной помощи больному человеку. Процесс

коммуникативного взаимодействия между врачом и пациентом имеет следующие компоненты: определение заболевания, назначение необходимого курса лечения и его непосредственное проведение, а также предоставление соответствующих рекомендаций. Поэтому вместе с В. Карасиком, В. Шаниной считаем целесообразным выделить три основные стратегии медицинского дискурса: диагностическую, лечебную и рекомендательную, – которые мы относим к жанровым. Тактики реализации этих стратегий делятся на неспециализированные (общие для всех стратегий) и специализированные (используются для реализации одной конкретной стратегии). Среди неспециализированных тактик медицинского учебно-профессионального дискурса следующие: общие для диагностической и лечебной стратегии – тактики сближения, запроса конкретной информации, комплимента, тактика “честь мундира”; общая для диагностической и рекомендательной стратегии – тактика презентации; общие для лечебной и рекомендательной стратегий – тактики обязательного сотрудничества и обязательного успеха; общие для всех стратегий медицинского дискурса – тактики убеждения, создания долгосрочных планов, самопрезентации, объяснения, формирования хода мнений, умолчания, оценки. Специализированные тактики следующие: для диагностической стратегии – тактики знакомства, поддержания эмоционального равновесия; для лечебной стратегии – тактики психологического

регулирования состояния, утехи, смягчённой угрозы; для рекомендательной стратегии – тактики категорической рекомендации, смягчённой рекомендации и сотрудничества (О. Шанина, 2015).

Коммуникативные стратегии гармонизации реализуются следующими конструктивными речевыми тактиками (В. Куриленко, 2017, с.141):

- тактика устанавливания коммуникативной доминанты, направленная на завоевание врачом лидерства в общении, что предполагает демонстрацию врачом своих профессиональных знаний о заболевании, на которое жалуется пациент, а также о значительном опыте в лечении подобных заболеваний. Большое значение имеют и невербальные средства: спокойная поза, уверенный тон, отсутствие или минимизация пауз хезитации, сдержанное жестикулирование;
- тактика снижения категоричности высказывания, которая реализуется на языковом уровне благодаря употреблению вставных конструкций (*на мой взгляд, как мне кажется, скорее всего* и т.д.), а также грамматических моделей сослагательного наклонения (*Я бы не советовал сейчас употреблять острую и соленую пищу*);
- тактики «эмоционального поглаживания»: одобрения, поощрения, комплимента, которые используются с целью положительной реакции на поступок собеседника, поддержать его, настроить его на дальнейшие действия (к тому же эти тактики отвечают

замечаниям психологов о том, что одобрение более побуждает к действию, чем осуждение);

- тактики эмпатийного слушания предполагают знание вербальных и невербальных сигналов понимания собеседника, сострадания, эмоциональной солидарности с больным;
- тактики фасцинации (от англ. *fascination* – обаяние), предполагающие открытость в общении, демонстрацию симпатии к участникам коммуникативного акта, что позволяет снять напряжение, преодолеть препятствия коммуникации. На вербальном уровне эти тактики реализуются благодаря языковым средствам оценки явлений, выражению собственного отношения, косвенному убеждению.

В коммуникативной ситуации все перечисленные выше дискурсные интенции, стратегии и тактики реализуется через определённый речевой жанр (тематически, композиционно и стилистически устоявшийся тип выражения участников речевых актов, объединённых целью общения, замыслом говорящих с учётом их статусно-социальных ролей, ситуации общения и культурного контекста (Ещенко, 2021). Основной жанровой формой функционирования дискретного медицинского дискурса является диалог, в котором речь врача и пациента примерно пропорциональна объёму высказанной информации. Все диалоги имеют четыре тематических блока, характерными признаками которых являются типичность, повторяемость и обязательность: знакомство,

системный опрос, объективное обследование и рекомендации. Каждому диалогу также свойственны типичные внушающие дискурсивные формулы (речевые клише). Описанные выше коммуникативные стратегии и тактики реализуются в продуцировании говорящими диалогических единств как последовательностей реплик адресанта и адресата, связанных единой темой и коммуникативной целью. Следовательно, профессиональный медицинский диалог – это жанровая форма коммуникативного взаимодействия двух или более субъектов, результатом которого является дискурсивное диалогическое единство, состоящее из последовательных речевых актов и содержащее, кроме языковых форм, определённый набор паралингвальных признаков, обеспечивающих адекватное понимание сообщаемого. Разновидности диалогических и полилогических единств в учебно-профессиональном дискурсе представлены такими жанровыми формами: осмотр больного, консультация; клинический обход; консилиум; медицинская конференция.

Таким образом, знание коммуникативных стратегий и тактик, необходимых высококвалифицированному врачу, составляют когнитивно-коммуникативный уровень учебно-профессионального медицинского дискурса.

С целью выявления наиболее частых типичных ситуаций, участниками которых становятся студенты украинских медицинских вузов, когда начинают практику в больницах, Г. Иванишин (2013) проанализировала календарно-тематические планы дисциплин «Пропедевтика

внутренних заболеваний», «Пропедевтика детских болезней», протоколы практических, семинарских занятий, во время которых студенты изучают структуру больницы, уход за больными, заболевания различных органов и систем (пищеварения, дыхательной, сердечно-сосудистой, скелетной, мышечной, выделительной и т.д.). Учёной выявлены следующие наиболее частотные коммуникативные ситуации: 1) «Первоначальный осмотр больного», 2) «Сбор анамнеза и диагноз», 3) «Предоставление распоряжения медицинскому персоналу с целью назначения лечения», 4) «Консультация с врачом-ординатором»; 5) «Сообщение родственников пациента о состоянии его здоровья». Во всех типичных коммуникативных ситуациях участники коммуникативного акта используют специфические языковые единицы разного уровня. Наиболее частотными для медицинского профессионального общения выделяем следующие: медицинская терминология; языковые клише: клише-контакты (*Здравствуйте! Проходите! Садитесь!*), клише-императивы (*Раздевайтесь! Дышите!*), клише-констатации (*Вам нужно срочное лечение!*) и т.п.; клише-вопросы (*На что вы жалуетесь?*). Подобные языковые единицы мы относим к когнитивно-языковому уровню учебно-профессионального медицинского дискурса.

Итак, систематизировав все составляющие описанного выше феномена учебно-профессионального медицинского дискурса, представляем этот одновременно языковой и внеязыковой конструкт в виде уровневой модели (см. табл. 1).

Таблица 1

Компоненты медицинского дискурса

ПСИХОЛИНГВИСТИЧЕСКИЙ УРОВЕНЬ			
<i>проявления языковой личности врача</i>			
сформированная культура профессионального общения, знание стратегий и тактик коммуникативного поведения с пациентом, умения выбирать необходимые языковые и речевые средства в ситуациях профессионального коммуникативного взаимодействия			
КОГНИТИВНО–КОММУНИКАТИВНЫЙ УРОВЕНЬ			
СТРАТЕГИИ		ТАКТИКИ	
<i>дискурсные</i>	<i>жанровые</i>	<i>общие</i>	<i>частные</i>
основные, вспомогательные, фатические, окказиональные	диагностические, лечебные, рекомендательные	“честь мундира”; сближения (фасцинации); запроса информации; поддержки, эмоционального равновесия; убеждения, объяснения;	знакомства, психологического регулирования состояния: «эмоционального поглаживания», утехи, смягчённой угрозы; категоричной рекомендации, смягчённой рекомендации или сотрудничества
КОГНИТИВНО–ЯЗЫКОВОЙ УРОВЕНЬ			
жанрово и стилистически соответствующие грамматико-синтаксические конструкции	медицинская терминология	языковые клише-контакты; клише-императивы; клише-констатации; клише-вопросы	
ОПЕРАЦИОНАЛЬНЫЙ УРОВЕНЬ			
эмпатичное слушание		толерантное и суггестивное говорение	

Созданная нами модель раскрывает спектр компонентов учебно-профессионального медицинского дискурса, к которому приобщают соискателей высшего медицинского образования в процессе их обучения, включая их языковую подготовку. Все описанные компоненты медицинского дискурса служат лингвистическим базисом в современной образовательной системе медицинского профиля и максимально соответствуют стандартизированным требованиям к профессионально-коммуникативному имиджу врача.

Выводы. Медицинский дискурс является предметом особого внимания исследователей в контексте современной гуманистичной научной парадигмы. В лингвистических научных работах медицинский дискурс определяют и анализируют с позиций различных подходов. В качестве наиболее целесообразных для задач нашего исследования мы определили личностно-ориентированный и функционально-коммуникативный, что позволило нам выделить такие уровни медицинского дискурса, как психолингвистический, когнитивно-коммуникативный, когнитивно-языковой и операциональный, и компоненты каждого из уровней: лингвокогнитивные характеристики языковой личности врача, стратегии и тактики реализации профессионально-коммуникативных целей, жанры речевых произведений для медицинской сферы и необходимые языковые средства, а также коммуникативные умения, специфические для профессионального общения врачей. Лингвистический анализ языковых средств медицинского дискурса выявил такие его характеристики: толерантная императивность, информативность, прагматичность, суггестивность, фатичность.

Проведённый лингвистический анализ языковых единиц и описание структурных элементов медицинского дискурса позволит использовать функционально-коммуникативные параметры данного феномена в учебном процессе языковой подготовки будущих медиков с целью формирования их профессионально-коммуникативного имиджа.

Перспективой дальнейшего исследования феномена медицинского дискурса представляется описание критериев выбора и систематизации учебного минимума языковых средств реализации инвариантных и специфических коммуникативных стратегий речевого взаимодействия медицинских сотрудников, необходимых для формирования профессионально-коммуникативного имиджа будущих врачей.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Бацевич, Ф.С. (2004). Основи комунікативної лінгвістики: підручник. Київ.
- [2] Ван Дейк, Т. и Клинич, В. (1989). Макростратегии. Язык. Познание. Коммуникация : сб. работ. Москва, 41–66.
- [3] Бацевич, Ф.С. (2010). Нариси з лінгвістичної прагматики : монографія. Львів : ПАІС.
- [4] Гончаренко, Н.В. (2007). Суггестивные характеристики медицинского дискурса : дис. ... канд. филол. наук : 10.02.01. Волгоград.
- [5] Єщенко, Т.А. (2021). Феномен художнього тексту: комунікативний, семантичний і прагматичний аспекти: монографія. Львів: Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького.
- [6] Жура, В.В. (2008). Дискурсивная компетенция врача в устном медицинском общении : автореф. дис. ... доктора филол. наук. : 10.02.01. Волгоград.
- [7] Іванишин, Г.Я. (2013). Навчання професійно зорієнтованого діалогічного мовлення іноземних студентів медичних спеціальностей у процесі вивчення української мови : дис. ... канд. пед. Наук. Прикарпатський національний університет імені Василя Стефаника. Івано-Франківськ.
- [8] Карасик, В.И. (2004). Языковой круг: личность, концепты, дискурс. Москва.
- [9] Корольова, Т. (2012). Фахова культура медичного працівника як психолого-педагогічний феномен. *Теорія і методика управління освітою*, 8. Retrieved 20 January 2022 from: http://nbuv.gov.ua/UJRN/ttmuo_2012_8_11.
- [10] Куранова, С.І. (2012). Основи психолінгвістики: навч. посіб. Київ: ВЦ «Академія».

- [11] Куриленко, В.Б. (2017). Непрерывное профессионально ориентированное обучение русскому языку иностранных медиков. Теория и практика: монография. Москва.
- [12] Кушнір, І.М. (2020). Комунікативний акт як основна одиниця навчання української мови як іноземної. *Викладання мов у вищих навчальних закладах освіти на сучасному етапі. Міжпредметні зв'язки. Наукові дослідження. Досвід. Пошуки* : Зб. наук. праць. Харків, Зб, 131–148. <https://doi.org/10.26565/2073-4379-2020-36-10>
- [13] Кушнір, І.М. (2021). Професійно-комунікативний імідж як результат мовної освіти іноземних студентів-медиків. *Наукові записки Тернопільського національного педагогічного університету імені Володимира Гнатюка. Серія: Педагогіка, 1(2)*, 120–126. <https://doi.org/10.25128/2415-3605.21.2.16>
- [14] Лісовий, М. (2006). Формування професійного мовлення майбутніх медичних працівників у вищих медичних навчальних закладах : дис. ... канд. пед. Наук. Вінницький державний педагогічний університет імені Михайла Коцюбинського. Вінниця.
- [15] Рева-Левшакова, Л.В. (2011). Неореалізм: дискурс теорій і художніх ідей. Київ.
- [16] Семенюк, О.А. та Паращук, В.Ю. (2010). Основи теорії мовної комунікації: навч. посіб. Київ.
- [17] Серажим, К. (2002). Дискурс як соціолінгвальне явище : методологія, архітектоніка, варіативність : на матеріалах суч. газетн. публіцистики : монографія. Київ. Retrieved 11 September 2021 from: <http://www.disslib.org/dyskurs-jak-sotsiolinhvalnyi-fenomen-suchasnoho-komunikatyvnoho-prostoru.html>
- [18] Степаненко, М. (2021). Лексико-семантична система української мови в новітньому динамічному представленні. *Філологічний часопис, 1*, 117–131. <https://doi.org/10.31499/2415-8828.1.2021.232710>
- [19] Чернявская В.Е. (2001). Дискурс как объект лингвистических исследований. Текст и дискурс. Проблемы экономического

дискурса : сб. науч. тр. СПб : С.- Петерб. гос. ун-та экономики и финансов, 11–22.

- [20] Шаніна, О.С. (2015). Медичний дискурс: комунікативно-прагматичний і сугестивний аспекти : дис. на здоб. наук. ступ. канд. філол. наук : 10.02.01 – українська мова. Одеса.
- [21] Alsoraihi, Maha H. (2019). Bridging the Gap between Discourse Analysis and Language Classroom Practice. *English Language Teaching*, 12 (8), 79–88. <https://doi.org/10.5539/elt.v12n8p79>
- [22] Hazrati, Alireza. (2015). Intercultural Communication and Discourse Analysis: The Case of Aviation English. *Procedia–Social and Behavioral Sciences*, 192, 244–251. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2015.06.035>
- [23] Kartabayeva, A. Ayana & Zhaitapova A. Altynai. (2016). The Role of Discourse in Teaching Intercultural Professional Communication. *International Journal of Environmental & Science Education*, 11(12), 5209–5220.
- [24] Li, Wei & Angel, M.Y. Lin. (2019). Translanguaging classroom discourse: pushing limits, breaking boundaries. *Classroom Discourse*, 10(3–4), 209–215, <https://doi.org/10.1080/19463014.2019.1635032>
- [25] Schiffrin, D. (2011). Definiciones de discurso. *Revista de Investigación Educativa*, 13, 2–33. <https://doi.org/10.25009/cpue.v0i13.43>
- [26] Steven, A. Cole & Julian, Bird (2014). *The Medical Interview*. Edition 3.
- [27] Syafrizal, S. & Cucum, R. (2017). Teachers' Speaking Strategies at Vocational High School. *The journal of English language Studies*, 2(1), 66–82. <http://dx.doi.org/10.30870/jels.v2i1.1594>