

СТРУКТУРА ІНТРАПРОФЕСІЙНОГО СПІЛКУВАННЯ ЛІКАРІВ: ПРОБЛЕМИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ ВИВЧЕННЯ

THE STRUCTURE OF INTRAPROFESSIONAL COMMUNICATION OF DOCTORS: PROBLEMS AND PROSPECTS OF STUDY

У статті йдеться про важливий аспект мовно-комунікативної компетентності лікаря, а саме інтрапрофесійне мовлення. Актуальність дослідження полягає в недостатній вивченості проблем інтрапрофесійного фахового мовлення та перспектив розроблення методологічних концепцій його формування. Метою дослідження є аналіз феномену інтрапрофесійного спілкування лікарів, його ознак, структури й основних закономірностей. Вторинною метою виступає створення теоретичної картини інтрапрофесійного мовлення з метою розробки методичного забезпечення формування професійного мовлення майбутніх лікарів. За основні методи дослідження вибрано загальнотеоретичні (аналіз, синтез, індукцію, структурування соціальних феноменів і моделювання) й окремі спеціальні для соціонімічних наук: міжнаукове екстраполювання, методи з галузі теорії комунікації та дискурсології (відбір мовно-комунікативних закономірностей і контенту в рамках обраного об'єкта дослідження; моделювання комунікативних аспектів інтрапрофесійного спілкування лікарів). У роботі також використано соціологічні методи (опитування клієнтів поліклінік віком від 18 до 70 років). Доведено, що інтрапрофесійне комунікування лікарів ускладнюється діапазоном виконуваних функцій і непередбаченістю професійних завдань, які вирішуються; деформується через численні стереотипи з боку як лікарів, так і клієнтів, що підтверджено проведеним соціологічним опитуванням. У статті представлено структуру інтрапрофесійного мовлення лікарів із погляду його породження та вербального виявлення (внутрішнє / зовнішнє; усне / писемне; монологічне / діалогічне). Визначено професійні комунікативні функції рідної та іноземної мов у діяльності лікаря та їх зв'язок із лікарською деонтологією. Окреслено перспективи методологічного забезпечення формування інтрапрофесійних комунікативних компетенцій сучасного лікаря.

Ключові слова: компетентності, структура мовлення, деонтологія, інтрапрофесійна комунікація.

The article deals with an important aspect of the doctor's language and communication competence, namely intraprofessional speech. The research topicality lies in the insufficiently studied problems of intraprofessional speech and the prospects for developing methodological concepts of its formation. The study intends to analyse the phenomenon of intraprofessional communication between doctors, its features, structure and basic patterns. The secondary objective is to create a theoretical picture of intraprofessional speech in order to develop methodological support for the formation of professional speech of future doctors. The main research methods are general theoretical methods (analysis, synthesis, induction, structuring of social phenomena, and modelling), and special methods for socionomic sciences: interdisciplinary extrapolation, methods in the field of communication theory and discourse studies (selection of linguistic and communicative patterns and content within the selected research object, modelling of communicative aspects of intraprofessional communication of doctors). The paper also uses sociological methods (surveys of clients of clinics aged 18 to 70). The paper proves that intraprofessional communication of doctors is complicated by the range of functions performed and the unpredictability of professional tasks to be fulfilled; is deformed due to numerous stereotypes on the part of both doctors and clients, which is confirmed by a survey. The article presents the structure of intraprofessional speech of doctors in terms of its generation and verbal detection (internal / external; oral / written; monologue / dialogue). The professional communicative functions of native and foreign languages in the doctor's activity and their connection with medical deontology are determined. The prospects of methodological support for the formation of intraprofessional communicative competencies of a modern doctor are outlined.

Key words: competencies, speech structure, deontology, intraprofessional communication.

УДК 378.147.227:801.357
DOI <https://doi.org/10.32843/2663-6085/2020/26.12>

Ніколаєв В.В.,
аспірант кафедри медичної і біологічної фізики та інформатики
Національного медичного університету імені О.О. Богомольця

Постановка проблеми в загальному вигляді. У соціонімічних професіях фахове мовлення виступає одним із основних інструментів визначення й вирішення професійних завдань. Дидактично формування такої компетентності здійснюється в рамках мовознавчих дисциплін за професійним спрямуванням.

Дисципліна «Українська мова за професійним спрямуванням» є рамковою і передбачає значну варіативність залежно від типу професії, а також типу професійного спілкування («спеціаліст – клієнт», «спеціаліст – спеціаліст», «працівник – підлеглий» тощо). Реалізація професійного дискурсу ускладнюється також багатоманітністю професі-

ональних цілей і завдань, стандартних (штатних) або нестандартних ситуацій. Особливо гостро ця проблема стоїть при підготовці майбутніх лікарів, а також при конструюванні ними професійного дискурсу за типом «спеціаліст – спеціаліст». Від якості та ясності такого дискурсу залежать важливі соціальні й особисті аспекти, зокрема життя і здоров'я пацієнта.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Питання професійного мовлення ставало предметом наукового вивчення таких науковців, як Л. Урвацев [12], А. Білібін [2], Т. Ковеліна [7], А. Апушкіна [1], В. Болучевська, А. Павлюкова [3], Н. Деревльова, О. Яблонська [4] та ін.

Традиційно питання професійного мовлення, етики й деонтології лікаря вивчаються в аспекті взаємодії «лікар – пацієнт», тоді як питанням інтрапрофесійного спілкування приділяється недостатньо уваги. Якщо при діагностуванні мовлення є визначальним інструментом, що потребує психологічних, психолінгвістичних навичок, то спілкування лікарів між собою часто уявляється як взаємодія на рівні спільного категорійного апарату, стилю й загальнотерапевтичних компетентностей. Втім, лікарі також мають різні комунікативні здібності та відмінну кваліфікацію. Особливо це помітно при проведенні консилиумів за участю фахівців різних спеціалізацій. Одним аспектом інтрапрофесійного спілкування лікарів є публічне мовлення, яке, на думку Л. Яременко, хоч і «реалізується у межах корпоративної субкультури, але індивідуалізоване, є обличчям, «візитівкою» фахівця» [14, с. 350]. Н. Турсьєнова вказує, що у професійному спілкуванні лікар «не може пройти повз своєрідності людської особистості, особливе значення для нього мають талант, індивідуальні здібності та інтуїція» [11, с. 172]. Це стосується меншою мірою пацієнтів і більшою колег, їхнього «таланту й інтуїції», а головне – мовно-комунікативної й терапевтичної компетентностей.

Отже, проблеми вивчення інтрапрофесійного мовлення лікарів нині є актуальними та потребують значної теоретичної та методологічної експлікації.

Метою дослідження є теоретичний аналіз і узагальнення феномену інтрапрофесійного спілкування лікарів, визначення його структури й основних закономірностей, які надалі змогли б лягти в основу розроблення методичного забезпечення формування відповідних компетентностей у майбутніх лікарів.

Методами дослідження виступають переважно загальнотеоретичні (аналіз, синтез, індукція, структурний і моделювання) та спеціальні теоретичні (екстраполювання закономірностей психолінгвістики, теорії комунікації, дискурсології на лікарську деонтологію; моделювання комунікативних аспектів професійної діяльності; релевантний відбір мовно-комунікативних закономірностей згідно з обраним об'єктом дослідження – інтрапрофесійним спілкуванням лікарів). Також на цьому (пропедевтичному) етапі дослідження було здійснено соціальне опитування вибірки респондентів віком від 18 до 70 років у кількості 120 чоловік, які є спорадичними або постійними клієнтами клінік. Метою такого опитування було намагання оцінити ефективність і фаховість професійного спілкування лікарів із погляду клієнта. Після окреслення загальних закономірностей інтрапрофесійного спілкування планується провести опитування й анкетування лікарського персоналу.

Виклад основного матеріалу. Професійна комунікація лікаря, як і більшості фахівців соціо-

німічних професій, визначається кількома головними аспектами: вона є інструментом діагностики та вирішення професійних завдань; включає переважно мірою термінологічну, професійно орієнтовану комунікацію, тому тісно пов'язана з найзагальнішими лікарськими компетентностями (морфолого-анатомічними, психологічними, терапевтичними, вузькоспеціальними знаннями); нарешті, вона органічно поєднує раціональне й об'єктивне з індивідуальним, ірраціональним та інтуїтивним. Причиною останнього є сучасна медична парадигма, в рамках якої не лікується симптом чи хвороба, а вирішується комплексна психологічно-медична проблема, де організм, індивід та особистість виступають загальною, цілісною детермінувальною системою.

Для інтрапрофесійного комунікативного обміну між фахівцями важливо об'єктивувати, описати й нозологічно інтерпретувати об'єктивні та суб'єктивні показники (симптоми), представлені пацієнтом, а також кваліфікувати й уміти предметно обговорювати дані, отримані в ході процедури діагностики й аналізів. Легше враховуються об'єктивні показники, які легко відображаються у вигляді цифрових і функціональних даних. Цьому сприяє спільний метакатегоріальний апарат лікаря-професіонала. Більш проблемними залишаються такі аспекти: а) обговорення й нозологічна інтерпретація показників, симптомів і скарг, які перебувають на межі медичних спеціалізацій; б) визначення сфери та межі профільного лікарського втручання в рамках діагнозу (рамки компетентності лікаря одного профілю, спільна царина); в) дистанційна комунікація лікарів, які надають спільні послуги одному й тому самому клієнтові.

Позитивним фактором, що сприяє інтрапрофесійній комунікації, є потреба в комплексному обстеженні й лікуванні більшості хвороб і спільний компетентнісний загальнотерапевтичний базис усіх лікарських спеціальностей. Наприклад, лікар-гастроентеролог незалежно від рівня комунікації враховує гормональні (ендокринологія), психосоматичні (клінічна психологія), гігієнічні (дієтологія), анатомічні (індивідуальна морфологія, стеничність / астеничність / гіперстеничність) і стиль життя пацієнта. Така настанова сама по собі є інтрапрофесійною, і лікарі в цьому плані є професійно й комунікативно відкритими. Подібні приклади можна проілюструвати в будь-якій медичній спеціалізації. Тобто інтрапрофесійність навіть поза комунікативним аспектом має місце у практиці кожного лікаря. Психологічний бар'єр, який має здолати або прийняти профільний лікар – це делегування повноважень із терапевтичного вирішення проблеми лікареві з іншої суміжної спеціальності.

Соціопитування респондентів на предмет інтрадисциплінарного вирішення й інтерпретації нозологічних одиниць виявив значне домінування

психоневрологічних проблем, маскованих під соматичні нозологічні одиниці. Останні часто інтерпретуються пацієнтами, а іноді й лікарями як профільні соматичні.

Розглянемо приклад, отриманий під час соціопитування. Пацієнт М., 35 років, звернувся до сімейного лікаря зі скаргами на порушення травлення. Після обстеження сімейним лікарем був направлений до гастроентеролога й ендоскопіста. Значних патологій не виявлено. Після лікування впродовж місяця самостійно звернувся до лікаря-невролога із супутніми симптомами (порушенням апетиту, сну та можливості зосереджуватися). Невролог після першої ж консультації направив пацієнта до лікаря-психотерапевта з попереднім діагнозом «невроз, синдром подразненого кишківника». На думку респондента, інтрапрофесійне спілкування вказаних лікарів у цьому випадку було недостатнє, спеціалісти спілкувалися «через амбулаторну карту».

Аналіз інших прикладів, отриманих під час пропедевтичного соціопитування, виявив такі інтрапрофесійні проблеми: а) небажання «відпустити пацієнта до іншого спеціаліста»; б) слабкий рівень комунікації між суміжними або несуміжними спеціалістами; в) надто високий рівень самостійного вибору профільного лікаря самим пацієнтом (часто методом спроб і помилок). Це засвідчує не стільки мовно-комунікативні, скільки деонтологічні й етичні моменти інтрапрофесійного спілкування, а частіше його відсутності.

Іншу картину маємо в межах стаціонарів, де впродовж тривалої діагностики підключається за необхідності дедалі більша кількість спеціалістів. Але й в цьому разі часто спостерігається «переключення», коли, наприклад, лікар-хірург «передає пацієнта» травматологові тощо. Найменш ефективним, на думку респондентів, є спілкування лікарів під час супроводу пацієнтів із тривалими хронічними захворюваннями, які важко піддаються ремісії. У таких випадках особистісна мотивація починає переважати корпоративну етику, і лікарі починають відсилати незручного пацієнта до інших спеціалістів без задіяння доцільної інтрапрофесійної комунікації.

У подальшому дослідженні проблеми планується розроблення питальника для практикуючих лікарів з метою з'ясування й інтерпретації цих та інших інтрапрофесійних комунікативних і деонтологічних суперечностей. Проте й на цьому етапі можна зробити попередній висновок, що медична традиція, яка, попри численні реформи, продовжує існувати у вітчизняних медичних закладах, стимулює лікарів до діяльній автономності, низького рівня інтрапрофесійної комунікації, делегування цієї комунікації самому пацієнтові, котрий «шукає» свого лікаря, виходячи із власних непрофесійних міркувань та ініціатив.

Отже, вирішення основних інтрапрофесійних проблем лікарської комунікації неможливе без

зміни стереотипних вузькоспеціальних підходів до інтерпретації виявлених симптомів, без визнання більшості нозологічних одиниць об'єктом мультидисциплінарного міжфахового вивчення.

Попри те, що професійна комунікація будь-якого спеціаліста з досвідом набуває алгоритмізованих форм та індивідуального стилю (особливо в рамках одного колективу: стаціонару, поліклініки, приватної клініки), інтрамедичний дискурс залишається складною соціопсихологічною проблемою, оскільки вирішує щоразу максимально індивідуалізовані проблеми з допомогою «психолінгвістичних механізмів, що здійснюють різні когнітивні операції, з яких складаються головні індивідуальні процедури кожного комуніканта – вербалізація й розуміння, а також спільна процедура управління ходом взаємодії» [8, с. 98]. Фактор, що ускладнює таке спільне управління – відповідальність за пацієнта (групова / індивідуальна), перебування пацієнта під професійним супроводом, а отже, і юрисдикцією провідного й допоміжних спеціалістів.

В. Болучевська й А. Павлюкова пов'язують інтракомунікативні проблеми, як і проблему взаємодії «лікар – пацієнт», із проблемою сприймання й орієнтації на «Іншого» у процесі вербального та терапевтичного втручання. Перша проблема – в наявності / відсутності спільного зацікавлення й гуманного ставлення до професійної діяльності та її живих об'єктів. Основа її вирішення – професійна зацікавленість і довіра до колег, співпереживання й очікування позитивного вирішення епікризу. Комунікативна проблема «лікар – клієнт» часто пов'язана з меншою відповідальністю самого клієнта, який може виконувати / не виконувати рекомендації лікаря, ініціювати або скасовувати консультацію, приймати рішення піти до того або іншого спеціаліста [3]. Окремий деструктивний фактор – негативні стереотипи як лікарів, так і пацієнтів, що заважає інтер- та інтрапрофесійній комунікації.

Загальна ж деонтологічна відповідальність все одно лежить на лікареві, котрий має докладати усіх психолінгвістичних, комунікативних, а часто й особистих харизматичних зусиль і впливів на всіх суб'єктів терапевтичного процесу.

Треба відзначити, що проблеми інтрапрофесійної комунікації пов'язані не тільки з мультимедичним супроводом пацієнтів колективом (реальним чи формальним) медичних працівників. Окремого дослідження потребує професійне спілкування між лікарями різних спеціалізацій (напр.: хірург – ендокринолог – уролог), різного статусу (керівник – підлеглий), різних націй (вітчизняні лікарі – іноземці) тощо. Така взаємодія потребує окремого дослідження і планується автором у найближчій перспективі. Розгляду в методологічному й лінгвістичному аспекті потребують також питання побудови дискурсу, визначення спільних епістеміологічних перетинів, використання терміноапарату і

професійного сленгу лікарями різних спеціальностей, а також професійний дискурс нелікарського медперсоналу (адміністраторів, медсестр, санітарів). Перспективи вирішення проблем інтрапрофесійної деонтології та комунікації лежать, звичайно, в освітній площині підготовки майбутнього спеціаліста, тому головним інструментом формування інтрапрофесійної компетенції є мовнокомпетентнісна складова частина. Згідно з нею студенти медичних факультетів із першого року навчання паралельно опановують латинську й українську мови за професійним спілкуванням, в рамках чого «знайомство з фаховою термінологією, що складає основу професійної мови лікаря, є різноплановим і повинно поглиблювати мотивацію й активність студентів у подальшому вивченні терміносистем фахових дисциплін, фразеології медичної практики. На нашу думку, є доцільним використання латинських афоризмів у інтрапрофесійній комунікації лікарів, зокрема у публічній риторичі» [14, с. 349]. Згідно з цією концепцією широта спеціальних і гуманітарних знань, а також вміння представити їх загальноживаною та професійною мовами є запорукою ефективної внутрішньопрофесійної комунікації. Мовна компетентність лікаря може розглядатися з різних аспектів: із погляду володіння професійною термінологією та номенклатурою; ведення професійної ділової документації (побудова анамнезу, історії хвороби, звітності) тощо. Проте інтра- та інтерпрофесійна комунікація – царина передусім професійної поведінки – деонтології. Цей термін запропонований британським філософом початку ХІХ ст. І. Бентамом. Науковець розглядав деонтологію як морально-етичну дисципліну, яка вивчає спілкування та стосунки у сфері професійної діяльності з метою досягнення максимального практичного й духовного результату [15]. Мовна освіта майбутнього медика уявляється трилатеральною: рідна мова, латинська мова й англійська, які виконують як спільні, так і відмінні функції у професійній діяльності. Наводимо основні з них у вигляді табл. 1 (для лікаря, який працює в україномовному середовищі).

Як видно з таблиці, найширші функції виконує застосування українського професійного дискурсу (за умов роботи в середовищі рідної мови), проте

вимоги нового часу передбачають, що дипломований лікар має однаково ефективно працювати та комунікувати й у чужомовному (англомовному) середовищі. З цією метою після завершення на першому році навчання вивчення курсів із професійної української та латинської мов на другому курсі викладається дисципліна «Англійська мова у професійному спілкуванні лікарів».

Відмінність у володінні цими мовами не тільки у глибині й обсязі засвоєних знань, де лідирує рідна. Інтрапрофесійна комунікація – та царина, де рівень володіння різними мовами має бути максимально універсалізованим. Оптимізувальним фактором тут виступає домінування ділового, наукового і спорадичне використання розмовного та публіцистичного стилів. Діловий і науковий стилі максимально формалізовані, містять значний відсоток термінологічної та інтернаціональної лексики. Для спільних професійних функцій компетентності з усіх трьох мов практично однакові, тому вивчення цих мов синергічно посилює одне одного, а практика перекладу й усного ділового мовлення залишаються найефективнішими інструментами їх формування.

У світлі вищесказаного інтрапрофесійна комунікація (за умов успішного засвоєння дидактичного матеріалу ЗВО) видається простішою і природнішою для лікаря, якому не потрібно залучати непрофесійну лексику, переходити на інші стилістичні реєстри й мати справу із щоразу індивідуальним непрофесійним мовленням (як у випадку комунікації «лікар – пацієнт»).

Одна з цілей нашого дослідження – вперше аргументувати роль, місце і функції внутрішнього (за своєю суттю – інтрапрофесійного) мовлення лікарів. Основний методологічний постулат цієї тези полягає в тому, що лікар не повинен при формулюванні думки на її долокутивному етапі «перекладати» індивідуальне побутове мовлення на професійне для подальшого висловлення. Фахівець породжує внутрішній комунікативний акт уже професійною метамовою зі встановленням необхідних максимально об'єктивних детермінантних зв'язків. Це сприяє природності та швидкості породження зовнішнього комунікативного акту.

Розглянемо загальну структуру інтрапрофесійного мовлення лікарів (рис. 1).

Таблиця 1

Професійні комунікативні функції мов у діяльності лікаря

Комунікативна функція	Рідна мова	Англійська мова	Латинська мова
1. Термінологічна номінація професійних об'єктів, явищ і лікарських засобів.	+	+	+
2. Ділове писемне мовлення (заповнення і ведення медичної документації).	+	+	+
3. Інтрапрофесійна комунікація.	+	+	+
4. Комунікація лікаря із суміжними спеціалістами (фармацевт, криміналіст, юрист тощо).	+	+	+
5. Комунікація «лікар – пацієнт і його родина».	+	+	+
6. Засвоєння професійних інновацій та інвентаризація досвіду.	+	+	+
7. Міжнародна комунікація (переважно при підвищенні кваліфікації).	+	+	+
8. Внутрішнє мовлення (долокутивна комунікація).	+	+	+

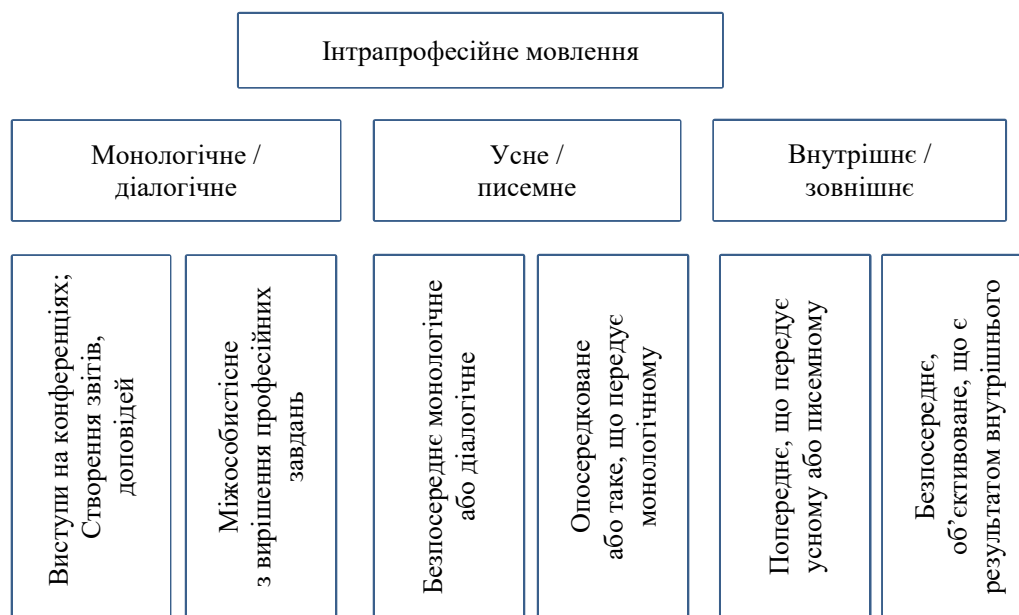


Рис. 1. Структура інтрапрофесійного мовлення лікарів

Перший рівень класифікації типів і структури інтрапрофесійного мовлення видається гетерогенним, проте експлікація на другому рівні класифікації виявляє залежність типів мовлення за загальним принципом «внутрішнє – зовнішнє → усне – писемне → діалогічне – монологічне». Тобто послідовність породження, формування й виявлення (об'єктивації) спрямована в таблиці справа наліво.

У наукових джерелах під інтрапрофесійним мовленням мають на увазі тільки мовлення між медичними працівниками одного фахового рівня («дерматолог – онколог»; «хірург – терапевт») або різного фахового рівня («лікар – медична сестра»; «гінеколог – акушер»). Натомість спілкування спеціалістів одного фахового рівня, але різних спеціальностей розглядається як інтерпрофесійне [13, с. 490]. У свою чергу, ми пропонуємо спілкування між суміжними фахівцями, які використовують спільну або подібну метамову, також кваліфікувати як інтрапрофесійне. Сюди відносимо спілкування «лікар – фармацевт»; «лікар – медичний представник»; «лікар – судмедексперт», певною мірою спільної номенклатури й ділового стилю дотримуються за відповідних професійних ситуацій і лікар та юрист, лікар та еколог, лікар і соціальний працівник тощо.

Енциклопедичний словник «Психологія спілкування» дає визначення професійному спілкуванню, яке можна взяти за робоче: «Професіональне спілкування – це змістовний процес взаємодії суб'єктів як носіїв професіонального досвіду з метою обміну інформацією у виробничій ситуації; досягнення розуміння; функціонування професійної спільноти» [10, с. 452]. Як впливає

із визначення, професійне спілкування меншою мірою стосується комунікації з клієнтами, а більшою – з організаторами виробничого процесу. Це підтверджує релевантність застосування терміна саме до інтрапрофесійної комунікації.

Одним із найпоширеніших явищ інтрапрофесійної комунікації є професійний сленг (у західноєвропейському науковому дискурсі вирізняють загальний (general slang) і спеціальний сленг (special slang)). Це явище є природним для професійних груп і містить у собі як негативні, так і позитивні аспекти. Медичний сленг зароджується ще у студентському середовищі й набуває дедалі більшого значення у професійній діяльності. Він виконує функції економії мовних ресурсів. Зауважимо, що, якщо в писемному й усному монологічному мовленні (науковій доповіді, звіті) це явище недопустиме, то в щоденному інтрапрофесійному воно виконує оптимізувальну функцію і не може бути викоринене методичними засобами.

Професійне спілкування лікаря, на думку Т. Ковеліної, є насамперед не стільки вузькопрофесійним медичним явищем, скільки соціокультурним і виявляється у трьох аспектах: а) у вираженні «колективної професійної свідомості» в рамках професійних умов; б) у побудові акту комунікації, який утілює традиції, спадковість і новаторство лікарської справи; в) у суспільній і соціокультурній ролі лікаря як суб'єкта, що покращує, оптимізує якість життя людини [7, с. 20].

Окреслюючи наукові підходи до інтрапрофесійного спілкування лікарів, можна виокремити три найрелевантніші:

1. Комунікативний. Тут лікар спілкується за загальними принципами соціальної комунікації,

в якій, за Г. Ласвеллом, отримуються відповіді на питання «Хто комунікує?», «З ким комунікує?», «Що повідомляє?», «З якою метою?», «З яким ефектом?» [16]. На ці питання можна попередньо отримати загальні відповіді, виходячи із суті лікарської професії.

2. Спілкування як взаємодія. Його суть – взаємовплив і реакція учасників спілкування один на одного [17].

3. Діяльнісний підхід. Найскладніший і передбачає багаторівневий розвиток взаємодій, спричинений вирішенням спільних професійних завдань: інформаційний обмін, вироблення стратегій досягнення цілі, спілкування у процесі діяльності з досягнення вищевказаних цілей.

Останній підхід видається найбільш прийнятним для інтрапрофесійного спілкування лікарів, а перші два можуть бути його компонентами.

На цьому етапі можна розглянути загальну структуру й ознаки інтрапрофесійного комунікативного акту лікарів. Початок такого акту виявляється в переході на специфічне метамовлення, а у стилістичному плані – у зміні стилістичного регістру. Такий перехід відбувається на основі об'єктивації спільної професійної мети, обставин її вирішення та залучення мовних засобів – професіоналізмів, сленгізмів, а головне – терміносистеми. У досвідчених лікарів такий перехід швидкий, природний, іноді автоматичний. Як зазначає С. Дружилов, «включення» професійного комунікативного акту передбачає психолінгвістичну процедуру редукації мовлення, його перехід на професійні жанри, включення певного режиму роботи свідомості (розуміння, вербалізації, інтеракції, дискусії) [5, с. 6]. Мовлення позбавляється побутових засобів і конотацій, стає мовленням «по суті», денотатами стають об'єкти специфічної професійної дійсності, яка об'єктивується достатнім або високим ступенем компетентнісної зрілості, пригадуванням актуальних знань, використанням мовного і предметного інструментарію, високою динамікою, лаконічністю і цілісністю [6, с. 233].

Висновки. Отже, інтрапрофесійне мовлення лікарів – соціопсихологічний феномен використання фахового мовлення, який може бути представлений загальною структурою від внутрішнього до монологічного мовлення. Перехід до його породження передбачає мовну редукацію із залученням лексичних і стилістичних засобів задля вирішення професійних завдань у діапазоні «комунікація – взаємодія – діяльність». Отримані в цьому дослідженні теоретичні узагальнення потребують розроблення методологічних підходів для формування мовних компетентностей майбутніх лікарів.

БІБЛІОГРАФІЧНИЙ СПИСОК:

1. Апушкина А.Ю. Искажение информации в коммуникации «врач – больной». *Личность в меня-*

ющемся мире: здоровье, адаптация, развитие. 2015. С. 27–29.

2. Билибин А.Ф. О мышлении клинициста-практика. *Клиническая медицина.* 1981. № 11. С. 104–106.

3. Болучевская В.В., Павлюкова А.И. Общение врача: создание положи-ельных взаимоотношений и взаимопонимания с пациентом. (Лекция 4). *Медицинская психология в России.* 2011. № 4. URL: <http://medpsy.ru> (дата обращения: 27.05.2020).

4. Деревлева Н.В., Яблонская О.Ю. Проблема использования медицинского сленга в профессиональном общении. *Журнал ГрГМУ.* 2011. № 2. С. 84–84.

5. Дружилов С.А. Становление профессионализма как процесс формирования концептуальной модели профессиональной деятельности. *Журнал прикладной психологии.* 2004. № 6. С. 40–45.

6. Залевская А.А. Введение в психолінгвістику. Москва : РГГУ, 1999. 382 с.

7. Ковелина Т.А. Общение как форма профессиональной культуры врача *Известия вузов. Северо-кавказский регион. Общественные науки.* Приложение. 2006. № 5. С. 20–26.

8. Невзорова М.С. Нестандартная лексика в профессиональном общении медиков. *Вестник Волгоградского государственного университета. Сер. 2. Языкознание.* 2012. № 2 (16). С. 96–100.

9. Осипова Н.Г., Семина Т.В. Личность врача в современном социуме: идеальный тип и профессиональные деформации. *Вестник Московского университета. Серия 18. Социология и политология.* 2017. № 23 (3). С. 4–29.

10. Психология общения : энциклопедический словарь / под общ. ред. А.А. Бодалева. Москва : Когито-Центр, 2011. 600 с.

11. Турсенева Н.В. Профессиональная этика: Производственные и непроизводственные аспекты. Владимир, 1982. С. 171–174.

12. Урванцев Л.П. Профессиональное общение врача: психологическая наука практике высшего медицинского образования. *Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие.* 2015. № 1 (8). URL: <http://humjournal.rzgmu.ru/art&id=122> (дата обращения: 21.07.2020).

13. Фёдорова М.А. Профессиональная коммуникация в области медицины. *Язык. Общество. Медицина.* 2019. С. 489–492.

14. Яременко Л.М. Інтрапрофесійне мовлення майбутніх лікарів: латинські афоризми та прислів'я. *Соціально-гуманітарні аспекти розвитку сучасного суспільства* : матеріали V Всеукраїнської наукової конференції студентів, аспірантів, викладачів та співробітників, (м. Суми, 20–21 квітня 2017 р.). Суми : СумДУ, 2017. С. 348–350.

15. Bentham J. Deontology together with A Table of the Springs of Action and the Article on Utilitarianism, ed. Amnon Goldworth. Oxford : Clarendon Press, 1983. P. 119–281.

16. Lasswell H.D. The structure and function of communication in society. *The communication of ideas.* 1948. Vol. 37 (1). P. 136–139.

17. Osgood Ch.E., Tannenbaum P.H. The Principle of Congruity in the Prediction of Attitude Change. *Psychological Review.* Vol. 62 (1). P. 42.