

ПАРАДИГМАЛЬНИЙ ПІДХІД ДО ВИВЧЕННЯ МОВЛЕННЄВИХ ЖАНРІВ У МЕДИЧНОМУ ДИСКУРСІ

У статті обґрунтовано можливість застосування поняття «парадигма» в медичному дискурсі. Розмежовано вихідні поняття «парадигматичний» та «парадигмальний». Відзначено, що парадигмальність, будучи методологічною основою клінічного дискурсу, виявляє себе й на рівні мовлення. Доведено, що дисциплінарна матриця, яка становить сукупність парадигм і парадигмальних відношень усередині будь-якої наукової дисципліни, структурує модель інституційного дискурсу. Запропоновано типологічну класифікацію мовленнєвих жанрів, що обслуговують сферу інституційного (медичного) дискурсу.

Ключові слова: мовленнєвий жанр, інституційний дискурс, парадигма, анамнез, парадигмальний.

У сучасній лінгвістиці досить активно обговорюються проблеми жанрової організації мовлення¹. На перший план висуваються питання, пов'язані з вивченням особливостей жанрової природи дискурсивного мислення²; розглядаються проблеми ідентифікації жанрів мовлення, їх типології (при цьому в багатьох дослідженнях набуває творчого розвитку класифікація, заснована на протиставленні первинних і вторинних мовленнєвих жанрів, уведеному М. М. Бахтіним³), виділення конституювальних ознак⁴ функціонування й трансформація жанрів у різноманітних сферах спілкування⁵.

Наукові досягнення лінгвістів ґрунтуються головним чином на матеріалі побутового, політичного, рекламного та релігійного дискурсів. Не обходять увагою дослідники й проблеми, пов'язані з функціонуванням мови в професійному спілкуванні медиків. Кількість праць, присвячених дослідженню медичного дискурсу, стрімко зростає. Центром уваги вчених стають лінгвопрагматичний і

¹ Див., зокрема: *Везбицка А.* Речевые жанры (в свете теории элементарных смысловых единиц) // Антология речевых жанров: повседневная коммуникация. — М., 2007. — С. 68–80; *Дубровская Т. В.* Некоторые прагматические характеристики речевых жанров «суждение и «обвинение» // Жанры речи : Сб. науч. ст. — Саратов, 2002. — С. 272–282; *Салимовский В. А.* Жанры речи в функционально-стилистическом освещении (русский научный академический текст) : Автореф. дис. ... д-ра филол. наук. — Екатеринбург, 2002. — 28 с.; *Федосюк М. Ю.* Нерешенные вопросы теории речевых жанров // Вопр. языкознания. — 1997. — № 5. — С. 102–121.

² *Карасик В. И.* Языковой круг : личность, концепты, дискурс. — М., 2004. — 390 с.

³ *Бахтин М. М.* Проблема речевых жанров. Собрание сочинений : В 7 т. — М., 1997. — Т. 5. — С. 159–286.

⁴ *Шмелёва Т. В.* Модель речевого жанра // Жанры речи. — Саратов, 1997. — С. 88–99.

⁵ *Седов К. Ф.* Человек в жанровом пространстве повседневной коммуникации // Антология речевых жанров. — М., 2007. — С. 7–38.

когнітивний аспекти (І. В. Песоцька⁶, Е. А. Столярова⁷), проблеми медичного термінотворення (С. І. Маджаєва⁸, В. Ф. Новодранова⁹), питання вивчення мовної поведінки лікаря в певних ситуаціях (М. І. Барсукова¹⁰, В. Я. Юкало¹¹). Досить цінним і продуктивним стає аспект дослідження, орієнтований на виявлення закономірностей продукування усного медичного дискурсу лікарем і пацієнтом, відображених у дискурсивному знанні лікаря¹². У межах цього напряму було зроблено спробу визначити екстралінгвістичну, когнітивну, емотивну та лінгвістичну специфіку медичного дискурсу, а також основні джерела комунікативних перешкод у ньому. Більшу частину досліджень виконано на матеріалі кількох мов — російської, української та англійської.

Незважаючи на широкий спектр питань, що обговорюються при вивченні медичного дискурсу, у працях учених майже не розглядається специфіка жанрової організації мовного спілкування учасників інституційного дискурсу, а саме лікаря і пацієнта. Це пояснюється, по-перше, тим, що теорія мовленнєвих жанрів як самостійна галузь мовознавства почала розроблятися порівняно недавно (у 90-і роки минулого століття); по-друге, неоднозначністю й багатоплановістю теоретичних підходів до дослідження мовленнєвих жанрів; по-третє, існуванням великої кількості автономних галузей медичних знань (внутрішня медицина, інфекційні хвороби, психіатрія, неврологія, хірургія та ін.), де до пацієнта підходять з урахуванням особливостей захворювання, а відповідно — і з деякими змінами в універсальній схемі розпитування пацієнта, що включає в себе кілька етапів.

У цій статті спробуємо обґрунтувати парадигмальний характер жанрової структури медичного дискурсу (у теорії мовленнєвих жанрів поняття парадигми до цього часу не розглядалося). Перед тим як перейти до його обґрунтування, визначимо вихідні поняття.

Мовленнєвий жанр (МЖ) ми розуміємо як базовий складник дискурсу, оскільки в МЖ поєднуються практично всі суттєві категорії дискурсу: тематична, стилістична і структурна єдність, відносна змістова завершеність, динамічність, адресатність (можливість мати позицію-відповідь щодо висловлення), образ автора (задум), інтертекстуальна орієнтація (висловлення — кільце в мовленнєвому ланцюжку), соціально-культурна зумовленість комунікації (різні сфери діяльності людей породжують відповідні мовленнєві жанри)¹³.

⁶ Песоцкая И. В. Концептосфера слова «боль» в русском языке : Автореф. дис. ... канд. филол. наук.— Минск, 2005.— 21 с.

⁷ Столярова Э. А. Лексико-семантическое поле *болезнь* в разговорной речи // Проблемы речевой коммуникации : Межвуз. сб. науч. тр. / Под ред. М. А. Кормилицыной, О. Б. Сиротининой.— Саратов, 2009.— Вып. 9.— С. 120–125.

⁸ Маджаева С. И. Способы номинации в медицинской терминологии // Мир лингвистики и коммуникации (электронный научный журнал).— 2011.— № 1.— <http://www.portal.gersen.ru>.

⁹ Новодранова В. Ф. Латинские основы медицинской терминологии: именное словообразование : Автореф. дис. ... д-ра филол. наук.— М., 1990.— 38 с.

¹⁰ Барсукова М. И. Медицинский дискурс : стратегии и тактики речевого поведения врача : Автореф. дис. ... канд. филол. наук.— Саратов, 2007.— 16 с.

¹¹ Юкало В. Я. Мовні стереотипи в комунікаціях лікаря : Автореф. дис. ... канд. филол. наук.— К., 2003.— 24 с.

¹² Жура В. В. Дискурсивная компетенция врача в устном медицинском дискурсе : Автореф. дис. ... д-ра филол. наук.— Волгоград, 2008.— 29 с.; Литвиненко Н. П. Сучасний український медичний дискурс : Автореф. дис. ... д-ра филол. наук.— К., 2010.— 37 с.

¹³ Дементьев В. В. Непрямая коммуникация : Монография.— М., 2006.— С. 336.

Багато уваги розумінню суті мовленнєвого жанру як складника дискурсу приділено в дослідженнях Ф. С. Бацевича. Розглядаючи співвідношення *мовленнєвого акту й мовленнєвого жанру*, учений вважає, що *мовленнєві акти* є окремими репліками в діалозі та мають у конкретному комунікативному контексті певне функціональне значення й комунікативну мету. Послідовність мовленнєвих актів утворює дискурсивну єдність. Проте, як вважає дослідник, для адекватного розуміння природи й організації дискурсу необхідна ще одна категорія, яка враховувала б не тільки найзагальніші інтенції учасників спілкування, а й інші чинники комунікативної діяльності людей. Інакше кажучи, це повинна бути категорія, яка змогла б визначити власне характер комунікативного процесу та об'єднати мовленнєві акти як окремі комунікативні сутності. Такою категорією може бути мовленнєвий жанр. Сприймаючи мовленнєвий жанр як одиницю, яка структурує дискурс, Ф. С. Бацевич відзначає, що дискурс являє собою «тип комунікативної діяльності, інтерактивне явище, мовленнєвий потік, який має різні форми (усну, писемну, паралінгвістичну), здійснюється в межах конкретного каналу спілкування, регулюється стратегіями й тактиками учасників; синтез когнітивних, мовних та екстралінгвістичних (соціальних, психічних, психологічних тощо) чинників, що визначаються конкретним колом “форм життя”, які залежать від тематики спілкування, результатом чого є *формування різноманітних мовленнєвих жанрів*» (тут і далі курсив у цитатах наш. — О. П.)¹⁴.

Розглядаючи мовленнєві жанри як одиницю інституційного (медичного) дискурсу, відзначимо, що соціально-прагматична концепція дискурсу спирається на типологію сфер спілкування і комунікативних ситуацій, яка будується на основі протиставлення особистісно-орієнтованого (персонального) і статусно-орієнтованого типів дискурсів¹⁵, що в різних вимірах корелюють мовленнєву взаємодію співрозмовників і продуковану ними інформацію. Особистісно-орієнтоване спілкування реалізується тоді, коли комуніканти намагаються не тільки передати якусь інформацію або ж певним чином вплинути один на одного, а й розкрити свою душу та спробувати зрозуміти внутрішній світ співрозмовника. У випадку статусно-орієнтованого спілкування комуніканти реалізують себе тільки в обмеженому наборі рольових характеристик, виступаючи як представники певних груп людей. Щодо цього В. І. Карасик зауважує, що «особистісно-орієнтований дискурс представлений у двох основних різновидах — повсякденне й художнє спілкування, статусно-орієнтований дискурс — у великій кількості різновидів, які виокремлюють у тому чи іншому суспільстві відповідно до прийнятих у ньому сфер спілкування та громадських інститутів (політичний, діловий, науковий, педагогічний, медичний, військовий, спортивний, релігійний, юридичний та інші види інституційного дискурсу)¹⁶. Учасники особистісного дискурсу виступають з усією повнотою своїх якостей, на відміну від учасників інституційного дискурсу, системотворчою ознакою якого є статусна, представницька функція людини. Інституційний дискурс «є спеціалізованим клішованим різновидом спілкування між людьми, що можуть не знати один одного, але повинні спілкуватися відповідно до норм даного соціуму»¹⁷. Ядром інституційного дискурсу є спілкування базової пари статусно нерівних учасників комунікації. Такою парою інституційного медичного дискурсу в нашій статті є пара *лікар — пацієнт*, де пацієнт повинен до-

¹⁴ Бацевич Ф. С. Основи комунікативної лінгвістики.— К., 2004.— С. 138.

¹⁵ Карасик В. И. Знач. праця.— С. 245.

¹⁶ Карасик В. И. Характеристики педагогического дискурса // Языковая личность: аспекты лингвистики и лингводидактики.— Волгоград, 1999.— С. 4.

¹⁷ Карасик В. И. Языковой круг: личность, концепты, дискурс.— С. 245.

в'яряти своєму лікареві, а лікар — прагнути до підтримання відповідного образу компетентного і кваліфікованого фахівця, який щиросердно бажає допомогти пацієнтові. На думку О. В. Виноградової, «комунікація “лікар — пацієнт” будується у взаємоперехресних площинах інституційних відносин: в афективній площині відносини взаємної довіри (між хворою людиною і співчутливим лікарем) і в предметно-об'єктивній площині надання послуг (між медиком-фахівцем і пацієнтом-клієнтом)»¹⁸.

Розмежування мовленнєвих жанрів щодо віднесеності їх до певних типів дискурсу (особистісно-орієнтованого і статусно-орієнтованого) допомагає класифікувати велику кількість комунікативних ситуацій у потоці щоденного спілкування. Так, підтримуючи ідею М. М. Бахтіна, В. В. Дементьєва, Ф. С. Бацевича, В. І. Карасика про те, що за різними сферами мовленнєвої взаємодії комунікантів закріплено певний репертуар жанрів, обґрунтуємо *парадигмальний* характер жанрової структури медичного дискурсу.

Поняття «парадигма» спочатку використовувалося в лінгвістиці й риториці. Пізніше воно набуло великого поширення в методології науки. У 1962 р. американський учений Т. Кун опублікував працю «Структура наукових революцій», де розглянув глибокі зв'язки науки й суспільства в їх історичному розвитку. Дослідник розробив поняття наукового товариства як логічного суб'єкта наукової діяльності. Наукове товариство у Т. Куна має єдину систему стандартів — *парадигму*, яку вчений може прийняти без доказів. Під *парадигмою* розуміли «визнані всіма наукові досягнення, що протягом певного часу дають модель постановки проблем та їх розв'язань»; вони, на думку Куна, є «джерелом методів, проблемних ситуацій і стандартів рішення», прийнятих ученими на даному етапі розвитку¹⁹.

У наш час термін «парадигма» активно використовують у науковому обігу при описі сучасної лінгвістики в «розширювальній інтерпретації», а саме «і як домінуючий підхід до мови, і як пізнавальна перспектива, і як методологічна певна орієнтація і навіть науковий “клімат думок”»²⁰; і як «певний підхід, теорія або метод лінгвістичного дослідження, що набули широкого визнання в лінгвістичному товаристві»²¹. У Лінгвістичному енциклопедичному словнику за редакцією В. Н. Ярцевої дається таке визначення цього поняття: «1) у широкому розумінні — будь-який клас лінгвістичних одиниць, протиставлених одна одній і в той же час об'єднаних за наявністю у них спільної ознаки або таких, що викликають однакові асоціації, найчастіше — сукупність мовних одиниць, пов'язаних парадигматичними відношеннями; 2) модель і схема організації такого класу або сукупності; 3) у більш вузькому розумінні — синонім терміна “морфологічна парадигма” (система форм одного слова)»²².

У мовознавстві термін «парадигма» пов'язується передусім з працями Ф. де Соссюра²³, у яких він використовується щодо граматичних явищ при до-

¹⁸ Виноградова Е. В. Особенности коммуникативной тактики в дискурсе «врач — пациент» // Языковой дискурс в социальной практике: материалы международной научно-практической конференции, 4–6 апреля 2013. — Тверь, 2013. — С. 34–39.

¹⁹ Кун Т. Структура научных революций. — М., 2002. — С. 31.

²⁰ Руденко Д. И. Имя в парадигмах «философии языка». — Х., 1990. — С. 68.

²¹ Хомутова Т. Н. Научные парадигмы в лингвистике // Вестн. Челябин. гос. ун-та. — 2009. — № 35 (173). — С. 142–151.

²² Лингвистический энциклопедический словарь / Под ред. В. Н. Ярцевой. — М., 1990. — С. 366.

²³ Соссюр Ф. де. Труды по языкознанию. — М., 1977. — 691 с.

слідженні категорії відміни, дієслівного дієвідмінювання, а також при встановленні відносного положення наголосів (акцентна парадигма імені).

Поняття «парадигма» співвідноситься з різними рівнями мови. Виділяються морфологічні, словотвірні, лексичні, синтаксичні парадигми. Наявність зазначених парадигм свідчить про те, що парадигматичний аспект дослідження можна застосувати до одиниць різних рівнів і «він може бути використаний як для ототожнення одиниць, що вивчаються, так і для опису їх реального функціонування й системного варіювання, а також у вивченні причин історичного розвитку мов»²⁴.

Парадигмальність, виступаючи методологічною основою клінічного дискурсу, виявляє себе й на рівні мови. Іллюкативна спрямованість медичного дискурсу полягає у збиранні анамнезу. У медичній науці *анамнез* (від гр. *anamnesis* — пригадування) визначається як «сукупність відомостей, які отримано під час медичного обстеження шляхом розпитування того, кого обстежують, та/або осіб, які його знають. Вивчення анамнезу, як і розпитування в цілому, це не просто перелік запитань і відповідей на них. Від стилю бесіди лікаря і хворого залежить та психологічна сумісність, яка здебільшого визначає кінцеву мету — полегшення стану пацієнта»²⁵. Як видно з наведеного визначення, основоположним для створення картини захворювання й досягнення терапевтичної мети виступає медичний дискурс, тобто жива безпосередня мовленнєва взаємодія лікаря і пацієнта.

«За анамнезом можна встановити, як реагував організм хворого на всі ті зовнішні умови життя, зокрема й шкідливі, що були в його минулому. Анамнез включає показання самого хворого, його близьких і оточуючих. Цінність анамнезу суб'єктивна й різна залежно від індивідуальності опитуваного. Анамнез лікарю необхідно вести активно, тобто, надавши хворому можливість висловити свої основні скарги, надалі самому вести опитування, користуючись певною схемою»²⁶. Анамнез включає в себе чотири великі інформаційні блоки: віддалений анамнез, найближчий анамнез, професійний анамнез і соціальний анамнез. Усі вони реалізуються «у порядку послідовності»²⁷, причому «професійний анамнез без різких меж переходить в анамнез соціальний»²⁸, виявляючи цим одну з основних характеристик дискурсу — безперервність.

Власне клінічним дискурсом (у рамках медичного) є найближчий анамнез. Він «відповідає на питання, за яких умов і з якими симптомами розвивалася справжня хвороба до звернення до лікаря, які основні скарги, як функціонували найголовніші органи та яким було лікування. <...> Велике місце в анамнезі відведено скаргам на біль, тому *треба визначити* характер болів, їх іррадіацію, локалізацію, стійкість, час їхньої появи»²⁹. При професійному анамнезі «звертається особлива увага на те, аби опитуваний <...> підкреслював умови, які спеціально характеризують особисто його роботу, оскільки опитуваний далеко не завжди може правильно визначити й оцінити специфічну професійну шкідливість, то його *слід заставити ретельно викласти* весь виробничий процес <...>, щоб самому зробити необхідні висновки <...>. Збираючи професійний анамнез,

²⁴ Лингвистический энциклопедический словарь... — С. 367.

²⁵ Энциклопедический словарь медицинских терминов / Гл. ред. Б. В. Петровский. — М., 1982. — Т. 1. — С. 15.

²⁶ Большая Медицинская Энциклопедия / Гл. ред. Н. А. Семашко. — М., 1928. — Т. 1. — С. 594.

²⁷ Там же.

²⁸ Там же. — С. 596.

²⁹ Там же. — С. 594.

лікар повинен з'ясувати думку опитуваного про зв'язок між тим чи іншим шкідливим моментом або взагалі умовами професійної праці з окремими скаргами хворого чи визначеними ним функціональними змінами»³⁰.

Таким чином, перед лікарем стоїть завдання отримати максимум інформації про патологічний статус, використовуючи для цього певні іллокуції. Оскільки діалогічна єдність є основною структурною одиницею дискурсу, запитання — відповіді, що використовуються в медичному дискурсі, становлять послідовність іллокутивних актів. Зміст кожного іллокутивного акту визначається тією одиницею інформації, підтвердження або спростування якої хочуть отримати відповідно до нозологічної «сітки» симптомів. Логічні принципи кон'юнкції або диз'юнкції, що лежать в основі такого розпитування, формують схему, чи структуру, і ця «комбінаторна мінливість простих форм утворює емпіричну різноманітність»³¹ патологічної картини.

У парадигматиці медичного дискурсу можна виділити два типи парадигмальних одиниць: 1) базові парадигми, що «використовуються як моделі або приклади, можуть замінити експліцитні правила»³², — вони функціонують у загальній моделі анамнезу (віддаленого і найближчого) та можуть бути визначені як стереотипні; 2) вузькоспеціальні шаблони, що стосуються окремих аспектів загальних парадигм. Слід зазначити, що «найближчий анамнез акцентується на тій системі хворих органів, зі скаргами на які прийшов хворий, і тут різні спеціалісти мають свій поглиблений анамнез з кожної спеціальності (офтальмологи, отіатри, невропатологи, урологи та ін.)»³³. Ураховуючи вужче розуміння явища, його можна позначити терміном «патерн» (англ. *pattern* — зразок, шаблон). Патерн характеризується вужчою, спеціальною сферою застосування та бере початок у працях М. В. Йоргенсен і Л. Дж. Філіпс, які розуміють дискурс як «ідею про те, що мова структурована відповідно до патернів, які зумовлюють висловлювання людей у різних сферах соціального життя. Відомі приклади — “медичний дискурс”»³⁴. Під патернами в нашому випадку треба розуміти часткові, конкретизувальні, парадигмальні структури всередині дисципліни.

Для позначення різних парадигмальних елементів Т. Куном було запропоновано термін «дисциплінарна матриця»: «“дисциплінарна” тому, що вона враховує звичайну належність учених-дослідників до певної дисципліни; “матриця” — тому, що вона складена з упорядкованих елементів різного роду, причому кожний з них потребує подальшої специфікації. Усі або більшість приписань з тієї групи приписань, яку я <...> називаю парадигмою, частиною парадигми або такою, що має парадигмальний характер, є компонентами дисциплінарної матриці. У цій якості вони утворюють єдине ціле й функціонують як єдине ціле»³⁵. У медичному дискурсі, який нас цікавить, діалогічні єдності продукуються відповідно до дисциплінарної матриці наукового медичного знання згідно з нозологічною класифікацією і відповідно до стадій дискурсивної події (патологічного процесу).

Іллокуція діалогічної єдності визначає концептуальне наповнення мовленнєвого жанру, який оформлює діалог як більшої, ніж мовленнєвий акт, одиниці. Так, наприклад, *квеситив* як іллокутивний акт визначає мовленнєвий жанр *зати-*

³⁰ Там же. — С. 595.

³¹ Фуко М. Рождение клиники. — М., 1998. — С. 183.

³² Кун Т. Знач. праця. — С. 225.

³³ Большая медицинская энциклопедия. — С. 594.

³⁴ Йоргенсен М. В. Дискурс-анализ // Теория и метод. — Х., 2008. — С. 17.

³⁵ Кун Т. Знач. праця. — С. 234.

тання лікаря, реквестив — МЖ прохання, ін'юнктив — МЖ медичного приписання, констатив — МЖ діагностування й встановлення діагнозу тощо. При цьому мовленнєві жанри, які обслуговують сферу інституційного дискурсу, ми можемо представити у вигляді такої класифікації:

1) *автентичні МЖ*, тобто такі, що відповідають логіко-смысловим моделям дисциплінарної матриці (у мовленнєвій взаємодії лікаря і хворого це МЖ *скарги*, *встановлення діагнозу*, *медичної рекомендації* тощо). Наприклад: «*Каждый день, как двенадцать часов, голова начинает болеть, потом жар как пойдёт... Часа два потреплет и отпустит*» (М. Булгаков), «— Вот что, голубчик, — говорил я, постукивая по широчайшей тёплой груди, — *у вас малярия. Переменяющаяся лихорадка...*» (М. Булгаков), «— Ну, вот что, Черкасов: всё-таки *нужно будет комнату от заразы очистить*. Все подушки, одеяло, которым вы вчера покрывались, дайте нам; мы их вам завтра отдадим. И комнату нужно будет хорошенько полить и обрызгать» (В. Вересаев);

2) *комплементарні МЖ*, тобто жанри, які безпосередньо не належать до інституційного дискурсу, але взаємно доповнюють його і становлять певну функціональну єдність. Подібні МЖ пов'язані з емоційно-психологічним компонентом інтеракції та із соціальним анамнезом. «У цьому процесі спеціального дослідження людської особистості лікарю, поряд з клінічним матеріалом, неминуче доводиться розслідувати також ті сторони в стані хворого, які мають соціальне значення (тобто впливають на особистість, як на одиницю суспільного середовища)»³⁶. На відміну від видів інституційного дискурсу, де комуніканти є рівнокомпетентними, медичний дискурс є формою, у якій комбінуються статусно-рольова позиція лікаря й особистісно-рольова позиція пацієнта. У процесі діалогічної єдності ці рольові відношення тісно переплітаються, завдяки чому стає можливим включення до інституційного дискурсу жанрів неінституційного дискурсу, таких як МЖ *прохання*, *благання*, *переконання* тощо. Наприклад: «— Михаил Иванович, я, конечно, понимаю, что вы очень заняты, но, знаете, операция опасна... *я вас очень прошу, очень*, чтобы вы сами... *Я всё сделаю...*» (М. Амосов), «— *Но я прошу вас — Умоляю!* Помогите мне, ради бога. Соберите все ваши силы, и поедemте...» (А. Чехов), «— Ну послушайте, Черкасов, — подумайте немножко, хоть что-нибудь можете вы сообразить? *Я над вами всю ночь сидел, не отходил от вас, — хочу я вам зла или нет? Что мне за прибыль ваших детей морить? А заразу нужно же убить, ведь вы больны были заразительной болезнью*» (В. Вересаев).

3) *периферійні МЖ* — усі МЖ, крім комплементарних, які необов'язково можуть з'являтися в інституційному дискурсі (наприклад, МЖ *застереження*, *погрози*, *інвективи* тощо);

4) *екстернальні МЖ*, тобто МЖ принципово неможливі для даного типу дискурсу або як мінімум для одного з комунікантів. Наприклад, у мовленнєвій моделі «лікар — пацієнт» не може бути МЖ *осуду*, *хвастощів* тощо з боку лікаря, оскільки це суперечить принципам медичної етики; неможливий МЖ *світської бесіди* як такий, що позбавлений інституційних ознак, або МЖ *убоління*, у випадку, якщо об'єктом є сам пацієнт, через відсутність діалогічної єдності.

У пропорційному співвідношенні набір автентичних жанрів поступається за різноманітністю іншим, комплементарним і периферійним. Однак саме парадигма жанрів, підпорядкованих цільовим настановам медичного дискурсу, що зумовлені дисциплінарною матрицею, є стримувальним чинником, що консти-

³⁶ Большая медицинская энциклопедия... — С. 596–597.

тує інституційний дискурс. Вона дозволяє лікарю вибудовувати діалогічну структуру в межах заданої теми. Зумовленість мовленнєвих жанрів клінічними (анамнезичними) парадигмами, які мають логіко-смісловий алгоритм, дозволяє констатувати явище зв'язності та взаємозумовленості мовленнєвих жанрів, продукування жанрових ланцюжків у мовленні. Наприклад: «Человек взмахнул руками, вцепился в мою шубу, потряс меня, прильнул и стал тихонько выкрикивать: (*жанр благання*) — Голубчик мой... доктор... скорее... умирает она. Я убийца. — Он глянул куда-то вбок, сурово и черно раскрыл глаза, кому-то сказал: — Убийца я, вот что (*жанр розради*) — Перестаньте, — сказал я и стиснул ему руку» (М. Булгаков); (*жанр визначення діагнозу*) «Что это такое... Мозговая грыжа... Гм... он живет... Саркома. Гм... мягковата... Какая-то невиданная, жуткая опухоль... Откуда же она развилась... Из бывшего глаза... А может быть, его никогда и не было... Во всяком случае сейчас нет → (*жанр рекомендації / поради*) — Вот что, — вдохновенно сказал я, — нужно будет вырезать эту штуку... → (*жанр відмови від лікування*) — Что резать? — спросила баба, бледная. — На глазу резать? Нету моего согласия... → (*жанр визначення діагнозу*) — Никакого глаза у него нету, — категорически ответил я, — ты гляди, где ж ему быть. У твоего младенца странная опухоль...» (М. Булгаков).

Взаємодіючи між собою, мовленнєві жанри утворюють послідовні структури, перебуваючи в певній залежності один від одного. Кожний мовленнєвий жанр зумовлює появу суворо обумовленого мовленнєвого жанру. Взаємозалежність мовленнєвих жанрів пояснюється низкою екстралінгвістичних чинників, що зумовлені зміною нозологічної парадигми парадигмою нового часу (клінічною).

Таким чином, ґрунтуючись на понятті дисциплінарної матриці, яка становить сукупність парадигм і парадигмальних відношень усередині певної наукової дисципліни, констатуємо її провідну роль у структуруванні моделі інституційного (медичного) дискурсу.

(Сімферополь)

O. A. PONOMARENKO

PARADIGMAL APPROACH TO THE RESEARCH OF SPEECH GENRES IN MEDICAL DISCOURSE

In the article the applicability of concept «paradigms» in the medical discourse is substantiated. It is marked that paradigmatic units stipulating paradigmatics of medical discourse can be subdivided into two types: 1) basic paradigms functioning in the common model of anamnesis, and 2) highly specialized patterns related to certain aspects of common paradigms. Based on the concept of disciplinary matrix, which is a set of paradigms and paradigmatic relations in some scientific discipline, its leading role in patterning the model of institutional (medical) discourse is stated. It is marked that paradigmatics as a methodological basis of clinical discourse is revealed at a level of speech as well.

Key words: speech genre, institutional discourse, paradigm, anamnesis, paradigmatic.