

источником страноведческих знаний, текст должен способствовать и социокультурной адаптации иностранных студентов, содержать сведения о том, что принято и не принято в рамках общения в данной языковой среде, как вести себя в той или иной ситуации и т. д.

Процесс социокультурной адаптации способствует пониманию ценностей другого народа, другой культуры, незнание же провоцирует негативное отношение к непонятной действительности.

Получаемые в процессе работы с текстом студентами сведения о вербальном и невербальном поведении в различных коммуникативных ситуациях можно использовать для межкультурного сравнения: «Расскажите, как это происходит в вашей стране?».

Такой вид работы особенно интересно проходит на занятиях в многонациональных группах. Формируя речевую и коммуникативную компетенции, студенты повышают культуру межличностного общения. В процессе изучения РКИ студенты приобщаются к новой для них культуре. Познавая чужую культуру и язык, они глубже погружаются в собственную культуру и лучше понимают свой язык. Участие в межкультурной коммуникации помогает позитивно воспринимать действительность, отличающуюся от привычной, толерантно относиться к неродной культуре.

Литература:

1. Снежицкая, О. С. Роль института кураторства в процессе адаптации иностранных студентов на начальном этапе обучения / О. С. Снежицкая // Актуальные проблемы довузовской подготовки : материалы 1-й науч.-метод. конф. преподавателей факультета профориентации и довузовской подготовки / под ред. А. Р. Аветисова. – Минск : БГМУ, 2017. – С. 173–175.

2. Развитие у иностранных студентов потребности в межкультурном взаимодействии [Электронный ресурс] / Факультет международных отношений БГУ – Режим доступа: <http://www.fir.bsu.by>. – Дата доступа: 10.10.2020.

3. Ромм, М. В. Адаптация личности в социуме. Теоретико-методологический аспект / М. В. Ромм. – Новосибирск: Наука, 2012. – 275 с.

ОСОБЕННОСТИ ФОРМАТА МЕДИЦИНСКОГО ДИСКУРСА

Шарапа А.А, Гладышева М.К., Людчик Н.Н.

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

Кафедра белорусского и русского языков

Эффективное оказание медицинской помощи возможно только в случае соблюдения всех звеньев институционального взаимодействия. Это касается и высокой профессиональной подготовки врача, и уровня современной медикаментозной и технической оснащённости лечебного учреждения, и использования современных методов диагностики и лечения. Важнейшим фактором

достижения профессионального успеха остаётся коммуникативная компетентность врача и стиль его речевого поведения в целом.

Известно, что во все времена врачи понимали огромное значение общения врача с пациентами и сознательного воздействия в лечебных целях на психику больного человека. В XX веке над вопросами взаимоотношения врача и пациента раздумывали многие известные клиницисты (А.Ф. Билибин, Н.Н. Блохин, А.И. Воробьёв, И.А. Кассирский, А.Р. Лурия, Б.В. Петровский, Е.И. Чазов и многие другие), считавшие, что в сложном и многогранном процессе общения возникают новые отношения между врачом и пациентом.

Общение в коллективной человеческой, клинической деятельности выполняет в первую очередь «связующую роль». Нарушение этой функции общения обладает огромной разрушительной силой. Вторая функция общения – это «формирующая», которая выступает как важнейшее условие формирования и изменения психического облика человека, оказывающего порой прекрасный лечебный эффект. Третьей функцией общения является «подтверждающая», когда человек получает возможность в процессе взаимодействия с другими людьми познать, утвердить и как бы подтвердить себя. Четвертой функцией общения является «организирующая и поддерживающая» межличностные отношения, в первую очередь – эмоциональные. Пятая функция общения – это «внутриличностная», которую можно рассматривать как универсальный способ мышления человека (через внутреннюю речь).

Чтобы эффективно провести общение-беседу, надо заранее знать, что есть твёрдо установленные для этого правила, которые включают не только место и время беседы, не только взаимное расположение людей в процессе общения, но даже физическое расстояние между собеседниками, соблюдение «личной территории человека».

Врач должен найти нужные слова и преподнести их больному так, чтобы человек почувствовал не только свою силу, свою интеллектуальную мощь, свой неповторимый положительный потенциал, но и такие же качества врача.

Врачебный долг предполагает и высокую культуру языка. Для того, чтобы лечить больного, а не болезнь, у врача есть единственный способ – общение. Главным же средством общения был и остаётся язык. От умения врача владеть своим словом, от уровня его речевой культуры зависит его профессиональная компетенция. В связи с этим язык медиков (прежде всего врачей-профессионалов), их речевое поведение является важным объектом лингвистических исследований. Изучение медицинского дискурса дает возможность представить речевой облик современного врача, выявить эффективные способы речевого воздействия на пациента. Изучение медицинского дискурса является особенно актуальным сегодня.

Многозначный термин-понятие дискурс, широко используемый в гуманитарных науках, занимает одно из центральных мест в системе наиболее значимых понятий современной лингвистики. Наиболее распространенным в современной русистике является определение дискурса, предложенное Н.Д. Арутюновой: «Дискурс (от франц. discours – речь) – это речь, «погружен-

ная в жизнь» [1, с.136-137]. В работе используется следующее определение дискурса: дискурс – это речевая деятельность в совокупности с прагматическими, социокультурными и другими факторами. Это «явление промежуточного характера между речью, общением, языковым поведением, с одной стороны, и фиксируемым текстом, остающимся в «сухом остатке» общения, с другой стороны» [3, с. 276].

Институциональный дискурс, к которому относится и медицинский дискурс, – это специализированная разновидность общения между людьми, которые могут не знать друг друга, но должны общаться в соответствии с нормами данного социума. Институциональный дискурс выделяется на основании двух системообразующих признаков: цели и участники общения.

Являясь одним из древнейших видов дискурса, медицинский дискурс лежит на пересечении интересов различных дисциплин – лингвистики в широком ее понимании и когнитивной лингвистики, социологии, деонтологии, этики, психологии. К нему исследователи относят лекции для студентов, официальное и неофициальное общение с коллегами и младшим персоналом, общение с пациентами и их родственниками, записи в карточке пациентов, истории болезни, больничные листы, справки. В нашей работе анализируется устное общение врача с пациентом (на материале учебно-методического пособия Н.В. Кислик, И.В. Адашкевич, Н.Е. Кожуховой «Профессиональное общение: врач и пациент»).

Особенностями формата медицинского дискурса в современной системе институционального дискурса являются: специфическая цель общения, заключающаяся в оказании медицинской помощи; специфические обстоятельства общения, происходящего в ситуации врачебного приема, обхода, консультации; наличие институциональных символов (специальная одежда, инструменты, личная печать, документация); статусно-ролевая функция участников общения.

Изучение речи врачей различных профессиональных групп позволило сделать вывод о том, что общение узких специалистов с пациентами различается по многим показателям. Эти различия вызваны условиями и задачами коммуникации.

Любой коммуникативный эпизод может быть рассмотрен с точки зрения стратегий, которые реализуются с помощью тактик. Речевые стратегии медицинского дискурса связаны с общим замыслом конечной цели общения. Основная цель медицинского дискурса заключается, бесспорно, в оказании квалифицированной помощи заболевшему человеку, то есть в определении заболевания, назначении необходимого курса лечения и проведении лечения, а также в рекомендации определенной линии поведения. Исследователи выделяют три основные стратегии медицинского дискурса: диагностирующую, лечащую, рекомендующую.

Слияние и взаимопроникновение речевых стратегий является характерной особенностью медицинского дискурса. Нельзя забывать о том, что человеческий организм представляет собой сложную систему, и заболевания одного органа часто сопровождаются дисфункцией других органов. Поэтому, чтобы

избежать ошибок, уже в ходе лечения (лечащая стратегия) врачу, с одной стороны, необходимо получить дополнительную информацию, результаты дополнительных исследований (диагностическая стратегия), а с другой стороны, врач может, назначив лечение, рекомендовать пациенту линию поведения для максимально успешного результата проведенного лечения (рекомендующая стратегия).

На выбор речевых тактик влияют и тип личности врача, и типы пациентов, и определённые типы болезней, и ситуации, в которых проходит общение врача, и регламент, отведённый на прием пациента.

Средства реализации одной и той же тактики могут быть различны в разных стратегиях медицинского дискурса, что объясняется разными целями общения. Каждая тактика реализуется вербальными и невербальными средствами и выражается комплексом языковых средств. В реальном общении часто наблюдается взаимопроникновение нескольких тактик, что усиливает воздействие на пациента.

В профессиональном общении необходимо знание определённых правил поведения, принятых в данном социуме в целом и в обстановке профессионального общения в частности.

Таким образом, в центре внимания различных дисциплин, связанных с изучением человека, находится дискурс. Медицинский дискурс является одним из типов институционального дискурса. В нем чётко определены статусно-ролевые характеристики участников общения: врач – пациент. Цель общения – оказание медицинской помощи, место общения – поликлиника, стационар.

Целями общения врача с пациентом в рамках медицинского дискурса являются постановка правильного диагноза, рекомендация определённых методов лечения выявленного заболевания, проведение его лечения. Этими целями определяются основные стратегии медицинского дискурса – диагностирующая, лечащая и рекомендующая [2].

Важнейшими средствами гармонизации общения врача с пациентом, помогающими врачу успешнее осуществить свою основную профессиональную цель (вылечить пациента) являются речевой этикет и вежливость. Они обеспечивают эффективную реализацию стратегий и тактик медицинского дискурса.

Литература:

1. Арутюнова, Н. Д. Дискурс / Н. Д. Арутюнова // ЛЭС. – М., 1990. – С. 136–137.
2. Формановская, Н. И. Речевое общение: коммуникативно-прагматический подход / Н. И. Формановская. – М., 2002. – С. 32–35.
3. Бейлинсон, Л. С. Характеристика медико-педагогического дискурса: дис. ... канд. филол. наук / Л. С. Бейлинсон. – Волгоград, 2001. – 182 с.
4. Карасик, В. И. Языковые ключи / В. И. Карасик. – Волгоград: Парадигма. – 2007. – 520 с.
5. Карасик, В. И. Структура институционального дискурса Текст. / В. И. Карасик // Проблемы речевой коммуникации. – Саратов: Изд-во Саратов. – 2000. – С. 25–33.
6. Кислик, Н.В. Профессиональное общение: врач и пациент / Н. В.Кислик, И. В.Адашкевич, Н. Е.Кожухова. – Минск, 2015. – 115 с.