

Мир науки. Социология, филология, культурология <https://sfk-mn.ru>

World of Science. Series: Sociology, Philology, Cultural Studies

2019, №3, Том 10 / 2019, No 3, Vol 10 <https://sfk-mn.ru/issue-3-2019.html>

URL статьи: <https://sfk-mn.ru/PDF/23FLSK319.pdf>

DOI: 10.15862/23FLSK319 (<http://dx.doi.org/10.15862/23FLSK319>)

Ссылка для цитирования этой статьи:

Недоступ О.И. Коммуникативно-прагматический потенциал речевых тактик в онкологическом дискурсе // Мир науки. Социология, филология, культурология, 2019 №3, <https://sfk-mn.ru/PDF/23FLSK319.pdf> (доступ свободный). Загл. с экрана. Яз. рус., англ. DOI: 10.15862/23FLSK319

For citation:

Nedostup O.I. (2019). Communicative-pragmatic potential of the speech tactics in oncological discourse. *World of Science. Series: Sociology, Philology, Cultural Studies*, [online] 3(10). Available at: <https://sfk-mn.ru/PDF/23FLSK319.pdf> (in Russian). DOI: 10.15862/23FLSK319

УДК 811.161.1

ГРНТИ 16.21.47

Недоступ Олег Игоревич

ФГБОУ ВО «Сибирский государственный университет геосистем и технологий», Новосибирск, Россия

Доцент кафедры «Языковой подготовки и межкультурных коммуникаций»

Кандидат филологических наук

E-mail: in383@yandex.ru

Коммуникативно-прагматический потенциал речевых тактик в онкологическом дискурсе

Аннотация. Актуальность работы связана с возрастающим интересом лингвистов к изучению устного медицинского дискурса, в частности, его отдельных структурных составляющих – онкологического дискурса, в рамках которого особый интерес представляет описание речевых тактик и стратегий, используемых в деловом общении между врачом и пациентом. Анализ речевых стратегий и формируемых на их основе коммуникативных тактик в дальнейшем позволит выстроить наиболее эффективные модели делового общения в диаде врач-пациент, учитывающие коммуникативные сбои и коммуникативные лакуны.

Автором статьи представлен опыт описания некоторых речевых тактик и стратегий в коммуникативно-прагматическом аспекте, в рамках которого выстраивается деловое взаимодействие между врачом-онкологом и пациентом. Как показывает эмпирический материал, ведущей стратегией взаимоотношений между врачом и пациентом является стратегия воздействия с целью формирования приемлемой поведенческой модели в диаде врач-пациент. Данная стратегия дает импульс для активизации ряда суггестивных тактик, позволяющих врачу-онкологу в разной степени воздействовать на пациента с целью достижения комплаенса. Такое воздействие осуществляется в определенной последовательности: на этапе знакомства актуальным является использование имиджевой тактики, в процессе опроса больного и на этапе консультирования незаменимой становится тактика нейтрализации тяжелого психоэмоционального состояния больного, на этапе активной фазы лечения уместно будет использовать поддерживающе-оценочную и императивную тактики.

Таким образом, изучение потенциала речевых тактик позволяет наиболее эффективно выстроить траекторию взаимодействия врача и пациента.

Ключевые слова: медицинский дискурс; онкологический дискурс; речевая тактика; речевая стратегия; суггестивная стратегия; коммуникативно-прагматический потенциал; речевая манипуляция

Проблематика и спектр вопросов, охватывающих как медицинский дискурс в целом, так и его составные репрезентативные части, например, научную и наивную медицинскую картину мира, достаточно широк: от проблем определения границ суггестивности и особенностей жанровой специфики до вопросов, связанных с созданием персонифицированных коммуникативных моделей речевого воздействия. В той или иной степени данная проблематика затрагивалась в работах Э.В. Акаевой, М.И. Барсуковой, Л.С. Бейлисон, Н.Д. Голева, Н.В. Гончаренко, В.В. Жура, Т.Г. Карымшаковой, С.Л. Мишлановой, Н.Ю. Сидоровой.

В свете данных рассуждений чрезвычайно актуальной представляется проблема речевого взаимодействия врача и пациента, выстраивания оптимальных, с точки зрения деловой коммуникации, тактик взаимодействия. И это вполне объяснимо. В настоящее время в медицине задан вектор на персонифицированную форму оказания различных медицинских услуг населению (диагностика, лечение), поэтому первостепенным становится выстраивание продуктивного (содержательного) диалога между врачом и пациентом, который, в итоге, способствует достижению комплаенса. Стоит отметить, что проблема порождения эффективного диалога между врачом и пациентом носит междисциплинарный характер, включающий медицинский и социально-гуманитарные аспекты. Так, С.Н. Сорокоумова и В.П. Исаев отмечают, что «взаимодействие врача и пациента, по сути, также представляют собой процесс коммуникации, в рамках которого должен быть сформирован терапевтический альянс, иначе становится недостижимым продуктивное сотрудничество в диаде врач – пациент» [1]. Данная точка зрения, в определенной степени, для лингвистов является значимой, так как происходит расширение понятия «деловое общение» между врачом и пациентом, которое учитывает не только выработку стандартных речевых тактик и стратегий взаимодействия, но и индивидуальных, возможно, даже эксклюзивных моделей речевой коммуникации, которые бы гармонировали с понятием «терапевтический альянс».

Целью данной статьи является характеристика наиболее частотных речевых тактик и стратегий выстраивания деловой коммуникации в диаде врач-пациент. Основной задачей исследования видится выявление специфических коммуникативно-прагматических особенностей высказываний, представляющих собой развернутые комментарии пациентов на полученную медицинскую консультацию. Данные высказывания извлекались из различных интернет-источников: форумы на медицинскую тематику, личная переписка пациентов в социальных сетях, дневниковые записи онкологических больных и т. д. Нами было проанализировано более 200 контекстов, которые по силе своей информативности позволяют достаточно достоверно охарактеризовать выявленные специфические черты коммуникативного взаимодействия в диаде врач-пациент.

В качестве основных методов анализа высказываний использовались методы контекстуального и прагматического анализа, позволяющие наиболее полноценно выявить механизмы взаимодействия в рамках той или иной речевой тактики. На основе указанных методов моделировались наиболее частотные речевые тактики общения в диаде «врач-пациент», анализировались коммуникативно-прагматические возможности таких тактик. Тем не менее, стоит согласиться с М.И. Барсуковой, которая отмечает, что «четкое и однозначное выделение конкретной речевой стратегии в профессиональном общении не всегда возможно. Слияние и взаимопроникновение речевых стратегий является характерной особенностью медицинского дискурса» [2].

В качестве принципиальных пояснений подчеркнем, что в данной статье в основу анализа коммуникативно-прагматического потенциала деловых медицинских стратегий и тактик положена идея обращения к разговорным жанрам интернет-языка. В подобных речевых практиках высвечивается усредненный тип носителя наивной медицинской картины мира. Представления о коммуникативном поведении врача, которые положены в основу деловой медицинской коммуникации, как раз и выводятся из представлений «усредненного» носителя языка.

А.А. Календр выделяет несколько типов профессионального общения в рамках медицинского дискурса: «центральный – «врач – пациент», периферийные – «медик – исследователь» и «медик – широкая аудитория» [3]. В рамках модели профессионального общения «врач – пациент» медицинский работник должен понимать, что для онкологического больного является если не главным, то достаточно важным установление позитивного контакта с лечащим врачом. Во многом это объясняется тем, что врач-онколог практически всегда сталкивается с тяжелыми, эмоциональными переживаниями пациентов, поэтому должен уметь снижать негативную тональность душевного состояния пациента. Более того, медицинская этика прямо говорит о том, что врач должен уметь эффективно использовать методы воздействия на пациента, устраняя его эмоциональные переживания. По сути, речь идет об использовании «когнитивных стратегий» [4].

В общем виде под когнитивными стратегиями мы понимаем эмоциональную логически выстроенную тактику воздействия на пациента с целью выполнения больным предписаний врача и формирование у пациента позитивного ощущения исхода заболевания.

Для реализации коммуникативных намерений врач-онколог применяет методы речевого воздействия на всех этапах лечения пациента, в том числе и на этапе первичной консультации, и на этапе установления диагноза. Так, Г.Г. Почепцов справедливо отмечает, что «успешный коммуникатор ведет свою коммуникацию по заранее проверенному пути. Профессионал достаточно четко прогнозирует дальнейшее поведение своей аудитории, основываясь на апробации предлагаемых подходов» [5].

Остановимся более подробно на особенностях реализации стратегии и тактик речевого поведения врачей-онкологов.

Как показывает анализ эмпирического материала, ведущей стратегией в рамках общения между врачом и пациентом является речевое воздействие в целях формирования приемлемой поведенческой модели. Поведенческая модель играет важную роль на этапах консультирования и лечения пациента. Е.М. Клещенко отмечает, что «одной из основных характерных черт медицинского институционального дискурса является речевое воздействие» [6]. Речевое воздействие представляется как применение отличительных характеристик устройства знаковых систем, таких, как язык. Это позволяет выстроить коммуникацию таким образом, что она будет влиять на сознание и поведение пациента. Для «запуска» речевой стратегии воздействия должны учитываться следующие факторы: психологический, когнитивный, семиотический, структурно-семиотический. По отношению к коммуникативному статусу врача-онколога названные факторы мы интерпретируем следующим образом.

Психологический фактор представляет собой соотношение двух составляющих: суггестивной и эмоциональной. Сущность суггестивной составляющей заключается в том, что суггестор (врач) динамично стремится подтолкнуть суггестанта (больного) к активным действиям, устремленным на борьбу с тяжелым заболеванием, на прохождение всех циклов лечения. Однако в данном случае больной не принимает самостоятельного решения о лечении. В свою очередь, эмоциональная составляющая призвана гармонизировать психологический фон общения между врачом и пациентом.

Когнитивный фактор позволяет выстраивать позитивный сценарий прогноза лечения. Тем самым врач модифицирует картину мира пациента, устраняя стереотипные представления о том, что «рак неизлечим», «рак – это приговор».

Структурно-семиотический фактор представляет собой в процессе общения разнообразие точек зрения коммуникантов на проблему лечения пациента.

Указанные факторы положены в основу суггестивной стратегии. Отметим, что ведущей стратегией в устном медицинском дискурсе является именно суггестивная стратегия. Суггестивная стратегия направлена на установление и поддержание психологического равновесия в общении между врачом и пациентом. Успешность реализации суггестивной стратегии в речевом акте диктуется умением врача слушать и слышать своего пациента, способностью понять, что тревожит больного на данный момент. Эмпатическое взаимодействие достигается за счет удачного соотношения в общении вербальных и невербальных средств коммуникации. Суггестивная стратегия в медицинском дискурсе может реализовываться в императивных тактиках. Также достаточно часто информативные дискурсивные стратегии приобретают суггестивный характер.

Фокусируясь на стратегии воздействия на пациента, мы рассмотрим ряд суггестивных тактик, которые, безусловно, существуют в рамках названной стратегии. К таким тактикам относятся следующие: имиджевая тактика, тактика нейтрализации тяжелого психоэмоционального состояния, поддерживающе-оценочная тактика, а также императивная тактика.

Имиджевая тактика реализуется посредством презентации врачом своих регалий, своего профессионального статуса. Такая тактика позволяет создать четкий имидж адресанта, причем совершенно не обязательно позитивный. В нашей базе эмпирического материала примерно 10–15 процентов высказываний, в которых отчетливо видно, как пациенты негативно характеризуют доктора, а именно: «непрофессиональный», «грубый», «невнимательный», «не вникает в суть проблемы». Причем, если у врача, по мнению пациента, имеется приведенный репертуар отрицательных качеств, то, как правило, негативной оценке не подвергаются так называемые статусные характеристики, такие, как наличие или отсутствие высшей категории, ученой степени, возможных званий. Данная тактика существенным образом влияет на первичное впечатление, которое формируется в наивной картине мира больного. Поэтому имиджевая тактика наиболее эффективно «работает» на начальных этапах взаимоотношений врача с пациентом.

По мнению Г.Г. Почепцова, рассматриваемая с точки языковой экспликации тактика может реализовываться следующим образом: «формальная оболочка высказывания, которая включает в себя определенную интонацию, фонацию, темп речи и использование пауз. Также применяются мимические средства, жесты, немаловажную роль играет внешний вид врача» [5].

Становится очевидным, что важную роль при проведении медицинского дискурса играет построение речевого дискурса врача, использование невербальных средств общения, а также позиционируемый имидж врача. В совокупности все эти способы актуализации имиджевой тактики существенным образом помогают достичь поставленной цели. Также, продумывая общение с тяжелобольным человеком, врачу необходимо учитывать следующее: темп речи и наличие или отсутствие длительных пауз.

Данные эмпирического материала свидетельствуют о том, что в большинстве случаев спокойный, но не медлительный темп речи располагает пациента к доверительному контакту. В свою очередь, быстрая, сбивчивая речь вызывает недоверие со стороны пациента. Наличие длительных пауз тоже негативно влияет на установление доверительных отношений. Как правило, длительные паузы в разговоре воспринимаются больными как незнание врачом

ответов на вопросы по заболеванию. Важно отметить, что названные составляющие репрезентации имиджа врача относятся к ядру всех составляющих вербальных и невербальных элементов образа врача. Нам практически не встречалось ни одного примера, в которых бы темп речи и тембр голоса врача понимались больными как несущественные элементы вербализации диалога. По нашему мнению, на больного положительно влияет речь доктора, которая построена с использованием следующих средств: небыстрая тихая речь, отсутствие длительных пауз. Соответственно, просодические качества речи необходимо учитывать как важный фактор успешного профессионального общения.

Помимо умения грамотно использовать просодические средства речи, врачу необходимо точно подбирать языковые средства, речевые обороты, используемые в диалоге с больным. В этом случае актуальной становится тактика нейтрализации тяжелого психоэмоционального состояния. Очевидно, что слова и обороты речи, сказанные в диалоге больному, например, при сообщении диагноза, иногда могут эмоционально предвосхитить дальнейшее развитие событий. Либо больной будет настроен на борьбу с опухолью, либо врач, хотя и косвенно, но усугубит и так тяжелое эмоциональное состояние больного. В качестве примера приведем рефлексивный отрывок диалога между врачом и пациентом. Больной: «Елена Денисовна не отвечала на мои вопросы о состоянии и дальнейшем лечении. Ее поведение говорило «Вам это знать ни к чему!». Напугала диагнозом, который не подтвердился сданными анализами в другом учреждении. Она послала меня на операцию, причем ее срочность ничем не обоснована. У меня создалось ощущение, что она не хочет нести ответственность в связи с сопутствующими факторами, чтобы минимизировать риск, предлагает лечиться под нож». В данном отзыве, как минимум, прослеживается ситуация отрицательного суггестивного воздействия. Врач исходит из того, что пациента не нужно посвящать в детали его заболевания. Причем, проанализированный нами материал достаточно часто фиксирует такую позицию врача. В любом случае, как показал эмпирический материал, врачу необходимо составить конструктивный диалог, в котором бы четко оговаривалось, чем конкретно болен пациент, какой прогноз возможен и какие методы лечения способны оказать эффективную помощь. При опросе практикующих врачей-онкологов нами выяснено, что медицинские работники либо не придают должного значения тяжелому эмоциональному состоянию своих больных, либо во главу угла ставят исключительно тактическое наступление на болезнь. Конечно, определенными причинами коммуникативных неудач в общении врача и пациента могут быть и формально-организационные особенности взаимодействия. В условиях лимита медицинской консультации врач не всегда может уделить пациенту достаточно времени, но, тем не менее, достижение психологического комплаенса позволяет в дальнейшем более эффективно вести больного к ремиссии или выздоровлению. Это подтверждается множеством отзывов, в которых пациенты благодарят врачей за выздоровление.

Также важно учитывать, что у подавляющего большинства онкобольных возникают так называемые когнитивные искажения, связанные с тяжелым психофизиологическим состоянием. Такие искажения могут изменять первоначальную модель поведения. Поэтому, как было показано в предыдущем примере, недостаток информации для пациента не менее вреден, чем и ее переизбыток.

Используя данную коммуникативную тактику, врачу в диалоге с больным желательно доступным профессиональным языком изложить суть проблемы и постараться нейтрализовать эмоциональное напряжение. Приведем пример. Врач: «Результаты анализа не говорят об однозначном диагнозе. Были обнаружены атипичные клетки, но процесс их деления не происходит. На данном этапе мы будем следить за новообразованием, пока стоит говорить о доброкачественной опухоли». В большинстве случаев подобного рода высказывания, в которых врач четко и содержательно излагает результаты обследования, успокаивают пациента и настраивают на дальнейшее сотрудничество с врачом. Такого рода имплицитное

манипулирование иногда дополняется оценочной лексикой с положительной коннотацией, что позволяет настроить больного на позитивное восприятие перспективы прогнозируемого состояния. Приведем пример. Врач: «Картина осмотра слизистой желудка показывает, что язва уже вне обострения, мы орошили ее поверхность специальными препаратами, через неделю она должна окончательно затянута». Также пример. Врач: «После удаления опухоли левой доли щитовидной железы я постарался не затронуть голосовые связки, так что говорить будете громко».

Иногда в рамках данной коммуникативной тактики используются высказывания с высоким суггестивным эффектом: «В нашей клинике работают лучшие онкологи города, мы поможем вам».

На этапе активного лечения, как правило, используется поддерживающе-оценочная тактика. Данная тактика представлена несколькими речевыми жанрами – одобрение, утешение, понимание и порицание. В языковом и смысловом отношении названная тактика направлена на оценку действий и личностных качеств пациента. Согласно данным эмпирического материала, способы репрезентации поддерживающе-оценочной тактики могут иметь биполярную реализацию: с одной стороны, врачу необходимо постоянно поддерживать коммуникативно-психологический баланс в ходе тяжелого лечения пациента, но, с другой стороны, необходимо корректировать коммуникативный статус пациента, в том числе и посредством императивных или экспрессивно-оценочных конструкций.

Реализацию подбадривающего манипулятивного поведения врача можно продемонстрировать примерами, в которых врач корректирует эмоциональный статус пациента. Приведем пример. Врач: «Не волнуйтесь, результаты повторной биопсии показали, что раковые клетки «успокоились» и процесс метастазирования прекратился. Значит, мы с Вами верно определили стратегию лечения. Будем продолжать в том же духе».

Безусловный терапевтический эффект достигается при использовании врачом в общении с тяжелобольным человеком слов, в значении которых заложены ядерные семы «выздоровление», «дружба», «улыбка», «смех». Как правило, подобная манипуляция характерна в общении с паллиативными больными. В качестве примера приведем диалог из повести «Раковый корпус» А.И. Солженицына: Врач говорит пациенту Азовкину:

– Ну, что, Коля? Ну как? — Людмила Афанасьевна обняла его с плеча на плечо.

– Плохо, — ответил он тихо, одним ртом, стараясь не выталкивать грудью воздух, потому что всякий толчок лёгкими сразу же отдавался к животу на опухоль.

– Ну, давай, Коля, вместе подумаем, — так же тихо говорила Донцова. — Может быть, ты устал от лечения? Может быть, тебе больничная обстановка надоела? Надоела?

– Да...

– Ты ведь здешний. Может, дома отдохнёшь? Хочешь?.. Выпишем тебя на месяц-на полтора?

– А потом... примете?..

– Ну, конечно, примем. Ты ж теперь наш. Отдохнёшь от уколов. Вместо этого купишь в аптеке лекарство и будешь класть под язык три раза в день».

Стоит особо отметить, что определенные трудности реализации поддерживающе-оценочной тактики возникают при общении врача с больным ребенком. Для успешного коммуникативного контакта с ребенком врачу необходимо исключить слова и обороты, в значении которых заложена негативная семантика. Например, словосочетания типа «тяжелобольной ребенок», «тяжелое состояние», «безнадежный прогноз» и т. п. Подобные

речевые обороты способны вызвать у ребенка страх и негативно сказаться на дальнейшем лечении. При анализе онлайн-дневников тяжелобольных детей мы отметили тенденцию к нарушению коммуникативных правил речевого поведения со стороны врача. Приведем описание отрывка текста из онлайн-дневника больного подростка: «Я около года болею саркомой Юинга. В мае мне удалили опухоль. Сегодня сделали контрольную томограмму. Врач позвал меня к себе и показал снимки, сказал, что по всему телу пошли метастазы, не знает, как дальше меня лечить». К сожалению, подобные случаи тупиковых коммуникативных ситуаций не единичны.

Иногда в рамках указанной тактики используется так называемое «осуждающее» манипулирование, которое, на наш взгляд, способно иногда стимулировать больных со слабым психотипом к активной борьбе за жизнь. Приведем пример. Врач: «Если бы все больные были такими капризными, я бы давно ушла на пенсию». В данном примере продемонстрирована ситуация отказа больного от химиотерапии. Врач пытается убедить больного в необходимости процедуры, прибегнув к манипулятивной уловке.

В языковом отношении особыми экспликаторами поддерживающе-оценочной тактики являются использование лексем с оценочным значением, слов с деминутивными суффиксами, вкрапление элементов разговорно-бытового стиля речи, а также использование невербальных средств общения.

В процессе коммуникативного взаимодействия, особенно в государственных клиниках, больные сталкиваются с императивной тактикой воздействия со стороны врача. К.А. Керер справедливо замечает, что «для отечественного медицинского дискурса императивная форма команды врача является широкораспространенной и общепринятой. Команды врача как агента медицинского дискурса способствуют автоматизму действий клиента социального института. Пациенты, как правило, всегда выполняют команды врача, без лишних раздумий доверяя ему» [7].

В.В. Жура уточняет, что «директивность речевого поведения врача обусловлена коммуникативной ролью, которую он берет на себя в данной ситуации» [8]. Характерным признаком данной тактики является использование требований и приказов в диалогическом общении врача с пациентом. Языковыми экспликаторами данной тактики могут быть глагольные конструкции в повелительном наклонении. Приведем пример. Врач: «Женщины к онкологу приходят только с результатами маммографии на руках». Также пример. Врач: «Дышите глубоко, не грызите капу».

При взаимодействии с ребенком императивные конструкции представлены глаголами в единственном числе. Пример. Врач: «Терпи, терпи скоро легче станет». Также пример. Врач: «Подойти к врачу поближе». Спектр императивных конструкций в рамках данной тактики может расширяться за счет использования глаголов во втором лице множественного числа. Пример. Врач: «Стоим не двигаясь и не кричим!», а также благодаря инфинитивным конструкциям, например: «Руку положить на спинку кресла и не дергать ей во время процедуры». Наличие широкого спектра инфинитивных конструкций объясняется, на наш взгляд, тем, что инфинитив связан с возможностью выражения потенциальности действия, определения возможности или невозможности совершения какого-либо действия.

В рамках директивного общения встречаются конструкции, в которых императивные глагольные высказывания сочетаются с наречиями, эксплицирующими эмоционально-психологическое значение. Пример. Врач: «Обязательно пройти гастроскопию с биопсией». Также пример. Врач: «Лучше поскорее начинайте делать химиотерапию».

Указанные возможности императивных конструкций с наречным интенсификатором позволяют врачу наиболее психологически точно выразить свое отношение к проблеме и

состоянию пациента. В языковом отношении наречные интенсификаторы не связаны с этикетной функцией, но они воздействуют на оценку реплики пациентом, тем самым усиливая ее значение для пациента.

В границах анализируемой речевой тактики использование императивных глагольных и наречных конструкций вполне объяснимо и оправданно. Врач в диалогическом взаимодействии с пациентом обладает коммуникативной властью в силу профессионально-должностного положения. Поэтому врачу приходится разрешать различные коммуникативные задачи, с которыми он сталкивается в профессиональном общении. Как мы уже говорили, некоторые из таких ситуаций эффективнее разрешаются при использовании императивной тактики. Однако для смягчения силы императивного высказывания можно использовать конструкции, включающие слова с деминутивными суффиксами и фатическими элементами. Тем не менее, как отмечают Н.А. Дзараева и Е.А. Смирнова, «при возникновении конфликта необходимо выбрать определенные стратегии для его разрешения» [9].

Достаточно часто императивная тактика проявляется через просьбу, адресованную пациенту. Многие врачи-практики утверждают, что манипулирование посредством просьбы позволяет более эффективно выстроить взаимоотношения с пациентом. Таким образом, пациент, получивший рекомендации врача в виде просьбы, более охотно их исполняет. Отметим тот факт, что пациенты, получившие от врача рекомендации в виде просьбы, чувствуют себя сопричастными к выработке назначений по лечению.

В языковом отношении градус императивности жанра просьбы намного меньше. Как правило, императивные интонационные конструкции менее директивные, что позволяет врачу вводить в диалог уточняющие вопросы и этикетные формулы.

Связующим звеном всех анализируемых стратегий и тактик выступает идея достижения комплаенса между врачом и пациентом, а также выработка у пациента модели принятия самостоятельных решений в отношении своего лечения. На этот счет уместно привести высказывание Н.В. Суминой: «медицинский дискурс характеризуется ориентированностью на субъекта: врач способствует развитию автономности и самостоятельности клиента. Дискурсивной формулой, функционирующей в данном типе общения, является фраза: «Это Ваша жизнь, и ваша ответственность» [10].

Подведем итоги. Изучив коммуникативно-прагматический потенциал речевых тактик онкологического дискурса, мы выяснили, что медицинские речевые тактики в ходе дискурсивного взаимодействия развертываются в определенный коммуникативный механизм, позволяющий врачу на том или ином этапе общения реализовывать намеченные коммуникативные цели и эффективно корректировать поведение больного. Собранный эмпирический материал и полученные результаты исследования позволяют в дальнейшем выстроить универсальные модели речевого воздействия в диаде «врач-пациент».

ЛИТЕРАТУРА

1. Сорокоумова С.Н., Исаев В.П. Специфика профессиональной деятельности помогающих профессий // Педагогическое образование в России. 2009. № 4. С. 186–189.
2. Барсукова М.И. Медицинский дискурс: стратегии и тактики речевого поведения врача: автореф. дис. ... канд. филол. наук. – Саратов: Саратовский государственный университет им. Н.Г. Чернышевского, 2007. – 21 с.
3. Календр А.А. Рекомендация как жанр популярно-медицинского дискурса // Известия Волгоградского государственного педагогического университета. Филологические науки. 2015. № 8 (103). С. 142–147.
4. Акаева Э.В. Коммуникативные стратегии профессионального медицинского дискурса: автореф. дис. ... канд. филол. наук. – Омск: Омский государственный университет им. Ф.М. Достоевского, 2007. – 22 с.
5. Почепцов Г.Г. Теория коммуникации. Москва: Рефл-бук, К.: Ваклер, 2001. 656 с.
6. Клещенко Е.М. Реализация информативной стратегии врача в медицинском дискурсе // Вестник Челябинского государственного университета. Филология, искусствоведение. 2014. № 88. С. 50–53.
7. Керер К.А. Особенности языкового выражения речевого воздействия врача на пациента в рамках медицинского дискурса (на материале кинофильма «Неотложка») // Вестник Северо-Восточного федерального университета им. М.К. Аммосова. 2018. № 4 (66). С. 99–110.
8. Жура В.В. Дискурсивная компетенция врача в устном медицинском дискурсе: автореф. дис. ... доктора филол. наук. – Волгоград: Волгоградский государственный педагогический университет, 2008. – 40 с.
9. Дзараева Н.А., Смирнова Е.А. Коммуникативные стратегии и тактики в конфликтных ситуациях общения виртуального дискурса // Проблемы романо-германской филологии, педагогики и методики преподавания иностранных языков. 2017. № 13. С. 35–42.
10. Сумина Н.В. Психотерапевт и его клиент как лингвокультурные типажи: соотношение лексикографических интерпретаций с реальностью // Филологические науки. Вопросы теории и практики. 2016. № 11(65). С. 137–140.

Nedostup Oleg Igorevich

Siberian state university of geosystems and technologies, Novosibirsk, Russia
E-mail: in383@yandex.ru

Communicative-pragmatic potential of the speech tactics in oncological discourse

Abstract. The relevance of the work is associated with the growing interest linguists show in exploring communicative medical discourse, particularly when it comes to its individual structural components – discourse about cancer, in which the description of speech tactics and strategies used in health communication between a doctor and a patient is of particular interest. The analysis of speech strategies and communicative tactics formed on their basis will in the future contribute to the creation of the most effective models of doctor-patient dyad healing-related communication, which take into account both communication failures and communication gaps.

The description of some speech tactics and strategies in the communicative and pragmatic aspect, within which an oncologist and a patient interact, is presented by the author in this paper. As empirical data shows, the influence strategy targeted to establish an acceptable behaviour model of the doctor-patient dyad proves to be the leading healing encounters strategy. This strategy provides impetus to activate a number of suggestive tactics that allow oncologist to influence the patient to varying degrees in order to achieve compliance. Such influence should be sequenced: a first meeting would necessitate image strategy; in the process of interviewing and counselling the tactic of neutralizing psycho-emotional disorder of the patient plays a key role; at the stage of the active phase of treatment both support and physical assessment are appropriate to combine it with the imperative tactics.

Thus, the study of speech tactics potential makes it possible to most effectively build the trajectory of doctor-patient interaction.

Keywords: medical discourse; oncological discourse; speech tactics; speech strategy; suggestive strategy; communicative and pragmatic potential; speech manipulation

REFERENCES

1. Sorokoumova S.N., Isaev V.P. (2009). The specifics of the professional activity of helping professions. *Pedagogical education in Russia*, 4, pp. 186–189 (in Russian).
2. Barsukova M.I. (2007). Meditsinskiy diskurs: strategii i taktiki rechevogo povedeniya vracha. [*Medical discourse: strategies and tactics of a doctor's speech behavior.*] Saratov: Saratov State University named after N.G. Chernyshevsky, p. 21.
3. Kalendr A.A. (2015). Recommendation as a genre of popular medical discourse. *Bulletin of the Volgograd State Pedagogical University. Philological sciences*, 8(103), pp. 142–147 (in Russian).
4. Akaeva Eh.V. (2007). Kommunikativnye strategii professional'nogo meditsinskogo diskursa. [*Communicative strategies of professional medical discourse.*] Omsk: Omsk State University F.M. Dostoevsky, p. 22.
5. Pocheptsov G.G. (2001). Teoriya kommunikatsii. [*Communication theory.*] Moscow: Refl beech, Kiev: Wakler, p. 656.
6. Kleshchenko E.M. (2014). Implementation of a doctor's informative strategy in medical discourse. *Bulletin of Chelyabinsk State University. Philology, art criticism*, 88, pp. 50–53 (in Russian).
7. Kerer K.A. (2018). Features of the linguistic expression of a doctor's speech effect on a patient as part of a medical discourse (based on the film "Immediate"). *Bulletin of the North-Eastern Federal University named after M.K. Ammosova*, 4(66), pp. 99–110 (in Russian).
8. Zhura V.V. (2008). Diskursivnaya kompetentsiya vracha v ustnom meditsinskom diskurse. [*Discursive competence of a physician in oral medical discourse.*] Volgograd: Volgograd State Pedagogical University, p. 40.
9. Dzaraeva N.A., Smirnova E.A. (2017). Communicative strategies and tactics in conflict situations of virtual discourse communication. *Problems of Romano-Germanic Philology, Pedagogy and Methods of Teaching Foreign Languages*, 13, pp. 35–42 (in Russian).
10. Sumina N.V. (2016). The psychotherapist and his client as linguistic and cultural types: correlation of lexicographic interpretations with reality. *Philological Sciences. Questions of theory and practice*, 11(65), pp. 137–140 (in Russian).