

Оглавление

Введение	3
Глава 1. Социолингвистические характеристики медико-педагогического дискурса	7
1.1. К определению институционального дискурса	7
1.2. Характеристики медицинского дискурса	16
1.3. Характеристики педагогического дискурса	33
1.4. Специфика общения логопеда с родителями пациентов, страдающих нарушениями речи	39
Выводы	53
Глава 2. Прагмалингвистические характеристики медико-педагогического дискурса (на примере жанра логопедической рекомендации)	57
2.1. Логопедическая рекомендация как директивное речевое действие	57
2.2. Коммуникативные стратегии логопедической рекомендации	
2.3. Коммуникативная тональность логопедической рекомендации	78
Выводы	88
Глава 3. Структурно-семантические характеристики медико-педагогического дискурса	100
3.1. Фонетические характеристики медико-педагогического дискурса	103
3.2. Лексико-фразеологические характеристики медико-педагогического дискурса	104
3.2.1. Специфика использования терминов в речи логопеда	112
3.2.2. Специфика лексики, используемой логопедом при общении с детьми дошкольного и младшего школьного возраста	112
3.2.3. Автологическое использование лексики в речи логопеда	122
3.2.4. Клишированные речевые единицы в речи логопеда	
3.3. Текстуально-грамматические характеристики медико-педагогического дискурса	129
Выводы	136
Заключение	140
Библиография	157

Введение

Данная работа выполнена в русле исследований, посвященных типам институционального дискурса. **Объектом изучения** является медико-педагогический дискурс — профессиональное общение логопеда с ребенком-пациентом и его родителями с целью оказания специальной медицинской помощи по исправлению дефекта речи. В качестве **предмета анализа** рассматриваются социолингвистические, прагмалингвистические и структурно-семантические характеристики данного дискурса.

Актуальность работы объясняется следующими причинами: 1) теория дискурса является одним из наиболее активно развивающихся направлений коммуникативной лингвистики; типы, жанры, категории дискурса изучены еще недостаточно; 2) медико-педагогический дискурс как особое промежуточное образование, соединяющее в себе характеристики медицинского и педагогического типов дискурса, еще не был объектом лингвистического изучения; 3) лингвистическое описание профессионального общения учителя-логопеда представляется важным как в теоретическом, так и в практическом отношении для совершенствования подготовки логопедов и оптимизации их деятельности.

Гипотеза предпринятого исследования заключается в следующем: медико-педагогический дискурс объективно выделяется в системе институционального дискурса на основании определенных признаков; этот дискурс представляет собой неоднородное образование, в составе которого существует ряд жанров, и характеризуется определенными социально-ролевыми, коммуникативными и структурно-семантическими особенностями.

Целью данного исследования является комплексная характеристика медико-педагогического дискурса. Для выполнения поставленной цели в работе решаются следующие **задачи**:

- 1) определить системообразующие признаки медико-педагогического дискурса и установить его место в системе институционального дискурса;
- 2) построить классификацию жанров этого дискурса;
- 3) установить и охарактеризовать социально-ролевые, коммуникативные и структурно-семантические особенности профессионального общения логопеда.

Научную новизну мы усматриваем в комплексной социолингвистической, прагмалингвистической и структурно-семантической характеристике медико-педагогического дискурса в системе институционального дискурса применительно к современной русской лингвокультуре.

Теоретическая значимость выполненной работы заключается в определении и уточнении понятий теории дискурса, а именно — параметров, типов и жанров институционального дискурса, в комплексной характеристике медико-педагогического дискурса как промежуточного образования.

Практическая ценность работы состоит в том, что ее результаты могут найти применение в практике профессиональной деятельности логопедов, а также в теоретических курсах по общему языкознанию, коррекционной педагогике, спецкурсах по теории дискурса, логопедии.

Материалом исследования послужил корпус текстов, полученных путем магнитофонных записей бесед пяти логопедов г. Волгограда с детьми, страдающими различными нарушениями речи, и их родителями. Общая длина совокупного текста бесед — 200 часов звучания.

Методы исследования — интроспективный, понятийный и интерпретативный анализ дискурса, а также включенное наблюдение.

В данной работе мы опираемся на следующие положения, доказанные в лингвистической литературе:

1. Выделяемые на основании социолингвистических признаков типы речи характеризуются взаимосвязанными и взаимообусловленными коммуникативными и системно-структурными особенностями; такое выделение отражает объективную организацию языка как средства общения

представителей различных социальных (в том числе и профессиональных) групп (Баранникова, 1970; Брайт, 1975; Лабов, 1975; Белл, 1980; Бондалетов, 1987; Крысин, 1989; Гаспаров, 1996; Мечковская, 1996; Семененко, 1999; Дементьев, 2000; Лемяскина, Стернин, 2000).

2. Коммуникативный подход к языку ставит в центр лингвистического анализа дискурс — текст, погруженный в ситуацию общения (ван Дейк, 1988; Арутюнова, 1990; Баранов, 1993; Степанов, 1995; Водак, 1997; Макаров, 1998; Борботько, 1999; Иссерс, 1999; Романов, Черепанова, 1999; Седов, 1999; Кубрякова, 2000; Лузина, 2000; Слышкин, 2000).

3. Институциональный дискурс, т.е. дискурс, определяемый типами сложившихся в обществе социальных институтов, характеризуется рядом лингвистически релевантных признаков, из которых важнейшими являются цель общения, представительская коммуникативная функция его участников и фиксированные типовые обстоятельства общения (Карасик, 1998; Попова, 1995; Ковшикова, 1997; Коротеева, 1999; Михайлова, 1999; Сыщиков, 2000, Шейгал, 2000).

На защиту выносятся следующие положения:

1. В системе типов институционального дискурса объективно выделяется медико-педагогический дискурс как промежуточный тип дискурса, обладающий качествами как медицинского, так и педагогического типов дискурса, и его отличительная особенность состоит в специфической избирательной комбинаторике этих качеств.

2. К важнейшим социолингвистическим характеристикам медико-педагогического дискурса относятся следующие: 1) цель — оказание профессиональной логопедической помощи ребенку, страдающему дефектами речи, для его полноценной социализации в обществе, 2) участники — логопед, ребенок-пациент и его родитель, 3) хронотоп — занятие в лечебном либо дошкольном воспитательном учреждении, 4) ценности — здоровье (и его антипод — дефект речи), обучение и развитие личности ребенка, 5) стратегии типа дискурса — диагностика, лечение и рекомендация, а также объяснение, оценка, контроль, содействие и организация, 6) жанры — жалоба родителей пациента, диагностирующая

беседа, индивидуальное и групповое вербальное лечение, логопедическая рекомендация, консилиум.

3. Прагмалингвистические характеристики медико-педагогического дискурса включают базовые интенции коммуникантов, жанровые стратегии дискурса и его тональность. Применительно к жанру логопедической рекомендации базовой интенцией логопеда является директивное воздействие на пациента и его родителя, осуществляемое через следующие коммуникативные стратегии: причинно-объясняющую, демонстративно-комментирующую, конструктивно-убеждающую, превентивно-убеждающую, инструктирующую. Тональность логопедической рекомендации отличается комбинаторикой признаков официальности, контролируемости и доброжелательности.

4. Основные структурно-семантические характеристики медико-педагогического дискурса сводятся к его следующим особенностям: 1) фонетическим (особая артикуляционная четкость, замедленный темп речи и др.), 2) лексико-фразеологическим (использование терминов, профессиональных клише, автологическое употребление слов, наглядно-образное обозначение профессионально-предметной сферы), 3) текстуально-грамматическим (описание как доминирующий функционально-смысловой тип речи, коммуникативы как метатекстовые знаки, семантическое осложнение личных местоимений, резюмирование).

Результаты исследования получили **апробацию** на научных конференциях "Проблемы обучения иностранных граждан на современном этапе: лингвистические и методические" (Волгоград, 2000), "Развитие и взаимодействие национальных культур как фактор стабильности межэтнических отношений в полиэтническом регионе" (Астрахань, 2000), "Язык, познание, культура на современном этапе развития общества" (Саратов, 2001), на ежегодных конференциях преподавателей в Волгоградском государственном педагогическом университете (2000, 2001), на заседаниях научно-исследовательской лаборатории ВГПУ "Язык и личность". Материалы диссертации представлены в пяти публикациях.

Структура работы. Диссертация состоит из введения, трех глав, посвященных соответственно социолингвистическим, прагматическим и структурно-семантическим характеристикам медико-педагогического дискурса, заключения и библиографии.

Глава 1. Социолингвистические характеристики медико-педагогического дискурса

1.1. К определению институционального дискурса

Для определения сущности медико-педагогического дискурса необходимо проанализировать понятие "дискурс" и установить конститутивные речевые характеристики общения логопеда с пациентом. Мы исходим из того, что лечение у логопеда — это неразрывное сочетание медицинского и педагогического воздействия на пациента, поскольку нарушение речи есть определенный тип патологии, требующий специфической медицинской помощи, с одной стороны, а оказание этой помощи реализуется в виде обучения пациента правильному произношению, с другой стороны.

Понятие "дискурс" в современной лингвистике трактуется неоднозначно. Можно установить по меньшей мере четыре основных подхода к пониманию дискурса.

Первый подход состоит в том, что дискурс трактуется как речь или как общение. Именно в этом ключе рассматривают дискурс Т. ван Дейк (2000), Р. Водак (1997), М.Л. Макаров (1998), Ю.С. Степанов (1995). Т. ван Дейк, рассуждая о прагматических характеристиках дискурса, доказывает, что при всей сложности реальных обстоятельств общения прагматический контекст является структурированным (ван Дейк, 2000, с.21), в нем выделяются такие параметры, как личное — общественное, институциональное (формальное) — неформальное; а также позиции (роли, статусы и т.д.), свойства (пол, возраст, и т.д.), отношения (превосходство, авторитет), функции (отец, слуга, судья и т.д.), конвенциональные установления

(правила, принципы, ценности). В рамках данного подхода решаются методологические задачи противопоставления формального и содержательного понимания языка, т.е. здесь противопоставляются формальный и функциональный анализ языка, и понятие "дискурс" используется для того, чтобы, как отмечает Е.С.Кубрякова, перенести центр тяжести лингвистического анализа на социальные факторы общения: "Дискурс начинает пониматься как сложное коммуникативное явление, не только включающее акт создания определенного текста, но и отражающее зависимость создаваемого речевого произведения от значительного количества экстралингвистических обстоятельств — знаний о мире, мнений, установок и конкретных целей говорящего как создателя текста" (Кубрякова, 2000, с.13-14).

Достоинство данного подхода в его развитии заключается в том, что устанавливаются тонкие отличия между такими фундаментальными понятиями лингвистики, как язык, речь, речевая деятельность, дискурс. Оставляя за понятием "язык" содержательно-формальные системные характеристики речи, по Ф.Соссюру, исследователи уточняют ситуативно-динамические и личностные характеристики речи в приведенных выше терминах. Если речь трактуется как родовое понятие по отношению к речевой деятельности и дискурсу, то речевая деятельность может трактоваться как процесс производства и восприятия речи, как условие реализации речевых способностей и совершенствования речевых навыков. Дискурс в таком случае рассматривается как особая разновидность речи, как дискурсивная речь, т.е. речь, построенная по правилам грамматики и стилистики, развивающая ту или иную мысль или коммуникативное намерение говорящего (пишущего). Дискурсивная, или развернутая, речь, противопоставляется в таком понимании свернутой речи, при этом развернутая и свернутая разновидности речи могут рассматриваться в двух измерениях: с точки зрения порождения речи и опоры на универсально-предметный код, по Н.И.Жинкину, можно говорить о стадии свернутой речи до ее воплощения в вербальном коде и, соответственно, о стадии развернутой речи, которая в таком случае понимается как последовательность

поверхностных структур, по Н.Хомскому; с точки зрения социолингвистики, свернутая речь — это речь на сокращенной дистанции общения (Hall, 1969), а развернутая речь — это общение на социальной дистанции. В последнем случае уместным оказывается противопоставление сокращенного и развернутого кодов общения в понимании Б.Бернштейна (Bernstein, 1972). Данный подход уязвим в том отношении, что дискурс как термин лингвистики осмысливается как дискурсивность, термин логики. В логике релевантно различие между выводным, дискурсивным знанием и невыводным, интуитивным знанием. Дискурс как последовательное, логически непротиворечивое изложение является одним из видов речевой деятельности.

Второй подход к пониманию дискурса представлен в исследованиях В.Г.Борботько (1998), противопоставляющего рекурсивные и дискурсивные высказывания. Различие между этими типами высказываний можно установить только в целом тексте по мере его прочтения: если рекурсивные высказывания не добавляют ничего нового к тому, что было сказано вначале, перифрастически модифицируя ранее изложенное содержание, то дискурсивные высказывания отличаются содержательно-информативной новизной. Дискурс в таком понимании — это приращение новой информации.

Наиболее часто дискурс противопоставляется тексту по признакам динамики и статики, с одной стороны, и ситуативной обусловленности, с другой (А.Г.Баранов, 1993; Е.А.Попова, 1994, Е.В.Ковшикова, 1997, Е.В.Михайлова, 1999). А.Г.Баранов противопоставляет три уровня идеализации текста: актуальный текст, виртуальный текст и текстотип (Баранов, 1993, с.81). То, что названо актуальным текстом (текст в контексте общения) и понимается во многих современных исследованиях как дискурс, а виртуальный текст, по А.Г.Баранову, т.е. текст в изоляции от контекста общения, понимается как текст. Что же касается текстотипа, находящегося на высшей ступени абстракции, то в модели А.Г.Баранова это — набор правил порождения и понимания текстов. В известной мере текстотип соотносим с текстовым жанром, по М.М.Бахтину, а также с концептом текста в языковом

сознании (Г.Г.Слышкин, 2000). Текст трактуется как статичное завершенное произведение, рассматриваемое вне ситуации общения, а дискурс — как динамическое, не всегда завершенное и ситуативно обусловленное речевое событие. В наиболее четкой формулировке этот подход выражен в определении Н.Д.Арутюновой: "дискурс — это "речь, погруженная в жизнь" (Арутюнова, 1990, с.137). В таком понимании дискурс есть текст плюс коммуникативно значимые обстоятельства, в которых этот текст актуализируется. Данное понимание ведет к прагмалингвистическому анализу дискурса, поскольку прагмалингвистика изучает речь в ситуации реального общения. Дискурс в таком случае рассматривается как последовательность речевых актов, как коммуникативное взаимодействие участников общения, как совокупность вербальных и невербальных действий. На первый план при таком подходе выходят ситуативные характеристики общения и, прежде всего, характеристики участников общения. Если акцент делается на незавершенности дискурса по сравнению с целым правильно построенным текстом, то тогда дискурс трактуется как факт устной речи (а текст — как факт речи письменной). В лингвистике разговорной речи существует и такое понимание дискурса, когда этот термин обозначает определенный вид устных высказываний, не имеющих четкого грамматического оформления и характеризующихся принципиальной структурной незавершенностью (ср. тексты, текстоиды и дискурс в понимании О.Б.Сиротининой, 1994).

С позиций социалингвистики дискурс трактуется как общение в рамках определенной коммуникативной сферы. В этом плане разграничивается личностно-ориентированное и статусно-ориентированное (институциональное) общение (Карасик, 1998, 2000). В первом случае участники общения учитывают всю совокупность личностно значимых особенностей характера и поведения друг друга, они либо хорошо знают друг друга, либо раскрывают другому глубины своего внутреннего мира, во втором случае они интересуют друг друга только как представители той или иной социальной группы. Личностно-ориентированный дискурс представлен в двух основных разновидностях: бытовой и бытийный, статусно-

ориентированный дискурс — в нескольких типах институционального общения, выделяемых на основании функционирующих в обществе социальных институтов, таких как политика, армия, суд, наука, религия, обучение, медицинское обслуживание и т.д.

Дискурс является центральным моментом человеческой жизни "в языке", того, что Б.М.Гаспаров называет языковым существованием: "Всякий акт употребления языка — будь то произведение высокой ценности или мимолетная реплика в диалоге — представляет собой частицу непрерывно движущегося потока человеческого опыта. В этом своем качестве он вбирает в себя и отражает в себе уникальное стечение обстоятельств, при которых и для которых он был создан". К этим обстоятельствам относятся 1) коммуникативные намерения автора, 2) взаимоотношения автора и адресатов, 3) всевозможные "обстоятельства", значимые и случайные, 4) общие идеологические черты и стилистический климат эпохи в целом и той конкретной среды и конкретных личностей, которым сообщение прямо или косвенно адресовано, в частности, 5) жанровые и стилевые черты как самого сообщения, так и той коммуникативной ситуации, в которую оно включается; 6) множество ассоциаций с предыдущим опытом, так или иначе попавших в орбиту данного языкового действия (Гаспаров, 1996, с.10). Человеческий опыт органически включает этнокультурные модели поведения, которые реализуются осознанно и бессознательно, находят многообразное выражение в речи и кристаллизуются в значении и внутренней форме содержательных единиц языка.

С позиций лингвистики речи дискурс — это процесс живого вербализуемого общения, характеризующийся множеством отклонений от канонической письменной речи, отсюда внимание к степени спонтанности, завершенности, тематической связности, понятности разговора для других людей. Моделируя разговорную речь, О.Б.Сиротина противопоставляет 1) тексты, отвечающие всем признакам текстовой структуры (в качестве примера приводится рассказ, который неоднократно повторяется рассказчиком), 2) оборванные тексты, характеризующиеся незаконченностью, тематической аморфностью, 3) текстоиды (по И.А.Стернину), которые не

имеют строгого членения на части, принципиально не завершены, более спонтанны, чем другие виды текстов, рассчитаны на активного слушателя, тематически разъяты (темы возникают по ходу реализации текста), 4) разговоры (по Н.А.Купиной), в которых развитие темы прослеживается с трудом, а прямая диалогичность, т.е. мена ролей говорящего и слушающего, является обязательной, 5) дискурсы, являющиеся нетекстовой реализацией разговорной речи и отличающиеся нечеткостью деления на части, господством ассоциативных связей, полной спонтанностью и непонятностью для посторонних (Сиротина, 1994, с.122). Помимо структурных характеристик дискурс имеет тонально-жанровые измерения. Говоря о тональности дискурса, мы имеем в виду такие параметры, как серьезность либо несерьезность, обиходность либо ритуальность, стремление к унисону либо конфликту, сокращение либо увеличение дистанции общения, открытое (прямое) либо завуалированное (косвенное) выражение интенций, направленность на информативное либо фатическое общение. Эти параметры взаимосвязаны. В.В.Дементьев строит типологию жанров фатического общения при помощи двух осей координат, соответствующих параметрам степени косвенности и регулирования межличностных отношений (от унисона до диссонанса), в результате чего выделяются пять основных жанров фатической коммуникации: 1) доброжелательные разговоры по душам, признания, комплименты, 2) прямые обвинения, оскорбления, выяснения отношений, ссоры, 3) флирт, шутка, 4) ирония, издевка, розыгрыш, 5) праздноречевые жанры (small talk) (Дементьев, 1995, с.55-57). Жанровые характеристики дискурса могут рассматриваться как совокупность признаков, представленных, например, в модели Т.В.Шмелевой: 1) коммуникативная цель, которая дает возможность противопоставить четыре типа речевых жанров (информативные, императивные, этикетные и оценочные), 2) образ автора, 3) образ адресата, 4) образ прошлого, т.е. ретроактивная направленность речевого события, характерная для ответа, отказа, согласия, опровержения, 5) образ будущего как выход на последующий эпизод общения, это приглашение, обещание, прогноз, 6) диктумное (событийное) содержание (набор актантов, их отношения, временная

перспектива и оценка диктумного события), 7) языковое воплощение речевого жанра (Шмелева, 1997, с.91-97). Личностные характеристики участников дискурса неизбежно отражаются в типовых моделях его реализации, и в этом смысле ценным является выделение типов участников дискурса, например, инвективный, куртуазный и рационально-эвристический типы языковых личностей; в основу выделения этих типов положены речевые стратегии конфликтного поведения, в первом случае — прямая вербальная агрессия, во втором — эмоция обиды и тяготение к этикетности, в третьем — здравомыслие и ирония (Седов, 1999, с.57). Понятно, что личностные характеристики коммуникантов представляют собой неразрывное единство индивидуальных, социальных, национально-культурных и общечеловеческих особенностей поведения, вместе с тем специфика осознания, выражения, комбинаторики этих особенностей в определенных ситуациях общения, жанрах речи и типах дискурса остается недостаточно изученной. Нельзя забывать и о динамике смысловых переходов: В.И.Шаховский отмечает, что индивидуальная интерпретация смыслов в диалоге зависит от меняющейся компетенции участников общения, от того, что они думают и чувствуют, осознавая мир и свое место в нем (Шаховский, Сорокин, Томашева, 1998, с. 130).

С позиций социолингвистики дискурс — это общение людей, рассматриваемое с позиций их принадлежности к той или иной социальной группе или применительно к той или иной типичной речеповеденческой ситуации, например, институциональное общение. Представляется возможным выделить применительно к современному социуму политический, административный, юридический, военный, педагогический, религиозный, мистический, медицинский, деловой, рекламный, спортивный, научный, сценический и массово-информационный виды институционального дискурса. Разумеется, приведенный список может быть дополнен либо видоизменен. Важно отметить, что институциональный дискурс исторически изменчив — исчезает общественный институт как особая культурная система и, соответственно, растворяется в близких, смежных видах дискурса свойственный исчезающему институту дискурс как

целостный тип общения. Для определения типа институционального общения необходимо учитывать статусно-ролевые характеристики участников общения (учитель — ученик, врач — пациент, офицер — солдат), цель общения (педагогический дискурс — социализация нового члена общества, политический дискурс — сохранение или перераспределение власти), прототипное место общения (храм, школа, стадион, тюрьма и т.д.). Институциональный дискурс есть специализированная клишированная разновидность общения между людьми, которые могут не знать друг друга, но должны общаться в соответствии с нормами данного социума. Разумеется, любое общение носит многомерный, партитурный характер, и его типы выделяются с известной степенью условности. Полное устранение личностного начала превращает участников институционального общения в манекенов, вместе с тем существует интуитивно ощущаемая участниками общения граница, выход за которую подрывает основы существования того или иного общественного института. Институциональность носит градуальный характер. Ядром институционального дискурса является общение базовой пары участников коммуникации — учителя и ученика, священника и прихожанина, ученого и его коллеги, журналиста и читателя (слушателя, зрителя).

Институциональный дискурс строится по определенному шаблону, но степень трафаретности различных типов и жанров этого дискурса различна. Дело в том, что в реальной жизни прототипный порядок дискурса часто нарушается. Р.Водак приводит характерный пример медицинского дискурса, в основе которого лежит схема необходимых и достаточных коммуникативных действий, связанных с приемом пациента в одной из клиник Вены: 1) пациента приглашают в кабинет, 2) пациент раздевается и ложится на кушетку, 3) один из присутствующих врачей осматривает пациента, 4) пациент одевается и возвращается в прихожую, 5) врач, который произвел осмотр, диктует результаты своему коллеге, затем они обмениваются мнениями либо врач сам делает записи в рабочем журнале, 6) приглашают следующего пациента. Фактически эта схема очень редко воплощается в жизнь, поскольку попутно в кабинет заходят коллеги, врач

отвечает на телефонный звонок, медсестра приносит рентгеновский снимок предыдущего пациента, обнаруживается, что потеряна учетная карта пациента и медсестра отправляется ее искать, электрокардиографический прибор не функционирует, следующий пациент, который записался на определенное время, заглядывает в кабинет и т.д. Все участники общения привыкли к отклонениям и накладкам и реагируют на них нормально (Wodak, 1996, p.55-56). Вероятно, существуют мягкие и жесткие разновидности институционального дискурса, приведенный пример иллюстрирует мягкую разновидность коммуникативного события, структура которого весьма вариативна, но определяющие компоненты этой структуры — осмотр и фиксация осмотра — не могут исчезнуть. Примером жесткой разновидности институционального дискурса являются различные ритуалы — военный парад, защита диссертации, вручение награды, церковная служба.

В реальном общении люди постоянно переходят от одной коммуникативной ситуации к другой и, соответственно, от одного типа дискурса — к другому. Переход от бытового дискурса к институциональному связан с определенными трудностями, о которых в свое время писал Б.Бернстайн, разграничивая расширенный и сокращенный коды общения (*elaborated and restricted codes*). В условиях обыденного общения все коммуниканты хорошо знают друг друга, ведут разговор о конкретных делах и не испытывают необходимости рассуждать о сложных материях либо объяснять близкому человеку очевидные вещи, поэтому разговор ведется при помощи сокращенного кода, который имеет высокую контекстную зависимость. Выходя за рамки обыденного общения, сталкиваясь с незнакомыми людьми, человек вынужден создавать для них необходимую фоновую информацию на основе предположений о том, чего собеседник, вероятно, не знает, и поэтому общение при помощи расширенного кода в меньшей мере зависит от контекста. Люди, относящиеся к среднему классу в традициях современной цивилизации, должны свободно переключать коды в общении. Этому учат школа и университет. Представители недостаточно образованных социальных слоев не владеют приемами общения при помощи расширенного кода, дома и среди друзей на улице такое общение

бессмысленно, и это обстоятельство в известной мере препятствует их самореализации в жизни (Bernstein, 1979, p.164-167).

1.2. Характеристики медицинского дискурса

Медицинский дискурс еще не был, по нашим данным, предметом специального лингвистического изучения. С позиций социолингвистики, выделение этого типа дискурса представляется вполне обоснованным, поскольку здоровье является одной из высших ценностей человека, болезни неизбежны и их лечение требует специальной подготовки, врачи как социально-профессиональная группа символически выделяются в обществе на основании ряда признаков: 1) сакральный характер профессии (не случайно студенты-медики приносят клятву Гиппократу), профессия врача приобретает характер особого служения, 2) наличие особой медицинской этики, специфических норм поведения, связанных, например, с неразглашением врачебной тайны, 3) наличие весьма разработанной и обширной медицинской терминологии, специфика которой заключается в том, что наряду с научной системой терминов в языке существует система бытовых (народно-медицинских) терминов или терминоидов, приближающихся к статусу терминов; знание этого подъязыка выделяет врачей в отдельную социальную группу; 4) разработанная система ритуальных знаков (белые халаты, медицинские инструменты, личные печати врачей и т.д.); 5) специальное обозначение определенных видов общения врачей: консилиумы, медицинские комиссии.

Медицинский дискурс является одним из древнейших, врач как носитель особого знания выступает в качестве модифицированного жреца, которому дано было право обращаться к небесным силам для исцеления больных. Именно близость медицинского и религиозного типов дискурса ведет к значительной степени суггестивности медицинского общения врача с пациентом. Лечение может быть успешным только в том случае, если пациент доверяет врачу. Соответственно, на протяжении веков врачи

выработали особые формульные модели поведения, органически составляющие специфику медицинского дискурса.

В лингвистической литературе имеется достаточное количество исследований, посвященных терапевтическому дискурсу (Cicourel, 1985; Fisher, Groce, 1990; Hein, Wodak, 1987; Labov, Fanshel, 1977; Wodak, 1996). В каком соотношении находятся медицинский и терапевтический дискурс? На наш взгляд, эти типы общения несомненно очень близки, но не тождественны. Сходство этих видов дискурса заключается в том, что их цели в общем и целом совпадают. Вместе с тем, есть и существенные различия между обозначенными типами дискурса. Прежде всего, говоря о терапевтическом дискурсе, часто имеют в виду психотерапевтический дискурс, а в более узком и точном смысле, специфическое общение психолога с группой людей, страдающих заниженной самооценкой, испытывающих трудности в общении с окружающими и находящиеся поэтому в состоянии эмоционального дискомфорта. Различные депрессивные состояния, из которых такие люди самостоятельно выйти не могут, имеют тенденцию перерастать в различные психические отклонения. Разработанные на Западе методики группового консультирования с большим элементом внушения призваны помочь этим людям социально реабилитироваться и выработать позитивную систему ценностей. Этот вид общения играет особую роль в современной западной культуре, поскольку сложившиеся стереотипы поведения людей, относящихся к среднему классу, требуют высокого самоконтроля при выражении эмоций (особенно отрицательных), и в ситуациях повышенного стресса соответствующие отрицательные эмоции не находят своего выхода и начинают разрушать личность человека. Различные психологические тренинги, беседы с психотерапевтами призваны восстановить нормальное психическое состояние людей, которые в силу социальных табу не могут обратиться за помощью к друзьям и близким.

Медицинский дискурс неизбежно включает элементы психотерапевтического внушения, вместе с тем он значительно шире по своему диапазону, чем дискурс терапевтический. Участниками медицинского дискурса являются медики как представители социально-профессиональной

группы (агенты института) и пациенты (клиенты института). Агенты медицинского дискурса имеют различную специализацию и в разной степени воздействуют на клиентов. Имеется в виду не только сугубо профессиональная специализация (офтальмолог, кардиолог, психиатр и др.), но и специализация по уровню подготовки (врач, медсестра, санитар), а также по типу воздействия на пациента (терапевт обследует и рекомендует то или иное лечение, а хирург осуществляет оперативное вмешательство). Обстоятельства медицинского дискурса (его хронотоп) зависят от конкретных ситуаций, связанных с оказанием медицинской помощи человеку. Это может быть кабинет врача (в этом случае медицинский и терапевтический дискурс в наибольшей степени совпадают), квартира больного, место несчастного случая, поле боя и т.д. Цели медицинского и терапевтического дискурса в значительной мере совпадают, но различаются применительно к жанровым разновидностям сравниваемых типов дискурса. Например, диагностика, осуществляемая психотерапевтом (причины депрессии, типичные способы снятия стрессов, окружение пациента), принципиально отличается от диагностики, которую проводит стоматолог (визуальный анализ, компьютерное обследование, рентгенография). Соответственно различаются и темы дискурса. Говоря о прецедентных текстах для сравниваемых видов дискурса, мы считаем нужным отметить, что в данном случае имеются в виду определенные клише, типичные для речи медиков, с одной стороны, и психотерапевтов, с другой стороны, а также некоторые жанровые схемы, состоящие из типичных релевантных коммуникативных ходов, реакций пациента и врача. Сюда же относятся, на наш взгляд, определенные модели коммуникативной тональности: общение должно быть официальным, но не чересчур дистанцированным (сравним медицинский и юридический дискурс), допустимы шутки, направленные на поддержание нужной для врача атмосферы общения, действуют запреты на игровое, ироничное и патетическое общение. В максимальной степени совпадают ценности медицинского и психотерапевтического дискурса, поскольку высшими ценностями этих типов общения являются человеческая жизнь и нормальное здоровье.

Говоря о ценностях медицинского дискурса, следует отметить, что ключевым концептом этого общения является здоровье, т.е. нормальное состояние организма, при котором правильно действуют все его органы, и вытекающее из этого состояния самочувствие человека (БТС). Хорошее здоровье ассоциируется с активностью, силой, бодростью, хорошим настроением, высокой работоспособностью, правильным образом жизни, отсутствием внешних и внутренних признаков болезни. Во фразеологическом фонде языка наличествует много выражений, характеризующих хорошее и плохое здоровье: кровь с молоком, здоров, как бык, цел и невредим, кости да кожа, в чем душа держится, заросло как на собаке и т.д. Обращают на себя внимание собранные В.И. Далем русские пословицы на тему здоровья:

Здоровье всего дороже; здоровья не купишь; тот здоровья не знает, кто болен не бывает; были бы кости, а мясо будет; что в рот полезло, то и полезно; здоровому все здорово; самого себя лечить, только портить; болезнь входит пудами, а выходит золотниками; больному все горько; не дал бог здоровья — не даст и лекарь; сляжешь, хуже разломает; не лечиться худо, а лечиться еще хуже; береги платье снову, а здоровье смолоду; от старости могила лечит.

Из этих пословиц вытекают определенные ценностные суждения: 1) здоровье является высшей ценностью; 2) следует следить за своим здоровьем; 3) здоровье неподконтрольно человеку; 4) не следует ограничивать здорового человека в питании и поведении; 5) болезни неизбежны, 6) болеть плохо; 7) заболев, нужно лечиться; 8) не следует ждать чудес от лечения (быстрого выздоровления, возвращения молодости, полного исцеления); 9) лечиться лучше у лекаря; 10) нельзя поддаваться болезни. Эти суждения отражают жизненный опыт и мудрость крестьян, которым не оказывалась квалифицированная медицинская помощь. В современном обществе часто повторяют латинскую пословицу *Mens sana in corpore sano* — в здоровом теле — здоровый дух. Ценностные суждения на тему здоровья в современном обществе не выражены в каком-то специальном кодексе, их можно вывести из норм поведения, здравого смысла и естественного порядка вещей. Мы не претендуем на построение исчерпывающего списка таких суждений, но

считаем, что определенные ценностные ориентиры выражены в следующих предложениях:

Жизнь является высшей ценностью, для обеспечения жизни нужно нормальное функционирование организма, т.е. здоровье.

Человек должен заботиться о своем здоровье, т.е. стремиться к тому, чтобы соблюдать разумный режим дня, рационально питаться, нормально отдыхать, не рисковать здоровьем, одеваться в соответствии с температурными условиями, обеспечивать себе нормальные для поддержания здоровья жилищные условия.

Человек должен заботиться о здоровье своих близких, в особенности тех, кто нуждается в уходе — детей, стариков, больных.

Человек должен стремиться избегать болезней, а заболев, должен лечиться, чтобы выздороветь, получая квалифицированную помощь у специалистов.

Медики заслуживают уважения, их рекомендации обязательны для исполнения.

Причинение вреда собственному здоровью заслуживает осуждения, нанесение ущерба здоровью других является преступлением.

Чрезмерный страх за свое здоровье является отклонением от нормы и обычно связан с пренебрежением к окружающим.

Демонстрация своего хорошего здоровья уместна не в любой ситуации, констатация своих наблюдений о плохом здоровье другого человека уместна только в определенных случаях.

Насмешки по поводу плохого здоровья, увечья, слабости и старости других людей заслуживают осуждения.

Нужно уметь терпеть боль.

Врач должен в любом случае оказывать помощь больному и не имеет права отказываться.

Эти суждения составляют пресуппозицию естественного поведения людей и вербализуются в тех случаях, когда человек нарушает нормы поведения либо этому человеку в силу его юного возраста нужно эти нормы разъяснить. Важно отметить то, что ценностные суждения о здоровье

касаются как здоровья, так и общих норм поведения, утилитарных и моральных, т.е. связанных с недопустимостью причинения вреда себе и другим. Известно, что нормы морали могут вступать в противоречие с утилитарными нормами, и человек бывает вынужден, спасая других, жертвовать в той или иной степени собой. Приведенные выше суждения выходят за рамки медицинского дискурса и относятся к ежедневному поведению человека. В ряде случаев нанесение ущерба собственному здоровью оправдывается в обществе, например, нормы морали требуют поделиться пищей с близкими, даже если этой пищи мало для одного человека; религиозные нормы в этом отношении еще более категоричны. В обществе выработаны высокие моральные требования к поведению медика: врач не имеет права злоупотреблять доверием пациента, обязан хранить медицинскую тайну, не имеет права унижать пациента, обязан поддерживать в пациенте веру в выздоровление.

Стратегии медицинского дискурса определяются основными интенциями, которые лежат в основе общения врача и пациента. Стратегии рассматриваемого дискурса вытекают из его цели — оказать помощь заболевшему человеку, т.е. определить заболевание, провести лечение и объяснить пациенту, как он должен себя вести, чтобы сохранить здоровье. Соответственно, мы выделяем три основных стратегии медицинского дискурса: диагностирующую, лечащую и рекомендующую.

Диагностировать значит распознать, т.е. применительно к медицинскому дискурсу определить болезнь на основании всестороннего обследования больного. Диагностика, как и другие этапы медицинской помощи, может рассматриваться с различных позиций, в частности, с позиций собственно медицинской науки, психологии, юриспруденции, этики, лингвистики и т.д. Определенные моменты в этих способах рассмотрения диагностики могут совпадать, например, выделение этапов и задач соответствующего действия, но некоторые характеристики неизбежно выходят на первый план, дифференцируясь применительно к исследовательским целям медицины либо другой области знания, или же нейтрализуются как нерелевантные для этой сферы. С позиций

социолингвистики существенным при анализе коммуникативных стратегий является выявление типовых интенций и выражающих эти интенции речевых действий — прямых и косвенных.

Медицинская диагностика включает личное знакомство врача с пациентом, внешний осмотр больного, ознакомление врача с жалобами пациента, сбор анамнеза (изучение истории болезни на основании знакомства с условиями жизни больного, перенесенными им ранее заболеваниями, установлением того, не является ли болезнь наследственной и т.д.), сбор объективных данных о состоянии физического здоровья пациента (кардиография, рентгенография, измерение артериального давления, анализ крови и т.д.). Иначе говоря, поставить диагноз значит определить релевантный для медика тип личности больного, тип его организма (хабитус, или габитус — от лат. *habitus*, — внешний вид больного, на основании которого врач может делать предварительные выводы о потенциальных заболеваниях), симптомы той или иной патологии и на основании поставленного диагноза предсказать типичное течение болезни и предложить оптимальный для пациента курс лечения.

Определенные виды болезней, как и типы пациентов радикальным образом влияют на выбор частной разновидности диагностирующей стратегии в медицинском дискурсе. Так, принципиально важно то, в состоянии ли пациент вести нормальное общение с врачом. Если произошел несчастный случай и пациент находится в состоянии шока, или же больной невменяем вследствие психического расстройства, либо пациентом является маленький ребенок, то врач не имеет возможности осуществлять диагноз посредством вербального дискурса и вынужден либо принимать информацию от третьих лиц, например, родственников больного, либо опираться на собственные субъективные наблюдения до получения объективных данных. Кроме того, диагноз имеет вероятностную природу, поскольку в конкретном человеке болезнь может проявиться как в типовом, так и в нетипичном проявлении (неслучайно говорят о том, что медицина и педагогика рассматривают человека по меридианам индивидуальности). Нельзя забывать и о том, что человеческий организм представляет собой сложную систему, и

заболевание одного органа связано с дисфункцией других, в этом смысле медики считают аксиоматичным требование лечить не болезнь, а больного. Исходя из возможности ошибочного определения болезни при первичном осмотре, врач ставит предварительный диагноз и лишь затем, получив дополнительную информацию и назначив определенное лечение, выносит окончательный диагноз.

Формулировка диагноза, как предварительного, так и окончательного, сообщается пациенту или его близким не в любом случае. Если болезнь является неизлечимой, то требование медицинской этики запрещает врачу сообщать пациенту диагноз.

Диагностирующая стратегия медицинского дискурса реализуется в нескольких разновидностях применительно к участникам данного вида общения. Наиболее типичным (и прототипным для данного дискурса) является общение между врачом и больным. Вместе с тем медицинский дискурс включает осложненную модель участников общения: врач + другой врач (в определенной ситуации — это медицинский консилиум), врач + медсестра, врач + родственник пациента. В случае диагностирующей беседы врача с пациентом медик стремится получить максимально выраженную, относящуюся к делу (пертинентную) информацию. Здесь возможны три варианта диалога: 1) врач задает вопросы и получает четкие ответы по существу дела, 2) врач задает вопросы и получает неопределенные ответы, 3) врач задает вопросы и получает ответы, не относящиеся к делу. В социолингвистической литературе отмечено (Водак, 1997), что наиболее типичным в медицинском дискурсе является второй вариант диалога, особенно если пациент недостаточно образован, либо испытывает сильную боль, либо смущение. Пациенты-мужчины, по данным австрийских исследователей, менее внятно, чем женщины, излагают симптоматику своих заболеваний, и от врача соответствующая беседа требует не только специальных медицинских знаний, но и определенного психологического настроя и умения расположить к себе пациента. С третьим типом диалога медики сталкиваются в общении с ипохондриками, болезненно мнительными

людьми, либо пациентами, стремящимися подчеркнуть свою начитанность в области медицины.

В диалоге врача с другим врачом диагностирующая стратегия медицинского дискурса в максимальной степени сливается с близкой ей по содержанию аргументирующей стратегией научного дискурса. В этом случае вербально выражается ход мыслей врача. Такая развернутая стратегия схематично может быть представлена в следующем виде: исходя из наблюдаемого положения дел Φ , можно сделать предположение, что перед нами состояние C , в пользу этого есть доводы D_1, D_2, D_3 , но против этого можно привести контр-доводы K_1, K_2, K_3 , и поэтому для уточнения состояния C необходимо выполнить действия A_1, A_2, A_3 , в результате чего доводы либо контр-доводы получают подтверждение либо будут опровергнуты. В реальной речи врачей эта модель неизбежно сокращается, поскольку об очевидном либо само собой разумеющемся не говорят, и вместе с тем эта модель получает развитие в сторону ассоциативно связанных тем. Важно отметить, что вербализация данной стратегии имеет различный характер в зависимости от того, присутствует ли при этом пациент либо его родственник. В случае присутствия пациента информация произвольно и непроизвольно кодируется остенсивно (посредством указания), терминологически и эвфемистически. Например, рассматривая рентгеновский снимок легких, врач говорит другому врачу: "Вот, посмотрите, здесь. Петрификат". — "Да, конечно, а вот здесь — процесс". (Петрификат — окаменевший участок легких после излечения туберкулеза, процесс — активная воспалительная стадия болезни).

В диалоге врача с медсестрой реализуется принципиально иная коммуникативная стратегия: директивное указание в виде прямого приказа или просьбы. Медсестра выступает в качестве опосредующего звена в оказании помощи пациенту, например, при измерении артериального давления.

Диалог врача с родственником пациента не отличается радикально от соответствующего диалога с самим пациентом, но предполагает определенные обстоятельства, связанные с личностью пациента (возраст, тип

болезни). Предполагается, что пациент не в состоянии сам выполнить определенные действия, дать ответы на вопросы, выполнять предписания врача, поэтому беседа врача с родственником пациента включает большее количество объяснений со стороны врача и более выраженную рекомендательность тех или иных действий, поскольку родственник пациента, обратившись к врачу, тем самым принимает на себя обязательства участвовать в лечении больного. Иначе говоря, существует пресуппозиция в медицинском дискурсе, согласно которой родственник пациента, ухаживающий за больным, принимает на себя некоторые функции медика, и поэтому врач должен более детально разъяснить этому человеку причины заболевания и значимость тех или иных предписаний.

Поставив предварительный диагноз, врач приступает к лечению больного. Лечащая стратегия в медицинском дискурсе в отличие от диагностирующей и рекомендующей стратегий может не получать вербального выражения. По сути дела, эта стратегия для многих разновидностей медицинского дискурса реализуется как последовательность директивов, которые должен выполнить пациент ("Откройте рот!", "Не дышать!", "Сожмите пальцы в кулак!"), квази-директивов и призывов ("Потерпите!", "Не бойтесь!", "Еще чуть-чуть!"), сопровождающих работу врача речевых действий (междометия, междометные эквиваленты, шутки, обещания типа "Сейчас, обработаем, и все будет чудесно!"), комментариев ("Ну, это типичный случай!", "Зря ему это делали..."), оценок ("Вот молодец!", "Ну, кто ж так делает!"), а также речевых действий врача по отношению к младшему медицинскому персоналу либо ассистентам ("Зажим!", "Тампон!", "Скальпель!"). Лечащая стратегия обнаруживает наибольшую вариативность в медицинском дискурсе по сравнению с другими его стратегиями: так, речевые действия хирурга имеют много общего с речевыми действиями любого человека, выполняющего напряженную и тонкую работу руками по отношению к неодушевленному объекту (если пациент находится под наркозом). Принципиально важно лишь то, что действие представляет собой сложную систему особых операций, требующих высокой квалификации, с одной стороны, и осуществляется с

участием ассистентов, с другой стороны. В этом смысле важным дифференциальным признаком является степень непосредственности лечащего действия врача по отношению к пациенту. Если хирург проводит оперативное вмешательство в организм человека, то офтальмолог, подбирая очки или корректирующие линзы, организует экспериментальное изменение состояния пациента (изменение остроты зрения, приводящее к оптимальной четкости зрительного восприятия). Лечение офтальмолога в значительной степени сводится к установлению обратной связи с пациентом, при этом граница между диагностикой и собственно лечением становится достаточно размытой.

Существенным моментом в развертывании лечащей стратегии в медицинском дискурсе является наличие боли у пациента. Известно высказывание Гиппократов: "Медицина часто утешает, иногда облегчает, редко исцеляет". Наличие боли — это важный признак ненормального состояния организма, и поэтому на стадии диагностики врач стремится максимально точно и полно определить совокупность болевых симптомов пациента. В ходе лечения боль должна прекращаться, и исходя из этого больному могут быть предписаны различные анальгетики.

Важнейшей функцией лечения является психотерапевтическая функция. Пациент обращается к врачу, надеясь, что врач сумеет оказать ему помощь. Институциональная установка медицинского дискурса состоит в принципиальном статусном неравноправии коммуникантов, при этом пациент должен доверять своему врачу, а врач — стремиться к поддержанию соответствующего образа компетентного и квалифицированного специалиста, который искренне желает помочь пациенту. Учитывая состояние больного, врач дает ему понять, что болезнь пройдет, что врачу известны способы лечения, что пациент должен безоговорочно выполнять его предписания. Медицинский дискурс включает элементы внушения. Степень суггестивности медицинского дискурса зависит от болезни, личностных качеств врача и пациента, а также стиля общения, принятого в той или иной культуре. В примитивном обществе суггестивность является максимальной, врач по своим функциям — это ипостась шамана, и поэтому целью целителя

является приведение пациента в состояние, в котором человек лишается самоконтроля. В таком состоянии целитель методом гипнотического воздействия стремится мобилизовать защитные силы организма больного с тем, чтобы организм привел себя в норму самостоятельно. Любые способы воздействия на психику считаются приемлемыми.

Суггестивность медицинского дискурса в современном индустриальном обществе является менее выраженной и маскируется. Прежде всего, здесь реализуются возможности невербального общения. Врач должен выражать спокойную уверенность в себе и доброжелательность по отношению к пациенту. Важным моментом в невербальном общении является демонстрация опытности врача, в этом смысле возраст врача является свидетельством его квалификации. В современной западной медицине одним из факторов, способствующих повышению суггестивности медицинского дискурса, является система формальных знаков квалификации врача (его ученая степень, дипломы, вывешиваемые в кабинете, а также степень благосостояния медика: чем состоятельнее врач, чем более высоким является его гонорар, тем выше его квалификация, тем более широк круг пациентов, которых он вылечил). Вербально суггестивность медицинского дискурса выражается в установках, которые формулирует врач ("Вы правильно поступили, что обратились ко мне", "Надо было обратиться ко мне раньше", "Вы непременно поправитесь", "Вы поправитесь, если будете четко выполнять то, что я Вам скажу", "У Вас типичное заболевание, которым страдают многие люди, и они выздоравливают"). Для повышения своего статуса врач помимовольно и намеренно прибегает к известным приемам суггестивного воздействия: длительный спокойный взгляд на пациента, внимательное серьезное слушание ответов, одобрительное покачивание головой, спокойное рассуждение, использование афоризмов и пословиц в речи, а также других генерализующих высказываний, вербальное выражение оценки (четкое определение того, что такое хорошо, и что такое плохо), вербальное выражение запретов и разрешений, избегание двусмысленностей и намеков, контроль за развитием темы в диалоге.

Рекомендующая стратегия в медицинском дискурсе представляет собой разветвленное поле речевого действия "директив" и выражается как совет, рекомендация, инструкция, запрет, приказ. Подробнее эта стратегия, проявляющаяся в речевом жанре логопедической рекомендации, рассматривается в работе ниже. Следует отметить, что совет врача является образцовым примером речевого действия "советовать", подобно совету родителя, поскольку вышестоящий статус советующего четко закреплен, адресат испытывает определенные трудности, из которых самостоятельно выйти не может, и, наконец, доброжелательное отношение говорящего к адресату задано по умолчанию. Заслуживает внимания тонкая лингвистическая дифференциация оттенков значения русских глаголов "советовать" и "рекомендовать" в "Новом объяснительном словаре синонимов русского языка" (1999). Ю.Д.Апресян и М.Я.Гловинская следующим образом определяют общее значение данных глаголов: *X советует <рекомендует> Y-у сделать P = 'считая, что Y-а интересуется мнением X-а о том, что лучше всего сделать в данной ситуации, X говорит, что, по его мнению, лучше всего для Y-а сделать P'*. Устанавливаются следующие отличительные признаки: 1) основание для сообщения (мнение — для того, чтобы советовать, знания, опора на прецедент — для того, чтобы рекомендовать); 2) предмет (тема) и содержание сообщения (советовать можно по любым вопросам, в том числе и жизненно важным, рекомендовать — по бытовым или служебным; советуя, имеют в виду конечное благо адресата, рекомендуя — непосредственную пользу адресата); 3) степень категоричности высказывания (рекомендация категоричнее совета); 4) отношения между субъектом и адресатом (советуют обычно конкретному и близкому человеку, рекомендовать можно человеку вообще); 5) ментальное состояние адресата (советуют обычно тогда, когда адресат находится в затруднении и не может сам решить свою проблему, рекомендуют в том случае, когда адресат не располагает достаточной информацией для действия); 6) возможность оценочного употребления слова (от того, кто советует, ожидается действенная помощь, если же ее нет, то совет оценивается неодобрительно, а рекомендация этого не предполагает).

Основное различие между советом и рекомендацией заключается в противопоставлении мнения и знания. Для совета требуется жизненный опыт, тот, кто советует, должен быть опытнее, умнее, мудрее; для рекомендации требуются знания, особенно профессиональные, рекомендуют врачи, научные руководители, театральные критики (НОСС, 1999, с.393-394).

Приведенные дифференциальные признаки исключительно точно и тонко характеризуют семантику ситуации совета в целом. Вместе с тем медицинская рекомендация по определенным параметрам сближается с советом и другими директивными речевыми действиями. Медицинская рекомендация, действительно, построена на предположении о наличии у врача специальной подготовки. В реальной жизни бывают ситуации, когда медицинскую помощь, как правило, платную, берется оказывать неспециалист. Если лечение проходит успешно, то такой человек именуется словами "целитель", "представитель народной / нетрадиционной медицины". Если же результаты лечения отрицательны, то используются слова "шарлатан", "знахарь". Обратим внимание: знахарь обладает определенными знаниями (отрицательную оценку ему дают не пациенты, а другие врачи), шарлатан же только делает вид, что владеет специальными знаниями, а по сути дела является обманщиком. (Шарлатанство — бессовестный обман, построенный на невежестве окружающих. — БТС.) Медицинская рекомендация касается здоровья человека, т.е. очень важного концепта, и в этом смысле дифференциация между советом и рекомендацией с позиций конечного либо непосредственного блага не представляется актуальной. Медицинская рекомендация максимально категорична. Врач использует модальность долженствования, особенно при запрете: "Вам нельзя курить", "Вы не должны поднимать тяжести". В реальном общении врача с пациентом, особенно в условиях стационарного лечения в больнице, врач может сказать: "Я запрещаю Вам вставать", но такая форма запрета делает общение менее институциональным и более личностным. Рекомендации в рецептах носят предельно императивный характер: "Принимать три раза в день после еды". В зависимости от содержания рекомендации возможны и определенные сдвиги

в сторону менее категорического совета: "Вам желательно поехать на море", "Вам следует придерживаться диеты".

Медицинская рекомендация может включать аргументационную часть: "Я бы рекомендовал Вам лапроскопическую операцию, а не полостную, поскольку камни у Вас мелкие, эти операции у нас делают успешно, рана заживет гораздо быстрее, и останется совсем маленький шрам". Приведенные аргументы иллюстрируют определенные топосы в медицинской риторике, т.е. те "общие места", которые считаются благом в диалоге о здоровье (успешность лечения, скорость выздоровления, внешний вид больного). Известно, что определенные лекарства могут оказывать неблагоприятное влияние на организм пациента, поэтому к числу топосов в медицинском дискурсе может относиться степень привыкания к медикаменту. В современном медицинском дискурсе в России топосами являются доводы о стоимости лекарства и о том, где оно производится. Вербальное оформление подобных рекомендаций часто включает условные и уступительные сложноподчиненные предложения: "Если у Вас есть возможность, я бы порекомендовала Вам новый импортный препарат Де-Нол, он очень эффективный, но дорогой, хотя, в принципе, есть и более дешевые лекарства".

Мы говорим о рекомендуемой стратегии медицинского дискурса, имея в виду то обстоятельство, что типовая схема этого дискурса "диагноз — лечение — рекомендации" в конкретном диалоге врача и пациента может подвергаться модификации. Обычно лечение носит продолжительный характер и включает серию встреч между врачом и пациентом, и при повторных встречах, когда диагноз подтвержден, лечение и рекомендации могут следовать в произвольном порядке. Кроме того, в ряде случаев пациент обращается к врачу для получения консультации, т.е. квалифицированного суждения по поводу того или иного отклонения от нормы здоровья. Медицинская консультация представляет собой развернутое и обоснованное вынесение диагноза с рекомендацией относительно курса лечения, поэтому мы не считаем консультацию особой стратегией медицинского дискурса, но относим ее к разновидностям диагностики и рекомендации.

Жанры медицинского дискурса соотносятся с его стратегиями, но не выступают в качестве конкретных иллюстраций стратегий, поскольку выделение жанра основано не только на жанрообразующей интенции, но и на повторяющихся ситуациях общения, в результате которых определенные тексты, повторяясь, обобщаются в текстотипах. Мы считаем, что для выделения жанра требуется определить 1) жанрообразующую интенцию, 2) прецедентные тексты, совокупность которых в сознании носителей языка образует соответствующий концепт, 3) имя жанра, 4) структуру жанра, 5) системные связи жанра, 6) языковое наполнение жанра. Эти признаки в известной мере пересекаются с теми признаками, которые выделяет Т.В.Шмелева (1997). Жанры медицинского дискурса могут быть устными, письменными и смешанными. Например, консультация у любого врача, лечение у психотерапевта, логопеда являются устными жанрами, медицинский рецепт, справка о нетрудоспособности, личный медицинский листок (карта больного) — письменными, рекомендация, расшифровка кардиограммы — смешанными.

Может возникнуть вопрос: в какой мере правомерно рассматривать медицинский рецепт в качестве жанра медицинского дискурса, имея в виду, что дискурс есть текст в ситуации общения? На наш взгляд, дискурс может быть как устным, так и письменным. Мы исходим из диалогичности дискурса, по М.М.Бахтину, т.е. полагаем, что любой текст предназначен для адресата, с одной стороны, и встроен в некий свертхтекст, вступает в интертекстуальные диалогические связи с другими текстами, с другой стороны. Если речь идет о медицинском рецепте, то отправителем данного текстотипа является только врач, причем в каноническом случае рецепт является лично фиксированным, поскольку на нем ставится личная печать врача с указанием фамилии, имени и отчества. Адресат рецепта является сложным образованием, поскольку рецепт предназначен для фармацевта, который должен изготовить либо выдать определенное лекарство, и для пациента, который будет это лекарство принимать в соответствии с указаниями врача. Рецепт пишется на латинском и русском языках, с принятыми аббревиатурами. Будучи документом, рецепт проходит

несколько стадий семантизации: сначала врач объясняет пациенту, что предлагается в качестве медикаментозного средства, затем выписывает по определенной форме рецепт, затем больной (либо тот, кто действует по его поручению или в его интересах) покупает либо заказывает соответствующее лекарство в аптеке, при этом провизор может поставить те или иные знаки в рецепте (например, указать цену для кассира либо пометить время изготовления лекарства), затем провизор выдает лекарство, разъясняя рецепт.

В данной работе предлагается выделить следующие жанры медицинского дискурса: 1) диагностирующая консультация, 2) жалоба пациента, 3) карта анамнеза, 4) справки объективной медицинской экспертизы (расшифровка кардиограммы, анализ крови, рентгенограмма и т.д.), 5) медицинский консилиум, 6) вербальное лечение, 7) медицинская рекомендация, 8) рецепт, 9) медицинская справка (больничный лист), 10) эпикриз. Эти жанры выделяются на основании следующих критериев: 1) устный либо письменный дискурс, 2) документальность, 3) ситуативная инициатива участников общения, 4) количество агентов дискурса, 5) временная направленность, 6) фактуальная фиксация.

Установленные критерии имеют различную природу и в самом общем плане сводятся к трем группам: форма дискурса, документальность, ситуативно-ролевые характеристики коммуникантов.

Ведущим критерием классификации жанров медицинского дискурса в данной работе признана форма дискурса, поскольку этот критерий имеет прежде всего лингвистическую значимость.

1.3. Характеристики педагогического дискурса

При анализе педагогического дискурса предлагается осветить его цели, характеристики участников, хронотоп, ценности, стратегии, жанры, прецедентные тексты и дискурсивные формулы. Педагогический дискурс привлекал к себе внимание исследователей (Карасик, 1999; Коротеева, 1999; Милованова, 2000). Цель педагогического дискурса — социализация нового члена общества (объяснение устройства мира, норм и правил поведения,

организация деятельности нового члена общества в плане его приобщения к ценностям и видам поведения, ожидаемым от ученика, проверка понимания и усвоения информации, оценка результатов).

Участниками педагогического дискурса являются обучающие и обучаемые, в рамках институционального общения это — профессиональные учителя как представители общества, имеющие полномочия передавать знания и учить жизни, и ученики, выступающие в качестве основных клиентов педагогического дискурса. Предполагается, что учитель должен обладать определенными личностными характеристиками, выработанными в результате специальной подготовки, широкими знаниями своего учебного предмета, знаниями о специфике обучения и воспитания и знаниями об особенностях психики и физиологии детей. Эти характеристики формулируются в профессиограмме учителя. При моделировании личности учителя выделяются три блока характеристик: 1) требования к преподавателю как личности (широта взглядов, адаптивность, интерес к нововведениям, готовность взять на себя ответственность, контактность, эмоциональная устойчивость и др.); 2) требования к преподавателю как специалисту (солидное академическое образование, глубокие знания в области обучения и др.); 3) требования к преподавателю как профессионалу (владение методами, средствами, технологиями обучения, методами исследования и т.д.). Учитель представляет собой триединство: личность, специалист и профессионал и, таким образом, отражается три главных стороны его профессиональной компетентности: личностная, специальная, профессиональная.

Коммуникативные характеристики речи учителя как ведущего участника педагогического дискурса в значительной мере соответствуют требованиям, предъявляемым к элитарной языковой личности: это образцовая литературная речь в ее нормативном орфоэпическом, богатом лексико-фразеологическом и безупречном грамматическом воплощении, владение важнейшими жанрами литературной речи, широкая образованность, вежливое, уважительное отношение к собеседнику. Специфические характеристики речи учителя сводятся к двум основным моментам,

вытекающим из психологических особенностей детей как участников педагогического дискурса: 1) способность учителя адаптировать любое содержание излагаемого материала, сколь сложным для понимания оно бы ни было, к уровню подготовки учащегося, эта адаптация касается как содержания материала, так и языковой формы его предъявления, иначе говоря, учитель, как никто другой, должен уметь говорить просто о сложном; 2) учитель является образцовым носителем коммуникативной культуры в глазах учащихся, должен внедрять эту культуру в сознание учащихся и имеет право выносить оценку правильности речи учащегося. Не случайно говорят о специфической учительской интонации, которая может, конечно, перейти в менторский тон, но суть которой состоит в коммуникативной функции учительской речи — объяснить и закрепить знания. Учитель имеет право задавать вопросы, ответы на которые ему известны. Такого рода вопросы являются жесткой формой социального контроля и допустимы только в речи вышестоящих (родителей, учителей, начальников).

Хронотоп педагогического дискурса (единство времени и места) в его каноническом выражении — это урок в школе, лекция в университете, т.е. специальным образом организованное занятие со своими правилами поведения в специально установленном месте. Этот хронотоп в значительной мере ритуализован: если на прием к врачу, юристу, администратору клиент может прийти в любое время в рамках рабочего дня представителя института и этот визит происходит по воле клиента (хотя могут иметь место и вызовы по повестке в суд или приглашение в кабинет начальника без согласия на то со стороны подчиненного), то учащиеся обязаны регулярно посещать школу, опоздание на занятие обычно рассматривается как серьезное нарушение норм поведения, существуют правила поведения на уроке: учащиеся школ должны, например, демонстрировать свою готовность ответить на вопросы учителя принятым в данной культуре условным жестом: в России — поднятием ладони руки, в других странах — поднятием указательного пальца, на семинаре в высшем учебном заведении может быть достаточно встретить взгляд преподавателя или кивнуть и т.д. Урок как специфический ритуал включает организационный момент, формальное приветствие (учащиеся

должны встать, чтобы молча приветствовать учителя). Учащиеся не имеют права выйти из учебной аудитории без специального разрешения учителя. Пространство учебной аудитории семиотически организовано как зрительный зал и сцена, на сцене разворачивается главное действие, именно здесь должен находиться учитель с его необходимыми атрибутами (классный журнал, указка, трибуна — все эти атрибуты приобретают символическое значение). За спиной учителя находится классная доска, первичная функция которой — быть местом для записей, а вторичная функция — быть местом контроля со стороны учителя, олицетворяющего собой общество. К доске вызывают ученика, при этом происходит знаковое переворачивание ролей: вызванный ученик должен стоять лицом к классу, подобно учителю, но если учитель имеет право свободно передвигаться по всей территории класса, то ученик не имеет права даже повернуться лицом к доске. В старой школе существовали и дополнительные семиотические локусы: угол, куда могли поставить наказанного ученика, первые и последние парты, при этом на первых партах находились лучшие ученики ("первые ученики"), а на последних — слабо успевающие. В современной школе с ее гуманистическими инновациями семиотическое пространство школьного класса меняется, учащиеся и учитель могут сидеть за большим круглым столом, учащиеся имеют право выйти из класса, не спрашивая об этом разрешения у учителя и т.д. Интересно отметить, что школьные инновации пространства учебной аудитории соотносятся с инновациями зрительного зала в театре, актеры в экспериментальном театре находятся в зале, среди зрителей, растворение сцены ведет к большей степени единства героев и зрителей.

Ценности педагогического дискурса могут быть выражены аксиологическими протокольными предложениями, т.е. высказываниями, содержащими операторы долженствования (следует, нужно, должно) и положительные ценности. Например: Познание есть благо, поэтому следует учиться. Следствия: следует с почтением относиться к учителю, источникам знания, прежде всего — книгам, процессу учения и месту обучения. В работе

В.И.Карасика (1999, с.5,6) приводится список таких аксиологических протокольных предложений:

Знания приходят с опытом и возрастом, поэтому следует с почтением относиться к старшим. Следствия: старшие должны наставлять младших, младшим следует учиться у старших.

Учение сопряжено с преодолением трудностей, поэтому следует проявлять упорство и настойчивость в учении. Следствия: следует поощрять упорных и порицать нерадивых учеников, следует помогать ученикам.

Учение сопряжено с ошибками, поэтому следует замечать и исправлять ошибки.

Знания могут быть глубокими и поверхностными, следует стремиться к получению глубоких знаний. Следствия: следует с почтением относиться к носителям глубоких и достоверных знаний, следует проверять поверхностные знания.

Знания передаются постепенно, поэтому следует определять меру знания для ученика. Следствия: следует передавать знания ученикам, подготовленным к усвоению этих знаний, следует избегать поспешности и замедленности в обучении.

Знания закрепляются в повторениях, упражнениях и практике, поэтому следует многократно повторять то, что должно быть усвоено.

Учитель должен быть образцом для ученика.

Специфика ценностей педагогического дискурса состоит в том, что этот дискурс является основой для формирования мировоззрения, и поэтому почти все моральные ценности заложены в нем.

Стратегии педагогического дискурса состоят из коммуникативных интенций, конкретизирующих основную цель социализации человека — превратить человека в члена общества, разделяющего систему ценностей, знаний и мнений, норм и правил поведения этого общества. Можно выделить следующие стратегии в данном дискурсе: объясняющую, оценивающую, контролирующую, содействующую, организующую. Коммуникативная стратегия как рубрика для речевых действий может быть обозначена глаголами речи. Для объясняющей стратегии, например, существенны такие

речевые действия, как называть, характеризовать, определять, соотносить, обобщать, конкретизировать, спрашивать, отвечать, интерпретировать, переформулировать. Жанры педагогического дискурса исчисляются либо в рамках дедуктивной модели, построенной на основании тех или иных признаков (например, цели, типы участников, типы сценариев, степень ритуализации и т.д.), либо на основании реально существующих естественно сложившихся форм общения, для которых возможно выделить прототипные (канонические) единицы: урок, лекция, семинар, экзамен, родительское собрание, диспут, беседа родителей и ребенка, учителя и ученика и др. К числу прецедентных текстов педагогического дискурса относятся прежде всего школьные учебники и хрестоматии, правила поведения учащихся, а также многие известные тексты детских книг, сюжеты популярных художественных и мультипликационных фильмов, тексты песен, пословицы, поговорки, известные афоризмы на тему учебы, знаний, отношений между учителем и учеником (Карасик, 1999, с.5, 7, 8, 16). Одним из жанров педагогического дискурса является дефинирование — важный компонент объясняющей стратегии. Учебные дефиниции отличаются от логических, свойственных научному дискурсу, поскольку для объяснения признак достаточности (т.е. опоры на знания адресата) не менее важен, чем признак полноты (т.е. объективной характеристики явления). В педагогическом дискурсе выделяются остенсивные, классификационные, трансформационные, интерпретационные, экземплификативные, инструментальные, косвенные, а также квази- и псевдодефиниции (Коротеева, 1999, с.3). Речь учителя как представителя профессиональной группы может быть измерена с помощью подсчета актуализаторов стратегий (в данном случае речь идет о таких стратегиях общения, как уверенное либо неуверенное речевое поведение, акцентирование автором элементов высказывания, удовлетворение автором прагматических ожиданий получателя), в результате чего можно сделать заключение о том, что типичными чертами речи учителей являются убежденность, уверенность, категоричность; умение выделить коммуникативно-значимую информацию; способность излагать информацию в достаточном и развернутом объеме

(Ленец, 1999, с.3, 8). Эти характеристики речи учителя имеют универсальный характер. Типичной разновидностью коммуникативной неудачи в речи учителя является неправильно выраженное порицание, цель которого — добиться, чтобы ученик изменил свои действия в нужном направлении — не достигается вследствие замещения речевого акта побуждения выражением эмоционального состояния учителя, сопровождаемым оскорблением и унижением учащегося (Базилевская, 1991, с.19).

Для моделирования педагогического дискурса очень важен учет коммуникативных потребностей школьников. Так, для младших школьников характерны (по данным специального исследования) следующие коммуникативные потребности: поговорить с окружающими о своих чувствах, о том, что его интересует, волнует, получить интересующую информацию, узнать о жизни взрослого или сверстника, послушать интересный рассказ, сказку, смешную историю, прибегнуть к установлению эмоционального контакта через физический (просто обнять маму, папу, прикоснуться к учителю, подержать за руку подругу). Очень часто эти потребности не удовлетворяются. Дети (70% опрошенных) считают, что взрослые редко используют позитивные оценки, чаще — негативную лексику (Лемяскина, 1999, с.9, 10).

1.4. Специфика общения логопеда с родителями пациентов, страдающих нарушениями речи

Цель медицинского дискурса — оказать помощь пациенту, страдающему тем или иным заболеванием. Для осуществления медицинского дискурса необходима следующая предпосылка: наличие ситуации данного дискурса, т.е. такое положение дел, при котором один из участников общения страдает определенным заболеванием и способен обратиться за помощью к врачу, а другой участник имеет соответствующие специальные знания и дает квалифицированную консультацию пациенту.

Типовые участники медицинского дискурса — пациент и врач — могут быть вариативно уточнены: 1) пациент + сопровождающее его лицо

(родственники, друзья и т.д.), 2) врач + другой врач либо младший медицинский персонал.

Обстоятельства медицинского дискурса сводятся к специализированному учреждению, прототипом которого является кабинет врача, где выделяются следующие позиции: место врача и место пациента (обычно стол и стул врача и стул пациента, возможна кушетка и т.д.), при этом врач и пациент не могут меняться местами. Временной промежуток соответствующего дискурса ограничен необходимостью осмотра, специальной беседы, оказания необходимой помощи и заполнения врачом лечебной документации. Специальная беседа и составляет основную часть медицинского дискурса. Эта беседа включает следующие компоненты: 1) фатическое общение (приветствие, поддержание общения, прощание), 2) общий диагностический вопрос врача к пациенту, 3) жалоба пациента на состояние здоровья, 4) конкретизирующие диагностические вопросы врача (определение периода заболевания, выявление основных симптомов течения заболевания, запрос о проведенном ранее лечении, запрос об объективном обследовании), 5) ответы пациента, 6) инициативные вопросы пациента, 7) осмотр врача пациентом и сопровождающие осмотр речевые действия, 8) лечебная помощь пациенту и сопровождающие ее речевые действия, 9) направление на дополнительное обследование, 10) инструктирование пациента, 11) определение сроков следующей встречи врача и пациента. Структура медицинского дискурса включает необходимые и факультативные компоненты, а также компоненты, находящиеся в жесткой последовательной связи либо свободно комбинирующиеся в беседе. Необходимыми компонентами медицинского дискурса являются жалоба пациента и ответное речевое и неречевое действие врача. Фиксированная связь устанавливается между фатическим и информативным общением, причем жестко определены позиции инициальных и финальных реплик в диалоге врача и пациента, а реплики для поддержания контакта факультативны, между общим и конкретизирующим вопросами врача к пациенту, между осмотром и возможным оказанием медицинской помощи и определением сроков следующей встречи.

Специфика медицинской квалификации определяется типом заболевания, которым страдает пациент. Соответственно медицинский дискурс различается в зависимости от его тематики, т.е. от того, чем страдает пациент и специальности врача.

Различные речевые нарушения относятся к компетенции логопеда. По своей природе речевые нарушения могут быть органическими и функциональными, первые связаны с врожденным или приобретенным поражением определенных речевых зон, вторые — с неправильным действием органов речи.

Специфика профессиональной деятельности логопеда состоит в том, что оказание помощи пациенту по исправлению речевых нарушений представляет собой единство медицинского и педагогического воздействия на адресата. Если лечение пациента, страдающего органическим заболеванием, сводится к хирургическому, медикаментозно-терапевтическому, физиотерапевтическому и другим специальным формам воздействия на человека, то логопед осуществляет лечение посредством обучения правильному звукопроизношению. В этом смысле для логопеда обучение является средством лечения. Вместе с тем системные характеристики медико-педагогического дискурса, осуществляемого логопедом, принципиально не отличаются от соответствующих характеристик данного дискурса в целом.

Возрастной состав пациентов, страдающих патологиями речи, не ограничен, вместе с тем в практической деятельности логопеда выделяются следующие медицинские учреждения: 1) детские поликлиники, 2) отделения неврологии, 3) отделения челюстно-лицевой хирургии. В данной работе анализируется медико-педагогический дискурс на материале работы логопедов в детских медицинских учреждениях (возраст пациентов — от месяца до 10 лет). Исходя из возраста пациента, исследуемый вид дискурса осуществляется только между логопедом и родителем пациента в присутствии или значимом отсутствии пациента.

Общение логопеда с родителями пациентов строится по определенному прототипу, включающему пресуппозиции, текст и импликации высказываний.

Пресуппозиции, т.е. подразумеваемые знания участников общения о мире, о нормах поведения и т.д. (Keenan, 1971), в медико-педагогическом дискурсе сводятся к некоторым базовым когнитивным установкам, различающимся у врача и пациента. Профессиональная пресуппозитивная база врача строится на сумме специальных медико-педагогических знаний (в данном случае — знаний в области логопедии) и личного практического опыта. Этот опыт включает не только предметную характеристику той или иной патологии, но и понимание типичных эмоциональных состояний как пациентов, так и их родителей. Например, логопеды знают, что во многих случаях родители детей, страдающих различными речевыми нарушениями, очень обеспокоены этим, стараются самостоятельно обучать своих детей правильному произношению и перегружают их информацией, в результате чего легкая степень речевой патологии переходит в стойкое нарушение произношения. Если ребенок неправильно произносит вибрант в русском языке, поскольку в определенных случаях у таких детей недостаточно развита либо укорочена подъязычная связка, а родители настойчиво учат своего ребенка правильному произношению русского вибранта, то в силу своих возможностей ребенок пытается скомпенсировать вибрацию кончика языка вибрацией корня языка, в результате чего возникает и закрепляется устойчивый навык увулярного произношения. Логопеды знают, что тот ребенок, который осознает свою патологию, стремится избегать общения, становится замкнутым и, не имея возможности адекватно общаться со сверстниками, соответственно не находит нужного контакта и с родителями. Отсутствие понимания речи ребенка со стороны родителей приводит ребенка к повышенной эмоциональной возбудимости. Речевые действия таких детей часто сопровождаются невротическими, психопатическими, истерическими проявлениями. Таким образом, дети, страдающие различными нарушениями речи, являются пациентами как логопедов, так и невропатологов и психоневрологов.

Профессиональная пресуппозиция логопеда включает также представления о типичном поведении родителей своих пациентов. Такие родители подразделяются на два типа: осознающие и не осознающие патологию своего ребенка. В первом случае они сразу же обращаются к специалистам, пытаясь как можно раньше устранить патологию, во втором случае они либо наказывают ребенка за речевые нарушения, либо потакают различным капризам ребенка, и то, и другое вызывает вторичные нарушения речи, которые логопеды называют сочетанными.

Профессиональные пресуппозиции логопеда включают также ценностные компоненты, которые относятся к сфере врачебной этики. Некоторые положения врачебной этики (деонтологии речи) формулируются эксплицитно, а некоторые подразумеваются и получают вербальное выражение только в случае определенных нарушений профессиональной этики врача. К числу норм врачебной этики относятся обязательства оказывать медицинскую помощь пациенту и запреты разглашать диагноз пациента, осуществлять диффамацию другого специалиста, принимать решение по проблеме, которая не относится к компетенции данного специалиста, а также сообщать пациенту о неизлечимости его заболевания. Вряд ли можно говорить о специфической врачебной этике логопеда (как и другого специалиста), эти нормы универсальны, они базируются на принципах кооперации (по П.Грайсу) и получают конкретизацию в реальном дискурсе как уточнения применительно к той или иной ситуации общения. Например, логопед не имеет права принять решение о природе определенных нарушений речи без заключения невропатолога или психоневролога; логопед не имеет права открыто сказать родителям о том, что их ребенок страдает дебильностью, поскольку в разговорном языке слово "дебил" является оскорбительным, вместо этого следует сказать, что ребенку нужно учиться в специализированной школе. Разумеется, нормы медицинской этики являются составной частью норм универсального поведения и включают запреты унижать, оскорблять пациентов.

Общая установка родителей детей, страдающих патологиями речи, сводится при общении со специалистами к следующим моментам: это

желание вылечить ребенка и сделать его полноценным членом общества и понимание того, что специалист обладает определенными знаниями и умениями решения данной проблемы. Данная установка определяет статусный баланс участников рассматриваемого типа общения. Логопед изначально занимает статусную позицию вышестоящего, а пациент (родитель пациента) — нижестоящего. Такое соотношение статусных векторов определяется целью общения — центральным моментом медико-педагогического институционального дискурса. Статусное неравенство в рассматриваемой коммуникативной диаде носит как индексный, так и ситуативный характер. Индексное статусное неравенство, т.е. неравенство, обусловленное долговременным (постоянным) признаком участников общения, выражается в том, что один из коммуникантов обладает определенными знаниями, которые могут принести пользу другому коммуниканту, этими знаниями не обладающему. Индексное неравенство объясняется образовательным статусом врача, и в этом смысле медико-педагогический дискурс похож на другие типы институционального дискурса (педагогический, юридический, религиозный). Ситуативное неравенство участников медико-педагогического дискурса выражается в том, что инициальным речевым действием в общении логопеда и родителя пациента является просьба со стороны родителя. Тот, кто обращается с просьбой, тем самым ставит себя в положение нижестоящего.

Каждый тип институционального дискурса характеризуется определенными ритуальными моментами, которые в медико-педагогическом дискурсе выражены особенно явно. К числу таких внешних знаковых характеристик следует отнести белый халат врача. Отметим, что в современной медицинской практике белый халат в определенных областях медицины замещается на зеленый или синий хирургический костюм, но важно то, что этот костюм осознается как униформа. Униформа является важнейшим консолидирующим знаком социального института, четко противопоставляющим внутренних и внешних участников институционального дискурса. Осознание границы между внутренним и внешним участником институционального общения является постоянной

величиной в этом дискурсе. Знаковую функцию выполняют и специальные медицинские приспособления и инструменты, которыми пользуются различные специалисты: кресло стоматолога, шпатель, пинцеты, зажимы и т.д.

Специфика медико-педагогического дискурса между логопедом и родителями пациентов определяется следующими моментами: 1) тип нарушения речи у ребенка, 2) возрастная группа ребенка, 3) мотивация родителей, 4) образовательный статус родителей.

Тип нарушения речи у ребенка является важнейшим диагностическим моментом для логопеда и поэтому определяет выбор той или иной дискурсивной стратегии со стороны специалиста.

Весьма частым нарушением речи является сигматизм — искажения в произношении твердого и мягкого звуков "с". Наиболее распространен межзубный сигматизм — отсутствие свиста, характерного для данного звука, и замена его на шум, обусловленный положением языка, просунутого между зубами. В быту этот дефект произношения называется "шепелявость". Сигматизм часто обусловлен неправильным прикусом и, вследствие этого, неправильным положением языка. Логопед просит ребенка повторить определенные слова и фразы для того, чтобы определить, в каких позициях нарушается правильное произношение, и затем рассказывает родителям о том, что им предстоит делать совместно с логопедом для исправления дефекта речи у ребенка. Во время второго посещения логопед приступает к коррекционной работе, которая заключается в определенной системе артикуляционных упражнений, необходимых для дальнейшей постановки правильного произношения. Так, для исправления сигматизма предлагается общая артикуляционная гимнастика и затем — артикуляционная гимнастика на данный звук, в ходе гимнастики у ребенка выделяется правильный звук "с", и затем начинается его закрепление — сначала в слогах, затем — в начале слова, потом — в середине слова, потом в сочетании с консонантами, затем — в конце слова, далее — удвоенный звук в слове, потом этот звук закрепляется в предложении, как правило, ритмически организованном в

виде короткого стихотворения. Наконец, этот звук закрепляется в спонтанной речи под контролем родителей дома.

Вместе с тем изолированное нарушение речи встречается достаточно редко, как правило, оно сочетается с теми или иными нарушениями в центральной и периферической нервной системе. Например, родители четырехлетнего мальчика обратились к логопеду с диагнозом, поставленным другими специалистами: общее недоразвитие речи. При осмотре ребенка было обнаружено, что пациент страдает ранним детским аутизмом, т.е. слабоумием. Логопед в такой ситуации должен направить ребенка к детскому психоневрологу, который в свою очередь направляет ребенка в специализированное дошкольное детское учреждение. Речь идет не о медицинской ошибке, а о специальных знаниях, которыми должен владеть логопед (и детский психиатр), поскольку в обычной беседе ребенок ведет себя неадекватно по отношению к типовому поведению детей своей возрастной группы (ребенок воспроизводит лишь то, что зависит от механического запоминания — имя, адрес, имя родителей, но не способен к логическому мышлению, т.е. не может давать характеристики предметов, не может выделять признаков предметов, не реагирует на просьбы и команды). Со стороны окружающих может сложиться мнение о неправильном воспитании такого ребенка, об отсутствии должного общения ребенка со сверстниками. У родителей складывается представление, что первопричиной такого положения дел является отсутствие правильных речевых навыков у их ребенка, и поэтому они, посоветовавшись с педиатром, обратились к логопеду. Если бы логопед подтвердил диагноз "общее недоразвитие речи", то следовало бы в процессе общения с ребенком дифференцировать различные типы нарушений произношения и предложить определенную методику коррекции этих нарушений. В данном же случае логопед должен тактично порекомендовать родителям проконсультировать этого ребенка у детского психиатра.

Другим распространенным случаем изменения дискурсивной стратегии логопеда является следующий. Родители обращаются к специалисту с просьбой помочь ребенку научиться правильно произносить вибрант,

поскольку именно этот звук, на их взгляд, мешает их ребенку четко произносить звуки речи. Логопед при обследовании обнаруживает, что у ребенка не сформированы навыки правильного произношения сибилантов (шипящих и свистящих звуков), и вследствие этого развилась вторичная речевая патология — тахилалия (патологически ускоренный темп речи). Первопричиной неправильного произношения сибилантов обычно является соматическая ослабленность мышечного тонуса артикуляционного аппарата (вялость мышц губ, языка, подъязычной связки, плохая пластичность языка), нарушения прикуса, укороченность подъязычной связки, отсутствие передних зубов и т.д. Будучи не в состоянии членораздельно высказаться и адекватно выразить свои мысли, ребенок начинает нервничать и считает, что родители поймут его тем быстрее, чем быстрее он скажет фразу. Он начинает спешить, проглатывать окончания слов, и тем самым его речь становится непонятной окружающим (эффект "каши во рту"). У ребенка закрепляется патологически ускоренный темп речи, в результате чего даже те звуки, которые артикулируются правильно, теряются в общем нечетком речевом потоке. Родители обратили внимание на отсутствие вибранта в речи ребенка, между тем как этот звук формируется значительно позже в нормальной последовательности осваиваемых детьми фонем. Логопед объясняет родителям, что их проблема состоит не в конкретном неправильном звуке речи, а в общем системном произносительном дефекте речи ребенка и предлагает родителям специальную методику восстановления правильного произношения сибилантов, затем — нормального темпа речи, и по достижению ребенком определенного периода в его развитии — коррекцию вибранта.

Рассмотрим типичный скрипт приема логопедом пациента с его родителем.

Скрипт № 77 приема пациентов логопедом. 18 июля 2000 г.

Присутствуют: логопед Л.С.Б., девочка Н., ее мама (врач), М.Н.

Пациент — девочка 8 лет. Диагноз: дислалия и тахилалия. Занятие № 5.

Логопед (Л): Заходите, пожалуйста!

(В кабинет входят женщина с дочерью.)

Л.: Здравствуйте!

Родитель (Р): Здравствуйте.

Л. Расскажите, что вы делали сегодня дома, как наши дела вообще, как занимались.

Р.: Извините, я не смогла подъехать в тот раз, у нас день рожденья был, а мама тоже не смогла приехать... (Примечание: по договоренности один и тот же человек должен приезжать на занятия с ребенком к логопеду и контролировать занятия дома).

Л. Да, так бывает. Ну, что ж, с днем рожденья, чтоб все было хорошо и чтоб ты у нас [к девочке] была круглой отличницей. Ну, хорошо, открываем учебники и приступаем.

Р.: Да, вот тут -

Л.: Прежде, чем мы с вами начнем заниматься, нужно сделать дыхательную гимнастику. Значит, это упражнения на выработку правильного выдоха и вдоха.

Р.: [Кивает.] Ммм.

Л.: Они направлены на то, чтобы устранить ускоренный темп речи.

Р.: [Кивает.] Ммм.

Л.: Эти упражнения делать несколько раз в день, это понятно, да?

Р.: [Кивает.] Ага.

Л.: Помимо общей артикуляционной гимнастики.

Р.: [Кивает.] Ммм.

Л.: То есть, помимо общей артикуляционной гимнастики обязательно делать эти дыхательные упражнения.

Р.: [Кивает.]

Л. Первое — правильное произношение гласной А и гласной Я, потому что одна и та же артикулема на этот гласный звук. Так. Записываем: А — тире — Я. Произносится в широкой улыбке. Смотрите: А-а-а...

Девочка (Д): А-а-а.

Л.: Яа-а-а.

Д.: Яа-а-а.

Л.: Попробуем более длительно произнести. [К девочке] Ты попробовала, убедилась, что это легче. [К матери] Пожалуйста, запишите, это большая улыбка. А- а- а.

Д.: А — а — а.

Л.: Поем. Тянем, поем: Яа — а- а.

Д.: Яа — а — а.

Л.: Так, дальше. О — тире — Е. Тоже одна и та же артикулема.

Большая трубочка. О-о-о.

Д.: О-о-о.

Л.: Ёо-о-о.

Д.: Ёо-о-о.

Л.: Следующий гласный — У — тире — Ю. Это тоже одна и та же артикулема. Губы — в маленькой трубочке. У-у-у. Повтори.

Д.: У-у-у.

Л.: Дальше: Юу-у-у.

Д.: Юу-у-у.

Л.: Молодец. Так, следующая: И — тире — Ы. Маленькая улыбка.

Л. и Д. вместе: И -и-и- Ы — ы — ы.

Л.: И -и -и.

Д.: И — и — и.

Л.: Следующая гласная: Э — тире — Е. Маленькая улыбка, то же самое.

Л. и Н. вместе: Э — э — э.

Л.: Поменьше.

Д.: Е — э — э.

Л. Молодец, ты видишь, как у тебя все хорошо получается. Значит, основные гласные я вам дала. Помимо артикуляционной гимнастики, помимо нее, делается дыхательная гимнастика —

Р.: Да.

Л. — на правильное произношение гласных, которые я вам дала. Теперь приступаем к тексту. Открой, пожалуйста, нет, дальше, где нам нужно

было читать. Расскажи, пожалуйста, что ты делала с текстом во время его прочтения?

Р.: Ну, расскажи.

Л.: Расскажи, пожалуйста.

Д.: Я, когда встречала букву С, я делала ударение.

Р.: Не ударение, а подчеркивала в тексте.

Д.: [Кивает.]

Л.: Ты выделяла, да? Выделяла эту букву? А как ты ее выделяла?

Покажи.

Д.: На солнышке согрелся снег...

Л.: То есть, ты вырабатывала правильную воздушную струю на произнесение этого звука, да? Правильно я поняла? Ты замедляла темп речи, да?

Д.: Да.

Л.: Только, пожалуйста, сразу не спеши.

Д.: На солнышке согрелся снег (читает стихотворение).

Р.: Погромче давай.

Д.: (читает стихотворение).

Л.: А теперь я тебя попрошу — я смотрю, у нас очень правильная воздушная струя, теперь давай ты не будешь так выделять, а только будешь медленно читать.

Д.: Просто читать?

Л.: Просто читать, не спеша, и правильно делать выдох и вдох, хорошо, во время прочтения текста, договорились?

Д.: [Кивает.]

Л.: Хорошо? Только, пожалуйста, замедляй темп.

Д.: Одна на свете.

Л.: Только, пожалуйста, громче, хорошо?

Д.: Сколько звезд на ясном небе! Сколько колосков в полях! Сколько песенок у птичек! Сколько листьев на ветвях! Только солнце одно на свете, только мама одна на свете.

Л.: Хорошо. А это ты прочитала?

Д.: Да.

Л.: Хорошо. А теперь вот это, только, пожалуйста, погромче, потому что не слышно.

Д.: (Читает стихотворение).

Л.: Спешись очень.

Д.: (Продолжает чтение стихотворения).

Л.: Хорошо. Значит, что будет у нас дальше? То же самое в отношении буквы С, и при этом мы будем следить за правильным произношением всех гласных звуков.

Д.: Теперь уже получается правильно?

Л.: Да, теперь у нас уже получается правильно, правильно воздух идет, и теперь —

Р.: Продолжать, как сейчас читали?

Л.: Да, как только что сейчас читали. Немножко нужно еще позаниматься. Ясно? Вопросы есть? Значит, до вторника, до вторника.

Р.: До вторника, хорошо.

Л.: Значит, заданий у вас много. Заниматься несколько раз в день, обязательно это делать после артикуляционной гимнастики, это должно быть в совокупности. Договорились, да?

Р.: А во вторник в какое время?

Л.: Так же.

Р.: Так же, хорошо.

Д.: До свидания.

Р.: До свидания, всего доброго.

Л.: Всего доброго, до свидания.

Приведенный скрипт распадается на фатическую и предметную части беседы. Фатическая часть включает приветствие, прощание и поддержание контакта. Следует отметить, что в реальном общении к фатической части диалога часто примыкает обмен репликами, не относящийся, строго говоря, ни к поддержанию контакта, ни к профессиональному общению врача с пациентом и его родителем. В данном случае это — попытка матери извиниться в связи с пропуском занятия. Логопед, пользуясь возможностью,

поздравляет девочку с днем рождения и сразу же переходит к содержательной части беседы.

Предметная часть диалога начинается с дыхательной гимнастики. Логопед детально разъясняет назначение и способ выполнения гимнастики, мать пациента демонстрирует свое понимание. Обратим внимание на то, что логопед фиксирует внимание родителя пациента на содержательно важной информации, дублируя ее: помимо общей артикуляционной гимнастики необходимо делать специальные упражнения дыхательной гимнастики.

Вслед за общим объяснением логопед приступает к артикуляционной гимнастике, в данном случае к упражнению на выработку правильного произношения конкретного звука (А). Демонстрируется артикуляция этого звука. Логопед использует специальную терминологию (артикулема), поскольку разговор ведется с образованным человеком, т.е. логопед принимает во внимание образовательный статус адресата. Объяснение артикуляции сопровождается записью звука и его артикуляционного уклада. Затем логопед демонстрирует звук ребенку, ребенок повторяет этот звук несколько раз. Логопед повторяет для ребенка и родителя основную установку для произношения и оказывает прямое суггестивное воздействие на ребенка: "Ты убедилась, что это легче". Суггестивность в данном случае состоит в том, что логопед формулирует установку, к которой пациент должен прийти самостоятельно ("Ты убедилась"). Логопед как бы комментирует за ребенка полученный результат, тем самым у ребенка формируется уверенность в своих силах. Этот комментарий очень важен еще и потому, что он является похвалой, которая в речи логопеда представляет собой социально значимую положительную оценку усилий ребенка. За этим следует еще один коммуникативный шаг упражнения на тренируемый звук, логопед формулирует способ выполнения действия: "Тянем, поем". Обратим внимание на весьма распространенный в медико-педагогическом дискурсе прием объединения врача и пациента в так называемом "докторском МЫ" (сравним: "Как мы себя сегодня чувствуем?"). Способ действия эксплицитно формулируется специально для матери ребенка, присутствующей на занятии и проводящей аналогичные упражнения с ребенком дома.

Далее логопед показывает ребенку произношение следующих звуков (О, У, И, Э), демонстрируя артикуляционный уклад и описывая его наиболее понятным для ребенка образом ("Губы трубочкой"). Ребенок повторяет звуки за логопедом, который постоянно хвалит пациента. Это педагогическое действие является важным психотерапевтическим приемом, помогающим ребенку поверить в свои силы. Такая стратегия поведения логопеда объясняется необходимостью постоянно убеждать своих пациентов и их родителей в успехе лечения, тем более, что речевые нарушения очень часто сочетаются с различными формами неврозов, а невротики в повышенной степени поддаются внушению.

Следующий этап занятия заключается в тренировке шипящего сибиланта (С). Логопед стремится выработать сознательный подход к проведению упражнения у ребенка и тем самым показывает значимость этого момента для матери ребенка. Мать пациента активно участвует в беседе, поправляя свою дочь. Мы видим, что логопед специально повторяет для матери пациента формулировку упражнения: "Ты вырабатывала правильную воздушную струю". Обратим внимание, что в этом высказывании содержится оценка, выполняющая функцию аутогенной тренировки. Логопед специально обращает внимание девочки и ее мамы на способ произношения (замедление темпа речи). Пациент неправильно произносил звук (С), заменяя его межзубным, в связи с имеющейся аномалией прикуса. Логопед вынужден корректировать нарушение звукопроизношения и убыстренный темп речи, который, в свою очередь, ведет к неправильному, патологическому звукопроизношению (сглатыванию даже тех звуков, которые произносятся относительно правильно).

Таковы общие социолингвистические характеристики медико-педагогического дискурса в общении логопеда с пациентами и их родителями. Прагматингвистические характеристики данного дискурса рассматриваются в следующей главе работы.

Выводы к первой главе

Социолингвистические характеристики медико-педагогического дискурса, который конкретизируется в общении логопеда с пациентом и сопровождающим ребенка родителем, сводятся к общим признакам институционального дискурса и специфическим качествам медицинского и педагогического типов дискурса.

Конститутивные признаки институционального дискурса — это 1) специфическая цель общения, заключающаяся в решении определенных проблем, которые и обусловили существование соответствующего института (борьба за власть в политическом дискурсе, сбыт продукции — в рекламном, оказание медицинской помощи — в медицинском, социализация новых членов общества — в педагогическом и т.д.), 2) специфические обстоятельства общения, происходящего в рамках определенного социального института, и вытекающие отсюда официальность стиля, жесткая заданность тематики, наличие институциональных символов (белый халат врача, указка учителя, облачение священника), 3) специфические характеристики участников общения — представляющих институт агентов и обращающихся в институт клиентов, выступающих в представительской статусно-ролевой функции, 4) специфические характеристики текстов, которые содержат знаки принадлежности агентов к социальному институту, прямо или косвенно выражают ценности этого института, соответствуют сложившимся жанрам в рамках определенного типа дискурса. Наряду с конститутивными признаками институциональный дискурс в его конкретном проявлении неизбежно включает нейтральные признаки, которые относятся либо к любым типам дискурса и характеризуют общение как таковое, либо свойственны другим типам институционального или персонального дискурса, но спорадически встречаются в данном типе институционального дискурса (элементы научного дискурса в медицинском, элементы религиозного в педагогическом, элементы педагогического в политическом, элементы делового в рекламном и т.д.). Выделяются и промежуточные типы институционального дискурса, органически включающие на всем пространстве своих жанров характеристики двух (а возможно, и более) типов

дискурса, к таким типам относится медико-педагогический дискурс, представленный в логопедическом общении.

Медико-педагогический дискурс базируется на следующих признаках медицинского дискурса: 1) участниками медицинского дискурса являются медики и пациенты, при этом существует разветвленная специализация медиков как по горизонтали (специальность врача), так и по вертикали (врачи, медсестры, санитары), 2) обстоятельства медицинского общения характеризуются высокой степенью символичности (наличие клятвы Гиппократова, белые халаты, медицинские инструменты, личные печати врачей, кабинет врача), 3) ценности медицинского дискурса сводятся к раскрытию основных концептов этого дискурса — здоровья и болезни; существуют специфические нормы медицинской этики, 4) стратегии медицинского дискурса вытекают из его цели — оказать помощь заболевшему человеку и сводятся к диагностике, лечению и рекомендации; наблюдается вариативность этих стратегий в зависимости от типа заболевания и требуемой медицинской помощи; диагностирующая и рекомендуемая стратегии медицинского дискурса непременно вербализуются, лечащая стратегия вербализуется факультативно (непременно в случаях психиатрического и логопедического лечения), 5) медицинский дискурс характеризуется высокой степенью суггестивности, врач должен внушать пациенту доверие и формировать установки, способствующие успешному лечению, 6) особую значимость в медицинском дискурсе имеет речевое действие "директив", выражаемое как совет, рекомендация, инструкция, запрет, приказ, 7) в медицинском дискурсе выделяются различные устные и письменные жанры: 1) диагностирующая консультация, 2) жалоба пациента, 3) карта анамнеза, 4) справки объективной медицинской экспертизы (расшифровка кардиограммы, анализ крови, рентгенограмма и т.д.), 5) медицинский консилиум, 6) вербальное лечение, 7) медицинская рекомендация, 8) рецепт, 9) медицинская справка (больничный лист), 10) эпикриз. Эти жанры выделяются на основании следующих критериев: 1) устный либо письменный дискурс, 2) документальность, 3) ситуативная инициатива участников общения, 4) количество агентов дискурса, 5)

временная направленность, б) фактуальная фиксация; установленные критерии имеют различную природу и в самом общем плане сводятся к трем группам: форма дискурса, документальность, ситуативно-ролевые характеристики коммуникантов.

Медико-педагогический дискурс основан на следующих признаках педагогического дискурса: 1) участники этого дискурса — учитель, подготовленный в личностном, предметном и профессиональном отношениях осуществлять социализацию нового члена общества, и учащийся, который должен получить необходимые знания, умения и навыки, чтобы стать полноправным членом общества, 2) речь учителя характеризуется двумя основными признаками — умением доступно и ясно излагать материал любой сложности на литературном кодифицированном языке и правом объективно оценивать достижения учащегося, осуществляя функцию социального контроля над становлением личности ребенка или подростка, 3) хронотоп педагогического дискурса отличается высокой степенью символизации и ритуализации, 4) ценности этого дискурса сводятся к признанию и закреплению социальных традиций, зафиксированных в систематизированном знании законов общества и природы; в педагогическом дискурсе эксплицитно выражены моральные ценности общества, 5) стратегии педагогического дискурса конкретизируют основную цель социализации человека — превратить этого человека в члена общества, разделяющего систему знаний, умений, норм и правил поведения этого общества и сводятся к объяснению, оценке, контролю, содействию и организации, 6) жанры данного дискурса соответствуют реально сложившимся формам общения учителя (преподавателя) и учащихся — урок, лекция, семинар, экзамен, родительское собрание, беседа родителя и ребенка, учителя и ученика и т.д.

Специфика логопедического дискурса состоит в том, что его участниками являются логопед, ребенок-пациент и родитель ребенка. Логопед осуществляет лечение нарушений речи посредством обучения, в этом смысле многие характеристики медицинского и педагогического типов дискурса оказываются неразрывно слиты в данном промежуточном дискурсе. В общении логопеда с пациентами и их родителями можно выделить

профессионально значимые пресуппозиции, текст и импликации. Пресуппозиции в сознании логопеда базируются на знании типичных дефектов речи, типичных сопутствующих заболеваниях у детей, типичных форм поведения детей и их родителей, а также норм медицинской этики. Профессионально значимый текст в логопедическом дискурсе определяется следующими моментами: 1) тип нарушения речи у ребенка, 2) возрастная группа ребенка, 3) мотивация родителей, 4) образовательный статус родителей. Профессионально значимые импликации в речи логопеда сводятся к директивам, которые призваны убедить родителей систематически заниматься с ребенком специальными упражнениями дома, чтобы обеспечить успешное исправление дефектов речи.

Глава 2. Прагмалингвистические характеристики медико-педагогического дискурса (на примере жанра логопедической рекомендации)

Для определения специфики логопедической рекомендации необходимо определить характеристики инструктирования как речевого жанра в целом, т.е. установить интенции, статусно-ролевые отношения, основные стратегии и типы тональности рекомендации.

2.1. Логопедическая рекомендация как директивное речевое действие

Дискурс реализуется в виде речевых действий. Классификация речевых действий возможна по разным критериям (структура, интенции, степень имплицитности, степень этикетности и т.д.). В лингвистической литературе речевые действия наиболее детально разработаны в лингвистической прагматике. Отмечается, что прагматика понимается в широком смысле, включая социолингвистику, психолингвистику и другие области языкознания, связанные с функционированием языка в обществе, т.е. как лингвистика речи, и в узком смысле — как отношение знака к человеку

(Levinson, 1983, с.3). В семиотической модели Ч.Морриса прагматика трактуется как отношение знака к интерпретатору в отличие от отношения знака к предмету (семантика) и к другим знакам (синтактика) (Моррис, 1983, с.42).

Существенной с точки зрения лингвистической прагматики является теория речевых актов. Речевые акты рассматриваются в работах многих авторов (Austin, 1962; Searle, 1975; Beck, 1980; Ballmer, Brennenstuhl, 1981; Kreckel, 1981; Clark, Carlson, 1982; Partridge, 1982; Weigand, 1989; О.Г.Почепцов, 1986 и др.). Детальный обзор концепций, относящихся к теории речевых актов, приводится в предисловиях к сборнику "Новое в зарубежной лингвистике. Вып. 17. Теория речевых актов". М., 1986, а также в работах А.А.Романова (1988), В.И.Карасика (1992). Существенным моментом для данной работы является выделение трех базовых компонентов речевого акта — локуции (того, что произносится), иллокуции (того, что имеется в виду) и перлокуции (результата речевого действия), а также разграничение перформативных и неперформативных глаголов.

В лингвистической литературе предложены различные критерии измерения иллокутивных актов, например, различия в цели данного типа акта, в выраженных психологических состояниях, в статусе говорящего и слушающего, в перформативном и неперформативном употреблении иллокутивного глагола и др. (Серль, 1986, с.172-177). Речевые акты — обязательства, угрозы, упреки, приказы, поздравления и др. — разбиваются на классы, пересекающиеся в работах различных авторов.

Создатель теории речевых актов Д. Остин выделял такие речевые действия, как вердиктивы (вердикт — приговор), экзерситивы (акты осуществления власти), комиссивы (акты обязательств), бехабитивы (акты общественного поведения — извинение, ругань и т.д.) и экспозитивы (акты-объяснения типа "Я доказываю", "Я признаю") (Остин, 1986, с.119). Д.Серль, разграничивая иллокутивный и пропозициональный компоненты высказывания, предлагает более стройную классификацию иллокутивных актов: 1) репрезентативы или ассертивы (X убежден, что А — "Я утверждаю"), 2) директивы (X оказывает влияние на Y, чтобы Y совершил

А — "Я приказываю", 3) комиссивы (Х принимает на себя обязательства совершить А — "Я обещаю"), 4) экспрессивы (Х выражает свое психологическое состояние по поводу А — "Я благодарю"), 5) декларации (Х, говоря А, делает А фактом — "Я увольняю вас") (Серль, 1986, с.181-185). Д.Вундерлих разграничивает речевые акты по их функциям, выделяя директивы, комиссивы, эротетивы (вопросы), репрезентативы, сатисфактивы (в известной мере соответствуют экспрессивам), ретрактивы (заявления о невозможности выполнить обещания), декларации и вокативы (обращения) (Сусов, 1980, с.44-45). В работе А.А.Романова дана детальная классификация речевых актов, включающая 14 типов речевых действий: комиссивы (обещания, пари), экспозитивы (разъяснения, угрозы), пермиссивы (согласия), сатисфактивы (упреки, акты похвалы), регламентативы (формулы социального этикета), инъюнктивы (приказы, требования), реквестивы (просьбы, мольбы), инструктивы (предписания, запреты), суггестивы (советы, предупреждения), инвитивы (приглашения), дескриптивы (описания), аргументативы (доводы), констативы (утверждения), нарративы (повествования) (Романов, 1988, с.55). Речевые действия неоднородны и имеют сложную природу. Например, в разряде комиссивов выделяется четыре разновидности речевого акта обещания: нейтральное обещание, обещание-уверение, обещание-уступка, клятвенное обещание (Восканян, 1985, с.8-9).

Как видно из приведенных классификаций, наиболее существенным признаком для выделения того или иного типа речевого действия является интенция говорящего.

Рекомендация по своей интенциональной основе представляет собой воздействие говорящего на адресата. Естественно, что практически в любом речевом действии мы сталкиваемся с воздействием, даже если сообщаем о чем-то или выражаем эмоции. Но существует тип речевых актов, для которых воздействие на партнера является ведущей характеристикой, и в этом смысле классификация Дж.Серля представляется нам наиболее обоснованной. В ряду речевых актов воздействия выделяются категоричные и некатегоричные

директивы: приказы, инструкции, запреты, с одной стороны, и просьбы, пожелания, советы и рекомендации, с другой стороны.

Мы солидарны с Я.Н.Еремеевым (2000), считающим, что директив представляет собой весьма сложное речевое действие, в основе которого лежит коммуникативное взаимодействие адресанта и адресата, при этом адресант, считая, что требуется совершить некоторое действие (либо не совершать определенного действия) и зная, что адресат имеет представление о том, как осуществляется такое действие, высказывает свою волю, говоря: "Сделай то-то!" "Надо заметить, что хотя адресат во всех случаях сам принимает решение о совершении или несвершении действия, адресант может в целях усиления воздействия на адресата использовать различные виды мотивации — угрозу, убеждение, просьбу и пр., которые, по мнению адресанта, могут способствовать росту директивной иллокутивной силы высказывания" (Еремеев, 2000, с.113). Цитируемый автор полагает, что существуют актуальный и виртуальный директивы, т.е. любой директив сводится к некоторой архетипической форме. Имеется в виду, что императив "Сделай X!" является актуализацией исходной виртуальной формулы "Я считаю, что тебе следует сделать X, так как..." Соглашаясь с пафосом автора, отстаивающим суверенность адресата, мы считаем, однако, что здесь происходит подмена иллокуции адресанта импликацией адресата: "Я понимаю, что ты хочешь, чтобы я сделал X". Вопрос же о том, что соответствует глубинной структуре волеизъявления для адресанта, остается спорным. А.Вежбицкая (1999, с.25) полагает, например, что предикат "хотеть" относится к неопределяемым словам — семантическим примитивам.

Классификация директивных речевых действий возможна на следующих основаниях: 1) степень категоричности говорящего, т.е. мера психологического давления отправителя речи на адресата, выражающая волю говорящего; 2) организационная определенность желаемого действия, 3) статусное соотношение участников общения, 4) пропозициональный знак желаемого действия (утверждение либо отрицание, т.е. побуждение либо запрет); 5) первичность либо вторичность директива, т.е. выражение базового недифференцированного побуждения (непосредственный директив) либо

осложненного директивного речевого действия (связанный директив), 6) эксплицитность (явное выражение) либо имплицитность (косвенность) директива, 7) внутренний оценочный знак побуждения, которое направлено на благо адресата либо не содержит такой направленности. Разумеется, выделенные признаки не являются исчерпывающими, но они дают возможность построить классификацию директивов с учетом их различных характеристик. Предложенные признаки распадаются на три группы: 1) признаки, свойственные всем речевым действиям (непосредственность / опосредованность и эксплицитность / имплицитность), 2) признаки, свойственные всем директивам (степень категоричности, статусное соотношение коммуникантов, внутренняя оценка пропозиции), 3) признаки, свойственные разновидностям директивных речевых действий (организационная определенность пропозиции, пропозициональный знак).

Категоричные директивы выражают волю говорящего, при этом мнение адресата не принимается во внимание. Фактически эти речевые действия не предполагают ответной речевой реакции со стороны адресата (за исключением сигнала понимания и готовности выполнить действие). Существенными признаками, по которым прямые директивы делятся на разновидности, являются принятие/непринятие говорящим на себя ответственности за последующее действие и продолжение/прекращение действия либо положения дел. Приказ предполагает, что говорящий лично отвечает за последствия его выполнения, а инструкция дает возможность говорящему стать передаточным звеном в цепи речевых действий и переложить ответственность на те установления, которые положены в основу инструкции, инструкция анонимна (сравним “Я Вам приказываю” и *”Я Вас инструктирую”). В официальном общении разграничивается также степень категоричности приказа (собственно приказ и распоряжение). Запрет представляет собой выражение воли говорящего, направленное на прекращение существующего либо возможного положения дел. По мнению А.А.Брудного (1998, с.90), выделяются три основных функции коммуникации — активационная, интердиктивная и дестабилизирующая. Не вступая в полемику с автором по поводу правомерности выделения третьей

функции в данном смысловом ряду, отметим важность противопоставления активационной и интердиктивной функций, т.е. побуждения и запрета. В медицинском дискурсе категоричные прямые директивы играют исключительно важную роль, поскольку врач наделен правом осуществлять контроль над действиями пациента. При этом, однако, запреты в медицинском дискурсе весьма распространены, инструкции в виде различных предписаний и рецептов являются принятой формой общения, но приказы в чистом виде отсутствуют, если не принимать во внимание такие высказывания, как “Дышите!”, “Не дышите!”, “Разденьтесь до пояса!”, “Откройте рот!”. Каков прагматический статус таких высказываний? На наш взгляд, эти высказывания нельзя отнести к приказам на основании возможности использовать обозначение речевого акта “Я приказываю”: “Приказываю выступить завтра в 7.30” — * “Приказываю открыть рот!” На наш взгляд, высказывания типа “Дышите!” относятся к первичным директивам, они легко переходят как в просьбы, так и в выражения желаний и потребностей: “Пожалуйста, задержите дыхание!” — “Я хочу, чтобы Вы задержали дыхание.” — “Мне нужно, чтобы Вы сейчас задержали дыхание.”

Признак организационной определенности пропозиции дает возможность противопоставить два класса побуждений: 1) директивы, регламентирующие структуру действия и его последовательность, 2) директивы, дающие возможность адресату самостоятельно структурировать действие. К первому классу относятся инструкции и рецепты, ко второму — приказы, просьбы, рекомендации, запреты. Парадоксальной характеристикой определенных и неопределенных пропозиций в побуждениях является то, что определенные пропозициональные побуждения не воспринимаются как проявления психологического давления на адресата, хотя фактически они лишают его свободы выбора в осуществлении навязываемого действия. В случае неопределенной пропозиции центр тяжести высказывания переносится на выражение воли говорящего (“Я хочу, чтобы ты сделал то-то”), а не на характеристику способа выполнения действия (“Я хочу, чтобы ты сделал то-то таким-то образом, в такой-то срок, в таких-то обстоятельствах” и т.д.). Вероятно, определенность пропозиции является

самодостаточной для участников общения и переводит собственно волевой компонент директива в пресуппозицию.

Все речевые действия делятся на две больших группы по признаку эксплицитности / имплицитности. Строго говоря, любое высказывание, как отмечает Л.С.Выготский, является иносказанием. Но в реальном общении уместно противопоставить те речевые действия, которые выражают интенцию говорящего непосредственно, и те речевые акты, которые облачены в форму другого речевого действия. Эксплицитные речевые действия можно разбить на две группы: акты обычного общения, когда говорящий прямо выражает свою интенцию, и конвенционально-клишированные речевые поступки, когда можно было бы в соответствии с требованиями вежливости воспользоваться косвенным речевым актом, но этого не происходит (например, приглашение, которое является директивом: "Обязательно приходите к нам в воскресенье!" — такое приглашение вовсе не подразумевает психологического нажима на адресата, оно не нарушает этикетных норм, а выступает как особая этикетная форма, подчеркнуто выражающая особую симпатию говорящего к адресату).

Имплицитные речевые действия достаточно подробно изучены в лингвистической литературе (например, применительно к речевому акту комплимента — Петелина, 1985; В.В.Леонтьев, 1999). Психологической основой имплицитных речевых действий является нежелание говорящего раскрыть свои интенции. Это нежелание объясняется рядом причин: 1) интенции могут оказаться неприятными для адресата (это обычные случаи манипулятивного воздействия, например, в виде лжи, лести и комплимента), 2) интенции могут осознаваться говорящим как роняющие его внутреннее самоуважение (обычно это намеки вместо просьбы, извинения, приказа), 3) интенции могут противоречить этикетным нормам и принятым в соответствующем обществе правилам речевого поведения (например, подростки часто избегают вежливых речевых действий, считая их неискренними, и в определенных ситуациях вынуждены свое доброе отношение маскировать привычными формами грубоватого поведения, чтобы не выглядеть смешно в глазах сверстников).

Имплицитные речевые акты нельзя смешивать с так называемыми инконсистентными высказываниями, т.е. теми высказываниями, форма и содержание которых не совпадают по эмоциональному знаку (например, шутливая фраза "Привет, негодник!" или "Искренне поздравляю вас" — произносимое с интонацией безразличия либо неприязни). Инконсистентные высказывания имеют место как в личностно-ориентированном, так и в институциональном дискурсе, в последнем случае происходит чисто формальное выражение норм вежливости в соответствии с этикетными требованиями. Например, юрист, администратор или врач дают советы тому, кто к ним обратился, при этом формально высказывание характеризуется положительным знаком эмоционального отношения к адресату, а содержательно — нулевым ("У меня сильно болит ухо..." — "Вам нужно пройти к отоларингологу, это не к нам").

В медицинском дискурсе имплицитные речевые действия весьма распространены, при этом, на наш взгляд, они продиктованы следующими причинами: 1) необходимость убедить пациента выполнить то или иное действие, которого пациент боится ("Сейчас тебе сделают укольчик, это совсем не больно, как будто комарик укусил"), 2) соблюдение норм медицинской этики, когда пациенту не сообщают, например, правильный диагноз, 3) необходимость "спасти лицо" в случае ошибочного предварительного диагноза. Эти причины, как можно видеть, соответствуют всем трем типам имплицитных речевых действий: манипулятивным, конвенциональным и парирующим.

Применительно к директивным речевым актам имплицитные действия выражаются в широком диапазоне своих конкретных проявлений, при этом следует отметить, что сам тип речевого действия допускает значительную вариативность выражения, например, оборонительное действие является таковым по своей базовой интенции (говорящий хочет спасти свое лицо), но он может это делать различными способами с различной мерой психологического давления на адресата (в медицинском дискурсе — на пациента), в ряде случаев оборонительное речевое действие превращается в вербальную агрессию.

Имплицитные директивные речевые действия соотносятся с двумя классами эксплицитных речевых актов — директивами и недирективами, т.е. косвенное воздействие на адресата осуществляется либо под видом воздействия в иной тональности, либо под видом информирования, обязательства, выражения эмоций и т.д. Наиболее типичным видом такого соотношения (имплицитной диады) является выражение категоричного директива в форме просьбы: "Пожалуйста, повтори за мной". В зависимости от серьезности заболевания в медицинском дискурсе запрет может вариативно выражаться как эксплицитно, так и имплицитно — в виде совета, рекомендации, просьбы ("Я Вас прошу ограничить употребление алкоголя"). Если построить модель соотношения между разновидностями директивных речевых действий в их эксплицитной и имплицитной формах выражения, то выясняется, что имплицитные диады в ряде случаев бывают обратимыми и необратимыми. Например, рекомендация может быть выражена как просьба, и наоборот. Вместе с тем приказ может быть выражен как просьба, но обратное вряд ли возможно. Соотношение между имплицитными директивами и недирективами также распадается на два типа: 1) имплицитный директив — эксплицитный простой недиректив, например, информатив ("Недавно появилось в продаже очень хорошее импортное средство..." — подразумевается: "Я рекомендую вам приобрести это средство"); 2) имплицитный директив — эксплицитный сложный недиректив, включающий эксплицитный и имплицитный недирективы, например: "Некоторые пациенты, к сожалению, перестают принимать это лекарство, считая, что их самочувствие улучшилось, и тогда наступает резкое ухудшение состояния" — подразумевается: "Вам будет плохо, если Вы перестанете принимать это лекарство" (скрытая угроза как вид имплицитного комиссива) и "Я рекомендую вам продолжать принимать лекарство" (скрытый выводимый директив).

Важной характеристикой категоричных первичных прямых директивов является их зависимость от пропозиционального содержания того действия, на которое и направлена интенция говорящего (т.е. то, чего хочет достичь говорящий). Например, "Отправьте письмо в Саратов" может быть

распоряжением либо просьбой (в последнем случае необходимы дополнительные показатели вежливости — соответствующая интонация, этикетные слова), “Возьми пряник к чаю” — выражением инструктивного желания, “Не скучай!” — выражением экспрессивного пожелания.

Существенным признаком директива является статусное соотношение участников общения: вышестоящий отдает приказы, нижестоящий и равный обращаются с просьбой. Просьба со стороны вышестоящего обычно является вежливой формой приказа. Именно поэтому высказывание “Дай мне дневник” в устах учителя является приказом, а в устах одноклассника — просьбой.

Некатегоричные директивы являются более сложным образованием по сравнению с категоричными, поскольку говорящий в силу разных причин пытается снизить степень оказания прямого воздействия на адресата. Суть дела от этого не меняется: назначение этих речевых актов — добиться выполнения желаемого положения дел. Некатегоричность — это способ облегчения коммуникации, этикетная характеристика действия, которое должно достичь цели оптимальным способом. При категоричных директивах позиция адресата не принимается во внимание, при некатегоричных — учитывается. Некатегоричные речевые действия реализуют требования коммуникативного постулата вежливости, по Дж. Личу (Leach, 1983).

Вежливость как универсальный принцип человеческого поведения представляет собой поддержание оптимальной благоприятной коммуникативной тональности в общении, предполагающем, что такая тональность может находиться под угрозой. В исследовании П.Браун и С.Левинсона (Brown, Levinson, 1987) выделяются две глобальные стратегии речевого поведения: поведение в условиях угрозы “потерять лицо” (самоуважение) и вне таких условий. Первая стратегия реализуется в трех базовых коммуникативных моделях поведения: 1) позитивная вежливость, 2) негативная вежливость, 3) камуфлирование (намеренная неопределенность выражения интенций). Вторая стратегия реализуется в двух основных моделях поведения: 1) обиходное общение на сокращенной дистанции, 2) конвенциональные стереотипы общения в жестко заданных ситуациях

(например, “На помощь!”, “Берегите голову”, “Войдите!”). Позитивная вежливость предполагает открытое выражение дружеского отношения к адресату и основана на убеждении в том, что адресат с радостью выполнит любую просьбу говорящего. Негативная вежливость дает возможность адресату отказаться, говорящий учитывает вероятность того, что его просьба может представить неудобство адресату, и стремится ничем не ограничить свободу своего коммуникативного партнера. Камуфлирование представляет собой коммуникативную позицию человека, который осознает и остро переживает возможность потери своего лица в общении с адресатом и при этом стремится сохранить прежде всего свое собственное самоуважение, а не лицо коммуникативного партнера, отсюда вытекают такие речевые акты, как намек, уклонение от ответа, перевод общения в иное русло.

Некатегоричность и вежливость связаны, но не тождественны. Некатегоричность высказывания обусловлена не только стремлением говорящего снизить степень прямого воздействия на адресата, но и рядом других причин: неуверенностью в истинности сообщаемого, личностными характеристиками говорящего, особенностями коммуникативной ситуации.

Внутренний оценочный знак директивного речевого действия может быть, как и любой оценочный знак, маркированным (положительным либо отрицательным) или нейтральным. Маркированный положительный знак директива объясняется через выявление мотивации говорящего: “Я хочу, чтобы ты сделал то-то, потому что это будет для тебя благом”. Сюда относятся советы и рекомендации. Маркированный отрицательный знак директива направлен не в сторону перспективы действия, а ретроспективно и призван прояснить причину такого действия: “Я хочу, чтобы ты сделал это (не делал этого), понимая, что тебе это неприятно, потому что ты сделал нечто плохое”. Сюда относятся комплексные речевые действия (порицания, выговоры, наказания и т.д.), соединяющие в себе выражение эмоций и оказание воздействия на адресата. Маркированный оценочный знак директива выводит адресата на передний план речевого действия, поскольку с позиций здравого смысла любое действие признается нормальным, если оно необходимо или желательно для субъекта действия (утилитарная

значимость), а подчеркивание желательности действия не для субъекта, а для другого человека (обычно для адресата) превращает директив в маркированный оценочный речевой акт. Если же направленности действия на благо адресата нет, то мы говорим об оценочно-нейтральном директиве.

Оценочно-нейтральные директивы распадаются на два подкласса: 1) эгоцентрические (подразумевающие благо для отправителя речи, например, просьбы) и 2) процедурные (фокусирующие внимание на последовательности действий, а не на участниках коммуникативной ситуации, например, рецепты).

Помимо внутреннего оценочного знака речевые действия могут характеризоваться и внешней оценочной квалификацией. В этом случае происходит перемещение действия на своеобразный мета-уровень представления: “Я оцениваю положительно (отрицательно) то, что кто-либо побуждает кого-либо совершить (не совершать) то-то”. Такие речевые действия являются по своей природе констатациями с экспрессивным дополнением. Для изучения директивов они интересны в той мере, что показывают социальную значимость определенных косвенных побудительных действий, например, “подстрекать”, “убеждать”, “уговаривать” и т.д.

Как отмечает В.И.Карасик (1992), теория речевых актов позволяет выделить характеристики ситуаций общения: информативность / неинформативность, официальность / неофициальность общения, зависимость / независимость автора от адресата и наоборот, постоянный / переменный статус говорящего и адресата, констативная / перформативная ситуация, эксплицитная / имплицитная перформативность, эмоциональное / рациональное воздействие на адресата и др. Эти характеристики относятся также и к ситуациям статусного неравенства.

С точки зрения статусных отношений коммуникантов, речевые акты могут быть разделены на два класса: статусно-маркированные и статусно-нейтральные (Карасик, 1992). К статусно-нейтральным речевым актам относятся констативы (утверждения), нарративы (повествования), дескриптивы (описания), к статусно-маркированным — инъюнктивы

(приказы, требования), реквестивы (просьбы, мольбы), инструктивы (предписания, запреты) и др. Статусно-маркированные речевые акты могут быть далее разделены на статусно-фиксированные и статусно-лабильные речевые акты, к первым относятся речевые акты с заданной позицией адресата (директивы, реквестивы, пермиссивы), ко вторым — речевые акты с переменным статусным вектором, т.е. те акты, в которых статусный вектор зависит от ситуации общения (вокативы, комиссивы, экспрессивы). Статусно-фиксированные речевые акты в зависимости от статусного вектора разделяются на речевые акты с нисходящим и восходящим статусным вектором говорящего (адресанта), а именно — директивы и реквестивы.

Данная модель усложняется с учетом косвенных или транспонированных речевых актов, например, приказ в виде просьбы, упрек в виде благодарности и т.д. Транспонированные речевые акты представляют собой распространенные этикетно-закрепленные формы общения (Гурочкина, Давыдова, 1990, с.48). В некоторых сообществах транспонированные речевые акты существенным образом ограничивают спонтанную речь говорящего: у индейцев оджибва не принято вербально выражать просьбу, адресат должен догадаться об этом сам. Поэтому определенные темы в разговоре избегаются, чтобы не возникло предположение о просьбе (Hymes, 1986, с.55).

В основе речевого акта лежит интенция говорящего, т.е. желание, для реализации которого будут предприняты определенные шаги. Интенция может быть манифестируемая (проявляемая) и латентная (скрытая). Латентная интенция, как пишет О.Г.Почепцов (1986, с.74, 82), лингвистическому анализу не поддается, а манифестируемая интенция может быть заданной и выводимой. Косвенные речевые акты соотносятся с выводимой интенцией. Общение на уровне выводимого смысла всегда присутствует в нормальном человеческом взаимодействии, участники общения всегда что-то домысливают. Однако мера явно выраженного и мера подразумеваемого смысла могут выходить за рамки ожиданий адресата. Многое зависит от жанра и условий общения. Повышенное использование в речи имплицатур, выводимых смыслов, отмечает В.В.Богданов, повышает

статус говорящего в глазах адресата и статус адресата в собственных глазах: говорящий выглядит умным, разбирающимся в тонкостях речевого общения, и адресат понимает, что говорящий доверяет его догадливости. "Общение на уровне импликатур — это более престижный вид вербальной коммуникации, поэтому он широко используется среди образованной части населения, поскольку для понимания многих импликатур адресат должен располагать соответствующим уровнем интеллектуального развития" (Богданов, 1990, с.21).

Директивное речевое действие, как и каждый речевой акт, может быть измерено в функциональном и структурном отношениях. С функциональной точки зрения принципиально важно установить, частью какой более общей коммуникативной стратегии является данное речевое действие, в структурном плане нас интересует линейное строение речевого акта.

Директивы образуют класс весьма разнообразных речевых действий. В самом общем плане директив имеет следующую структуру: 1) установление контакта (фатическая коммуникация), 2) определение статусных взаимоотношений (обычно невербальная операция), 3) объяснение директива, 4) собственно директив, 5) взятие на себя обязательств (комиссив), 6) реакция адресата на директив.

В лингвистической литературе предложена модель речевого акта просьбы. Реализация речевого акта включает несколько коммуникативных ходов, например: 1) начало разговора, 2) обращение, 3) просьба о просьбе ("Нельзя ли обратиться к Вам с просьбой?"), 4) мотивировка просьбы, 5) собственно просьба (Rintell, 1981, с.19). Типовые компоненты речевого акта не равноценны: ядро речевого действия составляет собственно просьба, начало разговора и обращение представляют собой фатическую коммуникацию, а просьба о просьбе и мотивировка являются дополнительными компонентами собственно просьбы. Дополнительные компоненты реализуются в условиях, осложняющих общение (различие в статусе коммуникантов, недостаточное знакомство, осложненные личные отношения и т.д.). Обращение с просьбой к людям, старшим по возрасту, обычно включает развернутое обоснование просьбы, уважительную формулу

вокатива, уважительную форму начала разговора (обычно в виде извинения) и вежливое оформление просьбы о просьбе (У меня к Вам есть просьба; Можно ли обратиться к Вам с просьбой?). Обращение старших к младшим характеризуется вежливостью, но в меньшей степени, обращение младших к младшим обычно содержит минимум дополнительных компонентов просьбы. В ином исследовательском ракурсе речевой акт просьбы разворачивается как трехчастное образование: 1) привлечение внимания, 2) вспомогательные ходы и 3) собственно просьба. Вспомогательные ходы включают поддержание контакта ("Вы сейчас очень заняты?"), просьбу о просьбе ("Не могли бы Вы мне помочь?"), обоснование просьбы ("Я пропустил занятия вчера, нельзя ли мне взять у Вас до завтра текст лекции?"), обещания или угрозы ("Я завтра же верну разработку" или "Иначе мне придется обратиться к другому преподавателю") (Blum-Kulka et al., 1989, с.17).

Речевой акт извинения интересен тем, пишет Э.Гоффман, что человек, совершивший проступок и признающийся в своей вине, как бы играет две роли одновременно: виноватого и осуждающего самого себя. В речевом акте извинения выделяются пять типовых компонентов: 1) выражение огорчения, 2) признание своей вины, 3) самоосуждение, 4) обещание исправиться, 5) предложение компенсировать ущерб (Goffman, 1972, с.144). В иной трактовке компоненты извинения выглядят как 1) собственно извинение, 2) объяснение причины, 3) признание ответственности, 4) предложение компенсировать ущерб, 5) обещание исправиться (Cohen et al., 1986, с.52). Чем больше дистанция между участниками общения, тем более вероятно использование развернутой схемы извинения с приведением причин, признанием ответственности и — в определенных обстоятельствах — обещанием вести себя лучше. Предложение компенсировать ущерб, однако, нейтрализует статусное различие.

Интересен речевой акт совета: тот, кто советует, ситуативно наделен статусом вышестоящего; тот, кому дается совет, находится в затруднительном положении; советующий выражает положительное отношение к тому, кто нуждается в совете (Hudson, 1990, с.286). Пересечение названных условий речевого акта совета заставляет говорящего избегать

категоричности в суждениях, подчеркивать свою субъективную, личную точку зрения и общаться с партнером как бы на равных, намеренно игнорируя статусное различие. Тот, к кому обращен совет, вынужден примириться с ролью нижестоящего, обязан согласиться с констатирующей частью совета (т.е. признать долю своей вины или неумения справиться с обстоятельствами) и должен прореагировать на рекомендательную часть совета.

Рассмотрим структуру речевого акта медицинской рекомендации.

Родитель (Р): Так, я понимаю. Нам нужно заниматься дома...

Логопед (Л): Да, ежедневно, не менее четырех раз в день. Заниматься с ребенком нужно не более 10-15 минут — дальше ребенок не может сконцентрировать свое внимание, наступает повышенная утомляемость.

Р.: Ммм (кивает).

Л.: Занятия нужно начинать с общей артикуляционной гимнастики. Затем переходить к гимнастике на конкретный звук, для вас это звук Ш.

Р.: Ммм (кивает).

Л.: Затем нужно произносить этот звук в слогах: ша-ша-ша, шу-шу-шу... Понимаете?

Р.: Да. В сколько раз повторять слоги?

Л.: Не менее пяти раз каждый слог. Каждый слог нужно произносить длительно, удлинять произношение согласного звука, например: шшшаа...

Р.: Ммм (кивает).

Л.: Затем переходим к произношению звука Ш в начале слова: шуба, шапка, шары... Работаем обязательно по альбому (Примечание: логопедический альбом — это набор дидактического материала на конкретные звуки: картинки с обозначением предметов, в название которых входит тренируемый звук в различных позициях, подписи к картинкам — слова, словосочетания и короткие предложения, рифмовки; эти альбомы по заданию логопеда делают родители тех детей, у которых есть определенная патология речи).

Р.: Да она такая капризная, не хочет повторять несколько раз...

Л.: Вы должны заинтересовать ребенка. (Обращаясь к девочке) Если ты будешь плохо заниматься и не будешь слушаться бабушку, тебе Дед Мороз ничего не принесет на Новый Год. Ты ведь хочешь получить подарок?

Девочка (Д): Хочу (Кивает).

Л.: Вот, мы произносим звук Ш в начале слова и повторяем каждое слово несколько раз. Ты же умная девочка, у тебя все получится!

Р.: Спасибо. Когда нам приходиться в следующий раз?

Л.: Сейчас, минутку (смотрит в журнал). В следующий раз мы с вами встречаемся в четверг, в 15.00.

(Скрипт №94).

Рекомендация по своей сути представляет собой ответное, реактивное речевое действие. Стимулирующей репликой для рекомендации является просьба или жалоба пациента. В приведенном примере стимулирующая реплика пациента (в данном случае — это бабушка, пришедшая к логопеду с внучкой) представляет собой повторение высказывания логопеда. Это повторение выполняет две функции: 1) демонстрация того, что предшествующая реплика партнера была понята правильно, 2) имплицитная просьба растолковать процедуру занятия с ребенком.

С этого момента и начинается речевое действие "рекомендация". Все высказывания логопеда — от начала рекомендации до ее завершения — представляют собой инструктивное разъяснение последовательности заданий. В приведенном примере рекомендация дана в ее естественном диалогическом выражении. Участниками диалога являются логопед, родитель и ребенок. Коммуникативная инициатива в этом речевом действии принадлежит логопеду как агенту институционального дискурса. Родитель (и ребенок) играют роль пассивного слушателя, их основная задача — показать, что они внимательно слушают и будут выполнять данную рекомендацию.

Рекомендация логопеда строится в модальности долженствования (вам нужно, следует, вы должны). В приведенном примере отсутствует ситуация выбора, поэтому и нет фразы типа "Я бы посоветовала вам..." Данная рекомендация директивна по своей сути. Основное содержание рекомендации — инструктивное разъяснение последовательности действий.

Рекомендация предполагает наличие вопросов со стороны пациента по ходу общения. В приведенном фрагменте уточняется одна из характеристик задания. Логопед не только дает указание (собственно директив), но и приводит конкретные иллюстративные примеры. Рекомендация логопеда включает объяснение директива (в данном примере — двойное объяснение: заниматься нужно не более 10-15 минут, поскольку 1) ребенок не может сконцентрироваться, 2) наступает повышенная утомляемость). Обратим внимание на типичные в медико-педагогическом дискурсе тавтологические реплики в речи логопеда. Эти повторы нельзя квалифицировать как речевые ошибки, их назначение — 1) суггестивное воздействие на психику пациента, 2) демонстрация институционального статусного неравенства участников логопедического дискурса.

Приведенный скрипт интересен тем, что включает в текст рекомендации вторичную стимулирующую реплику со стороны пациента — жалобу. В ответ на эту жалобу со стороны родителя логопед дает общий директивный ответ ("Вы должны заинтересовать ребенка"), моментально перестраивает стратегию рекомендации как речевого жанра и обращается к маленькому пациенту с речевым актом комиссива — кондиционального предупреждения (Если не будет А, то не будет Б). Это предупреждение завершается вопросом, стимулирующим волеизъявление адресата. Получив утвердительный ответ, логопед хвалит ребенка (экспрессивная декларация, выступающая как стимул для вывода: "Ты ведь умная девочка, у тебя все получится!" — "Поэтому ты должна терпеливо заниматься постановкой звука").

Рекомендация завершается благодарностью адресата и его переходом к следующему речевому действию: уточнению времени следующей встречи.

Таким образом, рекомендация представляет собой развернутое выражение волеизъявления говорящего в ответ на вопрос, содержащий подразумеваемую или выраженную констатацию неблагоприятного положения дел и просьбу помочь исправить такое положение дел. Рекомендация сводится к инструктивному перечню действий, призванных исправить неблагоприятную ситуацию, и (факультативно) объяснению этих

действий. Завершением рекомендации является речевое действие благодарности (этикетный речевой акт — экспрессив).

Речевой акт рекомендации может включать связанные с ним и нейтральные по отношению к нему речевые действия. К связанным речевым действиям мы относим гомогенные и гетерогенные речевые акты (применительно к рекомендации гомогенными являются другие директивы, например, запреты, а гетерогенными — недирективные речевые действия, например, комиссивы и экспрессивы). Нейтральные речевые акты в составе рекомендаций — это естественные инородные включения в устном дискурсе (например, ответ на телефонный звонок во время приема пациента, вызов к главному врачу, приветствие заглянувшему в кабинет коллеге и т.д.). На наш взгляд, нейтральные речевые акты в составе рекомендаций (и других речевых действий) возможны только в спонтанном устном дискурсе. В письменном дискурсе, который подвергается редактированию, эти речевые действия не представлены. В реальном общении мы сталкиваемся с ансамблем речевых действий, в составе которого можно выделить ведущую интенцию (отсюда и ведущий речевой акт) и сопутствующие, органически и окказионально связанные с ним другие речевые акты.

Рекомендация органически связана со следующими гомогенными речевыми действиями: совет, просьба, инструкция, рецепт, запрет, разрешение. С рекомендацией органически комбинируются такие гетерогенные по отношению к директивам речевые акты, как 1) декларативы — констатации, описания, повествования, 2) комиссивы — обещания, гарантии, предупреждения, 3) экспрессивы — благодарности, извинения, обращения, упреки, сожаления, порицания. Определенные речевые действия не сочетаются с рекомендацией в силу того, что рекомендация представляет собой типичное институциональное действие, реализуется в официальной обстановке и не относится к ритуальным действиям. Например, с рекомендацией несовместимы комиссивы — клятвы, держание пари, обеты; категорические директивы — приказы, команды, требования.

Фатическая часть институциональной рекомендации заслуживает особого внимания. В лингвистической литературе фатическая коммуникация охарактеризована достаточно детально в специальных исследованиях (Драздаускене, 1970; Дементьев, 1999; Азнабаева, Чанышева, 1990). В целом понимание этого компонента общения не вызывает споров у специалистов: фатическое общение трактуется как установление и обеспечение контакта, поэтому применительно к типичным случаям фатической коммуникации говорят о фазах начала и завершения диалога и о сигналах поддержания внимания в диалоге. Спорным является вопрос о границах этого типа общения с позиций категории информативности. В самом узком плане фатическое общение сводится к формальным знакам начала и окончания общения и сигналам (большой частью невербальным) нормального поддержания общения (внимательный взгляд, кивок, доброжелательная мимика, а так же фразы типа: "Да, да", "Конечно", "Что ты говоришь!"). В более широком плане к фатике относят всю информацию, не касающуюся передачи некоторого экстралингвистического содержания, т.е. дополнительную информацию о складывающихся статусных и личностных оценках и самооценках участников диалога в ходе этого диалога. В данной работе мы разделяем широкий подход к фатике, детально обоснованный в работе В.В.Дементьева (1999). Главным достоинством этого подхода является признание того положения, что фатическое общение — это не только формальное осуществление контакта, но и содержательная характеристика дискурса. Моделируя жанры фатического общения, В.В.Дементьев строит их типологию на основании двух признаков: степень косвенности и оценочная динамика отношений (от унисона до диссонанса). Соответственно выделяются фатические жанры эксплицитного улучшения и ухудшения отношений (разговоры по душам, признания, исповеди, с одной стороны, и выяснения отношений, ссоры, оскорбления, с другой), имплицитного улучшения и ухудшения отношений (флирт и шутка, с одной стороны, и ирония, издевка, розыгрыш, с другой) и поддержания отношений в точке баланса (праздноречевые жанры, светский разговор ни о чем). Такая типология полностью отвечает специфике общения между хорошо

знакомыми людьми или людьми в ситуации неформального общения. Ситуация институционального общения требует, на наш взгляд, иного обоснования для типологического моделирования.

На наш взгляд, системообразующими признаками институционального фатического общения являются признаки статусного подтверждения и степени косвенности коммуникации. Всем своим поведением представитель института должен сигнализировать своему партнеру по общению, не являющемуся агентом института, следующую информацию: "У меня есть право представлять нашу социальную группу, есть особые знания, есть система ценностей и особые знаки принадлежности к этой группе". В общении логопеда с родителями пациента в качестве аксиомы признается статусное неравноправие коммуникантов. Логопедический дискурс, как показано выше, характеризуется органическим объединением характеристик педагогического и медицинского дискурса. В этом смысле и учитель, и врач выступают в качестве вышестоящих по отношению к ученику и пациенту. Косвенность институционального общения состоит, на наш взгляд, в том, что его агент стремится отчасти нейтрализовать исходные отношения неравенства и дополнить их личностными обертонами общения. Вместе с тем косвенность общения в институциональном плане определяется тем, что агент (логопед) использует систему конвенциональных знаков подтверждения своего статуса: он приглашает пациента с родителем войти в кабинет, сесть, держит коммуникативную инициативу, задает вопросы для создания нормальной рабочей обстановки, может пошутить для снятия напряжения, дает сигналы окончания приема. Отметим, что родители пациента задают принципиально содержательные вопросы в рамках институционального дискурса (личные вопросы к учителю и врачу считаются социально неприемлемыми), в то время как логопед имеет право задавать как содержательные, так и фатические вопросы.

Статусное подтверждение (саморепрезентация) логопеда реализуется посредством следующих невербальных и вербальных знаков: 1) медицинская униформа, если логопед работает в лечебном учреждении, 2) контролируемая мимика и жестикация человека, который играет социальную роль эксперта,

3) интонационная тональность, присущая данной роли, 4) использование терминов и профессионализмов в речи, 5) отчетливое тщательное проговаривание и правильная артикуляция не только слов и фраз из логопедических упражнений, но и речи в целом.

2.2. Коммуникативные стратегии логопедической рекомендации

Вопрос о стратегиях логопедической рекомендации представляется нам дискуссионным. С одной стороны, стратегии в рамках любого типа и жанра речи являются необходимым компонентом общения. С другой стороны, о стратегиях говорят применительно к дискурсу или его типам в целом, оставляя за разновидностями дискурса понятие "коммуникативные тактики". Стратегии общения представляют собой "цепочку решений говорящего, его выбор определенных коммуникативных действий и языковых средств", либо "реализацию набора целей в структуре общения" (Макаров, 1998, с.137). Стратегии общения в самом широком плане определяются, по мнению А.А.Романова (Цит. по: Макаров, 1998, с.138), как "тип или линия поведения одного из коммуникантов в конкретной ситуации общения, которые соотносятся с планом достижения преимущественно глобальных (а иногда и локальных) коммуникативных целей в рамках всего сценария функционально-семантической репрезентации интерактивного типа". Иначе говоря, стратегии общения прямо соотносятся с интенциями коммуникантов, если интенции носят глобальный характер, то имеются в виду собственно стратегии дискурса, внутренне присущие ему (например, на этом основании выделяются объясняющая, оценивающая, контролирующая, содействующая и организующая стратегии в педагогическом дискурсе — см. Карасик, 1999, с.7). Если же речь идет о достижении частных целей в рамках того или иного жанра определенного типа дискурса, то говорят либо о локальных стратегиях, либо о коммуникативных тактиках.

В ином ключе соотношение коммуникативных стратегий и тактик прослеживается в понимании тех лингвистов, которые соотносят стратегии с прагматикой общения, т.е. достижением определенных коммуникативных

целей, а тактики — с языковым (или риторическим) наполнением коммуникативных ходов (Гойхман, Надеина, 1997, с.208). Такое понимание различия между стратегиями и тактиками общения представляет собой неявное дополнение к известной дихотомии глубинных и поверхностных структур высказывания, по Н.Хомскому.

М.Л.Макаров (1998, с.138) убедительно доказывает, что в современной прагмалингвистике понятие коммуникативных стратегий обнаруживает весьма широкую вариативность в работах различных ученых: говорят о стратегиях связности текста, пропозициональных, продукционных стратегиях, а вместе с тем и о сценарных, стилистических стратегиях. Сюда же относятся эмотивные стратегии в поэтическом тексте и аргументирующие в научном.

Заслуживает внимания монографическое исследование О.С.Иссерс (1999), специально посвященное коммуникативным стратегиям и тактикам русской речи. В самом общем плане автор определяет стратегию как комплекс речевых действий, направленных на достижение определенной цели. Отмечается, что стратегии как разновидность человеческой деятельности имеют глубинную связь с мотивами, управляющими речевым поведением личности, и явную, наблюдаемую связь с потребностями и желаниями (Иссерс, 1999, с.57). К числу наиболее существенных мотивов человеческого поведения автор относит желание быть эффективным (т.е. реализовать интенцию) и необходимость приспособиться к ситуации. Эти мотивы являются первичными, но не единственными в общении. К числу вторичных целей общения, по мнению Дж.Дилларда и его соавторов (цит. по: Иссерс, 1999, с.58-59), относятся цели, связанные с самовыражением (*identity goals*), с эффективным взаимодействием коммуникантов (*interaction goals*), со стремлением говорящего сохранить и приумножить значимые для него ценности (*resource goals*), с желанием говорящего избежать отрицательных эмоций (*arousal management goals*). Первичные цели общения лежат в основе коммуникативного процесса, вторичные определяют выбор речевого материала и тип речевого поведения. Важно отметить то обстоятельство, что коммуникативные стратегии говорящего и слушающего могут совпадать и

различаться, при этом участники общения неизбежно меняются своими коммуникативными ролями в диалоге, поэтому более точным было бы обозначение участников общения как коммуникативных партнеров, если мы не сталкиваемся с намеренным или помимовольным нарушением принципа кооперации в общении.

О.С.Иссерс строит типологию коммуникативных стратегий, базирующуюся на наиболее значимой для говорящего иерархии мотивов и целей, и включающую также вспомогательные стратегии, способствующие эффективному ведению диалога. Основной стратегией признается семантическая (когнитивная), например, дискредитация третьего лица или подчинение партнера, вспомогательными — прагматическая (построение имиджа, формирование эмоционального настроения), диалоговая (контроль над темой, контроль над инициативой), риторическая (привлечение внимания, драматизация) (Иссерс, 1999, с.108).

Рассматриваемая типология представляется весьма обоснованной, вместе с тем, на наш взгляд, типология стратегий того или иного типа институционального дискурса либо его жанра должна включать соответствующие социальному институту мотивы и цели. В таком случае анализ стратегий дискурса становится не только прагмалингвистическим, но и социалингвистическим. Понятия "мотив" и "цель" детально разработаны психологии и в полной мере применимы к анализу личностно-ориентированного дискурса. Цели в реальном общении формулируются и осознаются достаточно редко, это происходит только в случае подготовленной речи, а такая речь не совсем отвечает требованиям естественного диалога. Не случайно Гадамер говорил, что планируемый диалог есть фикция, мы вступаем в реальный диалог, имея лишь общее смутное представление о его возможном развитии. К институциональному же общению цели коммуникации имеют прямое отношение: агенты и клиенты этого дискурса вполне отдают себе отчет в том, зачем они ведут общение. Образцом институционального дискурса, доведенного до экстремальных границ общения между индивидуумом и представителем государства, является допрос. Именно в рамках институционального общения

выстраиваются общие и частные цели, продумываются приемы оптимального воздействия на получателя речи, развиваются риторические приемы (это относится к политическому, рекламному, религиозному, юридическому и педагогическому дискурсу). Правомерно ли говорить о мотивах институционального дискурса, т.е. о неосознаваемых явно движущих силах такого общения?

В соответствии с нашим пониманием социального института важнейшим коммуникативным мотивом участников институционального дискурса является сохранение и укрепление этого института, т.е. символическое закрепление статусно-ролевых отношений и присущих этим отношениям знаков. В педагогическом дискурсе представляется обоснованным говорить о системообразующей функции стратегии социализации, предполагающей признание необходимости передачи ценностей, знаний и стереотипов поведения новым членам общества, в медицинском дискурсе — об аналогичной функции стратегии оказания квалифицированной помощи больному человеку. Логопедический дискурс, как было показано выше, занимает промежуточное место между медицинским дискурсом, с точки зрения цели общения, и педагогическим дискурсом, с точки зрения способов реализации этой цели. В этом смысле мотивы коммуникации в логопедическом дискурсе сводятся к поддержанию заданных обществом статусных отношений и принципиально не отличаются от мотивов общения в любом другом типе дискурса, типичными участниками которого являются носитель особых знаний и полномочий, с одной стороны, и человек, обращающийся к нему для решения своих проблем, с другой. Такое обращение не всегда совпадает с желанием индивидуума: его могут вызвать в суд по повестке, его заставляют родители идти в школу, его вынуждает болезнь обратиться к врачу.

Внутри того или иного типа дискурса выделяются определенные жанры. Ведя общение в рамках этих жанров, коммуникант ставит перед собой определенные цели. Каковы цели логопедической рекомендации? На наш взгляд, цель рекомендации логопеда в общем и целом состоит в том, чтобы объяснить родителю пациента, как следует вести домашние занятия с

ребенком, страдающим нарушениями речи. Эта цель конкретизируется в более частных целях: 1) объяснить, в чем состоит суть дефекта произношения у ребенка с учетом образования родителей, 2) продемонстрировать родителям упражнения на выработку правильного произношения и зафиксировать их внимание на существенных моментах, влияющих на эффективность домашних занятий, 3) убедить родителей и ребенка в успехе лечения при условии систематических занятий с логопедом и в домашней обстановке, 4) предупредить родителей и ребенка о возможных трудностях при проведении домашних занятий и о возможном ухудшении ситуации, если занятия проводиться не будут, 5) дать родителям пациента детальную инструкцию для проведения домашних занятий, снабдить их необходимым инструментарием (например, это специальный альбом с картинками и подписями, включающими слова и словоформы с тренируемыми звуками). Эти цели и составляют суть стратегий в рамках логопедической рекомендации. Соответствующие стратегии могут быть обозначены как **причинно-объясняющая, демонстративно-комментирующая, конструктивно-убеждающая, превентивно-убеждающая, инструктирующая**. Разумеется, эти обозначения являются условными, но они отражают существенные характеристики общения логопеда с родителями пациента в рамках рекомендации. Нетрудно заметить, что выделенные нами стратегии логопедической рекомендации в значительной мере пересекаются со стратегиями педагогического дискурса, прежде всего с объясняющей стратегией. Каждая из выделенных стратегий обнаруживает вариативность как в плане коммуникативного поведения, так и в собственно языковом инвентаре тех средств, которыми пользуются в каждом конкретном случае логопедической рекомендации логопед и его пациенты.

Может возникнуть вопрос: в какой мере правомерно говорить о выделенных стратегиях в рамках именно логопедической рекомендации, если логопед прибегает к соответствующим речевым действиям и коммуникативным ходам в процессе занятий с ребенком, страдающим нарушениями речи, т.е. в рамках иного жанра логопедического дискурса. Этот вопрос носит более общий характер применительно к теории речевых

жанров. На наш взгляд, определенные стратегии и тактики частных жанров того или иного институционального дискурса могут и должны пересекаться (например, при объяснении могут быть элементы оценки, в ходе упражнений — элементы объяснения и т.д.). Специфика жанра состоит не только в его системообразующей интенции (мотивы и цели в таком случае разграничить трудно), но в специфической комбинации интенций, в интенциональной структуре жанра.

Приведем пример интенциональной структуры логопедической рекомендации с выделением обозначенных выше стратегий. Поскольку рекомендация как жанр логопедического дискурса обычно пронизывает этот тип дискурса, представляется уместным привести весь скрипт и прокомментировать те его фрагменты, которые полностью относятся к рекомендации. Комментарий приводится в фигурных скобках.

Л. Заходите, пожалуйста. Здравствуйте! Садитесь, пожалуйста.

Р. Здравствуйте!

Л. (Обращаясь к девочке) Сядь, пожалуйста, ровнее.

Л. У тебя должен вибрировать кончик языка. Так мы с тобой говорили? Мы с тобой выработывали упражнение на длительность вибрации, да? Покажи, как ты можешь вибрировать кончиком языка.

Д. Р-р-р.

Л. Теперь ты покажешь, как ты можешь произнести слоги.

Д. Т-р-а.

Л. Мы с тобой попробуем — попробуем "Р" в начале слова. Рр-ак.

Д. Рр-ак.

Л. И так мы с тобой будем пробовать каждое слово. Понятно? Смотри, еще раз. Рр-ак. Значит, не спеши. Поняла?

Л. Рры — ррыба.

Л. Ты видишь, что у тебя получается? Сама чувствуешь, что у тебя получается?

Л. Значит, мы сейчас с ней начали закреплять звук "Р" в начале слова. Мы с вами сначала сделали всю артикуляционную гимнастику, мы ее оставляем, обязательно, перед каждым занятием всю общую

артикуляционную гимнастику. {Логопед объясняет родителю пациента, на что следует обратить внимание в ходе домашних занятий}.

Р. Ммм.

Л. Сейчас мы это запишем с вами домашнее задание. Вот. Затем — я хочу вам это еще раз повторить — гимнастику на звук "Р", как мы делали, гимнастику на длительность вибрации. {Этот фрагмент рекомендации представляет собой детальную инструкцию.}

Р. Ммм.

Л. Затем с гласным звуком "Р", то есть по слогам. Это обязательно.

Р. Роозы?

Л. Да, да. И затем начинаем в начале слова. Но перед каждым словом мы сначала произносим первый слог этого слова, потому что ей говорить сразу, вы видите, тяжело. Если она говорит сразу, у нее язык падает с верхних альвеол и тем самым начинается горловой звук. Понимаете, у нас же не отсутствует звук "Р", у нас патология этого звука, у нас горловой звук, и как только мы теряем контроль над кончиком языка, т.е. над вибрацией, у нас сразу идет горловой звук. Нам ни в коем случае нельзя делать по-другому. Ясно, да? {В данном фрагменте реализуются инструктирующая, причинно-объясняющая и превентивно-убеждающая стратегии}.

Р. Ясно.

Л. Хорошо. Значит, пожалуйста, до слова "рога", ясно? Ты запомнишь? Надя, ты запомнишь? Так. И в четверг мы обязательно с вами встречаемся. Мы теперь встречаемся с вами два раза в неделю, чтобы нам закрепить каждое занятие.

Л. Записываем теперь домашнее задание, теперь я вам продублирую то, что я вам сказала. Первое. Артикуляционная гимнастика, общая, вся.

Р. Общая.

Л. Гимнастика на звук "Р". То есть эта гимнастика должна заключаться в главном — в выработке длительной вибрации. Это ясно, что такое, да?

Р. Ммм. Язычок у нее должен закрепиться.

Л. Да. Затем, третье, "Р" в слогах, закрепление звука "Р" в слогах, и затем в начале слова.

Р. И в начале.

Л. Я вам дам альбомы, чтобы вам не делать, не тратить время, это чужой альбом.

Р. Ммм.

Л. Только я вас прошу, пожалуйста, аккуратно заверните, потому что это чужой альбом. Я хочу сэкономить ваше время.

Л. Значит, в четверг, в районе после двух. С двух до четырех.

Р. Хорошо, до шестнадцати.

Л. Хорошо. Молодец, я тебя прошу все время заниматься. Теперь, мне необходимо следующее от вас: раз вы уже выработали правильное произношение этого звука, у вас правильная вибрация, теперь мне нужно, чтобы вы употребляли это в спонтанной речи. Что это значит? Это значит, что вы теперь дома должны все время контролировать, как она произносит слова со звуком "Р". Ну, допустим, она выходит, сказала она что-нибудь неправильное, вы должны ее остановить и попросить, чтобы она произнесла это правильно. Ну, например. Я вам хочу продемонстрировать. Надя, скажи, пожалуйста, что ты делала сегодня утром? {В этом фрагменте мы сталкиваемся с интересным примером конструктивно-убеждающей стратегии: логопед говорит, что положительный результат занятий возможен и достигим, частично цели выполнены, правильное произношение отдельного звука в изолированных словах установлено}.

Д. Читала.

Л. А что ты читала?

Д. Книгу.

Л. Какую?

Д. "Рассказы Сан Саныча".

Л. Хорошо. А ты телевизор смотрела сегодня?

Д. Да.

Л. А что ты смотрела?

Д. "Колодец".

Л. А вчера что ты смотрела?

Д. ВчеРа? (Примечание: Увулярный звук).

Л. Вот. Скажи правильно: вче-ра.

Д. Вче-Ра.

Л. Нет, вче-рра, кончиком.

Д. Вче-рра.

Л. Правильно. Повтори пять раз. Повтори пять раз, пожалуйста. Вче-рра.

Д. Вчерра, вчерра, вчерра, вчерра, вчерра.

Л. Вот. Ясно, да? То есть, постоянно контролировать каждое произношение этого звука. {Пример инструктирующей и демонстративно-комментирующей стратегий}.

Р. Значит, пять раз повторять.

Л. Каждое слово, которое она произносит неправильно, ей нужно для автоматизации повторить пять раз.

Л. А что ты вчера смотрела?

Д. "Ерунду".

Л. "Ерунду". Пять раз скажи.

Р. Е-ру-нду, е-ру-нду, е-ру-нду.

Л. Значит, пять раз, каждое слово, где она неправильно произносит звук "Р". Понятно, да? С сегодняшнего дня мы начинаем вот такую системную автоматизацию спонтанной речи.

Р. Ммм.

Л. Услышите, что она что-то не так говорит, останавливайте, "Надя, остановись, повтори правильно, пять раз!" Понятно? Надя, тебе понятно, что я от тебя требую сейчас? Ты уже взрослая большая девочка, сколько тебе лет сейчас?

Д. Восемь.

Л. Восемь лет, ты уже совершенно взрослая, и ты должна следить за своей речью. Поняла меня, да?

Д. Да.

Л. Хорошо, до четверга, встречаемся мы с вами в четверг.

(Скрипт №83).

В приведенном тексте скрипта осуществляется логопедическое лечение на продвинутом этапе обучения. Логопед уже осуществил диагностику, начал вести коррекцию произношения, родители получили детальные инструкции, прием у логопеда сводится к контролю результатов и рекомендациям. Именно на данном этапе рекомендация как жанр логопедического дискурса выражена наиболее явно. В данном тексте отсутствует превентивно-убеждающая стратегия рекомендации, и это не удивительно, поскольку такая стратегия необходима лишь на начальном этапе в качестве усиления воздействия врача на пациента. По своей сути превентивная стратегия представляет собой разновидность стратегий, характерных для речевого акта угрозы.

Приведем пример такой стратегии.

Р. Я была в командировке, у нас бабушка жила, и Сережа не занимался.

Л. Значит, мы тогда перестаем с вами заниматься, так как результата у нас не будет. Заниматься нужно регулярно. Только тогда будет достигнут результат, который необходим. Если я не вижу заинтересованности с Вашей стороны, давайте не будем тратить время — ни мое, ни Ваше.

Р. Извините, мы будем обязательно заниматься, к следующему занятию мы все сделаем.

Л. Давайте попробуем еще раз.

(Скрипт №17).

Логопед убеждается, что у ребенка потерян правильный навык произношения звука (Р). Это может произойти только в результате отсутствия должной тренировки. Замечание логопеда обращено к матери пациента, поскольку пятилетний ребенок не может сам спланировать свое время и провести самостоятельно занятия, он должен это осуществлять под контролем родителей. Данный акт предупреждения произвел желаемый эффект, родитель принес извинения и выразил готовность продолжать занятия.

2.3. Коммуникативная тональность логопедической рекомендации

Говоря о способах реализации того или иного жанра в рамках определенного типа институционального дискурса, нельзя не коснуться вопроса о тональности дискурса в целом и его жанров в частности. Категория тональности дискурса относится к числу спорных категорий лингвистики. С одной стороны, в науке о языке давно и детально разработаны различные аспекты категории модальности, которая в самом широком плане понимается как отношение говорящего к партнеру, обстоятельствам и содержанию высказывания, а в самом узком — как грамматическое содержание категории наклонения (оппозиция действительности и возможности с обертонами желательности и необходимости). С другой стороны, известна оригинальная модель речи в понимании Майкла Халлидея, который разграничивает поле, тональность и модус общения, при этом поле понимается как предметная область общения и включает не только тематику речи, но и всю деятельность говорящего, тональность трактуется как стиль дискурса и характеризует отношения между участниками общения в терминах старшинства, иерархии, степени знакомства, сходства и различия по личностным характеристикам, а модус рассматривается как канал общения (устный или письменный, с микрофоном или без него, с протоколированием или нет и т.д.) (Halliday, 1978, p.35).

Несмотря на определенную путаницу понятий, можно выделить общие и пересекающиеся области в этих научных конструктах, которые моделируют отношения между людьми в процессе общения. Представляется, что термин модальность уместно оставить для характеристики собственно языковых средств выражения многообразных отношений между людьми в процессе общения, эти отношения моделируются в лингвистической теории как модальная рамка высказывания. Действительно, с позиций структурной грамматики целесообразно разграничить объективное содержание высказывания, часто именуемое пропозицией, и субъективное содержание этого же высказывания. Ш.Балли (1955) называл такое противопоставление отношением "диктум — модус", например, в высказывании "Я полагаю / я уверен / я с сожалением вынужден сообщить / я рад / я боюсь / говорят, что этот человек невиновен" объективное содержание (диктум, пропозиция)

остается неизменным, в то время, как разновидности модуса обнаруживают значительную вариативность. Такая вариативность становится трудно моделируемой, если мы попытаемся учесть в определенной классификации все ее типы: нужно принять во внимание различные стили общения, эмоциональные состояния, ежеминутно меняющиеся обстоятельства общения, цели общения. Анализ этих характеристик общения составляет в значительной мере предмет прагмалингвистики.

Если мы выведем за скобки не только субъективное содержание высказывания (а ведь оно не сводится только к вербальным знакам, но включает и весь арсенал невербальных средств общения), но и модальность как собственно вербальные знаки выражения возможности, долженствования, желательности, отрицания, то нужно будет разграничить стилистику общения и его эмоциональное содержание.

С позиций стилистики общения различаются, как известно, высказывания высокого, нейтрального и низкого стиля или регистра общения. В рамках институционального дискурса с его клишированностью и тематической ограниченностью общения низкий регистр общения должен быть исключен, поэтизмы и другие способы торжественно-риторических речей, относящиеся к высокому стилю общения, также маловероятны, если не принимать во внимание определенные ритуалы в рамках политического, юридического и дипломатического дискурса. Более интересным представляется вопрос о соотношении стиля общения и коммуникативной дистанции, по Эдварду Холлу (Hall, 1969). Этот исследователь выделяет четыре типа коммуникативных дистанций — интимную, персональную, социальную и публичную — и характеризует каждую из них с точки зрения проксемики, науки о поведении людей на различных дистанциях по отношению друг к другу. Институциональный дискурс по определению исключает интимную и персональную дистанцию общения, публичная дистанция свойственна лишь некоторым его видам (педагогическому, политическому, рекламному, религиозному). С позиций институционального дискурса перспективным представляется установление градации социальной дистанции в двух направлениях: в сторону незначительного сокращения этой

дистанции, ее персонализации, и в сторону определенного ее увеличения, т.е. деперсонализации.

Персонализация общения логопеда с пациентом и его родителями не только желательна, но и неизбежна. Маленький пациент не готов к общению на социальной дистанции, а его родители обращаются к специалисту в надежде получить не только квалифицированный совет и эффективную помощь, но и сочувствие и психическую поддержку. Способы персонализации общения врача, учителя и других специалистов, работающих с людьми, весьма многообразны, это и доброжелательная улыбка, и внимательный понимающий взгляд, и фатическое общение для лучшего установления контакта, и вопросы к пациенту, не относящиеся непосредственно к диагностике, лечению и рекомендации, и разъяснение сути заболевания в понятных для адресата словах. Способы деперсонализации также используются в общении, если оно принимает нежелательное направление для агента дискурса: меняется мимика, интонация, увеличивается дистанция, речь становится более четкой, увеличивается степень вежливости, сокращаются возможные отклонения от темы беседы, используется терминология, не всегда понятная адресату. Как персонализация, так и деперсонализация представляют собой динамическое, моментально меняющееся соотношение установок, поведенческих реакций участников общения. Применительно к логопедическому дискурсу можно сказать, что выражение отрицательной оценки со стороны логопеда по отношению к родителям пациента, если они не проявляют должной настойчивости в занятиях с ребенком дома, может быть выражено двояко: с одной стороны, логопед искренне сожалеет о том, что время упущено и должного эффекта нет, т.е. переводит общение на более персональную дистанцию, с другой стороны, логопед предупреждает родителей о том, что эффективность занятий зависит прежде всего от их настойчивости и систематичности. Предупреждение варьирует от мягкого совета до официального жесткого заявления, например, об ухудшении состояния ребенка, отказе работать с ним и т.д.

Изменение социальной дистанции общения сопряжено с изменением эмоциональной окраски общения. Литература о лингвистических характеристиках эмоций весьма обширна (Шаховский, 1987), нас же интересует эмоциональная составляющая институционального дискурса.

Измерение эмоций в общении осуществляется, как известно, по следующим параметрам: 1) базовые (первичные) либо сложные (вторичные) эмоции (например, страх, голод, удовлетворение — зависть, ревность, злорадство); 2) степень интенсивности и самоконтроля эмоций (контролируемые эмоции и аффекты); 3) эмоциональный знак (положительные, отрицательные эмоции и равнодушие); 4) подлинные и имитируемые эмоции; 5) способы выражения эмоций (мимика, жестикуляция, тембр голоса, взгляд, сопровождающие речь действия, вербальные знаки). Эмоции в противоположность рациональной сфере прямо сопряжены с подсознанием человека и, значит, связаны с мотивационными механизмами поведения, которые не всегда получают адекватное объяснение даже для самого субъекта этих эмоций. Эмоции обнаруживают высокую степень вариативности в зависимости от типа темперамента, от ситуации общения, от принятых в обществе ожиданий и стереотипов поведения. На сокращенной дистанции общения между близкими людьми принято проявлять большую степень открытости эмоций, имитация эмоций не приветствуется, человек ожидает получить эмоциональный отклик. На социальной дистанции общения предполагается, что эмоции должны контролироваться, человек должен демонстрировать другим (как правило, незнакомым и малознакомым людям) вежливое дружелюбное отношение, базовые эмоции подлежат особенно жесткому самоконтролю, общение носит в значительной степени рациональный характер, отрицательные эмоции нежелательны. Высокая степень условностей в общении не требует абсолютной подлинности эмоций. Институциональный дискурс строится в значительной мере на нормах социальной дистанции общения. При этом мы разграничиваем различные типы данного дискурса с точки зрения вовлеченности личностного момента общения: в педагогическом, религиозном, рекламном, политическом дискурсе приветствуется

личностный компонент общения, который позволяет повысить эффективность воздействия говорящего на адресата (слово адресовано не абстрактному слушателю, а лично мне). Научный, юридический, дипломатический дискурс характеризуется большей отстраненностью от межличностных отношений, хотя элементы подчеркнута личного отношения к излагаемой позиции либо адресату могут проявиться в любом дискурсе. Медицинский дискурс весьма своеобразен: врач стремится продемонстрировать свою личную заинтересованность в успешном лечении больного и в то же время вынужден иметь дело с тем или иным органическим поражением, типизируемым в соответствии с имеющимся классификатором болезней.

Логопед в максимальной мере вовлечен в эмоциональный контакт с маленьким пациентом и его родителями в силу специфики возраста своих пациентов.

Весьма интересным представляется нам исследование, автор которого обсуждает обширный список разновидностей модальной тональности: "официально, серьезно, шутливо, восторженно, дружелюбно, враждебно, саркастически, недоверчиво, безразлично, пессимистически, робко, мечтательно, с грустью, пренебрежительно, надменно, агрессивно, с отвращением, настойчиво, мрачно, удивленно, взволнованно, хвастливо, с тревогой, раздраженно, с обидой, отрешенно, радостно, притворно, задумчиво, решительно, вызывающе, таинственно, грубо, испуганно, вежливо, ласково" (Багдасарян, 2000, с.95). Мы солидарны с В.И.Карасиком, считающим, что можно предъявить автору замечания по поводу того, каковы критерии выделения соответствующих тональных нюансов, в какой мере они различны (например, "робко" и "испуганно"), можно ли считать данный список из 36 наименований исчерпывающим, но постановку такой проблемы можно только приветствовать (Карасик, 2000). На наш взгляд, предложенный список эмоциональных тональностей общения представляет собой некую универсальную матрицу, в максимальной мере сориентированную на возможно более полное раскрытие личностных качеств отправителя речи. В институциональном дискурсе целый ряд эмоциональных тональностей из

приведенного списка становится неуместным. Врач не может себе позволить восторженную, враждебную, саркастическую, робкую, мечтательную, пренебрежительную, надменную, агрессивную, презрительную, мрачную, хвастливую, вызывающую, грубую, испуганную тональность общения с ребенком и его родителями, пришедшими на прием к специалисту. Нежелательной также является пессимистическая, безразличная, раздраженная, обиженная, отрешенная, притворная, таинственная тональность общения. Таким образом, из предложенного списка остаются следующие типы тональностей: официально, серьезно, шутливо, дружелюбно, недоверчиво, с грустью, настойчиво, удивленно, взволнованно, с тревогой, радостно, задумчиво, решительно, вежливо, ласково. Каковы характеристики выделенных эмоциональных состояний?

С точки зрения степени интенсивности и самоконтроля, все выделенные оттенки настроения можно отнести к типу умеренной интенсивности и полной контролируемости. Врач проявляет настойчивость, тревогу и решительность, сталкиваясь с тем, что пациент не выполнил требуемых заданий. В определенных ситуациях логопед может как бы размышлять вслух, например: "Знаете, может быть, нам стоит вернуться к прежнему упражнению и еще раз повторить этот звук". Тональность официального и серьезного общения, как нам представляется, в практике логопедической консультации встречается достаточно редко: эта тональность предполагает общение с человеком, который не понимает, что находится в государственном учреждении. В имеющихся в нашем распоряжении скриптах зафиксированы отдельные коммуникативные ходы, относящиеся к серьезному официальному общению, например: "Я рекомендую вам незамедлительно обратиться к логопеду в соответствующее учреждение по месту вашего жительства". (В приведенном примере логопед, работающий в системе здравоохранения и специализирующийся на оказании помощи детям с врожденной челюстно-лицевой патологией, вынужден переадресовать пациента к школьному логопеду, поскольку выяснилось, что у ребенка нарушены процессы письма (дисграфия) и процессы чтения (дислексия), ребенок учится во втором классе общеобразовательной школы и должен

получить соответствующую помощь у специалиста по месту обучения). Весьма часто в таких случаях родители обращаются с просьбами провести цикл занятий с их детьми, и выполнить эти просьбы не представляется возможным. Для того, чтобы отрицательный ответ логопеда не выглядел как личное нежелание заниматься с ребенком, специалист сводит общение к сугубо официальной серьезной тональности.

Приведенные типы тональности представляют собой своеобразные рубрики, внутри которых осуществляется значительная вариативность того или иного эмоционального настроения либо способа демонстрации вежливости и заинтересованности. Принципиально важным является признак естественности поведения в рамках уместного проявления чувств при общении с мало знакомым человеком. Поскольку основной контингент пациентов логопеда, работающего с детьми, страдающими сложной дислалией (нарушение произношения нескольких рядов звуков), это дети дошкольного и младшего школьного возраста, общение с этими пациентами строится в соответствии с оптимальной тональностью беседы врача или учителя с ребенком: доброжелательное, мягкое, ласковое отношение, имитирующее нормальные отношения в семье между родителями и детьми. Это отношение может включать элементы игры, шутки, подчиненные общей тактике установления доверительного отношения сотрудничества между логопедом и пациентом. Вопросы к ребенку, комментарии, не относящиеся непосредственно к теме занятия, не только допустимы, но и необходимы. В противном случае ребенок может не вступить в контакт и логопед не добьется запланированного результата. Это тем более важно, поскольку дети, страдающие нарушениями речи, нуждаются в дополнительной стимуляции речевого общения и склонны легко терять коммуникативную инициативу. Логопед преодолевает замкнутость ребенка в первый же момент беседы, стараясь заинтересовать маленького пациента. Например:

Л. Какое у тебя сегодня красивое платье, Света! Кто тебе его купил?

С. Бабушка.

Л. И рюкзак какой у тебя красивый! А кто там нарисован — собачка или мишка?

С. Это мишка, мне его принес Дед Мороз.

Л. Давай мы покажем мишке, как ты будешь заниматься. Садись удобно, двигайся ближе к зеркалу.

(Скрипт №61).

Мы видим, что реакция ребенка становится ко второй реплике более свободной, ребенок постепенно начинает вступать в контакт с логопедом. Логопед находит оптимальный момент для переключения беседы в русло практического занятия. Собранный нами материал показывает, что контактоустанавливающая часть беседы с ребенком сводится, как правило, к двум-трем репликам, заставляющим ребенка включиться в процесс обучения. В том случае, если ребенок достаточно мобилен, хорошо знаком с логопедом (занимается в течение длительного времени), достаточным оказывается и один коммуникативный ход, объединяющий приветствие и приглашение к началу занятия:

Л. Здравствуй, Сережа! У нас все в порядке? Ну, показывай, что ты сегодня делал.

(Скрипт №39).

В качестве реакции ребенка выступает невербальный компонент общения — улыбка, кивок.

Специфика работы логопеда, работающего в учреждении здравоохранения с пациентом, состоит в том, что занятие нужно вести одновременно с ребенком и его родителем. Соответственно, реплики логопеда распадаются на несколько типов: (1) адресованные ребенку, (2) адресованные родителю, (3) адресованные ребенку и родителю одновременно. При этом фактически мы достаточно часто сталкиваемся с ситуацией (4), когда логопед по тем или иным соображениям, обращается к ребенку, но фактически речь специалиста обращена к родителю. Возможна и такая ситуация (5), когда логопед обращается к родителю, но имеет в виду, что ребенок должен как-то отреагировать на высказывание. Каждый из выделенных типов имеет свою преимущественную прототипную тональность. Приведем примеры.

(1) Л. Лена, какая у тебя красивая заколка!

(2) Л. Как Вы сегодня себя чувствуете?

(3) Л. Ну, как, получается у вас упражнение? Покажите, пожалуйста.

(4) Л. Нет, этого недостаточно! Почему ты мало занималась?

(Косвенный упрек в адрес родителей, которые не позанимались достаточное время с ребенком дома).

(5) Л. Если мы не будем делать все, что нужно, Наташа не сможет пройти тестирование из-за отсутствия нормальной речи и не пойдет в первый класс. (Из этой реплики ребенок, который хочет пойти в первый класс, должен сделать вывод, что его желание может не исполниться, если не будут проводиться занятия дома по выработке правильного звукопроизношения).

Тональность общения логопеда с родителем ребенка (2) определяется усредненными нормами вежливости (в приведенном примере логопед обращается с вежливым вопросом о состоянии здоровья к бабушке маленького пациента). Обращение к ребенку и родителю одновременно (3) представляет собой самую частотную модель в режиме общения логопеда с пациентами, строится в соответствии с типовыми нормами общения, выдержано в доброжелательной тональности. Более сложный тип реплики, косвенное обращение к родителю (4) реализуется в той ситуации, когда прямо высказать неудовлетворенность логопед не находит возможным, но и оставить ситуацию без комментария не считает нужным. Косвенное обращение к ребенку (5) используется в том случае, когда, по мнению логопеда, нужна дополнительная стимуляция ребенка к занятиям дома.

Заслуживает внимания конфликтная коммуникативная тональность в логопедическом дискурсе. Следует отметить, что этот тип тональности является пограничным в общении логопеда с его пациентом и родителем, зафиксирован в нашем корпусе примеров в количестве единичных случаев, но представляет интерес в силу своеобразного выражения первичной интенции и ее вторичного проявления. Мы сталкиваемся с конфликтной коммуникативной тональностью в институциональном дискурсе в следующих случаях: 1) клиент предъявляет претензии к институту в целом, 2) клиент предъявляет претензии к агенту, 3) агент предъявляет претензии к клиенту. В логопедическом дискурсе конфликт возможен в случае, если родители

пациента предъявляют претензии к детскому дошкольному учреждению или к учреждению здравоохранения, при этом имеющийся у нас материал не дает оснований для разграничения претензий со стороны родителей к учреждению в целом и специалисту, который занимался с ребенком, в частности. Другим типом конфликта являются претензии логопеда к родителям пациента (практически всегда в связи с тем, что родители не проявляют должного интереса к занятиям по коррекции речи ребенка в домашних условиях). Приведем пример.

Л. Я Вас слушаю.

Р. Знаете, я хочу с Вами серьезно поговорить. За год нахождения моего ребенка в логопедической группе у него не улучшилась речь. В чем причина?

Л. Очень хорошо, что Вы пришли. У Вашего ребенка сложное речевое нарушение, и поэтому то количество занятий, которое ребенок посещает, находясь в детском саду, для него недостаточно.

Р. А почему нас никто не предупредил?

Л. Я Вам неоднократно записывала задания в рабочей тетради и передавала воспитателю просьбу, чтобы Вы меня посетили. К сожалению -

Р. Никто мне ничего не говорил.

Л. К сожалению, с Вашей стороны на мои просьбы реакция не последовала.

Р. Знаете, нашего мальчика часто забирала старшая дочь, и она нам ничего не передавала.

Л. Ваша основная проблема сейчас — выполнять все домашние задания с ребенком и контролировать его речь дома. Только при нашей совместной работе мы сможем добиться у него правильной речи.

Р. А замечаний к Денису у Вас нет? Он не балуется на занятиях?

Л. Нет, он мальчик старательный, но наших занятий ему недостаточно. (Скрипт №81).

Мы видим, что исходным мотивом беседы родителя (женщина 35 лет, образование высшее, инженер) является выражение неудовлетворенности состоянием своего ребенка. Речь выдержана в рамках приемлемого вежливого общения с контролируемым возмущением, подразумевается

отрицательная оценка работы специалиста. Логопед переводит общение в сугубо рациональное русло, выражает сожаление по поводу сложившегося положения дел и объясняет родителю, что виноватыми в этой ситуации являются родители. Родитель осознает отсутствие контроля над занятиями с ребенком, переносит ответственность на старшую дочь, задает дополнительный вопрос о личном отношении ребенка к занятиям и к концу беседы дает понять, что конфликт разрешен, и беседа выходит в конструктивное русло.

Примеры конфликта логопеда с родителем приводились выше. Как правило, логопед формулирует свою неудовлетворенность отношением родителей к домашним занятиям ребенка вежливо, но настойчиво и дает понять родителю, что при таком отношении к занятиям должного результата не будет.

Таким образом, коммуникативные интенции, стратегии и типы тональности в медико-педагогическом дискурсе, рассмотренные на материале логопедических рекомендаций, дают возможность утверждать, что по своей прагмалингвистической организации медико-педагогический дискурс является органически целостным типом общения, относящимся к институциональному дискурсу и сочетающим в себе характеристики медицинского и педагогического типов дискурса. Структурно-семантические характеристики исследуемого дискурса, конкретизирующие в языковых единицах все отмеченные выше особенности предмета нашего изучения, рассматриваются в следующей главе.

Выводы ко второй главе

Прагмалингвистические характеристики медико-педагогического дискурса сводятся к его интенциям, коммуникативным стратегиям и типам тональности. Эти характеристики реализуются во всех жанрах рассматриваемого дискурса и развернуто представлены в жанре логопедической рекомендации.

Логопедическая рекомендация является директивным речевым действием, суть которого состоит в выражении воли говорящего для оказания воздействия на адресата. Рекомендация представляет собой развернутое выражение волеизъявления говорящего в ответ на вопрос, содержащий подразумеваемую или выраженную констатацию неблагоприятного положения дел и просьбу помочь исправить такое положение дел. Универсальные характеристики директива как класса речевых актов заключаются в его доминантной характеристике выражения воли адресанта, в признании адресантом способности адресата понять и выполнить то, что ему говорится, в праве адресата не выполнить обращенный к нему директив, в усилении директива обертонами различной аргументации — с позиций силы, здравого смысла, эмоционального воздействия, манипуляции, в смягчении директива средствами вежливости.

Предлагается классификация директивов по признакам 1) степени категоричности, 2) организационной определенности желаемого действия, 3) статусного соотношения участников общения, 4) пропозиционального знака желаемого действия (утверждение либо отрицание, т.е. побуждение либо запрет); 5) первичности либо вторичности директива, т.е. выражения базового недифференцированного побуждения (непосредственный директив) либо осложненного директивного речевого действия (связанный директив), 6) эксплицитности (явное выражение) либо имплицитности (косвенность) директива, 7) внутреннего оценочного знака побуждения, которое направлено на благо адресата либо не содержит такой направленности.

В медицинском и педагогическом дискурсе категоричные прямые директивы играют исключительно важную роль, поскольку врач и учитель наделены правом осуществлять контроль над действиями пациента и учащегося. По признаку организационной определенности пропозиции можно противопоставить рецепты и инструкции, четко регламентирующие структуру действия, и приказы, просьбы, рекомендации, запреты, дающие возможность адресату самостоятельно структурировать действие. В медико-педагогическом дискурсе весьма распространены имплицитные директивы, которые маскируются либо недирективными речевыми актами, либо иными

директивами. Директивы могут быть оценочно-маркированными и оценочно-нейтральными, первые различаются по оценочному знаку, вторые — по направленности либо ненаправленности на благо для отправителя речи. Рекомендация логопеда сводится к инструктивному перечню действий, призванных исправить неблагоприятную ситуацию, и (факультативно) объяснению этих действий.

Общая структура директивного речевого действия может быть представлена следующим образом: 1) установление контакта (фатическая коммуникация), 2) определение статусных взаимоотношений (обычно невербальная операция), 3) объяснение директива, 4) собственно директив, 5) взятие на себя обязательств (комиссив), 6) реакция адресата на директив. Рекомендация логопеда строится в модальности долженствования, основное содержание рекомендации — инструктивное разъяснение последовательности действий. В текстовом воплощении логопедической рекомендации часто встречаются тавтологические реплики, назначение которых — 1) суггестивное воздействие на психику пациента, 2) демонстрация институционального статусного неравенства участников логопедического дискурса. Завершением рекомендации является речевое действие благодарности (этикетный речевой акт — экспрессив).

Речевой акт медико-педагогической рекомендации может включать связанные с ним и нейтральные по отношению к нему речевые действия. К связанным речевым действиям можно отнести гомогенные и гетерогенные речевые акты (применительно к рекомендации гомогенными являются другие директивы, например, запреты, а гетерогенными — недирективные речевые действия, например, комиссивы и экспрессивы). Рекомендация органически связана со следующими гомогенными речевыми действиями: совет, просьба, инструкция, рецепт, запрет, разрешение. С рекомендацией органически комбинируются такие гетерогенные по отношению к директивам речевые акты, как 1) декларативы — констатации, описания, повествования, 2) комиссивы — обещания, гарантии, предупреждения, 3) экспрессивы — благодарности, извинения, обращения, упреки, сожаления, порицания.

Медико-педагогический дискурс характеризуется акцентированием статуса логопеда. Статусное подтверждение логопеда реализуется посредством следующих невербальных и вербальных знаков: 1) медицинская униформа, если логопед работает в лечебном учреждении, 2) контролируемая мимика и жестикация человека, играющего социальную роль эксперта, 3) интонационная тональность, присущая данной роли, 4) использование терминов и профессионализмов в речи, 5) отчетливое тщательное проговаривание и правильная артикуляция не только слов и фраз из логопедических упражнений, но и речи в целом.

Цель рекомендации логопеда в общем и целом состоит в том, чтобы объяснить родителю пациента, как следует вести домашние занятия с ребенком, страдающим нарушениями речи. Эта цель конкретизируется в более частных целях: 1) объяснить, в чем состоит суть дефекта произношения у ребенка с учетом образования родителей, 2) продемонстрировать родителям упражнения на выработку правильного произношения и зафиксировать их внимание на существенных моментах, влияющих на эффективность домашних занятий, 3) убедить родителей и ребенка в успехе лечения при условии систематических занятий с логопедом и в домашней обстановке, 4) предупредить родителей и ребенка о возможных трудностях при проведении домашних занятий и о возможном ухудшении ситуации, если занятия проводиться не будут, 4) предупредить родителей и ребенка о возможных трудностях при проведении домашних занятий и о возможном ухудшении ситуации, если занятия проводиться не будут, 5) дать родителям пациента детальную инструкцию для проведения домашних занятий, снабдить их необходимым инструментарием. Соответственно в рамках медико-педагогической рекомендации выделяются следующие коммуникативные стратегии: причинно-объясняющая, демонстративно-комментирующая, конструктивно-убеждающая, превентивно-убеждающая, инструктирующая.

Коммуникативная тональность медико-педагогической рекомендации сводится к определенным эмоциональным состояниям и ключам общения, которые можно отнести к типу доброжелательного отношения умеренной

интенсивности и полной контролируемости. Проанализированный в работе материал показывает, что логопеды достаточно редко обращаются к сугубо официальной тональности общения, это происходит только в тех случаях, когда родители пациентов пытаются перейти на конфликтное общение либо обращаются к логопедам с просьбами частного характера, не относящимися к кругу должностных обязанностей специалистов.

Глава 3. Структурно-семантические характеристики медико-педагогического дискурса

Общение логопеда с пациентом и его родителями характеризуется определенными особенностями речи с точки зрения фонетических, лексико-фразеологических и текстуально-грамматических параметров коммуникации.

3.1. Фонетические характеристики медико-педагогического дискурса

В отечественной лингвистической литературе вслед за Л.В.Щербой принято различать два фонетических стиля: полный и разговорный, первый свойствен публичной речи, когда слова произносятся ясно и отчетливо, второй — общению среди товарищей, в своей семье, среди лиц примерно одного возраста, когда нет надобности в тщательно подчеркнутом произношении (Матусевич, 1976, с.11-13). При этом отмечается, что полный стиль может характеризовать не всю речь, но лишь ее отдельные фрагменты, т.е. в реальной речевой практике соотношение между полным и разговорным стилями произношения может быть проиллюстрировано условной шкалой отчетливости произносимых высказываний, которые в определенных ситуациях и в зависимости от различных обстоятельств могут быть более или менее соответствовать идеальной форме входящих в них слов. Более отчетливо могут произноситься определенные слова в составе высказывания и даже части слов, в тех случаях, когда наша речь сопровождается шумом

или другими помехами, мы говорим громче и отчетливее, например, по слогам.

М.И.Матусевич (1976) отмечает, что полный стиль — это не побуквенное произношение, а произношение согласно действующим литературным нормам (например, в слове "чувствовать" третья буква не произносится). Важнейшие отличительные признаки полного стиля — это несколько замедленный темп, тщательность произношения, отсутствие выпадения безударных гласных. Л.В.Щерба использует для характеристики этих стилей принятые в немецкой лингвистике музыкальные термины *Lento* и *Allegroformen* и пишет, что мнение о том, что мы произносим слова в их идеальной форме крайне редко, является ошибочным: "Мы всегда так произносим, когда употребляем редкое, для собеседника малоизвестное слово, когда говорим из другой комнаты, когда говорим занятому, рассеянному, тугоухому и т.п., когда поправляем детей, когда хотим привлечь внимание на то или иной слово или даже часть его, когда тянем слова в недоумении или удивлении, когда говорим нараспев или попросту поем и т.д., и т.д." (Щерба, 1974, с.143).

Любой институциональный дискурс характеризуется более отчетливым произношением, чем дискурс персональный, поскольку участники институционального общения исходят из установки, согласно которой они ведут общение с незнакомым человеком, который не должен знать о личностных особенностях своих партнеров по общению, с которым нужно вести себя согласно нормам вежливости, с которым следует говорить только на тему, имеющую отношение к данному дискурсу. Если в установку персонального дискурса входит уверенность в том, что адресат обязан понимать говорящего, и поэтому говорящий вправе давать лишь чуть уловимые сигналы, направляющие содержательную сторону коммуникации, и за успех общения отвечает адресат, то главной характеристикой институционального дискурса является установка коммуникантов, согласно которой партнеры по общению вовсе не обязаны понимать друг друга, и здесь ответственность за успешное осуществление общения лежит на отправителе речи. Если центр тяжести коммуникации смещен в сторону

отправителя речи, то общение характеризуется четкостью оформления, известной избыточностью сигнала и постоянной проверкой обратной связи. Эти характеристики многократно усиливаются в медико-педагогическом дискурсе, поскольку в педагогическом общении речь учителя должна быть образцовой по форме, доступной и эффективной по содержанию, вариативной по обратной связи, а в медицинском дискурсе при общении с детьми, страдающими дефектами речи, логопед должен постоянно обращать внимание на типовые нарушения речи, как наблюдаемые, так и возможные.

В лингвистической литературе достаточно детально изучены фонетические характеристики речи детей на уровне доречевого этапа: до полутора месяцев — крик, 1,5 — 3 месяца — гуление, 4 месяца — свирель, 7 — 8,5 месяцев — лепет, произношение слогов (ма-ма, да-да), 8,5 — 9,5 месяцев — модулированный лепет (единицы типа "мама", "папа" с разнообразными интонациями). К полутора годам ребенок овладевает простейшими словами, в том числе и специфическими детскими заменителями общепринятых слов ("ам-ам" — "кушать", "а-та-та" — "наказывать"), а также активно использует звукоподражание ("ав-ав" — "собака", "му-му" — "корова"), к возрасту 1 год и 8 месяцев овладевает двусловными фразами ("Мама, дай!") и повелительным наклоном глагола (Белянин, 1999, с. 31). Сроки овладения звуковой формой слов могут варьировать, известно, что у девочек этот процесс проходит быстрее, чем у мальчиков. Слова лепетного происхождения ("мама", "папа" и т.д.) называются в работах по психолингвистике "псевдословами", поскольку вначале ребенок не вкладывает в них никакого смысла.

Звукоизобразительные слова ("би-би", "бу-бух" и др.) отражают очень важный этап в развитии языкового чувства ребенка: стремление приблизить звуковую форму к обозначаемому предмету или явлению (Шахнарович, 1979). Очень важным является доказанный в психолингвистике тезис о том, что "ребенок в процессе освоения языка создает свою собственную промежуточную языковую систему", так, например, в начале слова ребенок может произнести только звонкие согласные, а в конце слова — только глухие (Э.Велтен, цит. по: Белянин, 1999, с.32). О сформированности

артикуляционного аппарата можно говорить, как считают специалисты, только при достижении ребенком шести лет. Важно также и то, что ребенок в состоянии дифференцировать правильный звук, который он слышит в речи взрослых, но сам не может произнести. В.П.Белянин приводит весьма убедительный пример:

"Как тебя зовут?" — "Андлюша". — "Андлюша?" — "Нет, Андлюша". — "Ах, Андрюша". — "Ну да, Андлюша".

Дети отвергают взрослую имитацию их произношения, хотя сами еще и не могут произнести определенные звуки. Эта информация оказывается весьма существенной как для логопедической теории, так и для практики исправления дефектов речи у детей.

Фонетические характеристики речи логопеда сводятся к следующим признакам: 1) отчетливость артикуляции, 2) специальная артикуляция тренируемых звуков и слов, 3) контролируемый темп речи, 4) модулируемая громкость речи, 5) особая интонационная оформленность высказываний, обращенных к пациенту и его родителю.

Отчетливость артикуляции проявляется в безударных слогах, в служебных словах. Логопед, как правило, произносит все слова в высказывании так, как если бы его речь записывалась на магнитофон либо звучала отчетливо вопреки помехам в канале связи.

Тренируемые звуки речи логопед произносит особенно отчетливо как в изолированных, так и в связанных позициях. При этом задача логопеда заключается не только в правильном произношении звуков и расчете на имитацию со стороны пациента, но в сознательной демонстрации вырабатываемой артикуляции. Существует множество специальных приемов, выработанных логопедами в практике обучения детей правильному произношению, для осознанного формирования у детей нужных артикуляционных навыков. Например, вибрант "р" рекомендуется ставить на основе близкого по артикуляционному укладу звонкого согласного "д": "дра-дро-дру". Логопед произносит гласные звуки более длительно, чем обычно, в определенных случаях артикулируя слова по слогам. В логопедической практике особое внимание уделяется словам с двумя тренируемыми звуками,

поскольку ребенок при произношении этих слов первый звук в них артикулирует правильно, а второй — ошибочно. Например:

Л. Посмотри на картинку. Видишь, это лед, а это — прорубь. Ее прорубили во льду. У проруби сидит рыбак и ловит рыбу. Скажи "про-рувь".

Д. Прро-лубь.

Л. Видишь, в альбоме написано это слово "прорубь", и два звука "р" выделены красным цветом. Первый звук ты произнес правильно, не забудь про второй звук. "Про-рувь".

Д. Про-рувь.

Л. Молодец.

(Скрипт № 59).

Непременным атрибутом занятий логопеда с ребенком является зеркало: ребенок должен видеть свою артикуляцию. Перед зеркалом следует проводить занятия по коррекции звуков и дома. Логопед объясняет артикуляцию тренируемого звука, демонстрирует ее и стимулирует пациента произнести этот звук изолированно. Например:

Л. Сейчас мы будем учиться произносить звук "ш" — для этого необходимо произнести звуки "са-са-са". Теперь постепенно поднимаем язычок к верхним зубам и вытягиваем зубы трубочкой: "са-са-ша-ша". Попробуй, покажи ладошкой, как у тебя будет подниматься язычок. А теперь посмотри в зеркало, давай то же самое попробуем сделать язычком.

Д. Ся-ся-ся-ся.

Л. Нет, чуть-чуть по-другому. Попробуй сделать губы трубочкой.

Д. Ся-ща-ща.

Л. Уже лучше, молодец! Еще раз попробуем.

(Скрипт №84).

Когда звук артикулируется правильно, логопед приступает к тренировке этого звука. Последовательность работы с языковым материалом строится по принципу постепенного перехода от чисто языковых строевых единиц к коммуникативным единицам: фонема — сочетание фонем (слог) — слово (тренируемая фонема в начальной, срединной и конечной позициях,

две тренируемых фонемы в слове), словосочетание, предложение, короткий текст, который легко запоминается (пословица, стихотворение).

Логопед обращает внимание на правильное произношение слов не только во время занятия с ребенком, но и при фатическом общении:

Л. Я тебе сегодня ставлю пятерку. Сегодня ты меня очень порадовал, очень старался, молодец. Значит, в четверг, после двух. Хорошо? До свидания.

Д. Досиданья.

Л. Нет, я не слышу!

Д. Дас-ви-данья!

(Скрипт №79)

Услышав нечеткое произношение, логопед делает вид, что не понял слова. Ребенок понимает, что должен правильно произнести определенное слово и повторяет его по слогам, т.е. переносит учебное произношение на произношение в реальной ситуации.

Лингвистические артикуляционные параметры звуков лежат в основе тех упражнений, которые используются в логопедической практике.

Например, при постановке правильного произношения смычно-щелевых звуков "ч", "ц" сначала тренируется финальная позиция ("мяч, меч, печь, ночь, плач, трубач"), затем медиальная позиция ("очередь, очень, мальчик, девочка, внучата"), затем — инициальная позиция ("черный, чашка, чистый, чай, человек"). Движение от финальной позиции к инициальной объясняется тем, что аффрикативная фонема "ч" представляет собой сочетание "т+ш", и после гласного звука (в поствокальной позиции) этот тип фонем произносится легче.

Темп речи логопеда во время приема пациентов немного замедлен по сравнению с темпом речи других специалистов и по сравнению с их собственным темпом речи вне рабочей обстановки. Принимая во внимание индивидуальные особенности темпа речи 5 логопедов, дискурс которых был зафиксирован в магнитофонной записи, мы можем отметить, что темп речи этих специалистов варьирует в зависимости от ситуации общения (общение с коллегами, с родителями пациентов, с другими лицами отличается более

высоким темпом, чем общение с пациентами). При этом организация речи при общении с пациентами и другими коммуникантами является принципиально различной с точки зрения темпа речи: в общении с пациентами слова произносятся предельно четко, паузы между словами внутри смысловых синтагм практически отсутствуют, паузы между синтагмами достаточно короткие. В общении с родителями пациентов слова и словосочетания произносятся быстрее, используются вводные слова, возникают перебивы и самоперебивы.

Л. Все слоги с гласными звуками мы произносим с тобой длительно. Длительно произносим каждый слог. (Скрипт №11).

{Речь логопеда обращена к ребенку, длительность звучания — 10 секунд на 29 слогов (12 знаменательных слов), вводных оборотов нет.}

Л. Сначала у нас идет с вами артикуляционная гимнастика, обязательно, перед каждым занятием, не забываем. Потом — гимнастика на звук "Ч", потом — сначала закрепляем, повторяем слоги, а потом только — в конце слова. Ясно, да? То есть, идем только по такой методике, и занимаемся, занимаемся, занимаемся. (Скрипт №60).

{Речь логопеда обращена к родителю, длительность звучания — 20 секунд на 102 слога (34 знаменательных слова)}.

Приведенные примеры показывают соотношение скорости речи: при обращении к ребенку произносится 2,9 слогов в секунду, при обращении логопеда к родителю ребенка — 5,1 слогов в секунду. С учетом индивидуальных особенностей речи пяти логопедов, голос которых был записан на магнитофонную ленту, и возраста детей, с которыми проводилось занятие, соотношение между средней скоростью речи, обращенной к детям и их родителям, составляет, по нашим данным, 0,33 секунды на слог (к детям) — 0,21 секунды на слог (к родителям), т.е. речь, обращенная к детям, в 1,6 раза медленнее, чем речь, обращенная к их родителям.

Этот вопрос детально изучен в лингвистической литературе, посвященной алгоритмам порождения речи (назовем фундаментальную монографию Ю.В.Красикова, 1990). Вместе с тем следует заметить, что в ряду факторов, тормозящих нормальное продуцирование речи, на первый

план лингвистами и психологами выдвигается состояние эмоционального стресса. Это выражается в паузах нерешительности, повторях, увеличении самокоррекций, появлении синтаксически незавершенных предложений, снижении или повышении нормальной громкости речи (Красиков, 1990, с.48). На наш взгляд, социолингвистические причины изменения скорости и громкости речи играют не меньшую роль в общем ряду факторов. В этом плане все приведенные выше показатели являются знаками нижестоящего. Наш материал показывает, что родители пациентов, обращающихся к логопеду, говорят именно таким образом, даже не находясь в ситуации эмоционального стресса (логопед старается сделать общение максимально комфортным как для ребенка, так и для присутствующего на занятии родителя).

Важной характеристикой речи логопедов является почти буквальная повтор наиболее важных высказываний. Например:

Л. Мне нужно, чтобы он был здоров, чтобы нос совершенно выздоровел. Прежде, чем нам переходить к дыхательной гимнастике, мне нужно, чтобы он был полностью здоров. Чтобы носоглотка у него была полностью здорова, иначе нужного воздушного давления у него нет.

(Скрипт №19).

В приведенном фрагменте скрипта четырежды повторяется один и тот же тезис ("Ребенок должен быть здоров для занятий по исправлению дефекта речи"). Этот повтор избыточен, но он вызван определенным стилем общения логопеда с пациентами (многие из детей страдают тугоухостью), необходимостью гарантированного доведения информации до адресата, кроме того, повторы в институциональном общении выполняют функцию фатического стабилизатора статусных отношений (информационно они не несут ничего нового, и, следовательно, осмысливаются и переживаются адресатом в фатическом ключе: "То, что мне сейчас сообщается, является важным, и человек, который это говорит, показывает мне, что он имеет право так говорить").

Отличительным признаком речи логопеда является форсируемая громкость голоса. Логопед должен говорить не только отчетливо, но и

достаточно громко, даже если занятие проходит в небольшом кабинете. Во время фронтальных занятий с детьми в детских садах громкость речи логопеда соответствует громкости речи учителя в классе.

Интонационные характеристики речи логопеда складываются из специфических обертонов, показывающих статусное неравенство (позиция вышестоящего), обращенность к ребенку (доброе, ласковое отношение), официальность ситуации. Все эти характеристики коррелируют с лексическими, фразеологическими и синтактико-текстуальными признаками медико-педагогического дискурса.

3.2. Лексико-фразеологические характеристики медико-педагогического дискурса

Говоря о лексико-семантических особенностях речи логопеда, мы обращаем внимание на те характеристики речи, которые свойственны институциональному дискурсу в целом и его типам в частности. Будучи специалистом с высшим образованием, осуществляющим одновременно лечебную и обучающую функции, логопед должен говорить в соответствии с нормами русского литературного языка, избегать просторечия, излагать мысли точно и ясно. Профессиональная специфика общения логопеда связана с необходимостью умеренного использования специальной терминологии в речи. Вместе с тем общение с ребенком дошкольного и младшего школьного возраста диктует выбор лексики, естественный для детей этого возраста.

3.2.1. Специфика использования терминов в речи логопеда

По своей предметной сфере терминология, используемая специалистами-логопедами, относится к медицине, педагогике, лингвистике (фонетике) и общенаучной системе терминов. Общим и специальным вопросам терминоведения и медицинской терминологии в частности посвящено множество исследований (Реформатский, 1968; Бархударов, 1970;

Даниленко, 1977; Гринев, 1993; Динес, 1998), для нас важно отметить следующие моменты, имеющие отношение к обсуждаемой проблеме.

Терминологическая лексика предназначена для точного обозначения предметов и явлений, с которыми человек имеет дело в узкой профессиональной области. Термин представляет собой "слово или словосочетание специального (научного, технического и т.п.) языка, создаваемое (принимаемое, заимствуемое и т.п.) для точного выражения специальных понятий и обозначения специальных предметов" (Ахманова, 1966). В языкознании сложилось два подхода к пониманию сущности термина: одни ученые считают, что термины представляют собой особые знаки, свойства которых фактически выводят их за рамки единиц языка (Л.А.Капанадзе, 1965), другие лингвисты, в частности, Г.О.Винокур (цит. по: Макшанцева, 2000, с. 127), исходят из тезиса о том, что не существует резкого противопоставления терминологической и общеупотребительной лексики, а важна лишь функция использования соответствующих языковых знаков. Первый подход связан со структурной моделью языка, необходимостью строгого противопоставления различных языковых подсистем на основе оппозитивных отношений, второй подход представляет собой выражение функциональной модели языка, т.е. базируется на комплексном использовании различных единиц языка для выполнения той или иной функции, при этом различия структурного порядка отступают на второй план и становятся для функционального анализа нерелевантными. В нашей работе мы придерживаемся функционального подхода к изучению языковых единиц, поскольку дискурс представляет собой конкретную данность речевой деятельности.

Терминосистемы включают качественно разнородные единицы: различаются общенаучная, специально-научная и научно-техническая терминология; термины и терминоиды (слова и словосочетания, используемые в специальном значении, но допускающие и общеупотребительное осмысление). Развиваясь, термины могут утрачивать свое узкое терминологическое значение и получать новое осмысление в терминосистеме другой области знания (Суперанская и др., 1989).

Существует лингвистически релевантная специфика терминологии в различных областях знания, например, в юридической терминологии целесообразно различать единицы трех типов — юридические термины (слова и словосочетания, обозначающие понятия права и правоведения), термины права (слова и словосочетания, обозначающие ключевые слова элементов правовых норм — гипотезы, диспозиции, санкции), термины правоведения (слова и словосочетания, используемые в научной юридической литературе юристами-теоретиками) (Хижняк, 1997); медицинская терминология отличается не только высокой степенью детализации, значительным объемом, но и тем, что в этой области знания выделяются почти параллельные ряды терминов и близких к терминам образований в собственно медицинской сфере и сфере так называемой народной медицины (в последнем случае мы сталкиваемся с наименованиями болезней, симптомов, средств народной медицины). Педагогическая терминология характеризуется известной размытостью: не случайно специалисты говорят о нестрогих терминоединицах применительно к лингводидактике (Федюнина, 1986).

Терминологическая номинация весьма разнородна: терминами могут стать общеупотребительные слова (в таком случае говорят о терминологическом значении общеупотребительного слова, при этом в языке наблюдается тенденция противопоставления слова в терминологическом значении общеупотребительному значению слова, например, посредством особого ударения: "искра" и "искра"), термины могут создаваться по определенным моделям словообразования на основе греко-латинских элементов (стоматит, гастрит, миокардит — склероз, артроз, педикулез), могут строиться как составные многоморфемные образования, в составе которых каждая морфема обозначает строго определенный тип вещества (такие термины распространены в химии и фармакологии, например, тетрафторвинил, бикарбонат), термины могут включать имена собственные (эпонимы), например, метод Илизарова, синдром Пьера-Рабина, палочка Коха, шпатель Эльшнига (Калмазова, Динес, 1999).

Существует также лингвистически релевантная специфика использования терминов в ситуации общения специалистов (научный и профессиональный дискурс) и в ситуации общения специалиста с неспециалистом (научно-популярный, педагогический, бытовой дискурс). Наблюдается определенная параллель между использованием термина в специальном и неспециальном общении, с одной стороны, и дефиницией в научном и педагогическом дискурсе (Коротеева, 1999), с другой стороны, в том смысле, что при использовании дефиниции в педагогическом дискурсе говорящий (учитель) должен принимать во внимание не только требование точно обозначить признаки предмета, но и требование соответствия этого обозначения уровню знаний адресата (ученика).

Функциональные характеристики медико-педагогического дискурса применительно к речи логопеда определяются целями и обстоятельствами общения. Использование терминологии в общении логопеда с родителями пациентов и коллегами, на наш взгляд, сводится к трем основным функциям: номинативной, эвристической и регулятивной. Эти функции в известной мере соотносимы с теми функциями, которые выполняют интертекстуальные связи в научном тексте: "В тексте статьи интертекстуальные связи выполняют следующие функции: референционную, оценочную, этикетную и декоративную" (Михайлова, 1999, с.5). Использование терминологии в профессиональном общении необходимо для того, чтобы обеспечить точность обозначения предмета речи, вместе с тем в ряде случаев терминология оказывается избыточной, это происходит в том случае, когда адресат не подготовлен к пониманию термина в диалоге специалиста и неспециалиста, либо тогда, когда специалисты общаются в присутствии третьего лица и стремятся сделать свой дискурс непонятным для присутствующего.

Важнейшей системообразующей функцией использования терминов в речи логопеда является точное обозначение речевой патологии, анатомических особенностей, лингвистических параметров артикуляции. В этих случаях мы имеем дело с номинативной функцией

терминопотребления. Используя термины в своей речи, логопед может их объяснять либо мотивировать. Например:

Л. Поскольку у Вашего ребенка повышенная назализация, мы начнем с отработки правильного произношения гласных звуков.

{Термин "назализация" — наличие носового оттенка в звуках речи — не объясняется, поскольку это понятие уже знакомо родителям ребенка.}

Л. Носовой оттенок в речи Вашего ребенка объясняется субмукозной щелью — это скрытая расщелина мягкого неба. Нам необходимо сначала проконсультироваться у хирурга-стоматолога для подтверждения этого диагноза. Вероятно, Вам посоветуют сделать рентгеновский снимок.

{В данном примере медицинский термин "субмукозная щель" объясняется в речи логопеда, при этом дается частичная дефиниция понятия, необходимая родителю пациента для дальнейшей беседы со специалистом. Полная дефиниция включает не только родовидовые характеристики понятия "расщелина", но и существенные признаки, необходимые для диагностики этой патологии: "Для выявления этой скрытой расщелины необходимо обратить внимание на заднюю поверхность твердого неба, которое при утрированном произнесении звука "а" широко открытым ртом слегка вытягивается в форме небольшого треугольника. Слизистая оболочка в этой области истончена и имеет более бледную окраску" (Логопедия, 1995, с.106). Эта информация является релевантной для специалистов-логопедов, студентов и практикующих работников, но не для родителей пациентов.}

Л. Послушайте меня, пожалуйста. У Вашего ребенка гипердинамический синдром, т.е. повышенная возбудимость. Ребенок не может даже несколько минут сидеть на одном месте, не может сконцентрироваться на выполнении упражнения, страдает повышенной утомляемостью, отличается повышенной нервозностью, плаксивостью. Такого ребенка нужно специально обследовать и провести курс лечения у невропатолога. Только после этого мы сможем приступить к занятиям по исправлению речи.

{Логопед использует специальный термин "гипердинамический синдром" и дает детальное описание проявления этого синдрома. Такое

объяснение требуется для того, чтобы убедить родителя пациента в необходимости предварительного лечения ребенка у невропатолога. Логопед, как мы видим, детально мотивирует свое заключение.}

Номинативное использование терминов в речи логопедов составило, по нашим данным, свыше 82% терминопотребления. Следует оговориться, что во многих случаях достаточно легко отнести используемую в речи логопеда лексическую единицу к терминам, если это медицинский или лингвистический термин, но представляют сложность для классификации те случаи, когда идет объяснение педагогических терминов, внешне совпадающих со словами общеупотребительной лексики ("упражнение", "повторение", "закрепление", "предъявление" и др.).

Помимо номинативного терминопотребления в речи логопедов мы отметили определенные случаи эвристического использования терминов, т.е. использования терминов в поиске некоторого решения, в размышлении вслух, не направленном на адресата. Обычно такое использование терминов происходит в речи специалистов по инерции. Например:

Л. Да, Наташа, похоже, что у нас не только ринолалия, но и дизартрия. Конечно, расщелина первична, а как сопутствующая патология идет дизартрия.

{В этом случае логопед фактически обращает речь к самому себе, поскольку ни ребенок, ни его мама не владеют специальной терминологией. Специалист не ставит задачей объяснить положение дел пациенту и родителю. Такие примеры зафиксированы нами преимущественно на стадии диагностики. Аналогичные примеры имеются в нашей картотеке при осмотре пациента специалистами-ортодонтами. Такого рода речь типична для ситуаций, требующих рассуждения: специалист как бы убеждает сам себя в правильности своего диагноза. Нет никаких причин озвучивать этот диагноз вслух.}

Эвристическое употребление терминов составило менее 3% от общего числа проанализированных нами примеров.

Наряду с эвристическим употреблением терминов в речи логопедов мы сталкиваемся с особым типом терминопотребления, предназначенным для

того, чтобы показать адресату компетентность специалиста. Эта функция использования терминов в речи составила в нашем корпусе примеров около 15% от общего числа проанализированных текстовых фрагментов.

Принципиальное различие между эвристическим и регулятивным использованием терминов заключается в том, кому адресована речь: в первом случае речь обращена к самому себе, она минимально информативна для адресата, это говорится обычно вполголоса с соответствующей интонацией, свойственной размышлению вслух; во втором случае речь обращена к адресату, термины произносятся весьма четко, интонационное оформление речи выдержано в тональности сугубо официального общения.

Приведем пример регулятивного использования терминов в речи логопеда.

Л. У Вашего ребенка псевдобульбарная дизартрия. В данном случае имеет место сравнительно легкая степень нарушения артикуляционной моторики. Страдает произношение сложных по артикуляции звуков "ж", "ш", "р", "ц", "ч". Звонкие звуки произносятся с недостаточным участием голоса. Есть нарушения в произношении мягких звуков. Дети с подобным нарушением посещают логопедические занятия. Существенную роль, я это неоднократно подчеркивала, в устранении этого дефекта могут оказать родители. К сожалению, мы вынуждены констатировать, что занятий дома явно недостаточно для получения нужного результата. Я вообще сомневаюсь в том, что занятия проводятся регулярно. Поэтому Вам следует сделать очень серьезные выводы...

{Логопед вынужден объяснить родителям ребенка, что они виноваты в том, что нет улучшения в исправлении дефекта речи их ребенка. По сути дела, дефект произношения, о котором идет речь, подлежит не только логопедической коррекции, но и длительному медикаментозному лечению. Вместе с тем родители могут и должны достаточно часто и регулярно проводить с ребенком занятия по схемам, которые предлагает логопед. Специалист убеждается в том, что занятия не проводятся и официально выражает свою неудовлетворенность положением дел. В его речи используются термины "псевдобульбарная дизартрия" (без пояснения),

"нарушения артикуляционной моторики" (без пояснения), "артикуляция" (без пояснения). Фактически логопед изъясняется так, как будто он дает письменное заключение. }

Полученный нами материал показывает, что при использовании специальной терминологии в общении с пациентами логопед обычно придерживается следующей тактики: 1) термины используются только в высказываниях, обращенных к родителям маленького пациента, 2) достаточно часто термин объясняется и комментируется, 3) принимается во внимание образовательный уровень адресата — чем он ниже, тем менее вероятно использование терминов, 4) использование терминов резко увеличивается при обсуждении того или иного вопроса в рамках консультации нескольких специалистов (консилиум), как в присутствии, так и вне присутствия пациента и его родителей, 5) иногда термины используются с целью дистанцирования от родителей пациента и подтверждения статусных различий.

Приведем примеры.

(1) Л. На этот звук правильная артикулема — произношение — губы в широкой улыбке.

{Лингвистический термин "артикулема" используется в значении "совокупность движений и позиций органов речи, нужных для произнесения данного звука". Логопед дает приблизительное объяснение этого термина, достаточное в данном контексте для адресата.}.

(2) Л. У Вашего ребенка — тахилалия, убыстренный темп речи.

{В данном случае объяснение медицинского термина полностью соответствует его значению.}

(3) Р. А еще она картавит.

Л. Знаете, при нормальном произношении звука "р" в русском языке должен вибрировать кончик языка. У Вашего ребенка патологическое произношение звука "р". Вы хотели научить Надю произносить этот звук правильно: "рыба", "рак", "роза". Так?

Р. Да.

Л. Она не могла произнести эти слова правильно, потому что у нее укорочена подъязычная связка. Для исправления дефекта речи нужно сначала растянуть эту связку путем определенных артикуляционных упражнений, а потом уже заниматься постановкой звука "р". Если бы Вы не учили ребенка произносить этот звук, сейчас было бы легче поставить правильное произношение этого звука, чем исправлять патологию.

{Родитель использует народную терминологию для обозначения неправильного произношения звука "р" — "картавить". Логопед объясняет причину неправильного произношения данного звука, показывает способ устранения дефекта и высказывает профессиональное заключение о нежелательности неквалифицированной постановки звуков.}.

(4). Л. У вашего ребенка нарушен фонематический слух.

Р. А что нам надо делать?

Л. Ваш ребенок говорит неправильно и на протяжении шести лет слышит свою неправильную речь. То есть он слышит свои искаженные звуки речи. Соответственно, когда он начнет писать, он будет писать так, как он слышит. Значит, он будет писать с ошибками, и у вас будут проблемы с правописанием, с русским языком, с успеваемостью.

{Термин "фонематический слух" непонятен матери пациента, она смутно осознает, что это — причина неправильного произношения у ее ребенка, и задает вопрос специалисту о том, что должна делать именно она. Логопед не дает дефиницию термина, поскольку в данной ситуации такая информация была бы избыточной для человека с недостаточно высоким образовательным цензом (мать этого ребенка работает почтальоном), но раскрывает наиболее важные отрицательные последствия нарушения фонематического слуха для ребенка. Вывод не сформулирован, но легко подразумевается: нужно исправлять неправильное произношение звуков. Подразумевается также, что логопед знает, как следует исправлять эти нарушения.}.

(5). Р. А мы с ним столько занимались и вытягивали язык, как надо, все упражнения делали, и я не хочу идти на эту операцию...

Л. Вы знаете, несмотря на то, что Вы, действительно, много занимались, подсечь уздечку все-таки нужно. Это совсем не больно, и напрасно Вы этому придаете такое большое значение. Без этой операции правильная постановка вибранта невозможна. Вам все равно придется делать эту операцию, но если Вы упустите время, произойдет смена молочных зубов, альвеолярный уклад не будет сформирован, и мы не успеем поставить вибрант до школы.

{Логопед вынужден использовать специальные термины и профессионализмы в речи для того, чтобы убедить адресата в своей достаточной профессиональной подготовке. Мама ребенка ставит под сомнение необходимость хирургического вмешательства и пытается доказать логопеду, что исправить положение дел можно интенсивными занятиями. Ребенок страдает весьма распространенной патологией — укороченной подъязычной связкой. Этот дефект легко устраняется хирургически. Укороченная связка препятствует правильному произношению вибранта "р", логопед дважды называет этот звук — отметим, что название приводится без указательной иллюстрации, т.е. без произношения этого звука; терминологически обозначаются такое понятие, как "альвеолярный уклад". Используется и профессионализм — "подсечь уздечку".}

(6). Л. Заходите, пожалуйста, Алла Николаевна!

А.Н. Ирина Юрьевна, нужна Ваша консультация. Мы ставили Леночке брэжит-систему, и меня беспокоит ее звукопроизношение. Посмотрите, как у нее лежит язык. Какая здесь прогнатия...

Л. Минуточку... (Логопед осматривает артикуляционный аппарат ребенка.) У ребенка межзубный сигматизм свистящих, плюс дизартрия, поэтому — повышенное слюновыделение.

А.Н. Значит, помимо нашего лечения требуется логопедическая коррекция?

Л. Да, здесь нужна длительная коррекционная работа.

{К логопеду пришел специалист-ортодонт для получения профессиональной консультации. В данном случае общение между специалистами характеризуется высокой степенью терминологической

насыщенности: на протяжении нескольких реплик используются термины "брэжит-система" — специальное устройство для исправления неправильного роста зубов, "прогнатия" — выступание вперед зубного отдела верхней челюсти; "сигматизм" — неправильное произношение свистящих и шипящих звуков, "дизартрия" — расстройство речи, выражающееся в затрудненном произношении отдельных слов, слогов и звуков, главным образом согласных; используется также терминологическое словосочетание "повышенное слюновыделение" — это один из симптомов дизартрии у детей; специалисты употребляют латинизированное обозначение "коррекция" в соответствии с профессиональным узусом вместо общеупотребительного слова "исправление".}

(7). Л. Сначала нам нужно закрепить поставленный звук "Ж" в начале слова. Для этого нам необходимо по альбому выучить все слова, начинающиеся с этого звука (жук, жираф, жалоба, живот и т.д.). Перед занятием нужно делать общую артикуляционную гимнастику. Нужно все время повторять упражнение для правильного произношения звука "Ж" — язык чашечкой. Занимаемся обязательно перед зеркалом, чтобы ребенок видел правильное положение губ и языка. Пока учимся произносить при помощи тактильных ощущений: вырабатываем правильную струю воздуха и дуем на ладошку, как мы учили.

{Логопед объясняет матери пациента методику работы по исправлению неправильного произношения конкретного звука речи. В педагогическом дискурсе используются профессионализмы — "закрепить", "выработать", "повторять", логопед использует также специфический профессионализм "язык чашечкой", это обозначение положения языка наглядно объясняет артикуляцию как родителю, так и ребенку. Используется и общенаучный термин "тактильное ощущение".}

3.2.2. Специфика лексики, используемой при общении с детьми дошкольного и младшего школьного возраста

Лексический состав языка допускает множество измерений, одним из которых является социолингвистический признак возрастных характеристик участников общения, отраженных в семантике используемых в общении единиц. С этой точки зрения можно выделить маркированную и немаркированную лексику по признаку возраста коммуникантов. К маркированной лексике относится определенная часть словаря, свойственного детям дошкольного, младшего и среднего школьного возраста, можно также выделить лексику, характеризующую речь пожилых людей, вся остальная часть словаря является немаркированной с этой точки зрения.

Маркированная детская лексика распадается на несколько групп: 1) лексика, используемая детьми, 2) лексика, используемая взрослыми при общении с детьми, 3) лексика, имитирующая речь детей, свойственное определенной части взрослых людей сюсюканье при общении с детьми.

Изучению детской речи посвящено большое количество работ (например, Гвоздев, 1961; Карпова, 1967; Выготский, 1984; Исенина, 1983; Пиаже, 1997; Седов, 1999; Шахнарович, 1999).

Лексика, используемая детьми, отвечает всем основным требованиям обычной лексики, употребляемой взрослыми людьми, с учетом детской картины мира и специфики детских понятий. Эта лексика, если мы рассматриваем язык дошкольников и младших школьников, отражает предметный мир, в котором живут дети. В отличие от речи взрослых в детской речи получают детальное наименование игрушки, игры, переживания детей. Например, при игре в классики девочки пользуются специальным предметом, который называется "хапа" (обычно это круглая плоская баночка из-под крема для обуви, похожая на хоккейную шайбу, которую нужно толкать ногой из нарисованной мелом клетки в другую клетку). В речи детей легко стирается различие между именами собственными и нарицательными: "Мне мама и бабушка подарили по барби, это — барби Надя, а это — Света" (Имя куклы Барби воспринимается как тип кукол).

Понятия сформированы еще недостаточно четко. Например, "добрый" — это тот, кто делится, не жаден; "строгий" — тот, кто может наказать; "конструктор" — это игра из элементов, соединяемых при помощи специальных устройств.

Специфической характеристикой детской речи является прозрачность внутренних форм слов. Об этом подробно написано в известной книге Корнея Чуковского "От двух до пяти", дети легко образуют лексические единицы по аналогии, причем их лексическая система стройнее и логичнее, чем словарь взрослых людей (например, "ногти" и "рукти"). Дети остро ощущают значения суффиксов (например, "потерялая кошка" — потерянная кошка, суффикс "-к", передающий значение пренебрежительности, не используется ребенком намеренно). Сознание детей дошкольного и младшего школьного возраста очень пластично, дети обладают высокой языковой догадкой, легко усваивая смысл незнакомых слов по их внутренней форме и по контексту. Достаточно часто дети полагаются на фонетические ассоциации, и ошибки в понимании мира детьми свидетельствуют об особой детской логике. Так, один младший школьник не понял фразы из диктанта "На крыше выложили жесьть" и написал "На крыше выла жележесьть", считая, что незнакомое слово обозначает неизвестное ему существо, скорее всего, птицу. Особая значимость фонетического образа слова играет весьма важную роль в интеллектуальном развитии ребенка, и поэтому нарушения произношения звуков неизбежно приводят к определенным изменениям в развитии познавательных способностей растущего человека. В этом смысле помощь логопеда оказывается необходимой для ребенка не только с точки зрения чисто фонетической, но и в плане общего психического развития человека.

Важной характеристикой детской речи является наличие в ней семантически немотивированных слов, используемых в считалках, дразнилках, рифмовках: Эне, бене, раба, квинтер, финтер, жаба (считалка); Робин, бобин, барабек, скушал сорок человек (дразнилка). Такие слова имеют много общего с магическими заклинаниями, не случайно в одной из наиболее популярных современных детских книг (А.Волков. Волшебник изумрудного

города) колдуньи прибегают к немотивированным словам-заклинаниям, обычно рифмованным: "бамбара-чуфара", "лорики-ерики", "пикапу-трикапу" и т.д. Дети используют также различные звуковые сочетания для имитации звуков живого и неживого мира: "вжик-вжик" (о пиле), "бэмс!" (об ударе о твердое препятствие), "чвак!" (о специфическом звуке, например, при падении в густую жидкость). Этими фоносемантическими сочетаниями дети пользуются при общении друг с другом, такие квази-слова типичны для детей, посещающих дошкольные учреждения или активно общающихся со сверстниками во дворе. Эти характеристики детской речи учитываются логопедами при общении с детьми.

Лексика, используемая взрослыми при общении с детьми, характеризуется рядом особенностей. Во-первых, эта лексика ограничена теми темами, которые доступны ребенку, в этом смысле взрослому приходится войти в мир ребенка и ориентироваться в этом мире. Во-вторых, эта лексика содержит явно выраженную дидактическую направленность, взрослые открыто выносят свою оценку, говоря "что такое хорошо и что такое плохо". В-третьих, слова в речи, обращенной к детям, тщательно проговариваются (у воспитателей детских садов, учителей начальных классов и логопедов вырабатывается особый "сверхотчетливый" стиль произношения). В-четвертых, обращенная к детям лексика обычно не содержит скрытых значений, ироничного подтекста, двусмысленной ассоциативной импликации. Ребенок в значительной мере ориентируется на ситуативное осмысление того, что ему сообщается, и если он улавливает диссонанс в сообщении и интонации этого сообщения, то у ребенка может наступить невротический срыв в результате так называемого "инконсистентного" употребления слов (например, "Какой же ты у меня умница!" — с язвительной интонацией и недоброй улыбкой). Все эти характеристики речи в полной мере свойственны речи логопеда.

Что же касается сюсюканья, то такая речь свойственна тем людям, которые достаточно мало общаются с детьми, смешивают общение с ребенком с общением с животным, не вникают в специфику возраста ребенка, занижая его. В фонетическом отношении такая речь вредна для

ребенка, который ориентируется на произношение взрослого как на образец и слышит неправильные звуки. Кроме того, дети обычно сразу же распознают неискреннюю интонацию в таком общении.

В практике общения логопеда с пациентами целесообразно выделять три основных возрастных группы детей: 1) средний дошкольный возраст (3-5 лет), 2) старший дошкольный возраст (5-7 лет), 3) младший школьный возраст (7-10 лет). Лексика, используемая логопедом, дифференцируется в зависимости от возрастной группы пациента.

Приведем пример общения логопеда с пациентом среднего дошкольного возраста.

Л. Максим, а что это у тебя?

Д. Джип.

Л. Я понимаю, джип. А кто тебе его купил?

Д. Мама.

Л. А какие у тебя еще есть машины?

Д. Позьяльная, милиция, глюзьявик. И папа купит большой кан.

Л. Как много у тебя машин! Наверно, ты шофером будешь, когда вырастешь?

Д. Дя!

(Скрипт №113).

В этом ознакомительном диалоге логопед устанавливает контакт с ребенком, используя общелитературную лексику. Отметим, что общение ведется в доброжелательной тональности, логопед высказывает открыто выраженное положительное отношение к увлечению ребенка.

В процессе обучения правильному произношению звуков логопед осуществляет и расширение словарного состава ребенка, объясняя и иллюстрируя произносимые слова. Следующий пример показателен для работы с детьми старшей дошкольной группы.

Л. Ты видишь, как у тебя получается? Видишь? Ну-ка, давай еще раз попробуем. Губы — трубочкой, а язык — чашечкой. Так, внимательно.

Д. Ч-ч-ч.

Л. Вот, ты видишь? Только губы надо обязательно держать трубочкой, чтобы у тебя получилось произношение этого звука.

<...> {Обращаясь к ребенку, логопед пользуется теми обозначениями, которые могут быть понятны ребенку. При этом все артикуляционные позиции демонстрируются ребенку.}

Л. Грач. —

Д. Грач. —

Л. Грач, знаешь, такая птица есть, грач. Матч. —

Д. Матч. —

Л. Хоккейный матч.

<...> {Логопед дает приблизительное родовидовое определение понятия: "Грач — птица", опираясь на жизненный опыт ребенка. Там, где это уместно, вместо определения приводится типичная сочетаемость: "хоккейный матч". Ребенок, готовый к тому, что в речи взрослых ему предстоит встретить значительное число незнакомых слов, оказывается таким образом в положении ученика, получившего важные ориентиры для понимания новой лексики.}

Л. Завуч.

Д. Завуч.

Л. Завуч, это в школе замдиректора, называется завуч.

<...> {Этот пример свидетельствует о том, что иногда в речи логопеда встречаются неудачные случаи объяснения слов. В нашем исследовательском корпусе количество таких случаев весьма незначительно, менее 2% от общего числа объяснений и иллюстраций. Мы считаем данное объяснение ошибочным, поскольку одно неизвестное понятие объясняется через другое неизвестное, тем более в виде аббревиатуры "замдиректора". Логопеды стремятся избегать сокращений и идиоматических выражений в общении с детьми.}

Л. Речь.

Д. Ечь.

Л. Речь. Вот у тебя еще не очень хорошая речь, но скоро ты будешь говорить правильно.

<...>{В данном случае перед нами очень удачный прием объяснения через иллюстрацию и тематически близкое слово: "речь" — "говорить". Отметим здесь же явно выраженную оценку в речи логопеда и моральную поддержку, которую специалист оказывает ребенку.}

Л. Луч.

Д. Луч.

Л. Знаешь, что такое луч? Солнечный.

Д. Знаю, я видел.

<...>{Еще один пример объяснения через сочетаемость слова. Ребенок сразу же обращается к своему жизненному опыту. Как известно, детям свойственна не дедуктивная, не индуктивная, а трансдуктивная логика, т.е. выводы на основе своего личного опыта. Этот тип умозаключений в наибольшей степени соответствует нормам практического знания (Касавин, 1998, с.38).}

Л. Печь.

Д. Печь.

Л. Печь может быть и на заводе, где варят металл, а может быть и у бабушки в деревне. Видел?

(Предъявляются картинки).

{В данном случае логопед расширяет словарный состав ребенка, иллюстрируя множественность определяемого понятия. Предъявляемая лексика подкрепляется картинками с изображениями предметов, обозначаемых тренируемыми звуками.}

(Скрипт 78).

С детьми младшего школьного возраста логопед, исправляя их дефекты произношения, решает важные задачи социализации подрастающих граждан, объясняя им не только значения слов, но и нормы поведения. Например:

Л. : Хорошо, Юля, а теперь отработаем два звука "р" в слове. Знаешь ли ты такое слово "сервировка"? Посмотри на эту картинку, видишь, как красиво накрыт праздничный стол.

Д. Да.

Л. Когда у тебя бывает день рождения, когда к вам приходят гости, мама накрывает праздничный стол, ставит красивые тарелки, кладет вилки, ножи, салфетки.

Д. Да, я всегда маме помогаю накрывать на стол.

Л. Правильно, вы с мамой сервируете стол. А теперь скажи правильно это слово: **сер-ви-ровка**.

Д. Сер-ви-ровка.

Л. Молодец.

(Скрипт № 42).

{Объяснение значения слова проводится через его развернутую ситуативную иллюстрацию. Логопед сознательно избегает в данном случае давать обычную родовидовую дефиницию. Девочка учится в общении с логопедом нормам поведения, в данном случае — правилам сервировки.}

Весьма интересным представляется принятое обращение в практике общения педиатров с родителями пациента: даже зная имя и отчество матери, отца или бабушки, врач обращается в присутствии ребенка к этим лицам так, как если бы ребенок обращался к ним сам: "Мамочка, помогите ребенку раздеться". Такое сочетание весьма интимного обращения и вежливой формы второго лица вряд ли соответствует нормам культуры речи, но является не только распространенным, но и принятым. По свидетельству одного из логопедов, ей было сделано замечание на медицинском консилиуме, когда она попыталась обратиться к матери пациента по имени и отчеству: "Мы говорим только "мамочка", "мама".

3.2.3. Автологическое использование лексики в речи логопеда

Говоря о лексико-семантических характеристиках речи логопеда, мы принимаем во внимание то, что специфика работы специалиста, исправляющего дефекты речи посредством речевых упражнений, имеет много общего с работой преподавателя, обучающего учащихся иноязычному общению. При общении на родном языке участники общения достаточно редко обращают внимание на фонетическую форму речи. На уроках русского

языка как родного внимание обращено на соблюдение орфоэпических норм — правильное ударение, отсутствие диалектных или просторечных форм, четкость произношения и т.д. На уроках иностранного языка учащиеся должны овладеть не только узузом, но в первую очередь системными характеристиками произношения, свойственного изучаемому языку. При изучении иностранного языка преподаватель явно или неявно, в зависимости от принятой методики обучения, опирается на родной язык учащихся. Логопед же опирается не на родной язык пациента, а на понимание природы дефекта речи, однако целью логопеда является выработка именно системных характеристик артикуляции, т.е. такого произношения, которое соответствует системным параметрам языка. В этом плане, с точки зрения соотношения формы и значения слова, все словоупотребления можно разбить на следующие классы: 1) автологический (слово употребляется в значении формального знака, например, "Слово "панцирь" пишется через "и"); 2) прямой семантический (сом — это рыба); 3) косвенный семантический, в частности, метафорический ("улыбка природы"). Логопеды работают с двумя первыми типами словоупотребления. Поэтому специфической характеристикой речи логопеда является значительный процент упражнений, учебных текстов, направленных на выработку правильного произношения.

Автологические словоупотребления могут быть демонстрационными, коррекционными и автоматизирующими. Например:

(1) Л. Язык упирается в нижние зубы, губы в широкой улыбке, дуем на язычок и говорим "сабля". Вот на картинке сабля.

(2) Д. Лыба.

Л. Нет, скажи "ры- рыба".

(3) Повтори за мной, пожалуйста: "Жаба в лужице сидела, жадно на жука глядела, жук жужжал, жужжал, жужжал и на ужин к ней попал".

{В первом случае логопед показывает правильное произношение, во втором — исправляет ошибку, в третьем — тренирует звук в специально подобранном рифмованном тексте.}

Тренировка звуков в специально подобранных словосочетаниях и текстах представляет собой автологическое словоупотребление лексики.

Само по себе такое чисто учебное общение может быть скучным для ребенка, и поэтому логопед, так же, как и преподаватель иностранного языка, прибегает к специальным приемам, которые с позиций лингвистики могут рассматриваться как особые ситуативные контексты для автологического словоупотребления. Речь идет о языковых играх. Под языковой игрой в данной работе понимается не творческое несерьезное использование возможностей языка, осуществляемое, как правило, для создания комического эффекта, а специально организованная логопедом игровая ситуация, в которой ребенок должен употребить определенные слова с тренируемыми фонемами.

Приведем примеры автологического словоупотребления в специально организованных языковых играх. Логопедическое домино представляет собой набор костей, на которых вместо точек наклеены рисунки, названия которых содержат тот или иной тренируемый звук. Логопед и его пациент (а иногда и родитель пациента) берут определенное заранее количество костей домино и, тщательно проговаривая слова, называют имеющиеся у них кости:

Л. У меня лошадь и лампа. Я кладу лошадь и лампу.

Д. У меня лампа и лента. Я кладу лампу к лампе.

Л. У меня лента и ласточка. Я кладу ленту к ленте.

Д. У меня ласточка и бечка! Я кладу ласточку.

Л. Извини, кто у тебя с ласточкой? Скажи, пожалуйста.

Д. Белочка.

(Скрипт №85).

В данном примере автологическое употребление лексики в речи логопеда и ребенка реализуется в двух основных вариантах: игровом и коррекционном.

Аналогичным образом употребляется нужная для логопеда лексика при игре в лото. Игровые моменты в общении логопеда с его пациентом часто содержат развивающие комментарии. Помимо расширения словарного запаса ребенка логопед учит его определять значение слова ("Щука — это рыба"), а также устанавливать отношения между словами. Такова игра "Третий лишний". Например:

Л. Посмотри на эти картинки. Что мы на них видим?

Д. Дерево, кровать, кукла, грабли.

Л. Мы с тобой занимаемся звуком "р". В каком из этих слов нет этого звука?

Д. Кукла.

Л. Молодец! Скажи четко остальные слова со звуком "р".

Д. Дерево, кровать, грабли.

(Скрипт №135).

Автологическое словоупотребление в дискурсе логопеда связано с отчетливым произношением формы слова. Речь логопеда вообще отличается значительной четкостью произношения, но наиболее четко логопед произносит слова именно в автологической функции. Как известно, мышление ребенка синкретично и связано с действием. Одним из упражнений, направленных как на исправление и автоматизирующее употребление определенного звука, так и на развитие мышления ребенка, является игра с геометрическими фигурами. Например:

Л. Посмотри, ты видишь ящик с различными фигурами — там есть треугольники, круги, прямоугольники. Я достаю из ящика треугольник, бросаю его в другой ящик и говорю: "Я бросаю треугольник". Понятно? Теперь ты попробуй.

Д. А они картонные?

Л. Да, по-моему, картонные. Попробуй.

Д. Я бросаю круг.

Л. Правильно, молодец!

(Скрипт № 143).

В данном случае автологическое словоупотребление постепенно переходит в обычное прямое семантическое, поскольку ребенок имеет дело не с формой слова "круг", а с фигурой, обозначаемой этим словом.

Автологическое словоупотребление может сочетаться с тематической классификацией лексики. Например, логопед может попросить ребенка выбрать из предложенных картинок, на которых изображены грибы, те грибы, в названии которых есть звук "р": "груздь", "боровик", "подберезовик",

"мухомор". Парадигматические связи слов с тренируемым звуком дополняются в языковых играх-упражнениях специальными заданиями на актуализацию синтагматических связей этих слов. Например, в предложение нужно добавить недостающее слово с тренируемым звуком:

Л. В аквариуме плавают разные ...

Д. Рыбки.

Следует отметить, что иногда дети по разным причинам избегают произносить тренируемое слово. Например:

Л. Что на видишь на этой картинке?

Д. Кукла лежит в коватке.

Л. Где она лежит?

Д. В своей постельке.

Л. А как ты первый раз хотела сказать?

Д. Она спать хочет (улыбается).

Девочка понимает, что она неправильно произнесла слово со звуком "р", но уходит от ответа. Перед нами — скрытое автологическое употребление слова, когда оба участника общения понимают, что речь идет о форме слова, но делают вид, что говорят о предметах.

В практике работы логопеда имеет место особый тип высказываний — чистоговорки, т.е. специально составленные предложения, в которых часто и в различных позициях встречается тот или иной звук, вызывающий затруднение. Например: "На горе Арарат растет крупный виноград", "У сома не усы, а усики". Чистоговорки нужно произносить медленно и внятно, в этом состоит отличие данного типа предложений от скороговорок, создаваемых специально с игровой целью и содержащих языковые трудности для людей, у которых нет дефектов речи ("Карл у Клары украл кораллы, а Клара у Карла украла кларнет"). В логопедической практике скороговорки могут использоваться, но они применяются в коррекционной работе гораздо реже, чем чистоговорки (в нашем корпусе примеров мы столкнулись с 98 чистоговорками разных типов и 17 скороговорками). Дело в том, что у многих пациентов дефекты произношения звуков сочетаются с тахилалией — убыстренным темпом речи, и задача логопеда заключается в том, чтобы

понизить скорость речи и сделать ее четкой и контролируемой. Поэтому в строгом смысле слова скороговорки используются только как чистоговорки, т.е. произносятся медленно и внятно.

Говоря об автологической функции лексических единиц в речи логопеда, мы имеем в виду более общую модель использования языка. В лингвистике, вслед за В.А.Звегинцевым (1976, с.186), принято различать реальные предложения и псевдопредложения. Различие между ними состоит в ситуативной привязанности. Реальные предложения (высказывания) выражают ситуативно обусловленный смысл, они "вписываются" в интенции участников общения и всю их деятельность, в то время как псевдопредложения лишь имитируют коммуникативную деятельность, представляя собой слепки правильно построенных предложений. Псевдопредложения активно используются в учебном дискурсе, представляя собой своеобразные речевые упражнения, смысл которых не связан с их содержанием. Это различие представляется нам очень важным: не случайно преподаватели иностранных языков всегда разграничивают языковые и речевые упражнения. Если мы попытаемся с этих позиций построить более общее противопоставление ситуативно-обусловленных и ситуативно-свободных единиц общения, то мы получим, с одной стороны, слово в автологической функции, псевдопредложение и псевдотекст (текст, произносимый или написанный не с коммуникативной, а с учебной или какой-либо иной целью), и, с другой стороны, реальное слово, смысл которого, по А.А.Потебне, каждый раз является новым в новой ситуации общения, реальное предложение (высказывание), органически входящее в текст, даже если оно не совсем правильно построено, и, наконец, реальный дискурс, который имеет место между людьми во времени и пространстве, будучи встроенным в жизнь.

Между псевдопредложениями и реальными предложениями нет непроходимой границы. Приведенные выше примеры показывают, что и автологическая функция употребления слова может приобретать ситуативное переосмысление. Именно этот факт иллюстрируется в стихотворении И.Ревзина, которое приводит В.А.Звегинцев, показывая интерпретируемость

известного псевдопредложения Н.Хомского "Бесцветные зеленые идеи яростно спят": "Идея яростно спит, ворочается во сне. Идея в висках шумит, нашептывая мне" (Звегинцев, 1976, с.183). В реальном общении мы никогда не формируем высказывание, нанизывая заранее заданные слова, если не принимать во внимание стихотворения буриме. В учебных текстах типичным является задание составить предложение, диалог, рассказ по опорным словам. Различие между таким текстом на изучаемом иностранном языке и текстом, построенным по заданию логопеда, заключается в том, что в первом случае происходит освоение семантики новых слов в неразрывном единстве с их формой, а во втором акцентируется внимание только на форме слов.

Псевдотексты с автологическими лексическими единицами встраиваются в типологию псевдотекстов, включающих тексты-пароли, мнемотехнические тексты (например, "Каждый охотник желает знать, где сидит фазан" — в этой фразе зашифрованы цвета радуги), тексты-эксперименты (в модернистской поэзии и лингвистической литературе), противопоставляясь нетекстам (последовательности слов и предложений, заведомо лишённые смысла, производимые больными людьми, компьютерами или попугаями). В этой связи необходимо отметить, что ведущим критерием для отнесения автологического текста к разряду псевдотекстов, на наш взгляд, следует считать его учебный характер. Стихотворение, которое читается для тренировки определенных звуков, радикально отличается от стихотворения, которое читается для удовольствия. В логопедической практике прибегают к двум типам текстов: тексты, созданные специально для коррекционной работы по преодолению дефектов речи, и обычные тексты. Последние включают стихи, короткие рассказы, пословицы, поговорки. Достоинством текста, используемого в логопедической коррекционной работе, является его легкая запоминаемость. Тексты, созданные специально для коррекционной работы, максимально приближены по своему содержанию к детским стихотворениям, хотя их эстетическая ценность не всегда соответствует уровню лучших образцов детской литературы. Вместе с тем логопедические учебные тексты воспринимаются как упражнения, и поэтому дети обращают внимание при

чтении таких текстов вслух именно на их форму. Например: "Цапля цокала птенцу: "Цаплям серый цвет к лицу..."

3.2.4. Клишированные речевые единицы в речи логопеда

Говоря о фразеологических характеристиках речи логопеда, считаем нужным отметить, что с функционально-прагматической точки зрения все фразеологические единицы распадаются на два типа: фразеологизмы, используемые для украшения речи, и фразеологизмы, используемые как клише. Первые типичны для художественных и публицистических текстов, для языковой игры, они выполняют риторическую функцию, повышают экспрессивность текста и тем самым выделяют личность его автора. Вторые же характерны для делового, научного и некоторых других видов дискурса, они выполняют парольную функцию, объединяя адресата с говорящим и противопоставляя их "чужим". В известной мере такое противопоставление соответствует двум коммуникативным типам речи, выделенным Г.А.Золотовой (1982, с.349): изобразительному и информативному. Если риторические, художественные фразеологизмы могут получить неэкспрессивную замену, то трафаретно-клишированные единицы часто тяготеют к своеобразной терминологизации в том смысле, что они стремятся четко обозначить ту область и сферу общения, в которой принято говорить именно так.

Исходя из специфики профессиональной деятельности логопеда, мы считаем, что важнейшие параметры лексической сферы данного дискурса находят специфическое преломление во фразеологии, в клишированных единицах, которыми пользуется логопед. К этим параметрам относятся производственная специализация сферы общения и обращенность к детям. Сюда же следует добавить и этикетные клишированные выражения, которые используются в речи всегда целостно и автоматизированно.

Производственная специализация сферы общения ведет к тому, что логопед, как и каждый специалист в определенной области, называет то, с чем он имеет дело, с помощью клишированных выражений, не задумываясь и

не подбирая слова. При этом не используется обыденная обиходная лексика. Эти выражения отчасти смыкаются с терминами, но правильнее было бы сказать, что термины, как и профессионализмы, являются частью такой специализированной области наименования. Приведем примеры профессиональных клишированных выражений: "начинаем автоматизацию спонтанной речи", "ставим звуки", "закрепляем звук в начале слова", "он проглатывает звук "р", "тактильные ощущения", "вялый язык", "смазанная речь", "делать ударение". Эти выражения относятся к педагогической, лингвистической и медицинской тематике. Этими выражениями логопед пользуется при общении с родителями пациента или коллегами. Например:

Л. У Вашей дочери выраженный межзубный сигматизм вследствие неправильного прикуса. Для исправления этого дефекта мы должны научиться сначала закреплять правильное положение языка, язык должен опираться на нижние зубы, т.е. находиться не между зубами, а за зубами, а затем мы дуем по центру языка, вырабатываем правильную воздушную струю. Стараемся произнести "с-с-с". Чтобы Вашей Леночке это было понятно, объясним это так: если мы дуем на ладошку, и идет теплый воздух — "с-с-с", значит, мы произносим звук правильно.

(Скрипт №28).

{В речи логопеда регулярно встречаются специфические клишированные выражения типа "закреплять правильное положение языка", "вырабатывать правильную воздушную струю". Эти выражения органически связаны с терминами, используемыми в речи логопеда}.

По нашим данным, профессиональные клише регулярно сочетаются с терминами, образуя текстовое пространство логопедического подязыка. Такое сочетание терминов и профессиональных клише статистически распределяется следующим образом: в речи логопеда, обращенной к родителям пациентов (на материале 200 скриптов), сочетание профессиональных клише и терминов составило 67%, использование изолированных терминов — 18%, использование специальных клише без терминов — 15%. Отметим, что в дискурсе логопеда можно выделить профессионально маркированные и профессионально нейтральные части,

первые составляют преобладающую часть дискурса, но никогда не достигают 100%. Профессионально маркированный дискурс распадается на две части, приблизительно равные друг другу: общение с ребенком и родителем пациента. Общение с коллегами логопеда или третьими лицами составило, по данным нашей выборки, менее 7% от всего материала.

Обращаясь к ребенку, логопед должен достаточно точно и вместе с тем доступно объяснить своему пациенту, что нужно делать. Сложность этой ситуации состоит в том, что нужно обозначить положение органов речи или специфические движения языка достаточно точно, объяснить последовательность действий и, в ряде случаев, причину и цель соответствующих коррективных упражнений. С другой стороны, логопед не имеет права вести беседу с ребенком с помощью тех терминов и клишированных терминологических выражений, которые ребенку будут заведомо непонятны. В этой ситуации выход находится в использовании обыденной, обиходной лексики и создании метафорических, описательных обозначений, которые заменяют принятые во взрослом общении клише. Например:

Л. Сейчас мы улыбнемся, смотри в зеркало, нам нужна широкая улыбка, правильно. Сделай зубы заборчиком, посмотри, как я это делаю. <...> Теперь делаем губы трубочкой. <...> Теперь попробуем поработать язычком. Язычок сделай лепешечкой и положи его на нижнюю губку. <...> Давай попробуем поиграть: это будет дразнилка, язычок лепешечкой лежит на нижней губе, и ты скажешь: "Мя-мя-мя-мя..." <...> Давай немножко потренируемся. <...>

(Скрипт №13).

{Выражение "сделать зубы заборчиком" значит "сомкнуть верхние и нижние зубы для проверки правильного прикуса, при этом верхние зубы при правильном прикусе должны перекрывать нижние". Ребенок понимает привычное для него обозначение и, контролируя свою артикуляцию в зеркале, выполняет задание логопеда. Аналогично осознаются задания "сделать губы трубочкой" — "вытянуть губы для образования узкой круглой щели, необходимой для артикуляции гласных фонем заднего ряда", "сделать

язычок лепешечкой" — "положить распластанный ненапряженный язык на нижние зубы"}.

В нашем корпусе примеров зафиксированы случаи сознательного использования профессиональных взрослых терминов в речи логопеда при общении с ребенком старшего возраста. Например:

Л. Теперь приступаем к тексту. Открой, пожалуйста, нет, дальше, где нам нужно было читать. Расскажи, пожалуйста, что ты делала с текстом во время его прочтения?

Р. Ну, расскажи.

Л. Расскажи, пожалуйста.

Д. Я, когда встречала букву С, я делала ударение.

Р. Не ударение, а подчеркивала в тексте.

Н. [Кивает.]

Л. Ты выделяла, да? Выделяла эту букву? А как ты ее выделяла?

Покажи.

Д. На солнышке соогрелась снег...

Л. То есть, ты вырабатывала правильную воздушную струю на произнесение этого звука, да? Правильно я поняла? Ты замедляла темп речи, да?

Д. Да.

(Скрипт №77).

{Ребенку 8 лет, это младший школьный возраст, логопед намеренно использует в речи профессиональные клишированные обозначения "вырабатывать правильную воздушную струю", "замедлять темп речи" для того, чтобы ребенок понял, что с ним ведется вполне серьезный разговор, совпадающий по своей тональности с педагогическим дискурсом в школе. Логопед добивается точного осознанного выполнения действий.}.

3.3. Текстуально-грамматические характеристики медико-педагогического дискурса

Говоря о текстуально-грамматических характеристиках исследуемого дискурса, мы имеем в виду грамматические параметры устного институционального профессионального общения. Список этих параметров может быть достаточно обширным, поскольку в дискурсе отражены все признаки общения, но наиболее важными, как отмечено в лингвистической литературе, являются следующие: коммуникативные типы высказываний, модальные квалификаторы, коммуникативы, коннекторы, позиционные передвижения, повторы, разрывы, перебивы, дейктические субституты (Кормилицына, 1989; Коновалова, Першина, 1989; Седов, 1998; Сиротинина, 1996; Шевченко, 1981; Викторова, 1999). В нашу задачу не входит построение детальной классификации приведенных параметров дискурса (очевидно, что эти параметры весьма разнородны и образуют взаимопересекающиеся классы). В самом общем плане, опираясь на противопоставляемые в семиотике стороны знака — прагматику, семантику и синтактику, можно выделить модально-прагматические, диктально-референционные и формально-связочные текстуально-грамматические характеристики медико-педагогического дискурса.

Модально-прагматические характеристики медико-педагогического дискурса состоят в особенностях выражения целевых установок высказывания и тех коммуникативных метатекстовых знаков, которые показывают различные оттенки отношения говорящего к партнеру, предмету речи и ситуации общения.

Важной характеристикой институционального дискурса является его специфическое воплощение целевой установки высказываний, имеются в виду традиционно выделяемые в лингвистической литературе повествовательные, побудительные и вопросительные типы высказываний. Повествовательные высказывания подразделяются, как известно, на основании их композиционно-речевой формы на функционально-смысловые типы речи (Солганик, 1997) — собственно повествования (нарративы), описания (дескриптивы) и рассуждения (аргументативы). Сущность нарратива заключается в рассказе о некотором событии, поэтому для этого композиционно-речевого жанра обязательными компонентами являются его

участники, развитие события во времени, его результаты. Дескриптив представляет собой перечисление некоторых признаков, временная последовательность не актуальна. Разновидностью описания является характеристика, в частности, техническое описание (в нашем случае это — описание симптоматики). Аргументатив — это обоснование мнения, доказательство или опровержение, объяснение своей или чьей-либо позиции. Г.Я Солганик считает разновидностью рассуждения определение (дефиницию) и объяснение, указывая, что определение чаще встречается в научных текстах, а объяснение — в научно-популярных и в языке массовой коммуникации (Солганик, 1997, с.151). Специальное исследование педагогического дискурса (Коротеева, 1999) показывает, что определение так же является и жанром педагогического дискурса, существенно отличаясь по своим признакам от чисто научного определения. В реальной речи ее различные функционально-смысловые типы пересекаются. Нам представляется весьма важным замечание Г.Я.Солганика (1997, с.151) о том, что существует несомненная специфика у различных функционально-смысловых типов речи применительно к различным функциональным стилям или типам коммуникации.

Если мы согласимся с тем, что повествование — это изложение того, что произошло, случилось с кем-либо, то следует признать, что для понимания основных характеристик медико-педагогического дискурса нарратив не является существенным. Для педагогического дискурса нарратив очень важен, там закономерно выделяются повествование в речи учителя, в речи ученика, учебное повествование, повествование фактографическое и вымышленное, повествование как сообщение и как развитие фабулы и т.д. В медицинском дискурсе повествование гораздо менее значимо, здесь мы сталкиваемся с описанием, даже если речь идет о событиях, которые произошли с пациентом. Врач направляет диалог с пациентом по известной схеме: что пациента беспокоит, как проявляется нездоровье, когда пациент обратил на это внимание, как вел себя по отношению к своей болезни и т.д. Суть нарратива — сообщить кому-либо о том, что нечто случилось. Врач не нуждается в такой информации, он может это констатировать и без

специального рассказа, для врача важнее определить значимые характеристики того, что произошло, т.е. дать адекватное описание заболеванию и тем самым поставить правильный диагноз. Элементы нарратива в беседе логопеда с пациентом и его родителем выполняют, на наш взгляд, фатическую функцию. Там, где речь идет о существенных для логопеда моментах, мы сталкиваемся с примерами описания.

Сравним два фрагмента скриптов:

Л. Что это у тебя?

Д. Трансформер, мне его папа купил.

Л. Вы вместе ходили в магазин?

Д. Нет, папа привез его из Москвы.

(Скрипт №288).

Л. Расскажи, пожалуйста, Алеша, что ты делал дома, как занимался.

Д. Я читал по альбому, повторял с мамой слова.

Л. Как ты говорил, покажи.

Д. Чш-ай.

Л. Молодец. Сережа, ты помнишь, как мы с тобой слоги проходили?

Ты дома слоги проходил?

Д. Да.

Л. Значит, так. Гимнастику вы делали артикуляционную, гимнастику на звук делали. В слогах закрепляли, да? Ну, давай, начинай.

< >

Л. Сколько раз вы повторяли слова?

Д. Пять раз.

Р. А если ошибался, то больше.

Л. А еще что ты делал?

Д. Еще читал стихотворение, про мишку.

(Скрипт № 159).

В первом отрывке развивается повествование, ребенок сообщает логопеду о том, что его отец привез ему из Москвы игрушку. Этот диалог нужен логопеду для установления контакта с пациентом, но с диагностикой, лечением, консультацией, рекомендацией он не связан. Второй отрывок

содержит важную для логопеда информацию — обратную связь с пациентом, информацию о том, как проходило лечение в домашних условиях. В этом описании уточняются количественные признаки занятий и конкретные виды заданий.

Описание выступает в качестве ведущего функционально-смыслового типа речи в рассматриваемом дискурсе. Оно прослеживается в диагностической беседе:

Л. До года никаких травм не было? Не болела ли она какими-либо болезнями, интоксикациями?

Р. Да нет...

Л. А что было до трех лет?

Р. В смысле?

Л. Не болела ли она ничем серьезным до трех лет?

Р. Нет, у нас вообще серьезных болезней нет, только простуды, вот сейчас только, в седьмую больницу попали, был абсцесс, ангина перешла в абсцесс, а так у нас ничего не было. Вообще, у нас такое ранимое горлышко...

Л. Скажите, пожалуйста, а говорить она стала у вас когда, вовремя? Звуки, первые слова?

Р. Да...Все считалось в норме. У нас вообще все было в норме.

(Скрипт №104).

В приведенном фрагменте скрипта логопед ведет первичный прием пациента и собирает необходимую информацию для адекватного отражения истории заболевания в карте анамнеза. Такой тип описания можно было бы назвать диагностическим матричным описанием, поскольку у логопеда есть определенный список трафаретных вопросов, представляющих собой своеобразную матрицу признаков, по которым осуществляется описание нарушения речи.

Инструкция представляет собой демонстрацию, наименование и описание операций, которые должен выполнить пациент:

Л. Сначала мы будем произносить на одном выдохе долгий звук "а", потом "я". Тянем, поем "Аааа- яааа", на одном выдохе. Потом произносим

долгое "а" в начале слова, запишите. Например, "Аня — аист — арка — азбука — армия — Ахтуба..." Этот звук произносим под ударением и тянем — тянем. Говорим медленно, плавно, пропевая каждый звук. Потом говорим эти слова в предложениях: "Это моя азбука". "Это Аня и Алла летом на Ахтубе".

(Скрипт №43).

В инструкции логопеда выделены и описаны существенные признаки артикуляции для коррекции неправильного произношения при заикании: на одном выдохе, долгий звук, пение звука, медленное произношение, плавное произношение.

Рассуждение в дискурсе логопеда выражается в объяснении причин нарушений произношения и обосновании тех или иных методов исправления дефектов речи. Например:

Л. ...Перед каждым словом мы сначала произносим первый слог этого слова, потому что ей говорить сразу, вы видите, тяжело. Если она говорит сразу, у нее язык спадает с верхних альвеол и тем самым начинается горловой звук. Понимаете, у нас же не отсутствует звук "Р", у нас патология этого звука, у нас горловой звук, и как только мы теряем контроль над кончиком языка, т.е. над вибрацией, у нас сразу идет горловой звук. Нам ни в коем случае нельзя делать по-другому. Ясно, да?

(Скрипт №88).

{Логика рассуждения логопеда в приведенном текстовом фрагменте такова: констатация факта, затем — детальное объяснение причины неправильного произношения через имплицитивную связь (если А, то В), затем — вторичная логическая импликация (если В, то С), затем — повторная констатация факта через двойное отрицание ("нет отсутствия"), затем — квалификация факта, затем — перифрастически выраженная повторная импликация (если А, то В). Общий вывод — директив в виде запрета, дополненный сигналом обратной связи}.

Рассуждение может быть обращено и к пациенту:

Л. Денис, в прошлый раз у нас получилось лучше, потому что ты больше занимался дома. Если ты не будешь как следует заниматься, тебе

будет трудно учиться в школе и ты не будешь приносить "пятерки". Когда ты занимаешься дома как следует, у тебя все отлично получается.

(Скрипт № 55).

{В данном рассуждении мы сталкиваемся с четырьмя причинно-следственными высказываниями: 1) факт — обоснование, 2) условие через отрицание — следствие, 3) дополнительное следствие, 4) условие — следствие. Такая сложная цепочка аргументов вполне понятна ребенку шести лет. Отметим, что по логической структуре высказывания, обращенные к ребенку, в принципе не отличаются от аналогичных высказываний, обращенных ко взрослым. Различие состоит в лексическом выборе средств аргументации: так, например, в речи, обращенной к ребенку, нет терминов}.

Побудительные высказывания в речи логопеда играют исключительно важную роль, они составляют ядро используемых в рассматриваемом дискурсе директивов и подробно рассматриваются в работе выше. Наш материал показывает, что в речи логопедов зарегистрированы только канонические формы побуждения: повелительная форма глагола в единственном числе при обращении к ребенку, во множественном числе — при обращении ко взрослому, форма "давай + будущее совершенного вида множественного числа":

Л. Итак, мы начинаем с вами "С" в середине слова. Сережа, смотри внимательно в альбом и смотри на меня.

Не отмечены категорические императивы в виде инфинитива, но встречаются инфинитивы в инструкциях:

Л.: Давайте с вами возьмем следующее упражнение. Язык плотно прикусить между зубами.

Не отмечены разговорные формы повелительного наклонения типа: "А ну все замолчали!"

Вопросительные высказывания в медико-педагогическом дискурсе представлены двумя основными разновидностями: информативными вопросами (общие и специальные вопросы) и неинформативными вопросами (риторические и учебно-тренировочные вопросы). Первый тип является преобладающим (из 100 вопросительных предложений только 8 относятся к

неинформативным вопросам). Из 14 типов вопросов, выделяемых Э.Гуди (Карасик, 1992, с.142), в нашем корпусе примеров зарегистрировано 7: информационные вопросы, вопросы при первичном осмотре (этот тип соответствует, на наш взгляд, вопросам на допросе в цитируемой классификации), вопросы-приветствия, риторические вопросы, приказы в виде вопросов, вопросы-просьбы, вопросы заинтересованности.

Информационные вопросы часто объединены в серию:

Л. Скажите, как вы часто делали гимнастику?

Р. Где-то два-три раза в день.

Л. Каждый день?

Р. Да, каждый день.

Л. Хорошо.

(Скрипт №73).

Вопросы заинтересованности занимают промежуточное положение между информативными вопросами и констатациями:

Л. Света, по-моему, у тебя горлышко сегодня болит, да?

Д. Да.

Риторические вопросы в речи логопеда в нашем корпусе примеров обращены к детям и являются способом воздействия на пациентов:

Л.: Володя, ты же хочешь исправить свое произношение?

Наряду с коммуникативными типами высказываний модально-прагматические характеристики исследуемого типа дискурса выражены различного рода метатекстовыми единицами.

Модально-прагматический класс включает модальные квалификаторы и коммуникативы, различие между которыми является весьма зыбким. Под модальными квалификаторами понимаются модальные слова, их функциональные эквиваленты, частицы. Е.Ю.Викторова предлагает весьма широкое понимание коммуникативов, к которым помимо реплик-реакций относятся "контактные стимулы, хезитативы, актуализаторы, повторы, обращения, этикетные формулы при условии выполнения всеми перечисленными непредложенческими конструкциями функции реакции на речь/ситуацию" (Викторова, 1999, с.5). Отметим, что в лингвистической

литературе фигурирует и близкий к коммуникативам термин "коммуникема", обозначающий "коммуникативную непредикативную единицу синтаксиса предложительного характера, представляющую собой слово или сочетание слов, грамматически нечленимую, характеризующуюся наличием модусной пропозиции, нерасчлененно выражающую определенное непонятное смысловое содержание, служащую реакцией на определенные факты объективной действительности и выполняющую в языке эстетическую функцию" (Меликян, 1999, с.4). Эти единицы органически присущи именно устной речи в силу их экспрессивности и лаконичности. В институциональном дискурсе, однако, используются не все коммуникативные средства экспрессивного общения, например, среди единиц утверждения и отрицания типичным оказывается вводное слово "конечно", но неуместно разговорное "Как бы не так!", весьма распространены различные обращения (вокативы), знаки привлечения внимания ("Внимание!"), этикетные знаки, а также метатекстовые знаки, которые членят высказывание и актуализируют изменение темы ("Вот", "Наконец", "Так") (Меликян, 1999, с.24-25). Весьма удобным для лингвистического описания модусно-прагматических единиц текста является термин "дискурсивные слова" (Киселева, Пайар, 1998, с.7), т.е. особый "класс слов, принципиально важным свойством которых является их непосредственная связь с функционированием дискурса".

Модусно-прагматические единицы регулируют взаимоотношения участников общения:

Л. Ты видишь, как у тебя получается? Видишь? Ну-ка, давай еще раз попробуем. Губы — трубочкой, а язык — чашечкой. Так, внимательно.

Д. Ч-ч-ч.

Л. Вот, ты видишь? Только губы надо обязательно держать трубочкой, чтобы у тебя получилось произношение этого звука.

(Скрипт №178).

{В приведенном фрагменте фигурируют весьма важные показатели логопедического дискурса: "ну-ка", "так", "вот". Первый коммуникатив устанавливает статусные отношения неравенства между взрослым и ребенком, частица -ка, как известно, не может использоваться в речи

нижестоящего, это характерный знак закрепления роли родителя, учителя, старшего по возрасту или по положению. Второй коммуникатив, весьма типичный для речи учителя, как отмечает О.Н.Паршина (Цит. по: Викторова, 1999), представляет собой выраженное статусное подтверждение исключительного права на коммуникативную инициативу. Третий коммуникатив представляет собой иллюстративное подтверждение, указательное привлечение внимания}.

Среди коммуникативов особую роль играют хезитативы, слова и квази-слова, используемые для заполнения паузы. Эти речевые единицы присущи особой тональности дискурса, связанной с точностью обозначения. Говорящий мучительно ищет более точное выражение мысли и в процессе поиска заполняет паузу коммуникативами "Эээ...", "Ммм...". Такие заполнители пауз возникают наиболее естественно в научном дискурсе, в общении специалистов во время консилиума, если положение дел не является очевидным. Вместе с тем они также присущи дискурсу в особой тональности эвфемистического подбора слов:

Л. Знаете, ммм, не знаю, что и сказать Вам. Вам нужно — Я Вам много раз говорила — Вам нужно подсечь уздечку. Без этого мы не добьемся ничего. И звук "р" мы ему не поставим. Вы меня понимаете?

Р. Ммм. А вот, а может, мы еще попробуем?

Л. Вы понимаете, у нас не будет результата, не будет.

(Скрипт № 27).

{Функции хезитатива "ммм" в речи логопеда и родителя пациента принципиально различны: логопед пытается найти аргумент для того, чтобы убедить адресата (в нашем случае это мать ребенка, страдающего укороченной подъязычной уздечкой, в результате чего ребенок не может поднять язык к альвеолам) в необходимости хирургического вмешательства. Логопед несколько раздражен и использует хезитатив, чтобы случайно не обидеть женщину. Последующая фраза "Не знаю, что и сказать Вам" по сути дела является заполнителем пустоты, своеобразным заменителем хезитатива, его функциональным эквивалентом. В непринужденном обиходном общении в аналогичной ситуации часто употребляются экспрессивные сниженные

выражения. В речи родителя пациента хезитатив "mmm" выполняет функцию поддержания контакта, выражения согласия. Интонационное наполнение этих хезитативов весьма различно: первый произносится ровным сниженным тоном (и допускает функциональную замену на хезитатив "эээ"), второй произносится с подъемом тона и звучит значительно короче.}

Существенным признаком речи логопеда является прямой повтор высказываний. Семантически повтор избыточен, но в реальном общении он выполняет фатическую функцию поддержания контакта с подчеркиванием значимости сообщаемого и подтверждает статус логопеда. Например:

Л. Прежде, чем мы с вами начнем заниматься, нужно сделать дыхательную гимнастику. Значит, это упражнения на выработку правильного выдоха и вдоха.

Р. [Кивает.] Ммм.

Л. Они направлены на то, чтобы устранить ускоренный темп речи.

Р. [Кивает.] Ммм.

Л. Эти упражнения делать несколько раз в день, это понятно, да?

Р. [Кивает.] Ага.

Л. Помимо общей артикуляционной гимнастики.

Р. [Кивает.] Ммм.

Л. То есть, помимо общей артикуляционной гимнастики обязательно делать эти дыхательные упражнения.

МН. [Кивает.]

(Скрипт №177).

{В первой реплике логопед объясняет назначение предстоящих упражнений, во второй своей реплике — объясняет цель этих упражнений, в третьей — фиксирует внимание родителя на важном моменте выполнения упражнений, в четвертой — подчеркивает важность основного упражнения, в пятой повторяет основную идею своего высказывания. Обратим внимание на императивность высказываний в речи логопеда. В этом сравнительно коротком текстовом фрагменте мы сталкиваемся с тремя эксплицитными выражениями модальности долженствования: нужно делать гимнастику, обязательно делать упражнения, упражнения делать несколько раз в день —

императив в категорической форме инфинитива, и повтор, который усиливает императивность всех приведенных выше высказываниях. Императивность дискурса подчеркивается также однотипными репликами родителя, демонстрирующего понимание и согласие с помощью междометий. Проведенные подсчеты показывают, что без повторов общее количество слов в речи логопедов сократилось бы на 28% по отношению к реально прозвучавшему общему количеству слов, зафиксированных в двух сплошных выборках из записанных нами скриптов. Если же учитывать видеоизмененные повторы и перифразы, то возможное сокращение речи было бы еще большим. Речь, лишенная повторов, однако, потеряла бы убедительность и по своей жанровой природе перестала бы соответствовать устному общению. }

Прямые повторы также встречаются в речи адресатов, но они, на наш взгляд, выполняют иную функцию — продемонстрировать буквальное и точное понимание инструкции:

Л. Хорошо. Давайте с вами возьмем следующее упражнение. Язык плотно прикусить между зубами.

Р. Между зубами.

Л. Запишите, пожалуйста.

(Скрипт №126).

{В жанре инструкции и приказа прямой повтор со стороны адресата является подтверждением успешной коммуникации. Повтор является констатирующим. Существуют различные ситуации, требующие подтверждения точности при понимании сообщения, в жанре инструкции требуется максимальная точность, и поэтому говорящий неоднократно проверяет, насколько точно его поняли. В других ситуациях общения такое повторение реплики говорящего обычно варьируется интонационно с выражением эмоциональной поддержки, удивления, сомнения, иронии и т.д. }

Референциальные характеристики дискурса весьма разнообразны. В данной работе мы остановимся на специфической функции личных местоимений ("докторское МЫ" в речи логопеда и дополнительные нюансы личного местоимения "Я") и неопределенно-личных местоимениях и

неопределенных обозначениях, используемых логопедом при общении с ребенком.

Например:

Л. Что мы с тобой делали дома? Ты занимался? Я не слышу.

Д. Я по альбому читал вот здесь. А у меня не получается.

Л. Мы будем с тобой делать столько раз, сколько необходимо, чтобы у тебя все получилось. Ты же знаешь, что у нас с тобой рано или поздно все получается.

Р. Да, я тоже говорю...

Л. Какой мы звук сейчас продолжим? Ну, давай, показывай.

Д. Вот это я не очень помню.

Л. Как помнишь. Не страшно, мы же ведь учимся с тобой.

(Скрипт №80)

{Говоря "мы с тобой" логопед имеет в виду "ты", переход с "мы" на "ты" плавно осуществляется на всем протяжении разговора, при этом "мы" относится к обучению, к активной роли логопеда, а "ты" — к индивидуальным усилиям ребенка. В использовании местоимения "мы" содержится имплицитно выражаемая логопедом поддержка усилий ребенка. Местоимение "мы" не используется в общении логопеда с родителем ребенка, хотя если речь логопеда обращена к родителю и ребенку одновременно, то местоимение "мы" встречается. }

В лингвистической литературе отмечено, что местоимение "мы" выполняет шесть основных функций: 1) совокупный субъект ("Я + ты", говорящий и единичный адресат), 2) говорящий и группа адресатов ("Я + вы"), 3) говорящий и неопределенно-обобщенный адресат ("Здесь мы остановимся, дорогой читатель", "Проведем на плоскости 0 две взаимно перпендикулярные прямые..."), 4) говорящий и конкретный объект речи ("мы с соседом, мы с друзьями"), 5) говорящий и корпоративно-обобщенная группа ("Мы, рабочие, говорим..."), 6) говорящий и обобщенная группа лиц ("Я + все", "Мы не столько любим людей за то добро, которое они нам сделали, сколько за то добро, которое мы им сделали" (Л. Толстой) (Химик, 1990, с.38-48). Интересующее нас специфическое употребление местоимения

"мы" не относится ни к первой, ни к третьей группам, это случай "мнимой совместности", по словам В.В.Химики, но наш материал показывает, что мнимая совместность может переходить в реальную.

Местоимение первого лица единственного числа играет особую роль в дискурсе. Известно, что это местоимение является индикатором перформативных глаголов, т.е. тех глаголов, которые выражают некоторое действие, а не описывают его, при условии, что соответствующий глагол употребляется в изъявительном наклонении настоящего времени ("Я поздравляю Вас", "От имени президента я вручаю Вам орден", "Я называю этот корабль "Санта-Мария" и др.). В институциональном дискурсе такое употребление глаголов особенно значимо. Говорящий, произнося некоторое высказывание, вместе с тем производит определенное действие, поскольку имеет полномочия на совершение этого действия.

В медико-педагогическом дискурсе перформативное использование глаголов, усиленное местоимением "Я", встречается весьма регулярно: "Сегодня я ставлю тебе "отлично", "Я рекомендую Вам обратиться прежде всего к хирургу", "Я запрещаю Вам заниматься произношением этого звука, пока мы его не автоматизировали". Акцентируемое "я" в речи логопеда может свидетельствовать как о личностных особенностях специалиста, так и о специфике данного вида институционального дискурса. Граница между персональным и институциональным общением в конкретном их воплощении бывает весьма подвижной, но сама специфика официальной ситуации налагает дополнительные смыслы на языковые единицы. Для личного местоимения "я" таким смыслом является усиление статусного индекса говорящего, наделенного особыми полномочиями. Отметим, что это же местоимение в речи родителей, обращенной к логопеду, встречается значительно реже, произносится в безударной позиции либо со статусно-понижающим словом "вот": "Я вот хотела бы Вас спросить..."

Неопределенно-личные местоимения и другие дейктические единицы, используемые для косвенного обозначения участников общения, характерны для определенных ситуаций общения логопеда с пациентами в шуточной форме:

Л. В прошлый раз на занятии мне один мальчик обещал, что дома все задания будет выполнять с бабушкой несколько раз в день, правда?

Р. Да, обещали...

Л. Правда?

Д. Правда.

(Скрипт № 143).

{Неопределенные дейктические выражения "один мальчик", "кто-то" используются логопедом с целью мягкого порицания ребенка, который недостаточно активно занимался дома по исправлению дефекта речи. Такие выражения имеют полшутливый характер и показывают, что логопед понимает, что ребенок недостаточно поработал, но в то же время свидетельствуют о том, что порицание не является строгим, в противном случае оно было бы выражено прямо. Такие коммуникативные обороты демонстрируют характерную тенденцию логопедического дискурса — устанавливать сокращенную дистанцию общения между логопедом и его пациентом, делать общение более личностным в рамках институционального дискурса.}.

Формально-связочные характеристики медико-педагогического дискурса определяются его двумя фундаментальными качествами: принадлежностью к институциональному дискурсу и вытекающей отсюда необходимостью для логопеда изъясняться ясно и отчетливо, с одной стороны, и устной формой общения, сориентированной на адресата-ребенка, с другой стороны.

Формально-связочные характеристики дискурса выражаются в виде 1) коннекторов (союзов и союзных эквивалентов), 2) паратактической и гипотактической организации сложного предложения, 3) эллипсиса и разрыва, 4) перебивов и самоперебивов. Сюда же относится, на наш взгляд, резюмирование как обеспечение содержательной связности устного текста, имеющего определенную цель.

Логопед стремится говорить по правилам устной литературной речи. Логически строя свои высказывания, логопед соблюдает баланс между точностью и детализацией выражения мысли (это требует пояснений,

выражаемых в сложноподчиненных предложениях при помощи союзов и союзных эквивалентов) и доступностью речи для ребенка или для родителя с невысоким уровнем образования.

Приведем развернутый пример аргументации логопеда:

Л. Ну, вот. У вас, конечно, неправильное произношение свистящих и шипящих, первичное нарушение звукопроизношения, и что мне, скажем так, не совсем понравилось, это сугубо мое мнение, это то, что на фоне всего у нее мне не понравился темп речи. У нее немножко убыстренный темп речи стал, она спешит, торопится, считает, что чем быстрее она вам скажет, тем быстрее вы ее поймете. И тем самым она сглатывает окончания, и образуется у нее каша во рту. То есть, даже те звуки, которые она произносит относительно чисто, они на общей массе не слышны. Такая происходит у нее неуверенность. Ну, конечно, я считаю, ей уже можно было с логопедом с пяти лет заниматься, с четырех даже, но все еще можно поправить, и ничего страшного нет. Просто, понимаете, наверно, она получала очень много информации, а за счет своих речевых нарушений она не могла высказаться. Понимаете, информации она получает очень много, существует несформированность какая-то, и высказаться она не может. И поэтому у нее такой быстрый темп речи, и ей помочь надо. Поэтому, я считаю, ей желательно все убрать, убрать всю речевую патологию, исправить произношение, а потом и темп речи. Конечно, до школы это надо все снять. Тут же, понимаете, какая ситуация: какая у нее проблема с произношением, такая же и будет проблема с письменной речью, как она не слышит свою неправильную речь, соответственно так же она будет... Понимаете, все это закономерно.

(Скрипт №114).

{Приведенный текст характеризуется смысловой, а не формальной связностью, акцентируются причинно-следственные связи (используется союз "поэтому" и союзный эквивалент "тем самым"), приводятся пояснения (союз "то есть"). В соответствии с нормами устного общения, этот текст содержит множество знаков модусно-прагматического характера — вводные слова и выражения, устанавливающие контакт между коммуникантами,

выражающие личное отношение говорящего к адресату и предмету речи. Отметим, что выраженные знаки модусно-прагматического типа превалируют по сравнению с выраженными знаками формальной связности текста. Если рассматривать связность текста в ее двух основных проявлениях — когерентность как содержательная связность и когезия как формальная связность, то в соответствии с нормами устной речи когезия в этом тексте выражена минимально. Этот текст показателен для всего медико-педагогического дискурса}.

В данном тексте мы сталкиваемся с элементами разговорной грамматики в речи логопеда: "...даже те звуки, которые она произносит относительно чисто, они на общей массе не слышны" — местоимение "они" дублирует подлежащее "звуки" в предшествующей части предложения, это явление в известной мере сходно с "именительным темы", свойственным русской разговорной речи. Логопед обрывает свою речь, убедившись в том, что идея доведена до адресата: "...как она не слышит свою неправильную речь, соответственно так же она будет..." При этом используется формальный знак связности "соответственно". Нельзя не заметить высокую степень перифразирования в данном тексте, сообщение о том, что одной из причин неправильного произношения у девочки является слишком быстрый темп речи, выражено в разной форме четыре раза на протяжении столь короткого текстового отрывка. Формальная связь в тексте обеспечивается бессоюзной последовательностью логически когерентных предложений.

Показателем разговорного синтаксиса являются перебивы речи, свойственные неформальному диалогическому общению:

Л. Я думаю, раз у вас логопеда нет в детском саду, нужно — Здесь ничего страшного нет.

Р. Надо точно узнать, есть там логопед или нет.

Л. По-моему, в вашем детском саду нет логопеда.

Р. А вот здесь может быть так, что набраны группы уже или еще что-то? потому что она берет очень малое количество детей.

Л. Ну, договоритесь с ней индивидуально, раз вы туда ходите, так договоритесь.

(Скрипт №163).

{В первой реплике происходит самоперебив, логопед прерывает свое высказывание. Бабушка пациента размышляет вслух: "Надо точно узнать..." Это высказывание не обращено как просьба к логопеду, но на всякий случай логопед дает ответ. Самоперебив наблюдается и в речи посетителя.}

Перебивы в дискурсе логопеда и пациента встретились крайне редко, они являются нарушением статусных отношений, в нашем материале зарегистрированы в единичных случаях. Это перебивы речи логопеда со стороны ребенка, который проявил коммуникативную инициативу, но по последующей негативной реакции со стороны мамы и логопеда понял, что так вести себя не следует:

Л. Так, Сережа, открываем -

Д. А у меня солдатик -

Р. Слушай внимательно!

Л. Хорошо, это потом, а сейчас мы будем заниматься.

(Скрипт № 36).

Резюмирование свойственно речи логопеда прежде всего в жанре инструкции:

Л. Сначала у нас идет с вами артикуляционная гимнастика, обязательно, перед каждым занятием, не забываем. Потом — гимнастика на звук "Ч", потом — сначала закрепляем, повторяем слоги, а потом только — в конце слова. Ясно, да? То есть, идем только по такой методике, и занимаемся, занимаемся, занимаемся.

(Скрипт №98).

Таким образом, текстуально-грамматические характеристики медико-педагогического дискурса уточняют фонетические и лексико-фразеологические характеристики речи логопеда по двум наиболее существенным параметрам: официальная ситуация институционального общения и адресованность речи ребенку.

Выводы к третьей главе

В структурно-семантическом отношении медико-педагогический дискурс характеризуется определенными фонетическими, лексико-фразеологическими и текстуально-грамматическими особенностями.

Важнейшие фонетические характеристики рассматриваемого дискурса сводятся к следующим признакам: 1) подчеркнутая четкость произношения логопеда, который должен демонстрировать образцовую артикуляцию, поскольку любая фраза в его речи является показательной для ребенка, страдающего дефектом речи, 2) специальная артикуляция тренируемых звуков и слов, как в изолированных, так и в связанных позициях, 3) контролируемый темп речи, во время занятия с пациентами темп речи несколько замедлен (речь, обращенная к детям, в 1,6 раза медленнее, чем речь, обращенная к их родителям), паузы между словами внутри смысловых синтагм практически отсутствуют, паузы между синтагмами достаточно короткие, 4) модулируемая громкость речи, 5) особая интонационная оформленность высказываний, обращенных к пациенту и его родителю (статусная позиция вышестоящего, доброе отношение к ребенку, официальность ситуации).

Лексико-фразеологические особенности общения логопеда с пациентами и их родителями объясняются нормами институционального дискурса в официальной ситуации, с одной стороны, и профессиональной спецификой подготовки логопеда, с другой. Среди таких особенностей наиболее показательными являются следующие: использование терминов в речи логопеда, специфическая лексика, используемая при общении с детьми дошкольного и младшего школьного возраста, автологическое использование лексики, клишированные профессиональные выражения, функционально сближающиеся с терминами.

Терминология используется логопедом только при общении с коллегами и родителями пациентов. Можно выделить три основные функции использования терминов в рассматриваемом дискурсе: номинативную (для обеспечения точности обозначения предмета речи), эвристическую (для внутреннего поиска решения, обычно осуществляемого неосознанно, при размышлении вслух) и регулятивную (для демонстрации своего статуса

родителям пациента и сознательного шифрования информации при беседе с коллегами). Использование терминов в номинативной функции статистически является абсолютно преобладающим. Обычно термины в медико-педагогическом дискурсе объясняются и комментируются, поскольку родители пациента должны сознательно участвовать в совместной работе с логопедом по исправлению дефекта речи у ребенка. Количество используемых терминов в речи логопеда варьирует в зависимости от образовательного ценза родителей пациентов: чем выше этот ценз, тем чаще используются термины.

В медико-педагогическом дискурсе фигурирует лексика, маркированная по признаку возраста коммуникантов: это детская речь пациентов, взрослая речь логопедов, обращенная к детям и их родителям, а также речь родителей пациентов. Лексика в речи логопеда, обращенной к ребенку, характеризуется следующими особенностями: 1) тематическая ограниченность, 2) выраженная дидактическая направленность, 3) смысловая и формальная отчетливость, 4) отсутствие скрытых смыслов, идиом, подтекста, иронии, двусмысленности. При проведении занятия с ребенком по исправлению дефектов его речи логопед одновременно расширяет словарный запас ребенка, объясняя и иллюстрируя произносимые слова. Параллельно объясняются и нормы поведения людей.

К числу специфических профессиональных особенностей использования лексики в речи логопеда относятся случаи автологического словоупотребления, т.е. употребление слова как формального знака для тренировки его звуковой формы в специальных учебных текстах. Автологические словоупотребления могут быть демонстрационными, коррекционными и автоматизирующими. Автологическое словоупотребление часто используется в специально организованных языковых играх. С точки зрения общелингвистической классификации языковых единиц разных уровней по соотношению их значения и формы, можно выделить автологическую функцию речи, которая состоит в том, что и слова, и предложения, и тексты могут использоваться в отрыве от их значения, т.е.

выступать как псевдо-единицы языка (это учебные тексты, тексты-пароли, мнемонические тексты, тексты-эксперименты в поэзии или языковой игре).

В речи логопеда весьма часто встречаются клишированные фразеологические единицы, назначение которых состоит в стремлении точно обозначить предмет речи и подчеркнуть социальный статус говорящего как агента институционального дискурса. Профессиональные клишированные единицы часто сочетаются в медико-педагогическом дискурсе с терминами. При общении с детьми во время проведения специальных занятий по исправлению дефектов речи логопед достигает требуемой точности обозначения предмета речи путем создания метафорических, описательных обозначений, которые заменяют принятые во взрослом общении клише.

Текстуально-грамматические характеристики медико-педагогического дискурса моделируются в работе с семиотических позиций, при этом выделяются модально-прагматические, диктально-референционные и формально-связочные параметры исследуемых текстов.

Модально-прагматические характеристики медико-педагогического дискурса состоят в особенностях выражения целевых установок высказывания и тех коммуникативных метатекстовых знаков, которые показывают различные оттенки отношения говорящего к партнеру, предмету речи и ситуации общения. Проанализированный материал показывает, что наиболее значимым функционально-смысловым типом речи в рассматриваемом дискурсе применительно к изъяснительным высказываниям является описание (дескриптив), которое прослеживается в диагностической беседе логопеда с родителями пациента и в логопедической инструкции, в то время, как повествование (нарратив) и рассуждение (аргументатив) выполняют вспомогательную роль в речи логопеда. Побудительные высказывания являются центральным средством выражения директивных речевых действий. Среди вопросительных высказываний наиболее частотными оказались в нашем корпусе примеров информационные вопросы, весьма распространены также вопросы-просьбы. Метатекстовые модально-прагматические единицы общения в логопедическом дискурсе устанавливают

статусные отношения неравенства между участниками общения, регулируют тональность общения (это прежде всего хезитативы и повторы).

Среди диктально-референционных характеристик рассматриваемого дискурса наиболее важными для понимания его специфики оказались особенности употребления личных местоимений ("докторское" МЫ и перформативное Я) и неопределенно-личные местоимения, используемые для косвенного обозначения участников общения.

Формально-связочные характеристики дискурса выражаются в виде 1) коннекторов (союзов и союзных эквивалентов), 2) паратактической и гипотактической организации сложного предложения, 3) эллипсиса и разрыва, 4) перебивов и самоперебивов, 5) резюмирования как обеспечения содержательной связности устного текста, имеющего определенную цель.

Заключение

Обращение лингвистов и представителей смежных областей знания — психологов, социологов, культурологов, педагогов — к изучению дискурса как текста в ситуации реального общения закономерно поставило на повестку дня исследование ситуативных и жанровых разновидностей дискурса. Одним из возможных подходов к моделированию типов дискурса является освещение специфики институционального общения в основных его разновидностях. Наряду с каноническими типами институционального дискурса, выделяемыми в современной действительности (политический, педагогический, научный, медицинский, религиозный, деловой, массово-информационный и др.), существуют и промежуточные типы такого дискурса, объединяющие в себе характеристики канонических типов. К числу таких промежуточных типов институционального дискурса относится медико-педагогический дискурс, реализующийся в общении логопеда с пациентами и их родителями.

Изучение промежуточных языковых и речевых образований представляет особый интерес для лингвистики, поскольку позволяет по-новому взглянуть на существующие классификации, подтвердить их

правомерность либо подвергнуть их пересмотру и поставить вопросы, существенные для развития лингвистической теории. Основным выводом, к которому мы пришли в результате проведенного исследования, состоит в том, что социолингвистическое моделирование дискурса дает возможность синтезировать различные подходы к его изучению и раскрыть его существенные признаки. Подобно тому, как различные жанры речи могут вступать в комбинации друг с другом и проявляться в превращенном виде, различные типы дискурса обнаруживают взаимопереходность. Эта взаимосвязь и взаимопереходность является избирательной: между различными типами дискурса существуют точки пересечения, однако эти моменты пересечения обнаруживают такую же специфику, как и сами типы дискурса. Медико-педагогический дискурс объективно реален, он органически объединяет характеристики медицинского и педагогического типов дискурса и дает основания считать, что существуют другие промежуточные типы дискурса. Наше исследование показало, что основные параметры для описания канонических типов институционального дискурса являются валидными и для промежуточных типов.

Целью медико-педагогического дискурса является оказание профессиональной помощи ребенку, страдающему дефектами речи, для его полноценной социализации в обществе. Основные участники этого дискурса — логопед как агент социального института и маленький пациент с его родителями как клиенты института. Промежуточный характер логопедического дискурса проявляется в наличии двух основных локусов оказания соответствующей помощи: логопеды работают в клинических и учебных учреждениях, при этом принципиального различия в системе жанров медико-педагогического дискурса нет.

Системообразующие конститутивные признаки институционального дискурса (его цель, участники и обстоятельства) и вытекающие отсюда системноприобретенные признаки — ценности, стратегии, жанры и прецедентные тексты конкретизируются в типах институционального дискурса. Наряду с конститутивными признаками институциональный дискурс в его конкретном проявлении неизбежно включает нейтральные

признаки, которые относятся либо к любым типам дискурса и характеризуют общение как таковое, либо свойственны другим типам институционального или персонального дискурса, но спорадически встречаются в данном типе институционального дискурса (применительно к нашему материалу это элементы научного и обиходно-бытового дискурса в медико-педагогическом).

Ценности медико-педагогического дискурса в концентрированном виде выражены в основных концептах как медицинского, так и педагогического дискурса: это здоровье и его антипод — болезнь (дефект речи), обучение и развитие личности ребенка. Ценности рассматриваемого дискурса выражены также в нормах медицинской и педагогической этики, обнаруживающих глубинное смысловое единство, основой которого является стремление помочь человеку, не способному решить жизненно важные проблемы самостоятельно, эти ценности отчасти выражены в паремиологическом фонде языка, но в значительной мере подразумеваются и входят в число базовых поведенческих пресуппозиций. Специфика данного дискурса состоит в том, что его агенты имеют право открыто и директивно выражать эти ценности, а клиенты обязаны принимать их в качестве аксиом поведения.

Стратегии медико-педагогического дискурса сводятся к диагностике, лечению и рекомендации (медицинский дискурс), при этом лечение и рекомендация включают объяснение, оценку, контроль, содействие и организацию (педагогический дискурс). Жанровое пространство устного медико-педагогического дискурса включает жалобу родителей пациента, вербальное лечение, логопедическую рекомендацию, консилиум, индивидуальное занятие логопеда с пациентом, групповое занятие логопеда с пациентами.

В общении логопеда с пациентами и их родителями выделяются профессионально значимые пресуппозиции, текст и импликации. Пресуппозиции логопеда основаны на знании типичных дефектов речи, типичных сопутствующих заболеваний у детей, типичных форм поведения детей и их родителей, а также норм медицинской и педагогической этики. Профессионально значимый текст в логопедическом дискурсе

характеризуется типом нарушения речи у ребенка, возрастом ребенка, мотивацией и образовательным статусом родителей. Профессионально значимые импликации в речи логопеда сводятся к директивным речевым действиям, призванным убедить родителей систематически заниматься дома с ребенком специальными упражнениями для успешного исправления дефектов речи.

Если социолингвистическое изучение институционального дискурса направлено на освещение его природы с позиций функционирования соответствующего института, и поэтому на первый план выходят характеристики участников и обстоятельств общения, то прагмалингвистический анализ предмета нашего исследования дает возможность охарактеризовать его внутренние механизмы — его жанровую систему, базовые интенции коммуникантов, стратегии общения и типы его тональности. Эти характеристики развернуто представлены в жанре логопедической рекомендации, являющейся директивным речевым действием, суть которого состоит в выражении воли говорящего для оказания воздействия на адресата. Логопедическая рекомендация как сложное речевое действие представляет собой ответ на вопрос или жалобу родителей пациента и выраженную либо имплицитную просьбу о помощи. В работе предложена классификация директивов по признакам 1) степени категоричности, 2) организационной определенности желаемого действия, 3) статусного соотношения участников общения, 4) пропозиционального знака желаемого действия (утверждение либо отрицание, т.е. побуждение либо запрет); 5) первичности либо вторичности директива, т.е. выражения базового недифференцированного побуждения (непосредственный директив) либо осложненного директивного речевого действия (связанный директив), 6) эксплицитности (явное выражение) либо имплицитности (косвенность) директива, 7) внутреннего оценочного знака побуждения, которое направлено на благо адресата либо не содержит такой направленности. В медико-педагогическом дискурсе типичными являются прямые категоричные директивы, вместе с тем представлены и косвенные директивы.

Проведенный анализ позволил нам установить типовую структуру директивного речевого действия логопеда, включающую 1) установление контакта (фатическая коммуникация), 2) определение статусных взаимоотношений (обычно невербальная операция), 3) объяснение директива, 4) собственно директив, 5) взятие на себя обязательств (комиссив), 6) реакция адресата на директив. Рекомендация логопеда строится в модальности долженствования, основное содержание рекомендации — инструктивное разъяснение последовательности действий. В текстах логопедической рекомендации типичны тавтологические реплики, назначение которых состоит в суггестивном воздействии на психику пациента и демонстрации институционального статусного неравенства участников логопедического дискурса.

В речевом жанре медико-педагогической рекомендации мы сталкиваемся не только с директивами, но и недирективными речевыми действиями (декларативами, комиссивами, экспрессивами). Цель рекомендации логопеда состоит в том, чтобы объяснить родителю пациента, как следует вести домашние занятия с ребенком, страдающим нарушениями речи. Различные способы реализации этой цели проявляются как коммуникативные стратегии: причинно-объясняющая, демонстративно-комментирующая, конструктивно-убеждающая, превентивно-убеждающая, инструктирующая. Коммуникативная тональность общения логопеда с пациентом и его родителями характеризуется минимально подчеркиваемой, но четко осознаваемой официальностью общения, полной контролируемостью ситуации со стороны логопеда и доброжелательным отношением логопеда к пациенту и его родителям. Нарушения принципа кооперации в общении зарегистрированы в нашем материале только со стороны некоторых родителей пациентов, при этом в случае возможности конфликтного общения логопед переводит коммуникацию в сугубо официальную тональность. В этом смысле можно сказать, что агенты институционального дискурса наделены гораздо меньшей свободой выражения личного негативного отношения к своим клиентам, чем те — к агентам и институту в целом. Таким образом, проявление личного

негативного отношения к адресату табуируется в медико-педагогическом дискурсе и, по-видимому, в институциональном дискурсе в целом.

Рассмотрение медико-педагогического дискурса в структурно-семантическом аспекте позволило установить его конкретные особенности в фонетическом, лексико-фразеологическом и текстуально-грамматическом отношениях.

Фонетические особенности логопедического дискурса сводятся к следующим моментам: 1) максимальная (иногда утрированная) четкость артикуляции, 2) специальная артикуляция слов и словосочетаний при работе над тренируемыми звуками речи, 3) искусственно замедленный и плавный темп речи, обращенной к пациентам, 4) форсируемая громкость речи, 5) интонационно выраженная модальность официально-доброжелательного отношения к пациенту и его родителям с подчеркнутым расположением к ребенку.

В ряду лексико-фразеологических характеристик медико-педагогического дискурса маркированными оказались следующие: 1) использование терминов при общении с родителями пациентов (термины употребляются в трех функциях — номинативной, эвристической и регулятивной), 2) наглядно-образное обозначение предметной сферы (анатомия речевого аппарата, артикуляционные упражнения) при объяснении детям упражнений по устранению дефектов речи, 3) автологическое использование лексики при работе над трудными звуками, 4) клишированные профессиональные выражения, функционально сближающиеся с терминами, наличие особых тренировочных словосочетаний для работы над определенными фонемами (чистоговорки). Лексика в речи логопеда, обращенной к ребенку, характеризуется следующими особенностями: 1) тематическая ограниченность, 2) выраженная дидактическая направленность, 3) смысловая и формальная отчетливость, 4) отсутствие скрытых смыслов, идиом, подтекста, иронии, двусмысленности.

Среди текстуально-грамматических характеристик рассматриваемого дискурса, сгруппированных по семиотическому принципу в три класса — модально-прагматические, диктально-референционные и формально-

связочные, специфическими для предмета нашего изучения оказались следующие: 1) описание как доминирующий функционально-смысловой тип речи (по сравнению с повествованием и рассуждением), наиболее детально выраженное в логопедической инструкции, 2) коммуникативы как метатекстовые показатели статусно-ситуативного неравенства участников общения и регуляторы его тональности, 3) семантическое осложнение личных местоимений первого лица ("докторское" МЫ и акцентируемое перформативное Я в речи логопеда), 4) резюмирование как обеспечение содержательной связности и гарантированного понимания директивного смысла в рекомендации логопеда.

Изучение промежуточных типов институционального дискурса находится в начале своего развития. К числу перспективных направлений для дальнейшего исследования медико-педагогического дискурса, на наш взгляд, можно было бы отнести следующие: уточнение жанровой специфики и жанровых взаимопереходов в различных типах институционального дискурса, речевое портретирование учителей и врачей как носителей элитарной речевой культуры, установление и описание правил и норм институционального общения в его канонических и промежуточных типах, определение ценностей в различных типах институционального дискурса.

Библиография

1. Аврорин В.А. Проблемы изучения функциональной стороны языка (к вопросу о предмете социолингвистики). – Л.: Наука, 1975. – 276 с.
2. Азнабаева Л.А., Чанышева З.З. Фатическое общение: этнокультурный аспект // Этнопсихолингвистические аспекты речевого общения: Тез. докл. Ч.1. М.- Самарканд, 1990. - С.5-6.
3. Аликаев Р.С. Язык науки в парадигме современной лингвистики. Нальчик: Эль-Фа, 1999. - 318 с.
4. Андреев Ю.П. Категория "Социальный институт" // Философские науки. - 1984. - №1. - С. 134-137.
5. Андреева Г.М. Социальная психология. - 2-е изд., доп. и перераб. - М.: Изд-во МГУ, 1988. - 432 с.

6. Апресян Ю.Д. Избранные труды, том I. Лексическая семантика: 2-е изд., испр. и доп. - М.: Школа "Языки русской культуры", Издательская фирма "Восточная литература" РАН, 1995. - VIII с., 472 с.
7. Арутюнова Н.Д. Дискурс // Лингвистический энциклопедический словарь. – М.: Сов. энциклопедия, 1990. – С.136-137.
8. Арутюнова Н.Д. Жанры общения // Человеческий фактор в языке: Коммуникация, модальность, дейксис. - М.: Наука, 1992. - С. 52-56.
9. Арутюнова Н.Д., Падучева Е.В. Истоки, проблемы и категории прагматики // Новое в зарубежной лингвистике. Вып. 16. Лингвистическая прагматика. - М.: Прогресс, 1985. - С. 3-42.
10. Астафурова Т.Н. Лингвистические аспекты межкультурной деловой коммуникации. - Волгоград: Изд-во ВолГУ, 1997. - 108 с.
11. Ахманова О.С. Словарь лингвистических терминов. М.: Сов. Энциклопедия, 1966. - 608 с.
12. Ахутина Т.В. Порождение речи. Нейролингвистический анализ динамической афазии. – М.: Изд-во МГУ им. М.В. Ломоносова, 1989. – 214 с.
13. Бабанский Ю.К. Принципы обучения // Педагогика: Учеб. пособие для студентов пед. ин-тов / Под. ред. Ю.К.Бабанского. - М.: Просвещение, 1983. - С. 161-176.
14. Бабаян В.Н. Особенности диалога при молчащем наблюдателе: Автореф. дис. ...канд. филол. наук. - Ярославль: Изд-во ЯГПУ, 1998. - 16 с.
15. Багдасарян Т.О. Тональный компонент модальности в коммуникации (на материале английского и русского языков): Автореф. дис. ... канд. филол. наук. Краснодар, 2000. - 23 с.
16. Базилевская В.Б. Порицание в устах учителя (опыт анализа речевого акта) // Прагматические аспекты функционирования языковых единиц: Тез. докл. / Ин-т языкознания АН СССР, Воронеж. гос. ун-т. М., 1991. - С.19.
17. Балли Ш. Общая лингвистика и вопросы французского языка / Пер. с фр. М.: Изд-во иностр. лит., 1955. - 416 с.
18. Баранникова Л.И. Социально-историческая обусловленность места разговорной речи в общенародном языке // Вопросы языкознания. 1970. № 3.
19. Баранов А.Г. Функционально-прагматическая концепция текста. Ростов-на-Дону: Изд-во Рост. гос. ун-та, 1993. - 182 с.

20. Баранов А.Г. Когниотипичность текста. К проблеме уровневой абстракции текстовой деятельности // Жанры речи. - Саратов: Изд-во ГосУНЦ "Колледж", 1997. - С. 4-12.
21. Баранов С.П. Сущность процесса обучения // Баранов и др. Педагогика: Учеб. пособие по спец. № 2001 "Преподавание в нач. классах общеобразоват. шк." / С.П.Баранов, Р.Л.Болотина, В.А.Сластенин. - 2-е изд., перераб. - гл. 7. - М.: Просвещение, 1987. - С. 71-80.
22. Бархударов С.Г. О значении и задачах научных исследований в области терминологии // Лингвистические проблемы научно-технической терминологии. М., 1970.
23. Бахтин М.М. Проблема речевых жанров // Бахтин М.М. Литературно-критические статьи. - М.: Худож. лит., 1986. - С. 428-472.
24. Бахтин М.М. Проблема текста // Бахтин М.М. Собрание сочинений в семи томах. - М.: Русские словари, 1996. - Т.5. - С.306-328.
25. Безменова Н.А., Герасимов В.И. Некоторые проблемы теории речевых актов // Языковая деятельность в аспекте лингвистической прагматики: Сб. научн.-аналит.обзоров. - М.: ИНИОН АН СССР, 1984. - С. 146-196.
26. Белл Р.Т. Социолингвистика. Цели, методы, проблемы / Пер. с англ. - М.: Международные отношения, 1980. - 318 с.
27. Бельтюков В.И. Об усвоении детьми звуков. - М.: Изд-во АПН РСФСР, 1964. - 138 с.
28. Бельтюков В.И. Взаимодействие анализаторов в процессе восприятия и усвоения устной речи (в норме и патологии). - М.: Педагогика, 1977. - 176 с.
29. Белянин В.П. Введение в психолингвистику. М.: ЧеРо, 1999. - 128 с.
30. Богданов В.В. Речевое общение: Прагматические и семантические аспекты. - Л.: Изд-во Ленигр. ун-та, 1990. - 88 с.
31. Богин Г.И. Уровни и компоненты речевой способности человека. - Калинин: Изд-во Калининск. гос ун-та, 1975. - 106 с.
32. Бодалев А.А. Личность и общение: Изб. тр. - М.: Педагогика, 1983. - 271 с.
33. Бодуэн де Куртенэ И.А. Избранные труды по общему языкознанию. - М.: Изд-во АН СССР, 1963. - Т.1. - 384 с. ; Т.2. - 391 с.
34. Божович Л.И. Личность и ее формирование в детском возрасте. - М.: Просвещение, 1968. - 464 с.
35. Большой толковый словарь русского языка. СПб: Норинт, 1998. - 1536 с. (БТС).

36. Бондалетов В.Д. Социальная лингвистика. – М.: Просвещение, 1987. – 160 с.
37. Борботько В.Г. Общая теория дискурса (принципы формирования и смыслопорождения): Автореф. дис. ...д-ра филол. наук. - Краснодар: Изд-во КубГУ, 1998. - 48 с.
38. Борботько В.Г. Принципы формирования дискурса: Учебное пособие по спецкурсу для студентов лингвистических факультетов. - Сочи: Изд-во Сочинского гос. ун-та туризма и курортного дела, 1999. - 92 с.
39. Брайт У. Введение: параметры социолингвистики // Новое в зарубежной лингвистике. Вып. 7. Социолингвистика. - М.: Прогресс, 1975. - С. 34-41.
40. Брудный А.А. Психологическая герменевтика. М.: Лабиринт, 1998. - 336 с.
41. Брунер Дж. Онтогенез речевых актов // Психолингвистика. – М.: Прогресс, 1984. – С.21-49.
42. Бурлакова М.К. Речь и афазия. – М.: Медицина, 1997.- 280 с.
43. Ван Дейк Т.А., Кинч В. Стратегии понимания связного текста // Новое в зарубежной лингвистике. Вып. 23. Когнитивные аспекты языка. - М.: Прогресс, 1988. - С. 153-211.
44. Василенко Л.И. Модальные слова как средство авторизации текста // Филологические науки. – 1984. – №4. – С.76-79.
45. Вежбицка А. Речевые акты // Новое в зарубежной лингвистике. Вып. 16. Лингвистическая прагматика. - М.: Прогресс, 1985. - С. 251-275.
46. Вежбицка А. Речевые жанры // Жанры речи. - Саратов: Изд-во ГосУНЦ “Колледж”, 1997. - С. 99-111.
47. Вежбицкая А. Семантические универсалии и описание языков / Пер. с англ. - М.: Языки русской культуры, 1999. - 780 с.
48. Викторова Е.Ю. Коммуникативы в разговорной речи (на материале русского и английского языков): Дис. ... канд. филол. наук. Саратов, 1999.
49. Винарская Е.Н. Раннее речевое развитие ребенка и проблемы дефектологии. Книга для логопеда. – М.: Просвещение, 1987. – 160 с.
50. Винарская Е.Н., Богомазов Г.М. Возрастные языки ребенка // Вестник Воронеж. гос. ун-та. Серия Лингвистика и межкультурная коммуникация. №1. 2001. - С.59-68.
51. Виноградов В.В. Русский язык (Грамматическое учение о слове). М.;Л.: Учпедгиз, 1947. – 784 с.

52. Виноградов В.В. О категории модальности и модальных словах в русском языке // Виноградов В.В. Избранные труды. Исследования по русской грамматике. – М.: Наука, 1975. – С.53-87.
53. Винокур Т.Г. К характеристике говорящего. Интенция и реакция // Язык и личность: [Сб. ст.] / АН СССР. Ин-т рус. яз.; Отв. ред. Д.Н.Шмелев. - М.: Наука, 1989. - С. 11-23.
54. Водак Р. Язык. Дискурс. Политика // Пер. с англ. и нем.; ВГПУ. - Волгоград: Перемена, 1997. - 139 с.
55. Восканян Г.Р. Структура, типы, контексты функционирования комиссивных и эмфатических ассертивных высказываний в современном английском языке: Автореф. дис. ...канд.филол.наук. Пятигорск,1985. - 16 с.
56. Выготский Л.С. Мышление и речь // Выготский Л.С. Собр. соч. в 6 томах. – М.: Педагогика, 1982. – Т.2. – С.5-361.
57. Выготский Л.С. Проблема возраста // Выготский Л.С. Собр. соч. в 6 томах. – М.: Педагогика, 1984. – Т.4. – С.244-268.
58. Гак В.Г. Языковые преобразования. - М.: Школа “Языки русской культуры”, 1998. - 768 с.
59. Гальперин И.Р. Текст как объект лингвистического исследования. - М.: Наука, 1987. - 137 с.
60. Гаранина В.В. Особенности синтаксиса устной монологической речи учащихся второго класса // Русская разговорная речь. – Саратов: Изд-во Саратов. гос. ун-та, 1970. – С.213-216.
61. Гаспаров Б.М. Язык, память, образ. Лингвистика языкового существования. – М.: Новое литературное обозрение, 1996. – 352 с.
62. Гвоздев А.Н. Вопросы изучения детской речи. – М.: Изд-во АПН СССР, 1961. – 471 с.
63. Глезерман Т.Б. Психофизиологические основы нарушения мышления при афазии. – М.: Наука, 1986. – 231 с.
64. Гойхман О.Я., Надеина Т.М. Основы речевой коммуникации. М., 1997.
65. Гольдин В.Е. Проблемы жанроведения // Жанры речи. – Саратов: Колледж, 1999. – Вып.2. – С.4-6.
66. Гольдин В.Е., Сиротинина О.Б. Речевая культура // Русский язык. Энциклопедия. – М.: Большая Российская энциклопедия, Дрофа, 1997. – С.413-415.

67. Гордон Д., Лакофф Дж. Постулаты речевого общения // Новое в зарубежной лингвистике. Вып. 16. Лингвистическая прагматика. - М.: Прогресс, 1985. - С. 276-302.

68. Горелов И.Н. Проблемы функционального базиса речи в онтогенезе. / Челябинск. гос. пед. ин-т – Челябинск, 1974. – 116 с.

69. Горелов И.Н. Невербальные компоненты коммуникации. М.: Наука, 1980. - 104 с.

70. Горелов И.Н., Седов К.Ф. Основы психолингвистики: Учеб. пособие. - М.: Лабиринт, 1997. - 224 с.

71. Гринев С.В. Введение в терминоведение. М., 1993.

72. Гурочкина А.Г., Давыдова Л.З. Функционирование формул речевого этикета в акте вербальной коммуникации // Логико-семантические и прагматические проблемы текста: Сб. науч. тр. / Краснояр. гос. пед. ин-т. - Красноярск, 1990. - С. 47-53.

73. Даниленко В.П. Русская терминология. Опыт лингвистического описания. М., 1977.

74. Дейк Т.А. ван. Язык. Познание. Коммуникация / Пер. с англ. - М.: Прогресс, 1989. - 312 с.

75. Дементьев В.В. Жанры фатического общения // Дом бытия. Альманах по антропологической лингвистике. Вып. 2. Саратов: Изд-во Саратов. пед. ин-та, 1995. - С. 50-63.

76. Дементьев В.В. Изучение речевых жанров: Обзор работ в современной русистике // Вопросы языкознания. - 1997. - № 1. - С. 109-21.

77. Дементьев В.В. Фатические речевые жанры // Вопросы языкознания. 1999. №1.

78. Дементьев В.В. Непрямая коммуникация и ее жанры. Саратов: Изд-во Саратов. ун-та, 2000. - 248 с.

79. Демьянков В.З. Прагматические основы интерпретации высказывания // Известия АН СССР. - Сер. лит. и яз. - Т. 40. - № 4. - С. 368-377.

80. Демьянков В.З. "Теория речевых актов" в контексте современной зарубежной лингвистической литературы // Новое в зарубежной лингвистике. Вып. 17. Теория речевых актов. - М.: Прогресс, 1986. - С. 223-234.

81. Демьянков В.З. Доминирующие лингвистические теории в конце XX века // Язык и наука конца 20 века. - М.: РАН ИЯ, 1995. - С. 239-320.

82. Детская речь: проблемы и наблюдения. / ЛГПИ им. А.И. Герцена. – Л., 1989. – 160 с.

83. Детская речь: лингвистический аспект.– СПб. :Образование, 1992.– 176 с.
84. Детская речь и пути ее совершенствования. / Свердловск. пед. ин-т. – Свердловск, 1989. – 98 с.
85. Динес Л.А. Единицы терминологической системы // Единицы языка и их функционирование. Вып.4. Саратов: Изд-во Саратов. ун-та, 1998. - С.73-76.
86. Добрович А.Б. Общение: наука и искусство. - М.: Знание, 1980. - 159 с.
87. Долинин К.А. ИмPLICITное содержание высказывания // Вопросы языкознания. 1983. №6.
88. Драздаускене М.-Л.А. Контакттоустанавливающая функция речи: Автореф. дис. ...канд. филол. наук. М., 1970.
89. Дридзе Т.М. Язык и социальная психология. – М.: Высшая школа, 1980. – 224 с.
90. Дридзе Т.М. Текстовая деятельность в структуре социальной коммуникации. Проблемы семиосоциопсихологии. - М.: Наука, 1984. - 268 с.
91. Елина Н.Г. Прогнозирование в речевой деятельности детей // Психолингвистические исследования. / Ин-т яз. АН СССР. – М., 1978. –С.97-109.
92. Еремеев Я.Н. Директивные высказывания с точки зрения диалогического подхода // Теоретическая и прикладная лингвистика. Вып.2. Язык и социальная среда. Воронеж: Изд-во Воронеж. гос. тех. ун-та, 2000. - С.109-126.
93. Ермакова О.Н., Земская Е.А. К построению типологии коммуникативных неудач (на материале естественного русского диалога) // Русский язык в его функционировании. Коммуникативно-прагматический аспект. – М.: Наука, 1993. – С.36-64.
94. Жаринова Е.С. Связная устная речь младших школьников // Речевое развитие младших школьников. – М.: Просвещение, 1970. – С.26-37.
95. Жинкин Н.И. [1964] О кодовых переходах во внутренней речи // Жинкин Н.И. Язык – речь – творчество (Избранные труды). – М.: Лабиринт, 1998. – С.146-162.
96. Жинкин Н.И. Интеллект, язык и речь // Нарушение речи у дошкольников. – М.: Просвещение, 1972. – С.9-31.
97. Жуков Ю.М., Петровская Л.А., Растянкин П.В. Диагностика и развитие компетентности в общении. - М.: Изд-во МГУ, 1990. - 104 с.
98. Залевская А.А. Введение в психолингвистику. М.: Российск. гос. гуманит. ун-т, 1999. - 382 с.

99. Звегинцев В.А. Семиолингвистические универсалии // Язык и человек. - М.: Изд-во Моск ун-та, 1970. - С. 93-104.
100. Звегинцев В.А. Предложение и его отношение к языку и речи. М.: Изд-во МГУ, 1976. - 308 с.
101. Зимняя И.А. Вербальное мышление (психологический аспект) // Исследование речевого мышления в психолингвистике. – М.: Наука, 1985. – С.51-72.
102. Змиевская Н.А. Лингвистические особенности дистантного повтора и его роль в организации текста: Автореф. дис. ... канд. филол. наук. – М., 1978. – 24 с.
103. Золотова Г.А. Коммуникативные аспекты русского синтаксиса. М.: Наука, 1982. - 368 с.
104. Исенина Е.И. Психолингвистические закономерности речевого онтогенеза (дословесный период). / Ивановск. гос. ун-т. – Иваново, 1983. – 78 с.
105. Исенина Е.И. Дословесный период развития речи у детей. – Саратов: Изд-во Сарат. гос. ун-та, 1986. – 164 с.
106. Иссерс О.С. Коммуникативные стратегии и тактики русской речи. / Омск. гос. ун-т. – Омск, 1999. – 285 с.
107. Ительсон Л.Б. Психология обучения // Возрастная и педагогическая психология: Учебник для студентов пед. институтов / В.В.Давыдов, Т.В. Драгунова, Л.Б.Ительсон и др.; Под ред. А.В.Петровского. - 2-е изд., испр. и доп. - М.: Просвещение, 1979. - гл. VII. - С. 170-215.
108. Каган М.С. Мир общения: Проблема межсубъектных отношений. - М.: Политиздат, 1988. - 315 с.
109. Калмазова Н.А., Динес Л.А. Эпонимизация как один из способов терминологической номинации // Единицы языка и их функционирование. Вып. 5. Саратов: Изд-во Сарат. ун-та, 1999. - С.100-104.
110. Каменская О.Л. Текст и коммуникация: Учеб. пособие для ин-тов и фак-тов иностр. яз. - М.: Высш. шк., 1990. - 152 с.
111. Кан-Калик В.А. Учителю о педагогическом общении: Книга для учителя. - М.: Просвещение, 1987. - 190 с.
112. Капанадзе Л.А. О понятиях "термин" и "терминология" // Развитие лексики современного русского языка. М., 1965.
113. Карасик В.И. Язык социального статуса. - М.: Ин-т языкознания РАН; Волгогр. гос. пед. ин-т, 1992. - 230 с.

114. Карасик В.И. Лингвистика текста и анализ дискурса: Учеб. пособие. - Архангельск - Волгоград: Перемена, 1994. - 36 с.
115. Карасик В.И. О категориях дискурса // Языковая личность: социолингвистические и эмотивные аспекты: Сб. науч. тр. / ВГПУ; СГУ. - Волгоград: Перемена, 1998. - С. 185-197.
116. Карасик В.И. Характеристики педагогического дискурса // Языковая личность: аспекты лингвистики и лингводидактики: Сб. науч. тр. / ВГПУ. - Волгоград: Перемена, 1999. - С. 3-18.
117. Карасик В.И. Структура институционального дискурса // Проблемы речевой коммуникации. Саратов: Изд-во Саратов. ун-та, 2000. - С.25-33.
118. Караулов Ю.Н. Русский язык и языковая личность. - М.: Наука, 1987. - 262 с.
119. Карпова С.Н. Осознание словесного состава речи дошкольниками. М., 1967.
120. Карпова С.Н., Колобова И.Н. Особенности ориентировки на слово у детей. – М.: Изд-во МГУ им. М.В. Ломоносова, 1978. – 166 с.
121. Касавин И.Т. Миграция. Креативность. Текст. Проблемы неклассической теории познания. СПб.: РХГИ, 1998. - 408 с.
122. Кибрик А.А. Когнитивные исследования по дискурсу // Вопросы языкознания. - 1994. - №5. - С. 126-139.
123. Киселева К.Л., Пайар Д. Дискурсивные слова как объект лингвистического описания // Дискурсивные слова русского языка: опыт контекстно-семантического описания. М.: Метатекст, 1998. С.7-21.
124. Клюканов И.Э. Единицы речевой деятельности и единицы языкового общения // Языковое общение: Процессы и единицы: Межвуз. сб. науч. трудов / Калининск. гос. ун-т.: (Редкол.: И.П.Сусов и др.) - Калинин, 1988. - С. 41-47.
125. Кобозева И.М. “Теория речевых актов” как один из вариантов теории речевой деятельности // Новое в зарубежной лингвистике. Вып. 17. Теория речевых актов. - М.: Прогресс, 1986. - С. 7-21.
126. Ковшикова Е.В. Категория коммуникативной точности (на материале текстов деловых писем): Автореф. дис. ... канд. филол. наук. Волгоград, 1997.
127. Кожина М.Н. Речевой жанр и речевой акт // Жанры речи. – Саратов: Колледж, 1999. –Вып.2. – С.52-61.

128. Коновалова Т.Р., Першина О.Н. Устная профессиональная речь (на материале речи учителя) // Вопросы стилистики. Устная и письменная формы речи. Саратов: Изд-во Саратов. ун-та, 1989. - С.60-70.
129. Кормилицына М.А. Полипропозитивные простые предложения в устной и письменной формах научного стиля // Вопросы стилистики. Устная и письменная формы речи. Саратов: Изд-во Саратов. ун-та, 1989. - С.39-49.
130. Коротеева О.В. Дефиниция в педагогическом дискурсе: Автореф. дис. ... канд. филол. наук. Волгоград, 1999. - 24 с.
131. Кочергина В.С., Шаховская С.Н. Развитие речи детей в процессе онтогенеза // Расстройства речи у детей и подростков. – М.: Медицина, 1969. – 30-39.
132. Кочетова Л.А. Лингвокультурные характеристики английского рекламного дискурса: Автореф. дис. ... канд. филол. наук. /Волгогр. гос. ун-т. Волгоград, 1999. - 19 с.
133. Красиков Ю.В. Алгоритмы порождения речи. – Орджоникидзе: Ир, 1990. – 240 с.
134. Крысин Л.П. Речевое общение и социальные роли говорящих // Социально-лингвистические исследования. - М.: Наука, 1976. - С. 42-52.
135. Крысин Л.П. Социолингвистические аспекты изучения современного русского языка. - М.:Наука,1989. - 188 с.
136. Кубрякова Е.С. О понятиях дискурса и дискурсивного анализа в современной лингвистике (Обзор) // Дискурс, речь, речевая деятельность: функциональные и структурные аспекты: Сб. обзоров. М.: ИНИОН, 2000. - С.7-25.
137. Кукушкина Е.Ю. “Домашний язык” в семье // Язык и личность. – М.: Наука, 1989. – С.96-100.
138. Лабов У. Исследование языка в его социальном контексте // Новое в лингвистике. Вып.7. Социолингвистика. - М.:Прогресс,1975. - С.96-181.
139. Лазарев В.В. Методологические основы и методический потенциал теории речевых актов // Речевые акты в лингвистике и методике: Сб. науч. тр. - Пятигорск: Изд-во ПГПИИЯ,1986. - С.3-10.
140. Лемяскина Н.А. Коммуникативное поведение младшего школьника (психолингвистическое исследование): Автореф. дис. ...канд. филол. наук. / Воронеж. гос. ун- т. Воронеж, 1999. - 22 с.
141. Лемяскина Н.А., Стернин И.А. Коммуникативное поведение младшего школьника. Воронеж, 2000. - 195 с.

142. Ленец А.В. Прагмалингвистическая диагностика особенностей речевого поведения немецкого учителя: Автореф. дис. ...канд. филол. наук. / Пятигорск. гос. лингв. ун-т. Пятигорск, 1999. - 16 с.
143. Леонтьев А.А. Исследование детской речи // Основы теории речевой деятельности. – М.: Наука, 1974. – С.312-317.
144. Леонтьев А.А. Педагогическое общение. Новое в жизни, науке, технике (Сер. педагогика и психология). - М.: Знание, 1979. - № 1. - 48 с.
145. Леонтьев А.А. Основы психолингвистики. – М.: Смысл, 1997. – 287 с.
146. Леонтьев А.А. Психология общения. - 2-е изд., испр. и доп. - М.: Смысл, 1997. - 365 с.
147. Леонтьев А.Н. Проблемы развития психики. 3-е изд. - М.: Изд-во МГУ, 1972. - 584 с.
148. Леонтьев В.В. "Похвала", "лесть" и "комплимент" в структуре английской языковой личности: Автореф. дис. ... канд. филол. наук. Волгоград, 1999.
149. Лепская Н.И. Онтогенез речевой коммуникации: Автореф. дис. ... докт. филол. наук. – М., 1989. – 31 с.
150. Лепская Н.И. Доречевая стадия развития ребенка и ее роль в становлении аспектов, форм и средств коммуникации // Детская речь: лингвистический аспект. – СПб.: Образование, 1993. – С.39-49.
151. Лепская Н.И. Детская речь в свете теории коммуникации // Вопросы языкознания. – 1994. – №.2. – С.82-89.
152. Леушина А.М. Развитие связной речи дошкольника // Ученые записки ЛГПИ им. А.И. Герцена. – 1941. – Т.35. – С.21-72.
153. Лисина М.И. Проблемы онтогенеза общения. – М.: Педагогика, 1986. – 144 с.
154. Ломов Б.Ф. Методологические и теоретические проблемы психологии. – М.: Наука, 1984. – 448 с.
155. Логопедия: Учеб. для студентов дефектол. фак. пред. ин-тов. Под ред. Л.С.Волковой. Кн.1. М.: Просвещение, 1995. - 384 с.
156. Ломов Б.Ф. Общение как проблема общей психологии // Методологические проблемы социальной психологии / Отв. ред. Е.В.Шорохова. - М.: Наука, 1975. - С. 124-135.

157. Ломов Б.Ф. Проблема общения в психологии // Проблема общения в психологии: [Сб. статей] / АН СССР, Ин-т психологии; [Отв. ред. Б.Ф.Ломов]. - М.: Наука, 1981. - С. 3-23.
158. Лузина Л.Г. Виды информации в дискурсе // Дискурс, речь, речевая деятельность: функциональные и структурные аспекты: Сб. обзоров. М.: ИНИОН, 2000. - С.137-151.
159. Лурия А.Р. Язык и сознание. М.: Изд-во МГУ, 1998. - 336 с.
160. Львов М.Р. Методика развития речи младших школьников: Пособие для учителя. - 2-е изд., перераб. - М.: Просвещение, 1988. - 176 с.
161. Львов М.Р. Тенденции развития речи учащихся. – М.: Изд-во Моск. гос. пед. ин-та, 1978. – Вып.1. – 97 с.
162. Львов М.Р. Тенденции развития речи учащихся. – М.: Изд-во Моск. гос. пед. ин-та, 1979. – Вып.2. – 88 с.
163. Львов М.Р. Характеристика словаря учащихся // Развитие речи младших школьников. – М.: Изд-во Моск. гос. пед. ин-та, 1983.– С.3-13.
164. Макаров М.Л. Интерпретативный анализ дискурса в малой группе. / Тверск. гос. ун-т.– Тверь, 1998. – 200 с.
165. Макшанцева Е.А. Специфика вопроса о соотношении термина и слова // Взаимодействие экстра- и интралингвистических факторов при формировании терминосистем языков разного типа. Саратов: Изд-во Саратов. ун-та, 2000. - С.126-133.
166. Маркова А.К. Психология усвоения языка как средства общения. - М.: Педагогика, 1974. - 240 с.
167. Матвеева Т.В. К лингвистической теории жанра // Collegium. - 1995. № 1-2. - С. 65-71.
168. Матусевич М.И. Современный русский язык. Фонетика. М.: Просвещение, 1976. - 288 с.
169. Меликян В.Ю. Проблема статуса и функционирования коммуникем: язык и речь: Монография. Ростов-на-Дону: Рост. книжн. изд-во, 1999. - 200 с.
170. Мечковская Н.Б. Социальная лингвистика. – М.: Аспект Пресс, 1996. – 207 с.
171. Милованова Ж.В. Некоторые коммуникативные аспекты контроля в педагогическом дискурсе // Языковая личность: проблемы межкультурного общения: Тез. докл. Волгоград: Перемена, 2000. - С.49-50.

172. Минский М. Фреймы для представления знаний. – М.: Энергия, 1979. – 152 с.
173. Михайлова Е.В. Интертекстуальность в научном дискурсе (на материале статей): Автореф. дис. ... канд. филол. наук. Волгоград, 1999. - 23 с.
174. Михальская А.К. Основы риторики: Мысль и слово. – М.: Просвещение, 1996.- 416 с.
175. Морозова Н.Г. Развитие речи в младшем школьном возрасте // Очерки психологии детей (младший школьный возраст). – М.: Изд-во АПН РСФСР, 1950. – С.100-124.
176. Мороховский А.Н. К проблеме текста и его категорий // Текст и его категориальные признаки: Сб. науч. тр. / Отв. ред. А.Н.Мороховский. - Киев: КГПИИЯ, 1989. - С. 3-8.
177. Моррис Ч.У. Основания теории знаков // Семиотика. - М.: Радуга, 1983. - С.37-89.
178. Мурзин Л.Н., Штерн А.С. Текст и его восприятие. – Свердловск: Изд-во УрГУ, 1991. – 172 с.
179. Мыркин В.Я. Значение в дискурсе и смысл в речи // Языковая личность и семантика: Тез. докл. науч. конф. / ВГПУ: Редкол.: В.И.Шаховский и др. - Волгоград: Перемена, 1994. - С. 79-80.
180. Негневицкая Е.И., Шахнарович А.М. Язык и дети. – М.: Наука, 1981. – 111 с.
181. Николаева Т.М. Лингвистика текста. Современное состояние и перспективы // Новое в зарубежной лингвистике. Лингвистика текста. М.: Прогресс, 1978. – Вып.8. – С.5-39.
182. Новый объяснительный словарь синонимов русского языка. М., 1999. (НОСС).
183. Остин Дж. Л. Слово как действие // Новое в зарубежной лингвистике. Вып. 17. Теория речевых актов. - М.: Прогресс, 1986. - С. 151-169.
184. Падучева Е.В. Прагматические аспекты связности диалога // Изв. АН СССР. - Сер. лит. и яз. - Т. 41. - 1982. - № 4. - С. 305-326.
185. Панферов В.Н. Психология общения // Вопросы философии. - 1971. - № 7. - С. 126-131.
186. Паршина О.Н. Профессиональный диалог: Дис. ... канд. филол. наук. Саратов, 1994. - 267 с.

187. Петелина Е.С. Некоторые особенности речевых актов похвалы и лести // Синтагматический аспект коммуникативной семантики. Нальчик, 1985.
188. Петровский В.А. Личность в психологии: парадигма субъективности. - Ростов н/Д.: Феникс, 1996. - 512 с.
189. Пентегова О.Ю. Влияние темперамента человека на его речь // Вопросы стилистики. Антропоцентрические исследования. – Саратов: Изд-во Саратов. гос. ун-та, 1999. – Вып.28. – С.108-114.
190. Пиаже Ж. Речь и мышление ребенка. – М.: Педагогика-Пресс, 1994. – 528 с.
191. Пиаже Ж. Схемы действия и усвоение языка // Семиотика. – М.: Радуга, 1993. – С.133-136.
192. Попова Е.А. Культурно-языковые характеристики политического дискурса (на материале газетных интервью): Автореф. дис. ... канд. филол. наук. Волгоград, 1995.
193. Почепцов Г.Г. Теория коммуникации. – М.: Центр, 1998. – 352 с.
194. Почепцов О.Г. Основы прагматического описания предложения. - Киев: Вища шк.,1986. - 116 с.
195. Прокопович И.В. Синтаксические особенности устной речи учащихся 1-2 классов // Речевое развитие младших школьников. – М.: Просвещение, 1970. – С.90-111.
196. Рау Ф.А. Развитие устной речи у нормально слышащего ребенка // Беккер К.-П., Совак М. Логопедия. – М.: Медицина, 1981. – С.60-84.
197. Реформатский А.А. Термин как член лексической системы языка // Проблемы структурной лингвистики. М., 1968.
198. Розеншток-Хюсси О. Речь и действительность / Пер. с англ. - М.: Лабиринт, 1994. - 216 с.
199. Рубинштейн С.Л. Основы общей психологии. – М.: Учпедгиз, 1940. – 704 с.
200. Романов А.А. Системный анализ регулятивных средств диалогического общения. - М.: Ин-т языкознания АН СССР, 1988. - 183 с.
201. Романов А.А., Черепанова И.Ю. Суггестивный дискурс в библиотерапии. М.: Лилия ЛТД, 1999. - 128 с.
202. Сахарный Л.В. Психолингвистические аспекты теории словообразования. - Л.:Изд-во ЛГУ,1985. - 97 с.

203. Сахарный Л.В. Введение в психолингвистику: Курс лекций. – Л.: Изд-во Ленинград. гос. ун-та, 1989. – 184 с.
204. Седов К.Ф. Звукоизобразительные слова и становление спонтанной речи в онтогенезе // Фоносемантика и прагматика. / Ин-т яз. РАН. – М., 1993. – С.13-14.
205. Седов К.Ф. Структура устного дискурса и становление языковой личности: Грамматический и прагмалингвистический аспекты. – Саратов: Изд-во Саратов. пед. ин-та, 1998. – 112 с.
206. Седов К.Ф. Становление дискурсивного мышления языковой личности: Психо- и социолингвистический аспекты. Саратов: Изд-во Саратов. ун-та, 1999. - 180 с.
207. Семененко Л.П. Основы коммуникативно-целевой семантики. Орел: Изд-во Орловск. ун-та, 1999. - 84 с.
208. Серль Дж. Р. Что такое речевой акт? // Новое в зарубежной лингвистике. Вып. 17. Теория речевых актов. - М.: Прогресс, 1986а. - С.151-169.
209. Серль Дж. Р. Классификация иллокутивных актов // Новое в зарубежной лингвистике. Вып. 17. Теория речевых актов. - М.: Прогресс, 1986б. - С. 170-196.
210. Сиротинина О.Б. Русская разговорная речь: Пособие для учителя. – М.: Просвещение, 1983. – 80 с.
211. Сиротинина О.Б. Тексты, текстоиды, дискурсы в зоне разговорной речи // Человек – текст – культура. – Екатеринбург, 1994. – С.105-124.
212. Сиротинина О.Б. Что и зачем нужно знать учителю о русской разговорной речи. М.: Просвещение, 1996. - 176 с.
213. Слышкин Г.Г. От текста к символу: лингвокультурные концепты прецедентных текстов в сознании и дискурсе. М.: Academia, 2000. - 128 с.
214. Соколов А.Н. Внутренняя речь и мышление. М.: Просвещение, 1968. – 248 с.
215. Солганик Г.Я. Стилистика текста: Учебное пособие. – М.: Наука, 1997. – 256 с.
216. Соловейчик М.С. Совершенствование речевой деятельности младших школьников // Русский язык в начальных классах: Теория и практика обучения / М.С.Соловейчик, П.С.Жедек, Н.Н.Светловская и др.; Под ред. М.С.Соловейчик. - М.: Просвещение, 1993. - гл. 8. - С. 223-339.

217. Соловьева А.К. О некоторых общих вопросах диалога // Вопросы языкознания. - 1965. - № 6. - С. 103-110.
218. Сорокин Ю.А. Психолингвистические аспекты изучения текста. – М.: Наука, 1985. – 168 с.
219. Степанов Ю.С. Альтернативный мир, Дискурс, Факт и принцип Причинности // Язык и наука конца 20 века. М.: Ин-т языкознания РАН, Рос. гос. гуманитарн. ун-т, 1995. - С.35-73.
220. Степанов Ю.С. Между системой и текстом - дискурс // Степанов Ю.С. Язык и метод. К современной философии языка. - М.: Языки русской культуры, 1998. - С. 655-688.
221. Супранская А.В., Подольская Н.В., Васильева Н.В. Общая терминология. Вопросы теории. М., 1989.
222. Сусов И.П. Семантика и прагматика предложения. - Калинин: Изд-во Калинин. ун-та, 1980. - 51 с.
223. Сусов И.П. Деятельность, сознание, дискурс и языковая система // Языковое общение. Процессы и единицы: Межвуз. сб. науч. тр. / Калининск. гос. ун-т. - Калинин, 1988. - С. 7-13.
224. Сухих С.А. Прагмалингвистическое измерение коммуникативного процесса: Автореф. дис. ... докт. филол. наук. – Краснодар, 1998. – 30 с.
225. Сухих С.А., Зеленская В.В. Прагмалингвистическое моделирование коммуникативного процесса. - Краснодар: Изд-во КубГУ, 1998. - 160 с.
226. Сыщиков О.С. Имплицитность в деловом дискурсе (на материале текстов коммерческих писем): Автореф. дис. ... канд. филол. наук. Волгоград, 2000. - 23 с.
227. Тарасов Е.Ф. Социолингвистические проблемы теории речевой коммуникации // Основы теории речевой деятельности. – М.: Наука, 1974. – С.255-273.
228. Тарасов Е.Ф. К построению теории речевой коммуникации // Сорокин Ю.А., Тарасов Е.Ф., Шахнарович А.М. Теоретические и прикладные проблемы речевого общения. - М.: Наука, 1979. - С. 5-147.
229. Тобурокова В.М. Устная речь медиков в официальной и неофициальной обстановке: Автореф. дис. ... канд. филол. наук. – Саратов, 1982. – 18 с.
230. Труфанова И.В. Образ слушающего в языке // Филологические науки. - 1997. - № 2. - С. 98-104.

231. Уфимцева Н.В. Формирование средств общения в онтогенезе // Речевое общение: проблемы и перспективы. – М.: ИНИОН, 1983. – С.61-77.
232. Ушакова Т.Н., Павлова Н.Д., Зачесова И.А. Речь человека в общении. - М.: Наука, 1989. - 192 с.
233. Ушакова Т.Н. Природные основания речезыковой способности (анализ раннего речевого развития) // Языковое сознание: Формирование и функционирование. / Ин-т яз. РАН – М., 1998. – С.7-22.
234. Федосюк М.Ю. Исследование средств речевого воздействия и теория жанров речи // Жанры речи. - Саратов: Изд-во ГосУНЦ “Колледж”, 1997а. - С. 66-88.
235. Федосюк М.Ю. Нерешенные вопросы теории речевых жанров // Вопросы языкознания. - 1997б. - № 5. - С. 102-120.
236. Федорова Л.Л. О двух референтных планах диалога // Вопросы языкознания. - 1983. - № 5. - С. 97-101.
237. Федорова Л.Л. Типология речевого воздействия и его место в структуре общения // Вопросы языкознания. - 1991. - № 6. - С. 46-50.
238. Федюнина С.М. Семантическое описание нестрогих терминов // Функционирование языка в разных видах речи. Саратов: Изд-во Саратов. ун-та, 1986. С.24-31.
239. Хижняк С.П. Специфика юридического термина // Единицы языка и их функционирование. Вып. 3. Саратов: Изд-во Саратов. ун-та, 1997. - С. 80-85.
240. Химик В.В. Категория субъективности и ее выражение в русском языке. Л.: Изд-во ЛГУ, 1990. - 184 с.
241. Цейтлин С.Н. Окказиональные морфологические формы в детской речи. – Л.: ЛГПИ им. А.И. Герцена, 1988. – 90 с.
242. Шахнарович А.М. Психолингвистические проблемы овладения общением в онтогенезе // Сорокин Ю.А., Тарасов Е.Ф., Шахнарович А.М. Теоретические и прикладные проблемы речевого общения. М.: Наука, 1979. - С.148-233.
243. Шахнарович А.М. Общая психолингвистика. М.: Изд-во РОУ, 1995. - 96 с.
244. Шахнарович А.М. Детская речь в зеркале психолингвистики: Лексика. Семантика. Грамматика. М.: Ин-т языкознания, РАН, 1999. - 166 с.
245. Шаховский В.И. Категоризация эмоций в лексико-семантической системе языка. - Воронеж: Изд-во Воронеж. ун-та, 1987. - 192 с.

246. Шаховский В.И., Сорокин Ю.А., Томашева И.В. Текст и его когнитивно-эмотивные метаморфозы (межкультурное понимание и лингвоэкология). Волгоград: Перемена, 1998. - 149 с.
247. Швачкин Н.Х. Развитие фонематического восприятия в раннем возрасте // Изв. АПН РСФСР. – 1948. – Вып.13. – С.101-132.
248. Швейцер А.Д. Современная социолингвистика. Теория, проблемы, методы. – М.: Наука, 1976. – 176 с.
249. Шевченко Н.В. Синтаксические особенности устной речи в официальных ситуациях // Вопросы стилистики. Функциональная дифференциация языка. – Саратов: Изд-во Саратов. гос. ун-та, 1981. – С.129-141.
250. Шевченко Н.В. Синтаксические особенности устной речи в официальных ситуациях // Вопросы стилистики. Функционально-стилевая дифференциация языка. Саратов: Изд-во Саратов. ун-та, 1981. - С.129-141.
251. Шейгал Е.И. Семиотика политического дискурса: Монография. М.-Волгоград: Перемена, 2000. - 368 с.
252. Шмелева Т.В. Кодекс речевого поведения // Русский язык за рубежом. - 1983. - № 1. - С. 72-77.
253. Шмелева Т.В. Модель речевого жанра // Жанры речи. - Саратов: Изд-во ГосУНЦ “Колледж”, 1997. - С.88-98.
254. Щерба Л.В. О разных стилях произношения и об идеальном фонетическом составе слов // Щерба Л.В. Языковая система и речевая деятельность. Л.: Наука, 1974. - С.141-146.
255. Эльконин Д.Б. Развитие речи // Психология детей дошкольного возраста. Развитие познавательных процессов. – М.: Просвещение, 1964. – С.115-182.
256. Эрвин-Трипп С.М. Язык. Тема. Слушатель. Анализ взаимодействия // Новое в лингвистике. Вып. 7. Социолингвистика. - М.: Прогресс, 1975. - С. 336-362.
257. Ballmer T., Brennenstuhl W. Speech Act Classification: A Study in the Lexical Analysis of English Speech Activity Verbs. - Berlin: Springer, 1981. - 274 p.
258. Beck G. Sprechakte und Sprachfunktionen: Untersuchungen zur Handlungsstruktur der Sprache und Grenzen. - Tubingen: Niemeyer, 1980. - 266 S.
259. Bernstein B. A Sociolinguistic Approach to Socialization; With Some Reference to Educability // Directions in Sociolinguistics: the Ethnography of

Communication. J.J.Gumperz, D.Hymes (Eds.). - New York: Holt, Rinehart and Winston, 1972. - P.465-497.

260. Bernstein B. Social Class, Language and Socialization // Language and Social Context: Selected Readings. Harmondsworth: Penguin, 1979. - P.157-178.

261. Blum-Kulka Sh., Hause J., Kasper G. Investigating Cross-Cultural Pragmatics: An Introductory Overview // Cross-Cultural Pragmatics: Requests and Apologies. Blum-Kulka et al.(Eds.). - Norwood: Ablex,1989. - P.1-34.

262. Brown G., Yule G. Discourse Analysis. - Cambridge: Cambridge Univ. Press, 1983. - 288 p.

263. Brown P., Levinson S. Politeness: some universals in language usage. Cambridge, 1987.

264. Bruner J.S. The Ontogenesis of Speech Acts // Journal of Child Language. - 1975. - №2. - P.1-19.

265. Cicourel A.V. Doctor-Patient Discourse // Handbook of Discourse Analysis/ ed. by T.A. van Dijk. New York, 1985. Vol.4.

266. Clark H., Clark E. How young children use their utterances // Clark H., Clark E. Psychology and Language. An Introduction to Psycholinguistics. - N. Y., 1977. - P.312-320.

267. Clark H.H., Carlson T.B. Hearers and Speech Acts // Language 58. - 1982, No.2. - P.332-371.

268. Cohen A.D., Olshtain E., Rosenstein D.S. Advanced EFL Apologies: What Remains to Be Learned ? // International Journal of the Sociology of Language 62. - 1986. - P.51-74.

269. Ervin-Tripp S. Children's sociolinguistic competence and dialect diversity // Ervin-Tripp S. Language acquisition and communicative choice. - Stanford, 1973.

270. Fairclough N. Critical Discourse Analysis: The Critical Study of Language. - London: Academic Press, 1995.

271. Fasold R. Sociolinguistics of Language. - London: Academic Press, 1990.

272. Fisher S., Groce S.B. Accounting Practices in Medical Interviews // Language in Society 19. 1990.

273. Fishman J.A. The Sociology of Language // Advances in the Sociology of Language. J.A. Fishman (Ed.). - Vol. 1. - The Hague: Mouton, 1976. - P. 217-404.

274. Goffman E. Relations in Public: Microstudies of the Public Order. Harmondsworth: Penguin, 1972. - 460 p.

275. Gumperz J. J. *Discourse Strategies*. – Cambridge: Camb. Univ. Press, 1982. – 225 p.
276. Hall E. T. *The hidden dimension*. New York: Anchor, 1969. - 217 p.
277. Halliday M.A. *Language as Social Semiotic: The Social Interpretation of Language and Meaning*. – London: Arnold, 1978. – 256 p.
278. Halliday M.A.K., Hasan R. *Language, Context, and Text: Aspects of Language in a Social-Semiotic Perspective*. - Oxford: Oxford Univ. Press, 1991. - 126 p.
279. Harris Z.S. *Discourse analysis // Language*. - 1952. - Vol. 28. - P. 1-30; 474-494.
280. Hein N., Wodak R. *Medical interviews in internal medicine // Text 7*. 1987.
281. Keenan E.L. *Two Kinds of Presupposition in Natural Language // Studies in Linguistic Semantics*. C.J.Fillmore, T.Langendoen (Eds.). - New York: Holt, Rinehart and Winston, 1971. - P.44-52.
282. Hudson T. *The Discourse of Advice Giving in English: 'I Wouldn't Feed Until Spring No Matter What You Do' // Language and Communication 10*. - 1990, No.4. - P.285-297.
283. Hymes D. *Discourse: Scope Without Depth // International Journal of the Sociology of Language 57*. - 1986. - P.49-89.
284. Kreckel M. *Communicative Acts and Shared Knowledge in Natural Discourse*. - London: Academic Press, 1981. - 316 p.
285. Labov W. *Sociolinguistic Patterns*. – Philadelphia: Univ. Of Pennsylvania Press, 1972. – 344 p.
286. Labov W., Fanshel D. *Therapeutic Discourse*. New York, 1977.
287. Leech G.N. *Principles of pragmatics*. London, 1983.
288. Levinson S.C. *Pragmatics*. - Cambridge: Cambridge Univ.Press, 1983. - 420 p.
289. Partridge J.G. *Semantic, Pragmatic and Syntactic Correlates: An Aanalysis of Performative Verbs Based on English Data*. - Tübingen: Narr, 1982. - 172 p.
290. Rintell E. *Sociolinguistic Variation and Pragmatic Ability: A Look at Learners // International Journal of the Sociology of Language 27*. - 1981. - P.11-34.
291. Schiffrin D. *Discourse markers*. - Cambridge: Cambridge Univ. Press, 1987.
292. Schiffrin D. *Conversational Analysis // Linguistics: The Cambridge Survey*. - Vol.4. - Cambridge: Cambridge Univ. Press, 1988. - P. 251-276.

293. Schiffrin D. Approaches to Discourse. - Oxford; Cambridge Mass: Basil Blackwell, 1994.
294. Stubbs M. Discourse Analysis: The Sociolinguistic Analysis of Natural Language. - Oxford: Blackwell, 1983. - 272 p.
295. Weigand E. Sprache als Dialog: Sprechakttaxonomie und kommunikative Grammatik. - Tübingen: Niemeyer, 1989. - 368 S.
296. Wodak R. Disorders of discourse. London and New York: Longman, 1996. - 200 p.
297. Yule G. Pragmatics, 2nd ed. / Series Editor H.G. Widdowson. - Oxford: Oxford Univ. Press, 1996. - 138 p.