

2. Соколова, А. Ю. Ассимиляции латинских заимствований в английском языке медицинской терминологии / А. Ю. Соколова, Н. Г. Гавриленко // Russian Linguistic Bulletin. – 2023. – №8 . С. 18–19. – URL: <https://rulb.org/archive/8-44-2023-august/10.18454/RULB.2023.44.26> (дата обращения: 12.12.2025).

СТРАТЕГИИ КОЛЛЕГИАЛЬНОЙ МОДЕЛИ ОБЩЕНИЯ В МЕДИЦИНСКОМ ДИСКУРСЕ

Комлева М. В.

Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы
г. Москва, Российская Федерация

В медицинском дискурсе XXI века существуют разные формы и способы речевого взаимодействия врача и пациента, однако ведущим дискурсивным типом в данной институциональной сфере является коллегиальный тип общения, пришедший на смену авторитарной (или «патерналистской») модели.

Долгие годы господствовавшая патерналистская модель была актуальна благодаря ряду факторов: сакрализация медицинских знаний у истоков врачебного искусства, зависимость медицины от церкви в Средние века, отсутствие теоретической базы и фокус на практической стороне лечения в эпоху эмпиризма, бурное развитие естественных наук в XIX–XX веке и последующий технический прогресс. Медицинский патернализм, по Р. В. Васюкову, основан «на бинарном разделении, предполагает наличие экспертной стороны и подчиняющегося ей пациента», сосредотачиваясь «на главенствующей роли субъекта, его мотивах и профессиональных стандартах» [1, с. 75].

Коллегиальная модель общения, напротив, подразумевает равноправное взаимодействие между участниками медицинской коммуникации, выстраивает уважительный диалог, основанный на доверии, согласии и готовности к сотрудничеству. Дискурс коллегиального типа характеризуется переходом от авторитарных стратегий интеракции к диалоговым, в которых одинаково важны оба коммуниканта, а также степень их взаимопонимания и вовлеченности в процесс диагностики и лечения. Существует несколько классификаций стратегий, обладающих разной спецификой с точки зрения лингвопрагматики.

Так, Е. Н. Левина, А. М. Фролова, ставя своей целью обучение иностранных студентов-медиков, выделяют следующие стратегии ведения диалога, расспроса и интервью: контактоустанавливающая стратегия, стратегия расположения к себе, стратегия убеждения [2, с 349].

Первая – контактоустанавливающая стратегия – выполняет фатическую функцию, лингвистическую задачу начала диалога. В нее входит не только инициирование контакта, но и его поддержание, что осуществляется вербально и невербально (создание благоприятной атмосферы, открытые

вопросы и др.). Данная стратегия представляет собой вариант речевого поведения, основанный на социальной психологии. Важно отметить, что насыщенность фатического коммуникативного акта остается спорным вопросом в лингвистике – по мнению ряда исследователей, контактоустанавливающие фразы не несут смысловой нагрузки и не используются для обмена информацией.

Поэтому следующая стратегия – расположения к себе – может быть рассмотрена как вариант контактоустанавливающей, то есть как ее разновидность, использующая лингвистические и паралингвистические средства выведения диалога на новый уровень доверия. Возможно применение психологических приемов, позволяющих быстро установить межличностные отношения, расположить к себе собеседника, сформировать аттракцию (зрительный контакт, комплименты, язык тела, обращение по имени и т. п.)

Наконец, стратегия убеждения – одна из важнейших в медицинской практике, объясняющая пациенту необходимость того или иного выбора, метода, способа лечения; моделирующая определенную картину мира; формирующая отношение пациента к действительности (в том числе к собственному диагнозу), его настроение и когнитивную парадигму в целом. Данная стратегия реализуется с помощью тактик рациональной аргументации, мотивирующего интервьюирования, создания общности цели, информирования о рисках, пользе и альтернативах. «Анализ... текстов медицинского медиадискурса показал, что наиболее характерны для речевой стратегии убеждения предикативные наречия, модальные слова, краткие прилагательные и причастия с семантикой долженствования, разрешения и уверенности» [3, с. 131].

В работах С. В. Майбороды важнейшей стратегией коллегиального типа дискурса считается *стратегия согласованного решения*, так как именно она осуществляет главную цель партнерской модели общения – достижение компромисса. Кроме того, автор отмечает необходимость реализации *поддерживающей стратегии*, направленной «на кооперативное общение», стремящейся «поддержать (одобрить, разрешить) действия адресата» и оформляющейся «при помощи коммуникативных тактик согласия, разрешения, одобрения, похвалы» [4, с. 67].

Таким образом, знание речевых стратегий и их лингвопрагматического потенциала позволяет значительно повысить эффективность диалога «врач-пациент» в рамках коллегиальной (партнерской) модели, способствуя развитию профессиональных компетенций и созданию доверительных отношений, тем самым улучшая качество медицинской помощи.

Литература:

1. Васюков, Р. В. Патерналистская модель помощи: проблемы и перспективы (социально-философский анализ) / Р. В. Васюков // Казанский социально-гуманитарный вестник. – 2025. – Т. 2(69). – С. 73–80.
2. Левина, Е. Н. Обучение иностранных студентов-медиков стратегиям ведения профессионального диалога-расспроса на русском языке с учетом

коммуникативно-речевого портрета пациента / Е. Н. Левина, А. М. Фролова // Филологические науки. Вопросы теории и практики. – 2025. – Т. 18(1). – С. 345–352.

3. Трофимова, Г. Н. Стратегии убеждения в медицинском медиадискурсе: функционально-прагматический анализ / Г. Н. Трофимова, М. В. Комлева // Неофилология. – 2025. – Т. 11(1). – С. 124–138.

4. Майборода, С. В. Коммуникативные стратегии и тактики в речевой партии врача в диалоге о самолечении / С. В. Майборода // Вестник Томского государственного университета. – 2019. – № 448. – С. 65–74.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МЕДИЦИНСКОЙ ТЕРМИНОЛОГИИ КАК ОБЪЕКТА ИЗУЧЕНИЯ В УЧРЕЖДЕНИЯХ ВЫСШЕГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Кондратьев Д. К.

Гродненский государственный медицинский университет
г. Гродно, Республика Беларусь

Оценка качества подготовки и эффективности работы преподавателя иностранных языков, в первую очередь преподавателя дисциплины «Латинский язык», требует глубокого знания преподаваемой дисциплины, и не только в рамках учебной программы, а на уровне современных научных разработок с учетом всех новейших данных. Повышение профессиональных компетенций преподавателя иностранного языка медицинского вуза должно осуществляться на постоянной основе в рамках концепции «обучение в течение всей жизни». Преподаватель иностранного языка, занимаясь подготовкой студентов-медиков, обязан в полном объеме владеть языком медицины – понимать и употреблять медицинские термины.

Медицинская терминология – это язык медицины (совокупность терминов, выражений, названий, аббревиатур, акронимов, символов, которые используются для обозначения специфических понятий данной области науки).

Следует различать собственно медицинскую терминологию и номенклатуру. Терминология – это специальный язык отдельной отрасли знаний. Терминология – это живой язык, который образуется и употребляется не по жестким правилам. Номенклатура – это интернационально принятая, законодательно закреплённая система обозначений специальных понятий. Примером является анатомическая номенклатура.

Точное количество медицинских терминов установить вряд ли возможно. В литературе встречаются данные от 500 тысяч до одного миллиона. Мы придерживаемся числа 170 тысяч: 80 тысяч названий лекарственных средств, 10 тысяч анатомических терминов, 20 тысяч названий функций органов, 60 тысяч названий болезней, патологических состояний и медицинских