

Е. Е. Сафронова, канд. филол. наук

ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России, г. Краснодар, Россия

РЕЧЕВЫЕ ТАКТИКИ ВРАЧА: ПСИХОЛИНГВИСТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ И МЕТОДИКА ИХ ФОРМИРОВАНИЯ НА ЗАНЯТИЯХ ПО АНГЛИЙСКОМУ ЯЗЫКУ

В статье рассматривается проблема формирования коммуникативной компетенции врачей в контексте профессионального общения на английском языке. Автор обосновывает необходимость перехода от обучения терминологии к формированию речевых тактик как операциональных единиц поведения. На основе психолингвистического и дискурсивного анализа аутентичных медицинских консультаций выделены ключевые речевые тактики врача и их лингвистические маркеры. Предложена методика обучения, построенная по принципу «от анализа к продукции»; приведена типология упражнений и фрагмент модуля «Сообщение плохих новостей» (SPIKES).

Ключевые слова: медицинский дискурс, речевые тактики, психолингвистика, коммуникативная компетенция врача, методика преподавания английского языка, пациент-ориентированная коммуникация

E. E. Safronova, Candidate of Philological Sciences

Kuban State Medical University (Ministry of Health of Russia), Krasnodar, Russia

PHYSICIAN COMMUNICATION TACTICS: PSYCHOLINGUISTIC ANALYSIS AND METHODS FOR DEVELOPING THEM IN ENGLISH LANGUAGE CLASSES

This article examines the development of physicians' communicative competence in the context of professional communication in English. The author substantiates the need to shift from terminology training to the development of speech tactics as operational units of behavior. Based on psycholinguistic and discursive analyses of authentic medical consultations, key physician speech tactics and their linguistic markers are identified. A teaching methodology based on the "from analysis to production" principle is proposed; a typology of exercises and an excerpt from the "Breaking Bad News" (SPIKES) module are presented.

Key words: medical discourse, speech tactics, psycholinguistics, physician's communicative competence, English language teaching methods, patient-oriented communication

Современная медицина давно перестала существовать исключительно в границах национальных государств. Международные клинические протоколы, телемедицинские консультации с зарубежными коллегами, работа в мультикультурных медицинских центрах и поток иностранных пациентов в крупных российских клиниках – всё это делает английский язык не просто академической дисциплиной, а инструментом профессиональной деятельности врача. Однако практика преподавания английского для специальных целей (ESP) обнаруживает серьёзное противоречие: будущие врачи успешно овладевают терминологией, но испытывают значительные трудности в ситуациях реального общения. Они знают, как называется редкое заболевание, но не знают, как успокоить встревоженного пациента, сообщить ему плохие новости или мягко, но настойчиво мотивировать его к лечению. Возникает разрыв между знанием языка и коммуникативной компетенцией, и этот разрыв может быть преодолен только при условии, что предметом обучения станет не лексика сама по себе, а речевое поведение врача в условиях диалога с пациентом.

Проблематика медицинского дискурса достаточно широко представлена в современной лингвистике. Работы М. Л. Макарова [2], Т. В. Шмелевой [3], В. Б. Кашкина, а также зарубежные исследования в области пациент-ориентированной коммуникации (М. Стюарт, Д. Ротер) создали прочную теоретическую базу для понимания того, как устроено общение врача и пациента. Тем не менее, эти исследования остаются либо сугубо лингвистическими, описывающими языковые особенности медицинского диалога, либо психотерапевтическими, фокусирующимися на эмоциональной составляющей взаимодействия. Методика преподавания английского языка до сих пор не предложила комплексной модели, которая рассматривала бы речевые тактики врача как единицы обучения и предлагала бы конкретный инструментарий для их формирования. Данная статья призвана восполнить этот пробел. Её цель заключается в том, чтобы провести психолингвистический анализ типовых речевых тактик англоязычного врача и на основе этого анализа разработать систему упражнений для занятий по английскому языку в медицинском вузе. Научная новизна работы состоит в сопряжении психолингвистического анализа с методическим дизайном, а практическая значимость – в создании готового к внедрению инструментария обучения.

Прежде чем перейти к анализу конкретных тактик, необходимо определить само понятие речевой тактики в контексте психолингвистики и прагмалингвистики. В современной науке о речи утвердилась трехуровневая модель коммуникативного поведения, в которой стратегия понимается как глобальная цель, определяющая роль врача (например, стратегия партнёрства или стратегия экспертного информирования), речевая тактика – как операциональный шаг для реализации этой стратегии, а речевой акт – как конкретное высказывание. Если стратегия отвечает на вопрос «каким врачом я хочу быть», то тактика отвечает на вопрос «что именно я должен сказать и сделать в данный

конкретный момент». Психолингвистическая структура тактики включает в себя три обязательных компонента: цель по отношению к состоянию пациента, учёт условий коммуникации (дефицит времени, эмоциональный фон, когнитивные барьеры) и набор языковых и паравербальных средств. Медицинский дискурс обладает выраженной спецификой, которая делает речевые тактики особенно значимыми. Это институциональный дискурс с изначально асимметричными ролями: врач обладает знанием, пациент – лишь симптомами. Однако современные протоколы ведения приёма, такие как Calgary-Cambridge Guide, требуют от врача перехода от патерналистской модели к партнёрской, что создаёт внутреннее напряжение между необходимостью управлять беседой и необходимостью демонстрировать эмпатию и равенство. К этому добавляются серьёзные психолингвистические факторы: пациент почти всегда находится в состоянии тревоги, страха или отрицания, его когнитивные ресурсы снижены, и нейтральное с точки зрения врача высказывание может быть воспринято как угроза или осуждение. Врач же работает в условиях хронического цейтнота и высокой интеллектуальной нагрузки, что провоцирует его на речевые упрощения и директивность [1]. Эффективная речевая тактика позволяет преодолеть эти барьеры: снизить тревожность пациента, перевести абстрактные медицинские риски в лично значимые категории, добиться комплаенса без прямого давления.

На основе анализа теоретических источников и международных протоколов медицинской коммуникации можно выделить четыре группы речевых тактик, соответствующих основным задачам врачебного приёма. Первая группа – тактики сбора информации: запрос, уточнение, перефразирование, резюмирование. Вторая группа – тактики информирования: объяснение, инструктирование, предупреждение. Третья группа – тактики эмоциональной регуляции: поддержка, легитимизация эмоций, комплимент, так называемое «разделенное молчание». Наконец, четвёртая группа – тактики убеждения и мотивации: аргументация, апелляция к авторитету, персонализация рисков. Каждая из этих тактик имеет свои лингвистические маркеры, которые могут быть выявлены в ходе анализа аутентичного англоязычного дискурса.

Для такого анализа были использованы десять видеозаписей реальных первичных приёмов врачей в США, Канаде и Великобритании, а также пятнадцать транскриптов медицинских консультаций из корпуса Michigan Corpus of Academic Spoken English [5]. Методами исследования выступили дискурс-анализ, интент-анализ и прагматическое описание. Проведённый анализ позволил выявить устойчивые лингвистические маркеры каждой из тактик. Так, например, тактика эмоциональной регуляции практически всегда маркирована фразами I understand, That must be hard, I'm sorry to hear that. В русскоязычном дискурсе подобная вербализация эмпатии встречается значительно реже, что создаёт зону интерференции при переходе на английский язык. Тактика смягчения императива реализуется через модальные глаголы и условные конструкции: I'd recommend, You might consider, Perhaps we could. Прямой императив в англоязычном медицинском

дискурсе практически отсутствует [4], тогда как в русскоязычном он является нормой. Даже такой, казалось бы, факультативный элемент как small talk в начале приёма, выполняет важнейшую функцию снижения тревожности и переключения пациента из «жизненного мира» в «мир медицины». Сопоставительный анализ русскоязычного и англоязычного дискурса показывает, что российскому врачу при работе на английском языке необходимо не просто осваивать новые клише, но и сознательно отказываться от привычных речевых ходов, которые в иной культуре воспринимаются как грубость или холодность.

Однако простого описания различий и даже простого заучивания фраз недостаточно. Необходима методика, которая позволила бы сформировать у студентов-медиков устойчивые навыки использования речевых тактик в ситуациях профессионального общения. Предлагаемая методика базируется на трёх ключевых принципах: коммуникативность, ситуативность и аутентичность учебных материалов. Центральным является модульный принцип организации обучения, при котором единицей содержания выступает не грамматическая тема и не тематическая лексика, а речевая тактика как целостный поведенческий акт. Психолингвистический подход определяет последовательность работы: от восприятия и анализа образцов – к осознанию структуры тактики – и далее к самостоятельной продукции в условиях симулированной профессиональной деятельности.

В соответствии с этой логикой разработана трёхуровневая типология упражнений. Первый уровень – аналитические упражнения, цель которых заключается в формировании умения распознавать речевые тактики в речи носителей языка и понимать их коммуникативную функцию. Например, студентам предлагается просмотреть видеозапись врачебного приёма и отметить в чек-листе, какие именно тактики использовал врач: поддержку, уточнение, объяснение, предупреждение. На следующем этапе они работают с транскриптом, находя и подчёркивая маркеры смягчения, после чего заменяют их на директивные конструкции и оценивают, как изменился тон беседы. Особый интерес вызывает задание на сравнение удачных и неудачных коммуникативных ходов: студентам предъявляются два варианта реакции врача на одну и ту же жалобу пациента, и они должны аргументированно объяснить, почему один вариант эффективен, а другой провоцирует сопротивление.

Второй уровень – языковые и условно-речевые упражнения, направленные на автоматизацию употребления клишированных фраз, составляющих ядро каждой тактики. Студенты группируют фразы по интенциям, распределяя их по колонкам «успокоение», «уточнение», «предупреждение». Они выполняют упражнения на трансформацию, заменяя You must на I'd strongly recommend, а также восстанавливают пропущенные реплики врача в диалогах, ориентируясь на заданную тактику. На этом этапе важно добиться не просто механического запоминания, но осознанного выбора языковых средств в зависимости от коммуникативной задачи.

Третий, высший уровень – ситуативные и ролевые упражнения, в которых происходит перенос сформированных навыков в симулированную профессиональную среду. Наиболее эффективной формой здесь является кейс-стади с заданным психоэмоциональным состоянием пациента. Например, студент получает описание клинического случая и характеристику пациента: «Пациент 50 лет, узнал о необходимости операции, проявляет гнев и отрицание, заявляет: "Я столько лет курил и ничего, зачем мне эта операция?"». Задача будущего врача – не вступать в спор, не использовать прямую аргументацию, а применить тактики легитимизации эмоций и персонализации рисков. Ролевая игра «врач–пациент» проводится с обязательной последующей рефлексией: студент анализирует собственные речевые ходы по чек-листу тактик, группа даёт обратную связь, преподаватель комментирует как успешные находки, так и упущенные возможности. Особый интерес представляют иммерсивные сценарии, моделирующие условия телемедицины: при отсутствии прямого зрительного контакта и возможных технических помехах вербальные тактики становятся единственным инструментом установления контакта.

Контроль и оценка в данной методике также строятся на основе таксономии речевых тактик. Разработан чек-лист, включающий такие критерии, как количество использованных тактик, их уместность в конкретной ситуации, языковая корректность (особенно в употреблении модальных конструкций) и паравербальные характеристики. Важно, что оценка производится не только преподавателем, но и самим студентом, что формирует рефлексивную позицию по отношению к собственной речи.

Проиллюстрировать работу данной методики можно на примере модуля, посвящённого одной из самых сложных коммуникативных задач врача – сообщению плохих новостей. Международный протокол SPIKES, разработанный Уолтером Бэйлом и его коллегами, предлагает чёткую структуру из шести этапов: установка контакта, оценка восприятия пациента, получение приглашения на информацию, передача знаний, эмпатический ответ, обсуждение дальнейшей стратегии. Каждый из этих этапов реализуется через определённые речевые тактики, и это делает протокол идеальной рамкой для учебного модуля. Работа начинается с просмотра видеофрагмента, где врач сообщает пациенту онкологический диагноз. Студенты получают задание выделить этапы SPIKES и определить, какие речевые тактики используются на каждом этапе. Затем вводятся клишированные фразы: I'm afraid, I have some difficult news; Unfortunately, the results show; I wish the news were better; We'll get through this together. Студенты тренируются в их произнесении, обращая особое внимание на интонацию и темп речи. Кульминацией модуля становится ролевая игра, в которой один студент исполняет роль врача, а другой – роль пациента с различными типами эмоциональных реакций: шок, отрицание, гнев, апатия. Запись диалогов и их последующий групповой разбор позволяют увидеть, какие тактики оказались наиболее эффективными, а какие были упущены или применены неуместно.

Подводя итоги, необходимо подчеркнуть, что речевые тактики представляют собой не абстрактные лингвистические категории, а операциональные единицы профессионального поведения врача. Они поддаются целенаправленному формированию в условиях учебного процесса, и психолингвистический подход, рассматривающий речь как деятельность, даёт для этого необходимый инструментарий. Проведённое исследование подтверждает, что именно анализ аутентичного дискурса позволяет выявить те «узкие места» в подготовке будущих врачей, которые остаются невидимыми при традиционном обучении языку специальности. Отсутствие в речи будущего врача тактик эмоциональной регуляции, избыточная директивность, игнорирование этапа установления контакта – всё это не индивидуальные особенности студентов, а системные пробелы в существующих программах обучения. Предложенная методика, построенная на последовательном переходе от анализа образцов к осознанному употреблению и далее к свободной продукции в симулированных ситуациях, позволяет эти пробелы устранить.

Дальнейшая разработка проблемы видится в нескольких направлениях. Прежде всего, необходимо создание банка аутентичных видеоматериалов с детальным лингвистическим и коммуникативным комментированием, который мог бы служить ресурсной базой для преподавателей ESP. Перспективным представляется проектирование онлайн-тренажёра речевых тактик, в котором обучающийся получал бы возможность взаимодействовать с виртуальным пациентом и выбирать речевой ход в зависимости от его эмоциональной реакции. Наконец, разработанная методика может быть адаптирована для других специальностей внутри медицинского дискурса – для среднего медицинского персонала, фармацевтов, администраторов клиник. В конечном счёте речь идёт о том, чтобы подготовить не просто врача, владеющего английской терминологией, а врача, способного в любой культурной и языковой среде установить с пациентом тот самый терапевтический альянс, без которого невозможно ни эффективное лечение, ни подлинное доверие.

Литература

1. Майборода, С. В. Коммуникативные стратегии и тактики в речевой партии врача в диалоге о самолечении / С. В. Майборода // Вестник Томского гос. ун-та, 2019. – №448. [Электронный ресурс]. – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/kommunikativnye-strategii-i-taktiki-v-rechevoy-partii-vracha-v-dialoge-o-samolechenii> (дата обращения: 11.02.2026).
2. Макаров, М. Л. Основы теории дискурса / М. Л. Макаров. – М.: Гнозис, 2003. – 280 с.
3. Шмелева, Т. В. Медицинский дискурс регионального медиаполя: популяризация знаний о здоровье / Т. В. Шмелева // Ученые записки НовГУ. – 2025. – №2 (57). [Электронный ресурс]. – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/meditsinskiy-diskurs-regionalnogo-mediapolya-populyarizatsiya-znaniy-o-zdorovie> (дата обращения: 11.02.2026).

4. Ford, S. Patient-Centered Medicine, Transforming the Clinical Method (2nd edition) / S. Ford. // Health Expect. – 2004. – Jun; 7(2). – P. 181–182.
5. Kurtz, S. Teaching and Learning Communication Skills in Medicine / S. Kurtz, J. Silverman, J. Draper. – 2nd ed. – CRC Press, 2017. – 388 p.