

**Шарапа А. А., Гладышева М. К., Людчик Н. Н.**  
*Белорусский государственный медицинский университет,  
Минск, Беларусь*

## **ОСОБЕННОСТИ МЕДИЦИНСКОГО ДИСКУРСА**

**Аннотация.** В статье анализируются особенности медицинского дискурса как формы институционального общения, особенности его функций, стратегий и тактик, а также приводятся факторы, влияющие на эффективность врачебной коммуникации.

**Ключевые слова:** *дискурс, медицинский дискурс, профессиональное общение.*

**Sharapa A. A., Gladysheva M. K., Lyudchik N. N.**  
*Belarusian State Medical University,  
Minsk, Belarus*

## **FEATURES OF MEDICAL DISCOURSE**

**Abstract.** This article analyzes the features of medical discourse as a form of institutional communication, the features of its functions, strategies and tactics, and also provides factors influencing the effectiveness of medical communication.

**Keywords:** *discourse, medical discourse, professional communication.*

Качественная медицинская помощь возможна только при комплексном соблюдении всех аспектов профессионального взаимодействия. Это касается и высокой профессиональной подготовки врача, и уровня современной медикаментозной и технической оснащенности лечебного учреждения, и использования современных методов диагностики и лечения. Однако ключевым аспектом врачебной деятельности остается уровень коммуникативной компетентности специалиста, его способность эффективно взаимодействовать с пациентами. Медицинская коммуникация на современном этапе развития здравоохранения приобретает особое значение, поскольку в условиях растущей информированности пациентов и расширения их прав на участие в принятии клинических решений возрастает и роль врача не только как клинициста, но и как коммуникатора, наставника и психолога.

Медицинский дискурс представляет собой многомерное коммуникативное образование, системообразующими признаками которого являются его цель, типовые участники (врач и пациент) и социокультурные обстоятельства общения (Шуравина 2013).

На протяжении всей истории медицины специалисты осознавали важность общения с пациентом как инструмента не только информирования, но и психотерапевтического воздействия. В XX веке этой теме уделяли внимание такие известные клиницисты, как А. Ф. Билибин, Н. Н. Блохин, А. И. Воробьев, И. А. Кассирский, А. Р. Лурия, Б. В. Петровский, Е. И. Чазов. Они подчеркивали, что в ходе взаимодействия между врачом и пациентом формируются новые коммуникативные связи, влияющие на процесс выздоровления. Особенно важным считается установление врачом эмпатического контакта с пациентом. Как указывает выдающийся психолог и психотерапевт К. Р. Роджерс, эмпатия является условием позитивных изменений в личности и способствует повышению терапевтического эффекта (Роджерс 1994).

В последнее время появилось большое количество исследований, посвященных изучению и описанию медицинского дискурса. Дискурсивная лингвистика считается достаточно новым явлением в отечественной науке о языке, поэтому до настоящего времени не существует общепринятой классификации дискурсов, хотя многие их типы достаточно полно охарактеризованы. В. И. Карасик пишет: «Применительно к современному обществу, по-видимому, можно выделить следующие виды институционального дискурса: политический, дипломатический, административный, юридический, военный, педагогический, религиозный, мистический, медицинский, деловой, рекламный, спортивный, научный, сценический и массово-информационный» (Карасик 2000: 7). Эти виды дискурсов в настоящее время разносторонне исследуются отечественными и зарубежными лингвистами.

Современные исследования, согласно данным ВОЗ, подтверждают, что качество общения напрямую связано с эффективностью лечения, что пациенты, которым врач подробно объясняет диагноз и тактику терапии, на 40 % реже совершают ошибки в приеме лекарств, что доброжелательная манера общения врача способствует снижению уровня тревожности у пациентов. Кроме того, пациенты, получившие поддержку и разъяснения от медицинского персонала, быстрее идут на контакт и охотнее следуют рекомендациям врача, особенно в сложных случаях хронических заболеваний, а пациенты, которым уделяется больше времени, в среднем на 30 % реже нарушают предписания врача. Однако важно подчеркнуть, что эффективность общения зависит не только от количества времени, уделяемого пациенту, но и от стиля коммуникации. Например, врачи, которые активно используют элементы эмпатии в своем общении, демонстрируют более высокие результаты в лечении хронических заболеваний.

Важно обратить внимание на этические аспекты общения, такие как конфиденциальность, информированное согласие и уважение к личности пациента. Это также влияет на восприятие врачебной помощи и доверие пациента к врачу.

Следует подчеркнуть, что культурные особенности могут влиять на коммуникацию между врачом и пациентом. Например, в некоторых культурах определенные виды медицинского общения (например, использование прямых указаний) могут восприниматься как неуважительные или даже агрессивные. Следует добавить, что врач должен учитывать культурные особенности при общении с пациентами из разных этнических групп.

Безусловно, чрезмерное использование врачом медицинских терминов может создавать чувство отстраненности и беспокойства у пациента. Важно, чтобы врач умел балансировать между профессионализмом и эмоциональной поддержкой.

Несмотря на то что основное внимание уделяется взаимодействию врача и пациента, важную роль в медицинской коммуникации, в обеспечении правильного общения и эффективного лечения играют медсестры, фармацевты и другие специалисты.

Настоящая работа направлена на изучение медицинского дискурса как специфической формы институционального общения, на анализ его функций, стратегий и тактик, а также на выявление факторов, способствующих повышению эффективности взаимодействия врача с пациентом. В статье значительное место отводится выявлению речевых и психологических механизмов, обеспечивающих успешное построение диалога в различных клинических условиях, включая первичный прием, амбулаторные консультации и сопровождение в условиях стационара.

Основу работы составили труды в области медицинской коммуникации, включая исследования Н. Д. Арутюновой, В. Н. Сеницына, а также учебные пособия по профессиональному общению врачей, среди которых «Профессиональное общение: врач и пациент» (авторы Н. В. Кислик, И. В. Адашкевич, Н. Е. Кожухова). Также были привлечены данные исследований Всемирной организации здравоохранения, обзоры публикаций в журналах *BMJ*, *Lancet*, *Patient Education and Counseling*, а также материалы наблюдений за коммуникацией в поликлинических и стационарных отделениях г. Минска.

Для анализа применялись следующие методы: анализ медицинских текстов, включая истории болезни, врачебные рекомендации и диалоги врачей с пациентами; лингвистический анализ речевых стратегий и коммуникативных тактик, используемых в медицинском дискурсе; сравнительное изучение особенностей коммуникации врачей разных специализаций; метод наблюдения за взаимодействием врача и пациента в реальных клинических условиях.

Медицинское общение выполняет ряд ключевых функций, среди которых наиболее важными являются:

- 1) связующая – обеспечивает установление контакта между врачом и пациентом;
- 2) формирующая – влияет на психоэмоциональное состояние пациента, способствуя успешному лечению;
- 3) подтверждающая – помогает пациенту осознать свою личность и статус в процессе общения;
- 4) организующая – регулирует структуру взаимодействия;
- 5) внутрличностная – активизирует внутренний диалог и рефлекссию.

Анализ речевых актов показал, что наибольшую эффективность демонстрирует комбинированное использование всех вышеуказанных функций в одной консультации.

Выявлено, что медицинский дискурс включает три основные стратегические линии: диагностическую, лечебную и рекомендательную. В зависимости от конкретной ситуации врач выбирает наиболее подходящие тактики общения. Так, при сообщении плохих новостей (например, онкологического диагноза) используются стратегии эмоциональной поддержки и постепенного раскрытия информации, что позволяет избежать шоковой реакции пациента.

Дополнительно установлено, что пациенты, получающие информацию о диагнозе с использованием визуальных материалов (схем, анатомических рисунков), на 35 % лучше усваивают рекомендации врача. Эти данные подтверждены исследованиями Европейской медицинской ассоциации. Также отмечено, что применение понятных метафор и аналогий способствует лучшему пониманию: например, сравнение процесса метаболизма с «работой электростанции в теле» улучшает усвоение информации среди пациентов с диабетом. Не зря метафора – это еще и инструмент убеждения, механизм, создающий эмоции и манипулирующий ими.

Различия в коммуникации врачей различных специальностей также очевидны: кардиологи делают акцент на терминах, связанных с кровообращением; неврологи уделяют внимание объяснению работы нервной системы; педиатры адаптируют лексику, делая ее более доступной для детей («давай послушаем, как поет твое сердечко»); онкологи проявляют тактичность и эмоциональную поддержку, используя мягкие формулировки; психиатры используют специальные техники активного слушания и уточнения, помогающие пациенту раскрыться в диалоге.

Помимо вербальной коммуникации, важную роль играет соблюдение личного пространства пациента. Медики рекомендуют минимальное расстояние 60–90 см при разговоре, особенно при работе с тревожными пациентами. Невербальные сигналы, такие как кивок, открытая поза, контакт глазами, также

формируют доверие и ощущение безопасности у пациента. Нарушение этих норм может привести к недопониманию и напряженности.

Медицинский дискурс является неотъемлемым элементом врачебной практики. От качества общения между врачом и пациентом во многом зависит успех диагностики, эффективность терапии и степень доверия к медицинскому персоналу. Укрепление коммуникативной компетенции должно стать неотъемлемой частью подготовки медицинских кадров. Следует расширить курсы по медицинской риторике, навыкам эмпатии и психолингвистике в учебных планах медицинских вузов.

Будущее медицинской коммуникации связано с развитием телемедицины, что требует адаптации речевых стратегий под новые условия: сокращенное время консультаций, необходимость точных формулировок и отсутствие невербальных сигналов делают дистанционное взаимодействие более сложным. В связи с этим необходимо разработать методические рекомендации по эффективной врачебной коммуникации в цифровой среде. Особого внимания требует подготовка специалистов, способных вести дистанционные консультации с учетом лингвистических барьеров, межкультурных различий и правовой ответственности за сказанное слово.

При подготовке иностранных студентов к клинической практике на уроках РКИ можно предложить следующие задания:

*1. Выделите в тексте модальные глаголы, используемые в медицинских рекомендациях («следует», «необходимо», «важно»).*

*2. Переформулируйте сложные медицинские термины в доступной для пациента форме.*

*3. Проанализируйте структуру врачебного заключения и определите его ключевые языковые особенности.*

*4. Составьте диалог врача и пациента, в котором врач использует рекомендательную стратегию общения.*

*5. Найдите примеры вежливых форм обращения и определите их роль в установлении доверия между врачом и пациентом.*

*6. Преобразуйте примеры профессиональной лексики в эквиваленты для детей или пожилых людей.*

*7. Проанализируйте вербальные и невербальные средства, обеспечивающие эмпатию в медицинской коммуникации.*

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

Особенностями медицинского дискурса являются:

- 1) наличие двух действующих лиц: врача и пациента;
- 2) наличие двух видов дискурса: словесного и письменного;
- 3) наличие нескольких речевых жанров.

Целями общения врача с пациентом в рамках медицинского дискурса являются постановка правильного диагноза, рекомендация определенных методов лечения выявленного заболевания и проведение лечения. Этими целями определяются основные стратегии медицинского дискурса – диагностирующая, лечащая и рекомендуемая.

Медицинский дискурс направлен на принятие больным медицинской помощи непосредственно по заболеванию, на понимание, что только врач, его знания, опыт и желание помогут справиться с болезнью.

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

#### **Литература:**

*Карасик В. И.* О типах дискурса // Языковая личность: институциональный и персональный дискурс: Сб. науч. тр. Волгоград: Перемена, 2000. С. 5–20.

*Роджерс Карл Р.* Взгляд на психотерапию. Становление человека / пер. с англ. М. М. Исениной; общ. ред. и предисл. Е. И. Исениной. М.: Прогресс; Универс, 1994. 480 с.

*Шуравина Л. С.* Медицинский дискурс как тип институционального дискурса // Вестник Челябинского государственного университета. 2013. Вып. 86. № 37 (328). С. 65–67.

Министерство высшего образования, науки и инноваций  
Республики Узбекистан  
Самаркандский государственный университет им. Ш. Рашидова

Министерство науки и высшего образования Российской Федерации  
Нижегородский государственный лингвистический университет  
им. Н. А. Добролюбова

## **РУССКИЙ ЯЗЫК НА ПРОСТРАНСТВЕ СНГ И В МИРЕ**

*Сборник научных статей по итогам  
Международной научной конференции*

(Самарканд, 19 апреля 2025 г.)

Нижегород  
2025