

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
«БУРЯТСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»

На правах рукописи

КАРЫМШАКОВА ТАТЬЯНА ГЕННАДЬЕВНА

**ЛИНГВИСТИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ РЕЧЕВОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ В
МЕДИЦИНСКОМ ДИСКУРСЕ**

Специальность: 10.02.19 Теория языка

ДИССЕРТАЦИЯ
на соискание ученой степени
кандидата филологических наук

Научный руководитель –
А.М. Каплуненко
доктор филологических наук,
профессор

Улан-Удэ – 2015

Оглавление

ВВЕДЕНИЕ.....	3
Глава 1. ЛИНГВИСТИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ МЕДИЦИНСКОГО ДИСКУРСА.....	10
1.1 <i>К содержанию понятия «дискурс».....</i>	<i>10</i>
1.2 <i>Объем и содержание понятия «медицинский дискурс».....</i>	<i>15</i>
1.3 <i>Специфика жанра «прием у врача»</i>	<i>21</i>
1.4 <i>Дискурс Экспертного Сообщества (ДЭС) как дискурс особых институциональных групп</i>	<i>25</i>
1.5 <i>Комплаенс как иллокутивная цель и перлокутивный эффект медицинского дискурса.....</i>	<i>35</i>
1.6 <i>Конфликтный дискурс как результат коммуникативной неудачи</i>	<i>41</i>
ВЫВОДЫ ПО ПЕРВОЙ ГЛАВЕ.....	51
ГЛАВА 2. ДИАЛЕКТИКА АРГУМЕНТАЦИИ И МАНИПУЛЯЦИИ В ДС (ДИСКУРСЕ СОГЛАСОВАНИЯ) ВРАЧА И ПАЦИЕНТА	54
2.1 <i>Краткий обзор направлений исследования языковой аргументации</i>	<i>58</i>
2.1.1 Традиционное понятие об аргументации.....	60
2.1.2 Прагма-диалектическая теория аргументации (ПДТА).....	62
2.2 <i>Роль аргументации в формировании ДС (Дискурса Согласования) врача и пациента</i>	<i>68</i>
2.3 <i>Диалектика аргументации и манипуляции</i>	<i>71</i>
ВЫВОДЫ ПО ВТОРОЙ ГЛАВЕ.....	79
Глава 3. ПРИЧИНЫ ВАРИАТИВНОСТИ РЕЧЕВЫХ СТРАТЕГИЙ В ЖАНРЕ «ПРИЕМ У ВРАЧА»	82
3.1. <i>Ф.Х. ван Еемерен и Р. Гроотендорст: допустимость смены стратегий в рамках ПДТА</i>	<i>82</i>
3.2 « <i>Ошибочные</i> » аргументы в жанре «прием у врача».....	99
3.2.1 Терминологические номинации врача как признак скрытого <i>argumentum ad verecundiam</i>	112
3.3 <i>Переход от ДЭС к ДС как стратегия сближения врача с пациентом.....</i>	<i>118</i>
3.3.1 Использование языкового кода адресата как манипулятивная технология.	124
ВЫВОДЫ ПО ТРЕТЬЕЙ ГЛАВЕ	131
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	134
Литература	138
ПРИЛОЖЕНИЯ	154
Приложение 1	154
Приложение 2	167
Приложение 3	185

ВВЕДЕНИЕ

Здоровье это универсальная ценность. Комплексные проблемы здоровья всегда занимали важное место в научной литературе. За редким исключением, со времен греческой медицины и до современных концепций, здоровье человека рассматривается как базовая жизненная ценность. Изучение здоровья как особого понятия устанавливает его аксиологический статус экспонента абсолютной и универсальной ценности, входящей в число витальных потребностей человека [Маслоу, 1997, с. 29].

Признанием важной роли речевого взаимодействия между врачом и пациентом стал тот факт, что курс по организации общения в рамках медицинской консультации был включен в программу обучения ряда американских и британских медицинских университетов (см.: Cegala 2003; Evans 1987). В отечественной лингвистической науке медицинский дискурс стал объектом изучения лишь в последние годы. В центре внимания исследователей до сих пор оказывались только его частные аспекты, в основном, лингвопрагматический и когнитивный аспекты, проблемы медицинского терминообразования, что не полностью отражает сложную природу данного феномена.

По словам Н. И. Формановской, врач – лингвоактивная профессия [Формановская, 1998, с. 232]. Лучшие врачи во все времена понимали огромное значение общения врача с пациентом и сознательно воздействовали на пациента в лечебных целях. Известные психиатры XIX века утверждали, что нравственная сила убеждения является важнейшей составляющей частью лечебного процесса (И.Е. Дядьковский, Г.А. Захарын). В XX веке над вопросами взаимоотношения врача и пациента работали многие известные клиницисты (Н.Н. Блохин, А.Р. Лурия, Т.С. Чадов), считавшие, что в сложном и многогранном процессе общения возникают новые отношения между врачом и пациентом.

Теоретическую и методологическую основы диссертации составили работы отечественных и зарубежных исследователей в области лингвистической прагматики и теории речевого воздействия (Р. М. Блакар, О. С. Иссерс, В. Г. Костомаров, Дж. Остин, Дж. Р. Сёрль, И. А. Стернин, Н. И. Формановская и др.), теории дискурса (Н.Д.Арутюнова, З. Харрис Т. А. ван Дейк, А.А.Кибрик, Дж. Остин, Дж. Р. Сёрль, Дж. Суэйлз), типологии дискурса (G.M. Adam, В.И Каасик, Я. Торфинг), бурятского языка (Доржиева Г. С. Хилханова Э.В.) медицинского дискурса (Л.С. Бейлинсон, Н.В. Гончаренко, Н.А. Емельянова, В.В. Жура, Е.Н. Малыгина, С.Л. Мишланова, Ю.В. Рудова, R. Wodak), теории аргументации (А.М. Каплуненко, Х. Перельман), прагмадиалектической теории аргументации (ван Ф.Х Еемерен, Р. Гроотендорст, П. Хутлоссер), а также работы М.М. Бахтина.

Различные аспекты медицинского дискурса уже на протяжении ряда лет являются объектом изучения в работах по анализу дискурса и конверсационному анализу за рубежом (Mishler, Roter, West, Maynard, Frankel и др.). В отечественной лингвистике эти проблемы привлекают внимание исследователей лишь в последние годы (Барсукова 2007, Бейлинсон 2001, Жура 2008, Сидорова 2008). Известны также работы, посвященные анализу концептов «здоровье» и «болезнь» в различных лингвокультурах (Туленинова 2008).

Актуальность исследования. Проблема эффективной коммуникации в сфере оказания медицинской помощи, взаимодействия врача и больного актуальна на современном этапе развития отечественной медицины. Эффективное речевое взаимодействие врача и пациента способно значительно улучшить результаты лечения пациента, а также повысить доверие пациента к врачу и внимание к собственному здоровью. Таким образом, оптимизация стратегий речевого воздействия (аргументативных и манипулятивных) – насущная задача современного здравоохранения.

Кроме того, актуальность определяется недостаточной исследованностью особенностей аргументации и манипуляции в медицинском дискурсе.

Необходимо более подробное и комплексное описание технологий аргументации и манипуляции, их диалектического взаимодействия, причин их стратегической вариативности в данном виде институционального дискурса.

Объектом настоящего исследования является медицинский дискурс.

Предметом исследования выступают характеристики речевых стратегий, тактик аргументации, манипуляции и стратегического маневрирования в медицинском дискурсе, а также их диалектическое взаимодействие при осуществлении речевого взаимодействия.

Научная новизна заключается в том, что в диссертационном исследовании впервые проводится анализ диалектического взаимодействия речевых стратегий и тактик аргументации и манипуляции, а также стратегического маневрирования в медицинском дискурсе.

Цель исследования состоит в установлении параметров эффективности аргументации и манипуляции в контексте взаимодействия врача и пациента.

Поставленная цель обусловила решение следующих **основных задач**:

- определить роль манипулятивного воздействия в Дискурсе Согласования врача и пациента;
- выявить специфику аргументации в Дискурсе Согласования;
- описать характеристики стратегического маневрирования при достижении диалектических и риторических целей речевого взаимодействия в медицинском дискурсе;
- основываясь на принципах прагмадиалектической теории аргументации установить статус ошибок аргументации типа *argumentum ad...* в медицинском дискурсе;
- выявить диалектический и риторический характер взаимодействия технологий аргументации и манипуляции в пространстве медицинского дискурса.

В основу данного исследования положена **гипотеза**: в жанре «прием у врача» при речевом взаимодействии представителя Дискурса Экспертного Сообщества

(врача) и Дискурса Различий (пациента) врач добивается комплаенса пациента, стратегически маневрируя в поле аргументации и манипуляции для достижения диалектических и риторических целей.

Поставленные задачи и предмет исследования обусловили **использование различных методов лингвистического анализа:**

метода сплошной выборки;

описательного метода, включающего в себя понятийный и интерпретативный анализ дискурса, обобщение и классификацию анализируемого материала;

метода контекстуального анализа, применяемого для описания системы речевых действий медицинского дискурса и различных способов их репрезентации;

семантико-прагматического метода исследования речевого взаимодействия,

конверсационного анализа, как натуралистического метода изучения первичных механизмов конструирования социального мира,

метода оппозиций,

а также метода статистического анализа.

Материалом исследования послужили:

- корпус транскриптов медицинских консультаций, записанных автором в 2011-2012 годах в медицинских учреждениях г. Улан-Удэ общей длительностью более 508 минут, представляющих 43 пациента-информанта, из них 28 – первичные пациенты, 15 – повторные. Все медицинские консультации осуществляются в жанре «прием у врача», при этом врач принимает как первичных больных, так и больных длительно состоящих на диспансерном учете. 82% приемов записаны у врача общей практики-терапевта, 15% приемов у стоматолога-терапевта, 3% – фельдшерский прием.
- транскрипты эпизодов британского научно-популярного сериала «Я стесняюсь своего тела» («Embarassing bodies») 10 серий по 40 мин, отобрано 7 сюжетов с пациентами-информантами;

- транскрипты эпизодов американского сериала «Скорая помощь»(«ER») 36 серий по 45 мин – 15 сюжетов с пациентами-информантами.

Теоретическая значимость диссертационной работы состоит в дальнейшей разработке теории аргументации и анализа манипулятивных технологий в медицинском дискурсе. Работа расширяет научные представления о системе речевого взаимодействия в медицинском дискурсе, средствах достижения взаимопонимания (комплаенса) и обогащает исследовательскую базу коммуникативной лингвистики в целом. Полученные данные и сделанные на их основе выводы могут быть применены для анализа других типов дискурса.

Практическая ценность работы определяется тем, что полученные результаты могут быть использованы в вузовских теоретических и практических курсах общего языкознания, когнитивной лингвистики, теории межкультурной коммуникации, теории аргументации, а также при разработке учебно-методических пособий для студентов медицинских и языковых вузов. Материал исследования может служить для разработки тематики курсовых и дипломных работ.

На защиту выносятся следующие **положения**:

- 1) Под *медицинским дискурсом* целесообразно понимать процесс речевой деятельности, прототипически восходящий к взаимодействию врача и пациента. Медицинский дискурс входит в систему институциональных дискурсов и имеет универсальные и специфические дискурсивные признаки. Это неоднородное образование, объединяющее ряд первичных и вторичных жанров.
- 2) Основу жанрового пространства медицинского дискурса составляют такие жанры, как *«прием у врача»*, *«консилиум»*, *«консультация»*. Эти жанры образуют институциональный компонент медицинского дискурса, соответствуют его интенции, и адекватно отражают специфику социального взаимодействия. Жанр *«прием у врача»* является первичным и состоит из простых, сложившихся в условиях непосредственного речевого общения высказываний представителя института медицины и пациента.

- 3) *Комплаенс* – сложный речедеятельностный процесс, включающий перлокутивный эффект взаимодействия врача и пациента. Содержание высказываний, свидетельствующих о комплаенсе, отражает правильность соблюдения больным рекомендаций врача (прием лекарств, точность выполнения нелекарственных процедур, следование диете, ограничение вредных привычек, формирование и поддержание здорового образа жизни).
- 4) *Дискурс Экспертного Сообщества* объединяет экспертов, носителей специальных знаний (в контексте настоящего исследования - врачей). Ему противопоставляется *Дискурс Различий* – речевая деятельность пациентов, в которой проявляются концептуальные различия, обусловленные отсутствием единого знания. Наконец, *Дискурс Согласования* – свидетельство речевого взаимодействия врача и пациента, обусловленное комплаенсом последнего.
- 5) При речевом взаимодействии врача и пациента стратегии аргументации и манипуляции находятся в *диалектической взаимосвязи*. При этом стратегии аргументации опосредованы логико-коммуникативными, мировоззренческими, этическими, социальными, психологическими нормами и законами, а также правилами успешной коммуникации *прагмадиалектической теории аргументации*.

Апробация работы. По результатам проведенного исследования представлены доклады на научных конференциях и семинарах (в период 2010 – 2014 гг.). Основные результаты исследования обсуждались на заседаниях кафедры перевода и межкультурной коммуникации Бурятского государственного университета, на выступлениях в региональных, международных научно-практических конференциях: Иностранные языки в Байкальском регионе: опыт и перспективы межкультурного диалога (Улан-Удэ, 2010), Межкультурная коммуникация: аспекты дидактики (Улан-Удэ, 2011), Современные технологии обучения иностранным языкам в неязыковом вузе (Улан-Удэ, 2012), Гуманитарные проблемы современности (Чита, 2013)

Основные положения отражены в 9 научных публикациях автора, из них три публикации представлены в изданиях, рецензируемых ВАК. Общий объем публикаций составляет 4 п.л.

Структура диссертационного исследования определена задачами, логикой раскрытия темы, состоит из введения, трех глав, выводов по главам, заключения, библиографического списка и приложений. Библиографический список содержит 161 наименование, 41 из которых на иностранном языке. Общий объем работы – 201 страница печатного текста, в том числе 137 страниц основного текста.

ГЛАВА 1. ЛИНГВИСТИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ МЕДИЦИНСКОГО ДИСКУРСА

Дискурс – объект междисциплинарного изучения. Это многозначный термин ряда гуманитарных наук, предмет которых прямо или опосредованно предполагает изучение функционирования языка. За этим термином закреплено несколько интерпретаций, т.к. в разных парадигмах знаний его используют в разных значениях. Поэтому можно говорить о полисемии этого термина, как в лингвистике, так и в других науках.

Считается, что истоки теории дискурса следует искать в исследованиях языкового употребления, в социолингвистическом анализе коммуникации, логико-семиотическом описании разных видов текста, в моделировании порождения речи в когнитивной психологии, описании этнографии коммуникации и антропологических исследований [Арутюнова, 1990, с.137].

Ни одна классификация дискурса не может в полной мере отразить его многообразие и учесть характеристики речевого общения, поэтому различные направления в исследовании дискурса дополняют друг друга. Анализ существующих подходов к определению дискурса позволяет прийти к его пониманию как коммуникативной деятельности, которая характеризуется актуальностью, реальностью и событийностью.

1.1 К содержанию понятия «дискурс»

Термин «дискурс» пришел в лингвистику из философии, и сегодня это понятие во многом определяет развитие самой лингвистики. Дискурс уже не новое и распространенное понятие, имеющее более чем полувековую историю. Понятие дискурс связано с выходом лингвистических исследований за пределы предложения – в область сверхфразового синтаксиса.

В начале 1970-х годов в рамках социолингвистики возникли теории повседневного, разговорного дискурса (Labov, Sacks, Schegloff, Jefferson), а в рамках философии языка – теория речевых актов (Austin, Grice, Searle), в которых основное внимание стало фиксироваться на экстралингвистических измерениях дискурса, а именно – на интенциях говорящего, верованиях, ценностных ориентациях, отношениях между говорящим и слушающим.

С позиций социолингвистики дискурс трактуется как общение в рамках определенной коммуникативной сферы. В этом плане разграничивается личностно-ориентированное и статусно-ориентированное (институциональное) общение [Карасик, 1998, с.69]. 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, профессии. 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.

Вслед за В. И. Карасиком мы предлагаем понимать дискурс как *незамкнутый процесс речевой деятельности, с помощью которого участники решают задачи социального взаимодействия*. Эти задачи уместно определить как стратегические, т. е. восходящие к цели, которая по ее природе рекурсивна и возобновляется после завершения полного цикла соответствующей деятельности [Каплуненко, 2012, с.7]. Так, стратегическая цель медицинского дискурса может определяться как согласование на интенциональном горизонте деятельности планов врача и пациента, то есть создание дискурса согласования / перлокутивного эффекта / комплаенса пациента.

Оригинальную классификацию теорий дискурса предлагает датский ученый **Якоб Торфинг**, [Torfing, 2005, p.31] который утверждает, что теория дискурса способствовала критическому обновлению методологического арсенала многих дисциплин, включая теорию международных отношений, теорию европейской идентичности, публичное администрирование, массмедиийный анализ, культурную географию и урбанистику.

Теория дискурса, констатирует автор, интегрирует центральные положения лингвистики и герменевтики с ключевыми идеями социальной и политической науки. Социальные и политические события меняют наш словарь, а лингвистические и риторические инновации облегчают продвижение новых политических стратегий и проектов.

В качестве главного критерия классификации существующих теорий дискурса Торфинг выдвигает степень широты трактовок дискурса в диапазоне от лингвистического текстуализма до постструктурализма. В соответствии с тем, в какой мере трактовки дискурса выходят за границы узко-лингвистического подхода, приближаясь к предельно широкому постструктурристскому пониманию дискурса как способу конструирования мира, Торфинг выделяет *три поколения теорий дискурса* или три традиции дискурс-анализа.

Теории дискурса *первого поколения* трактуют дискурс в узко-лингвистическом смысле, а именно, определяют его как текстовую единицу разговорного и письменного языка, фокусируя внимание на семантических особенностях устного или письменного текста. Теории дискурса первого поколения в основном анализируют языковые особенности индивидуальных «языковых личностей» с учетом их социального положения. К примеру, социолингвистика анализирует отношения между социоэкономическим статусом говорящего и его словарным запасом. К теориям первого поколения Торфинг относит также ряд психологических теорий дискурса, возникших на базе теории речевого действия, которая развивалась в рамках аналитической психологии,

фокусирующей внимание на стратегиях говорящего в ходе беседы (Labov, Franchel, 1977; Potter, Wetherell, 1987).

В то время как дискурсивная психология ограничивала себя анализом разговорного языка, критические лингвисты [Fowler, 1979] раздвигали рамки исследования дискурса до изучения конкурирующих способов репрезентации реальности одновременно в разговорном и письменном языках. Опираясь на концепцию идеологического происхождения дискурсивных структур Мишеля Пешо [Pecheux, 1982], они фокусировали внимание на том, что выбор того или иного дискурса как способа репрезентации, включая язык и стиль, носит идеологический характер. Лингвистический уклон теорий дискурса первого поколения, по Торфингу, приводил к тому, что в социолингвистическом анализе беседы не было отчетливо выраженного стремления связать воедино анализ дискурса с анализом социального развития.

Второе поколение теорий дискурса, согласно Торфингу, трактует дискурс гораздо шире, не ограничивая его область разговорным и письменным языком. Предметное поле дискурс-анализа раздвигается до изучения социальных практик.

Ко второму поколению теорий дискурса Торфинг относит широкий конгломерат исследований, объединенных названием «критический дискурс анализ» (КДА). Основным разработчиком данного направления считается Норман Фэркл (Norman Fairclough), который вдохновленный анализом дискурсивных практик Мишеля Фуко, рассматривает дискурс как один из способов властовования, регуляции отношений субординации социальных акторов.

Дискурс в КДА рассматривается как совокупность социальных практик, обладающих семиотическим содержанием. К дискурсивным практикам теоретики КДА относят все виды лингвистически опосредованных практик, а также имиджи и жесты, которые производятся и подвергаются интерпретации со стороны социальных акторов. Социальные классы и этнические группы продуцируют идеологически значимые дискурсы в целях установления и поддержания своей гегемонии, а также – изменения действительности. Следовательно, дискурсивная

практика вносит вклад не только в воспроизведение социального и политического порядка, но и в процесс социальной трансформации. Таким образом, КДА ясно демонстрирует властный эффект дискурса. В данном контексте интересна позиция Фуко, который считал, что все социальные практики носят дискурсивный характер в том смысле, что они очерчены правилами своего формирования, которые варьируются в зависимости от культурно-исторического времени и пространства.

Фуко определяет дискурс следующим образом: «Мы будем называть дискурсом группу высказываний постольку, поскольку они относятся к одной и той же дискурсивной формации [...]. Дискурс] строится на основе ограниченного количества утверждений, по отношению к которым можно определить группу условий их существования. В этом смысле, дискурс не идеальная, безвременная форма [...] это фрагмент истории [..,], который накладывает свои собственные ограничения, предлагает свое деление на части, свои трансформации, специфические способы темпоральности». [Foucault, 1972, p. 117]

Вместо того чтобы трактовать агентов и структуры как первичные категории, Фуко сосредоточивает внимание на власти. Подобно дискурсу, власть не принадлежит определенным агентам, таким как индивиды, государства или группы с конкретными интересами; скорее, власть распространяется посредством различных социальных практик. Власть следует понимать не только как исключительно репрессивную, но и как продуктивную силу; власть конституирует дискурс, знание, сущности и реальности. Власть не только довлеет над нами как сила, ... но и проникает везде, производит вещи, вызывает удовлетворение, формирует знания, формирует дискурс. Ее необходимо рассматривать как продуктивную сеть, пронизывающую социум, шире, чем «запретительную» инстанцию, функция которой репрессия. [Foucault, 1980, p.119]

Третье поколение теорий дискурса, фокусирующих внимание на современных социальных и политических практиках, носит ярко выраженный

постструктураллистский характер. В духе постструктурализма понятие дискурса расширяется до всеобъемлющей социальной категории. Дискурс трактуется как синоним практики социального конструирования. За основу берется максималистская формула Жака Деррида: «Все есть дискурс». Интеллектуальными источниками постструктураллистского дискурс-анализа выступают работы Ролана Барта, Юлии Кристевой, Жака Лакана, в которых дискурс рассматривается как совокупность социальных практик, в рамках которых конструируются и воспроизводятся значения и смыслы.

В настоящее время дискурсивный анализ вполне институционализировался как особое (хотя и междисциплинарное) научное направление. Издаются специализированные журналы, посвященные анализу дискурса – «Text» и «Discourse Processes». Наиболее известные центры дискурсивных исследований находятся в США – это университет Калифорнии в Санта-Барбаре (У.Чейф, С.Томпсон, М.Митун, Дж. Дюбуа, П.Клэнси, С.Камминг и др.), университет Калифорнии в Лос-Анджелесе (Э. Шеглофф, один из основателей анализа бытового диалога), университет Орегона в Юджине (Т.Гивон, Р.Томлин, Д.Пэйн, Т.Пэйн), Джорджтаунский университет (центр социолингвистических исследований, среди сотрудников которого – Д. Шиффрин). В Европе следует указать Амстердамский университет, где работает классик дискурсивного анализа Т. ван Дейк.

1.2 Объем и содержание понятия «медицинский дискурс»

Медицинский дискурс это понятие, отражающее коммуникативную деятельность в сфере общения «врач–пациент», составной элемент системы институциональных дискурсов, объектом которого является здоровье.

Будучи наиболее простой формой мышления, понятие имеет довольно сложную структуру. Прежде всего, в нем различают содержание и объем. Под

содержанием понятия имеется в виду совокупность существенных признаков, отраженных в этом понятии. Как отмечает В.И.Карасик [Карасик, 2000, с.8], к этим признакам дискурса относятся коммуникативные намерения автора; взаимоотношения автора и адресатов; всевозможные «обстоятельства», значимые и случайные; общие идеологические черты и стилистический климат эпохи в целом и той конкретной среды и конкретных личностей, которым сообщение прямо или косвенно адресовано, в частности; жанровые и стилевые черты, как самого общения, так и той коммуникативной ситуации, в которую оно включается; множество ассоциаций с предыдущим опытом, так или иначе попавших в орбиту данного языкового действия.

Содержанием понятия «дискурс» также является социально обусловленная организация системы речи, а также определённые принципы, в соответствии с которыми реальность классифицируется и репрезентируется (представляется) в те, или иные периоды времени [<https://ru.wikipedia.org/wiki/Дискурс>]. Содержанием понятия «медицинский дискурс», является *организация системы речевого взаимодействия в рамках института медицины, принципы, по которым строится профессиональное общение врача с пациентом, имеющее цель излечение пациента от недуга.*

В объеме понятия отражаются предметы или их совокупности, обладающие признаками, составляющими содержание этого понятия. Это множество предметов, каждому из которых принадлежат признаки, относящиеся к содержанию понятия. Например, объем понятия «дискурс» включает в себя множество, состоящее из различных видов дискурса. Различные толкования дискурса влекут за собой различные типологии дискурса. Так, с позиций социолингвистики В.И.Карасик предлагает выделять два основных типа дискурса: персональный (личностно-ориентированный) и институциональный [Карасик, 2000, с.5].

Для уточнения объема понятия «медицинский дискурс» и рассмотрения принципов его структурирования целесообразным представляется

проанализировать дефиниции слова «медицина». Этимологически лексема восходит к латинскому *medicina*, и означает *область научной и практической деятельности по исследованию нормальных и патологических процессов в организме человека, различных заболеваний и патологических состояний, по сохранению и укреплению здоровья людей*. На основе семантической структуры понятия «медицина» можно определить *объем* феномена «медицинский дискурс»: узкое понимание медицины предполагает институциональный дискурс, в то время как дискурсивная реализация медицины в широком смысле реализуется в неинституциональном дискурсе.

Медицинский дискурс – это специализированная разновидность общения между людьми, которые могут до этого не знать друг друга, но должны общаться обязательно в соответствии с нормами социума и данного общественного института. Медицинский дискурс – хорошо прописанный, канонический тип профессионального взаимодействия с широким кругом людей, охваченных одной глобальной проблемой - оказание медицинской помощи любому нуждающемуся [Барсукова, 2007].

Кроме того, среди разнообразия подходов и концепций возможно выделить два больших класса самих критериев классификации дискурсов: семантический (или тематический) и структурный. В результате обращения авторов либо к содержательной, либо к формальной стороне дискурса, выделяются такие виды дискурса как литературный, исторический, научный, публицистический, философский, медицинский и другие.

Говоря о совокупности существенных признаков дискурса, необходимо остановиться на тех концептуальных признаках, которые позволяют объективно выделить медицинский дискурс в рамках институционального дискурса. Медицинский дискурс представляет собой неоднородное образование, в составе которого существует ряд жанров, определенные социально-ролевые, коммуникативные и структурно-семантические особенности. М.Хэллидей, предлагая категоризировать концептуальное пространство дискурса, выделяет

поле, тональность и модус [Halliday, 1991, p.15]. Дискурс, согласно данной триаде, характеризуется через параметры «поле» (field), т.е. тип социального воздействия, влияющего на текст, и выраженного в тексте, «тональность» (tenor) – тип социально-ролевых отношений участников дискурса, их характеристики и исполняемые роли, «модус» (mode) – способ символической организации, включающий каналы коммуникации, языковую компетенцию участников и жанры коммуникации [Halliday, 1978, p. 139,145].

В своей статье «О типах дискурса» В.И. Каасик, моделируя институциональный дискурс, выделяет четыре группы признаков: 1) конститутивные признаки дискурса, 2) признаки институциональности, 3) признаки типа институционального дискурса, 4) нейтральные признаки.

Конститутивные признаки дискурса получили достаточно полное освещение в работах по социолингвистике и прагмалингвистике (Hymes, 1974; Fishman, 1976; Brown, Fraser, 1979; Белл, 1980; Богданов, 1990; Каасик, 1992; Макаров, 1998). Эти признаки включают участников, условия, организацию, способы и материал общения, т.е. людей в их статусно-ролевых и ситуационно-коммуникативных амплуа, сферу общения и коммуникативную среду, мотивы, цели, стратегии, канал, режим, тональность, стиль и жанр общения, и, наконец, знаковое тело общения (тексты и/или невербальные знаки).

Признаки институциональности фиксируют ролевые характеристики агентов и клиентов институтов, типичные хронотопы, символические действия, трафаретные жанры и речевые клише. Институциональное общение – это коммуникация в своеобразных масках. Именно трафаретность общения принципиально отличает институциональный дискурс от персонального. Специфика институционального дискурса раскрывается в его типе, т.е. в *типе общественного института*, который в коллективном языковом сознании обозначен особым именем, обобщен в ключевом концепте этого института, связывается с определенными функциями людей, сооружениями, построенными для выполнения данных функций, общественными ритуалами и поведенческими

стереотипами, мифологемами, а также текстами, производимыми в этом социальном образовании.

Нейтральные признаки институционального дискурса включают общедискурсивные характеристики, типичные для любого общения, личностно-ориентированные признаки, а также признаки других типов дискурса, проявляющиеся «на чужой территории», т.е. транспонированные признаки (например, элементы проповеди как части религиозного дискурса в политическом, рекламы – в медицинском, научной дискуссии – в педагогическом). [Карасик, 2004, с.201]

Медицинский дискурс обладает свойствами институционального дискурса любой разновидности. К таким признакам относятся деятельностьная природа (динамизм, процессуальность), открытость, интерактивность, интенциональность, информативность, связность, целостность, структурированность, дискретность (членимость). По базовым характеристикам медицинский дискурс относят к институциональным, или статусно-ориентированным типам дискурсивного взаимодействия людей (Барсукова 2007; Бейлинсон 2009; Жура 2008; Русакова, Русаков 2008 и др.). Медицинский дискурс – сфера профессионально-коммуникативного взаимодействия специалистов-медиков, поэтому он также обладает такими признаками, как деонтологическая ориентированность, толерантность, персуазивность (от англ. *persuade* – убедить, склонить, уговорить). Одной из базовых категорий медицинского дискурса следует признать лингвотерапевтическую направленность: нацеленность на «лечение словом».

При определении концептуального пространства медицинского дискурса, под *полем* дискурса понимается деятельность по оказанию профессиональной медицинской помощи, в которой участники оперируют языком как одним из основных инструментов взаимодействия.

Тональность медицинского дискурса – это его участники: врач, медсестра, фельдшер, пациент, его родственники, которые рассматриваются комплексно со

всеми статусными и ролевыми задачами, социально значимыми отношениями, в которые они вовлечены в целях оказания или получения медицинской помощи.

Модус медицинского дискурса есть формально-содержательная организация текста, канал его репрезентации – в нашем случае устный, его коммуникативная цель – убеждение, объяснение, и итоговое достижение состояния комплаенса, как результата успешной коммуникации представителей ДЭС – врача и ДР – пациента.

Согласно Л.С. Бейлисон к важнейшим социолингвистическим характеристикам медицинского дискурса относятся следующие: 1) цель – оказание профессиональной медицинской помощи пациенту, 2) участники – врач, пациент (и его родственники, коллеги), 3) хронотоп – (медицинский осмотр, вызов врача на дом, обход в стационаре, и т.д.), 4) ценности – здоровье (и его антипод – болезнь), терапия, 5) стратегии типа дискурса – диагностика, лечение и рекомендация, а также объяснение, оценка, контроль, содействие и организация, 6) жанры – жалоба пациента, амбулаторный прием, диагностирующая беседа, лечение, рекомендация, консилиум и т.д. [Бейлисон, 2009 с.25-31]

Различные институциональные сферы придают аргументации и процессу аргументирования свой уникальный оттенок. Специфика института может наложить настолько весомый отпечаток на характер и природу аргументации, что размывает статус аргументации как единого, универсального способа рассуждения. Так, медицинский дискурс обладает суггестивными (внушающими) характеристиками, которые создают особую тональность общения, выражаются вербально и невербально, обнаруживают ситуативную вариативность, проявляются в разных жанрах данного дискурса, и значительно повышают комплаентность пациента. Вербально суггестивность медицинского дискурса выражается в установках, формулируемых врачом, посредством прямого речевого внушения в виде «директив», выражаемое как врачебная команда, совет, рекомендация, инструкция, запрет, а также косвенного внушения в виде

внушающего одобрения (комplимент, похвала) или внушающего осуждения, что уже несет на себе признаки манипулятивного воздействия.

Важно отметить, что под воздействием стресса или заболевания внушаемость и манипулируемость пациента усиливаются. Информация, передаваемая врачом, становится актуальной для больного и эффективно воздействует на сознание пациента. Таким образом, установлено, что речевое воздействие на пациента чаще актуализируется в комплаенс, в случае, если оно соответствует потребностям и интересам адресата, имеет актуальное для него значение, и, если в качестве источника информации выступает человек, обладающий высоким авторитетом и пользующийся безусловным доверием. Авторитет врача создает высокую информативную значимость аргументативных и манипулятивных воздействий в медицинском дискурсе, способствует созданию эффекта комплаенса.

1.3 Специфика жанра «прием у врача»

В рамках данного исследования рассматривается речевое взаимодействие врача и пациента, имеющее признаки как аргументативного, так и манипулятивного дискурсов. Институциональное общение врача и пациента происходит в рамках первичного речевого жанра «прием у врача», имеющего уникальное тематическое содержание, стиль и композиционное построение.

Характерное для современной лингвистики и теории коммуникации разграничение первичных и вторичных жанров, коммуникативных действий и сфер общения восходит к идеям М.М. Бахтина. Понятие жанра чрезвычайно важно для М.М. Бахтина. Жанр – это единственная форма бытия естественного языка, кристаллизованная в знаке историческая память перешедших на уровень автоматизма значений и смыслов. Это представитель культурно-исторической памяти в процессе всей идеологической деятельности (летописи, юридические

документы, хроники, научные тексты, бытовые тексты: приказ, брань, жалоба, похвала и т.д.) [Бахтин, 1996, с. 180]

В определении речевых жанров М.М. Бахтин трактует первичные жанры как «простые, сложившиеся в условиях непосредственного речевого общения реплики бытового диалога, частного письма», и называет вторичными «сложные жанры – романы, драмы, научные исследования всякого рода, большие публицистические жанры и т. п.», которые «возникают в условиях более сложного и относительно высокоразвитого культурного общения (преимущественно письменного – художественного, научного, общественно-политического)». К сфере вторичного исследователи относят жанры, представляющие собой «ответную реакцию», «интерпретацию, комментирование, обсуждение первичных образцов». Согласно Е.И. Шейгал мы имеем дело с «прототипными (центральными)» и «маргинальными (имеющими двойственную природу и находящимися на стыке разных типов дискурса)» жанрами [Шейгал, 2004, с. 252]. Эта, достаточно общая трактовка характеристики первичного и вторичного речевого жанра М.М. Бахтина породила дискуссию о сущности отношений между ними. Высказывается мнение о возможности проведения аналогии между первичным речевым жанром, понимаемым как реплика в диалоге, и речевым актом. А.Н. Баранов также высказал сходную мысль о том, что «первичные (простые) речевые жанры близки к речевым актам» [Баранов, 1997, с. 8]. В таком ракурсе между первичным и вторичным речевым жанром имплицируются отношения компонента и целого. В процессе становления вторичные жанры вбирают в себя первичные, трансформируя и видоизменяя их. Продолжатель идей М.М. Бахтина В.В. Дементьев отличает вторичные жанры по тому, что первичный жанр должен быть их структурным элементом [Дементьев, 2000, с. 50].

Согласно мнению Т.В. Анисимовой, первичными считаются жанры, сложившиеся в условиях непосредственного общения в любой сфере деятельности [Анисимова, 2000, с. 34]. Это мнение коррелирует с тем фактом, что

М.М. Бахтин среди первичных жанров называет определенные типы устного общественно-политического, философского диалога [Бахтин, 1986, с.199], а также с данными исследований, показавших, что «общие черты функционального стиля сохраняются независимо от формы речи». В дифференциации первичных и вторичных жанров статус первичных приобретают жанры, составляющие основу собственно институциональной деятельности. Так, в медицинском дискурсе, где центральной парой участников общения выступают врач и пациент, ролевые характеристики врача и пациента прописаны ситуацией общения, соблюдение устоявшихся жанров и речевых клише обязательно.

Основу жанрового пространства медицинского дискурса составляют такие первичные жанры, как прием у врача, консультация, консилиум и др. Эти жанры образуют институциональный компонент медицинского дискурса, в большей степени соответствуют его интенции, и точно отражают специфику медицины. Композиционно жанр «прием у врача» состоит из «простых, сложившихся в условиях непосредственного речевого общения» реплик медицинской сферы деятельности.

Вслед за М.М. Бахтиным, речевой жанр определяется нами как «вербальное оформление типичной ситуации социального взаимодействия людей, совокупность текстовых произведений, объединенных единой целью, одинаковой или близкой тематикой, имеющих сходные композиционные формы, реализующиеся в типичной коммуникативной ситуации». [Бахтин, 1986, с.175]. По мнению Л.С. Бейлисон «Жанр представляет собой исторически сложившийся текстотип во всей полноте смысловых связей, узнаваемый участниками общения» [Бейлисон, 2009, с. 39]. Следуя духу концепции жанров М.М. Бахтина, К.Ф. Седов предлагает определить речевые жанры как «вербально-знаковое оформление типических ситуаций социального взаимодействия людей» [Горелов, Седов, 2001, с. 79].

Основными жанрообразующими признаками рассматриваемого дискурса выступают коммуникативная цель/цели общения, когниотип (отражающий

структурирование смыслового пространства устного медицинского дискурса в виде фреймов, сценариев, моделей предметно-референтных ситуаций), лингвопрагматические характеристики дискурса. Прагматические и когнитивные параметры различных жанров медицинского дискурса определяют их вербальные особенности.

Три определяющих жанр момента – тематическое содержание, стиль и композиционное построение – неразрывно связаны в *целом* высказывания, которое Суэйлз называет «нить» (thread). «Нить, которая объединяет все три ключевых элемента вместе это коммуникативная цель (КЦ). Понятие коммуникативной цели является основным при определении коммуникативной стратегии.

Коммуникативная цель определяет всю стратегию общения, отбор фактов и их подачу в определенном освещении [Иссерс, 2002, с. 22], что «выражается в выборе манеры разговора, формы и содержания сообщения, уместной формы речи, обстановки и т.д.» [Карасик, 2004, с. 106]. «Именно коммуникативная цель вводит языковую деятельность в дискурсивное сообщество. Она также является прототипическим критерием идентификации жанра» [Swales, 1990, р. 29] и его значимым и конструктивным элементом.

Коммуникативной целью жанра «прием у врача», основанного на устном речевом взаимодействии является:

- достижение Дискурса Согласования между врачом и пациентом, как состояния полного взаимопонимания сторон и достижение иллокутивной цели и перлокутивного эффекта взаимодействия.
- достижение комплаенса пациента, как согласия пациента с рекомендациями врача и готовности следовать предложенной терапии, что также означает достижение иллокутивной цели и перлокутивного эффекта речевого взаимодействия.

1.4 Дискурс Экспертного Сообщества (ДЭС) как дискурс особых институциональных групп

Теоретической базой по данному вопросу послужили исследования Дж. Суэйлза и А.М. Каплуненко. Дж. Суэйлз рассматривает дискурсивные сообщества как «социориторические институциональные группы, объединенные общностью коммуникативных целей. Входящие в дискурсивное сообщество не образуют языкового сообщества, они могут быть дистанционно удалены друг от друга, принадлежать разным этническим слоям» [Swales, 1990, р. 99]. Однако члены дискурсивного сообщества имеют достаточно высокий общий уровень осведомленности в определенной сфере общения, обладают знаниями специальной терминологии, жанровой организации информации. Дж. Суэйлзом были выделены следующие признаки дискурсивного сообщества:

- 1) широкий спектр социальных целей;
- 2) наличие механизмов взаимной коммуникации;
- 3) средства передачи информации;
- 4) наличие типичных жанров;
- 5) специальная терминология;
- 6) дискурсивная компетенция участников.

Поясним рабочие понятия Дискурс Экспертного Сообщества (далее ДЭС), Дискурса Согласования (далее ДС) и Дискурса Различий (далее ДР). ДЭС – результат объединения носителей специального знания, порождающих дискурс, в котором образуется и функционирует термин [Каплуненко, 2007, с. 9]. Опираясь на работы лингвистов (Swales, 1990; Bhatia, 1993; Scollon, 2001), можно определить *экспертное сообщество* как иерархически организованную группу экспертов в той или иной сфере, объединённых профессиональной компетенцией в отношении определенного количества жанров, с помощью которых осуществляются специфические коммуникативные цели. Это даёт

основания соотнести профессиональный медицинский дискурс с **дискурсом экспертного сообщества** (ДЭС). Дискурс сообщества объединяет людей по роду занятий или интересов. Понятие дискурсивного сообщества, контролирующего дискурсивную деятельность субъекта, получило развитие в работах ряда зарубежных исследователей (Swales, 1990; Freed, 1987; Bizzell, 1992; Potter, 1995; Johns, 1997; Wenger, 1998 и др.). А.М. Каплуненко расширил термин – дискурс **экспертного сообщества** – для обозначения объединения носителей специального знания, порождающих дискурс, в котором образуется, развивается и модифицируется термин [Каплуненко, 2007, с.4]. Представители экспертного сообщества овладели силой термина за многие годы специального образования, и что немаловажно в медицине – в клинической практике. *Экспертное сообщество* определяется нами как иерархически организованная группа экспертов в той или иной области, подчиняющихся определенным конвенциям. Опираясь на теорию Дж. Суэйлза можно определить сообщество медиков-специалистов как дискурсивное сообщество, закрытую субкультуру производственного типа. В процессе коммуникации члены сообщества оперируют медицинскими терминами, которые являются способом выражения идей, доступных интерпретации только в профессиональной медицинской среде. Существующий фонд экспертного знания позволяет участникам полностью не описывать предмет разговора, а употреблять медицинскую терминологию, а в случаях вовлеченной коммуникации («здесь и сейчас») обходиться невербальными средствами.

Необходимо отметить, что экспертное сообщество ревностно относится к критериям и постулатам профессиональной экспертизы. Кроме выявленных Дж. Суэйлзом шести основных признаков экспертного сообщества нами выявлен еще один признак, характерный, в частности для медицинского профессионального сообщества, позволяющий контролировать уровень высочайшего профессионализма участников группы, и для этого, наказывать и отсеивать несоответствующих критериям сообщества коллег. Данная характерная черта медицинского сообщества – исполнение модерирующей функции сообщества.

Ниже приводится пример – эпизод консилиума /медицинского обсуждения летального исхода экстренных родов, проведенного доктором Грином в отделении скорой помощи (сериал ER / «Скорая помощь»). Группа коллег врачей детально разбирает течение родов, задавая доктору Грину конкретные профессиональные вопросы. Пример иллюстрирует общение профессионалов в экспертном медицинском сообществе.

Dr. B - Did you know what you were looking for?

Dr. Greene - The AFI about physical profile were excellent. There was normal fundal placement.

Dr. B – Yet she abruptly.

Dr. Greene – I had no clinical reasons to be suspicious. There was no vaginal bleeding, shock, abdominal pain or fetal distress.

Dr. C – What are the criteria for operative vaginal delivery?

Dr. Greene – Mainly favorable fetal lie and a small baby under 4,000 grams.

Dr. A – The baby was 9 lbs, 3 ounces, macrosomic.

Dr. Greene – I used the Leopold maneuver and fundal height to estimate baby size. I was off.

Dr. B - What risks do you run using forceps on a macrosomic baby?

Dr. Greene - a 23 % risk chance of shoulder dystocia.

Dr. B - Which happened?

Dr. Greene – Yes.

Dr. C - What qualifies you to manage high risk OB in ER?

Moderator – We're not here to question Dr. Greene's training. Stick to the case.

<...>

Dr. Greene – I should've taken her up to OR myself. Immediately. I've induced before, delivered babies before. I assumed that I could handle the situation. I was wrong.

Moderator – Anyone else? Thank you, Dr. Greene.

В приведенном примере закрытое дискурсивное сообщество – собрание врачей профессионалов, собравшись на консилиум по поводу предполагаемого непрофессионализма коллеги доктора Грина, когда во время родов умерла пациентка, – реализует контролирующую функцию экспертного сообщества. Летальный случай в медицинском учреждении, так или иначе, свидетельствует либо о непрофессионализме члена экспертного сообщества, либо об иных обстоятельствах экстремального порядка. Коммуникативная цель консилиума – реализовать иерархическую властную функцию, выявить, наказать и впредь не допускать подобные случаи; и в итоге – поддерживать высочайший уровень экспертизы всех членов ДЭС.

Для выявления уровня компетенции коллеги сообщество считает необходимым и возможным задать действующему врачу-ординатору (занимающему пост заведующего отделением) вопросы экзаменационного типа на владение экспертными знаниями: - *What are the criteria for operative vaginal delivery? Did you know what you were looking for? What risks do you run using forceps on a macrosomic baby? - What qualifies you to manage high risk OB in ER?*

Дискурсивное сообщество открыто выражает сомнение, неодобрение действиями своего коллеги: *Yet she abruptly; The baby was 9 lbs, 3 ounces, macrosomic; Which happened?* – и, в конечном итоге, добивается от «виновника» покаяния и признания своего непрофессионализма: *I assumed that I could handle the situation. I was wrong.*

Экспертная медицинская коммуникация в данном примере доступна полной интерпретации только профессиональному-медику, так как ведется в терминах ДЭС: *fundal placement, vaginal bleeding, shock, abdominal pain, fetal distress, operative vaginal delivery, favorable fetal lie, macrosomic, fundal height*, доступных только медикам. Также только эксперту будут понятны использованные термины-аббревиатуры *AFI (amniotic fluid index), OB(obstetrician), ER (emergency room)* и название медицинского приема: *Leopold maneuver*.

Пример иллюстрирует общение в экспертном медицинском сообществе, где актуализированы все признаки экспертного сообщества, выделенные Суэйлзом:

- 1) широкий спектр социальных целей – выяснение обстоятельств летального случая, разбор и профилактика подобных ситуаций, с приглашением большого количества профессионалов-коллег, практикантов и интернов, что, безусловно, реализует социальную, воспитательную и обучающую функцию в профессиональном экспертном сообществе;
- 2) наличие механизмов взаимной коммуникации – включает организационное обеспечение консилиума, как то: объявление темы обсуждения, организация его места, времени; оповещены и приглашены участники – диалогический механизм коммуникации (возможность задавать выступающему профессиональные вопросы) обеспечивает эффективную обратную связь во время консилиума;
- 3) средства передачи информации – в данном случае устный канал передачи экспертной информации, при этом, по негласным конвенциям ДЭС жестко распределены роли участников обсуждения, когда разбираемый участник сообщества должен выступить с собственным экспертным анализом чрезвычайного события перед профессиональным сообществом, и быть готовым ответить на все возникшие у коллег вопросы;
- 4) наличие типичных жанров – представлен жанр консилиума, типичный жанр профессионального общения медиков, реализуемый в вопросно-ответной форме;
- 5) специальная терминология – медицинские термины, как способ выражения экспертных знаний, доступных интерпретации только в профессиональной медицинской среде, где уровень профессионализма участников позволяет им не описывать ситуацию в концептах и понятиях, а заменять их принятыми в данном экспертном сообществе терминологическим фондом;

6) дискурсивная компетенция участников – не вызывает сомнений, и подтверждена местом, временем проведения обсуждения, узким профессиональным составом участников, и самой темой консилиума.

Взаимодействуя в узких рамках ДЭС, врачи используют исключительно профессиональную терминологию, что позволяет им экономить время, называя факты принятыми в профессиональной среде терминами и общаться более эффективно. Реализация контролирующей функции экспертного сообщества быстро и точно достигает цели, как момент порицания провинившегося коллеги, и как воспитательный момент для молодых, только вступающих на профессиональный путь интернов.

Специфика медицинского дискурса состоит в том, что его агенты – представители ДЭС, владеющие экспертным знанием, должны корректно и директивно выражать ценности медицины, а клиенты, представители ДР, обязаны принимать их в качестве аксиом поведения. Уровень экспертного знания врачей находится за пределами ДР пациента, что наделяет врача властным ресурсом, ответственностью за течение и успех коммуникации, и последующей терапии.

Именно врач как представитель ДЭС устанавливает эффективные отношения, этически состоятельно взаимодействует с пациентом и его родственниками, обеспечивает партнерские отношения на основе уважения к личности. Врач должен информировать пациента и его родственников об их роли в терапевтическом процессе, альтернативах и рекомендациях, объяснять и комментировать соответствующее лечение для достижения состояния полного понимания назначаемых процедур и рекомендаций, и осознанного желания выздороветь, следуя и выполняя их, т.е. добиваться комплаенса пациента.

В следующем примере, взятом из сериала «Скорая помощь» иллюстрируется иной коммуникативный эффект термина, использованного вне ДЭС. Пример демонстрирует коммуникативную неудачу студентки-интерна, Люси Найт (сериал ER / «Скорая помощь»), которая в общении с женой пациента использует

преимущественно термины ДЭС, не пытаясь адаптировать их для пациента в силу отсутствия у нее подобного опыта. В нашем примере интерну поручено сообщить жене пациента о необходимости дополнительных исследований и анализов в связи с подозрением на онкологическое заболевание у ее мужа. Сам пациент не желает ни обращать внимание на тревожные симптомы, ни остаться в стационаре для дополнительных анализов.

Стратегия обращения к пациенту средствами ДЭС непродуктивна, так как пациент является представителем ДР, не владеет профессиональной терминологией и не в состоянии интерпретировать язык экспертного сообщества. Подобная коммуникация свидетельствует о недостаточной речевой и стратегической компетенции интерна, так как умение создавать ДС с пациентом, и добиваться комплаенса пациента – один из важнейших навыков опытного врача, как правило, определяющих успех дальнейшей терапии.

Lucy Knight, resident - Mrs. Zwicki? My name is Lucy Knight and I'd like to talk to you about your husband. His condition could be very serious.

Mrs. Zwicki - What do you mean?

Lucy Knight - Well, with the hematuria there's a chance of renal vein thrombosis... ...polycystic kidney disease, and renal or urethral...

Mrs. Zwicki - Wait, I don't understand this...

Lucy Knight - Your husband wants to leave AMA. We'd like to check him in and do more tests.

Mrs. Zwicki - Tests?!

Lucy Knight - Do an IVP. Get an abdominal CT. Check his urine for AFBs. Maybe check a PSA and possibly do a cystoscopy. It would just be a couple of days.

Mrs. Zwicki - I think we're out this way.

Опытный врач, представитель ДЭС, общаясь с пациентом на подобные тревожные и тяжелые темы, как подозрение на онкологическое заболевание

применил бы и более деликатные приемы общения, и начал формировать совместный контекст интерпретации путем использования понятий из ДР пациента, формируя общий контекст интерпретации и ДС. Приближаясь коммуникативно к пациенту, врач должен работать на создание его комплаенса – состояния, когда созданы условия для понимания всей картины своего состояния, пациенту понятны все номинации врача относительно его здоровья и назначаемого лечения. Он готов к терапевтическому сотрудничеству с врачом.

В данном эпизоде речевого взаимодействия студентка–интерн произносит девять предложений (включая этикетную форму приветствия), в которых содержатся семь терминов:

renal vein thrombosis – почечный венозный тромбоз,

polycystic kidney disease – поликистоз почек,

renal – почечный, *urethral*–уретральный,

abdominal – абдоминальный,

urine–моча,

cystoscopy – цистоскопия,

и пять медицинских аббревиатур:

AMA – *against medical advice*,

CT – *computer tomography*,

IVP – *intravenous pyelogram*,

AFB – *acetate free biofiltration*,

PCA – *prostate specific antigen*.

В ДР жены пациента из всего сказанного медиком возможно, имеется только понятие “*serious condition*”. При этом, она не может интерпретировать ни один из услышанных терминов, и, не видя у медика попыток приблизить коммуникацию к ее ДР, т.е. объяснить термины в общедоступных понятиях, она уводит мужа из больницы.

Налицо коммуникативная неудача интерна, обусловленная использованием средств ДЭС за пределами экспертного сообщества, что вкупе с и ее

стратегической и речевой некомпетентностью приводит к подобному речевому фиаско.

Таким образом, данный пример иллюстрирует как средства ДЭС, примененные вне самого экспертного сообщества приводят к коммуникативной неудаче – ДС не сформирован, не достигнута перлокутивная цель общения. Пациент, безусловно, далек от состояния комплаенса, так как ни он, ни его жена не смогли понять и интерпретировать медицинскую терминологию средствами своего ДР, и покинули лечебное учреждение, отказавшись от терапевтического сотрудничества.

Обратимся к следующему элементу триады ДЭС-ДС-ДР – ДР, специфика которого определяется задачей установить лишь несколько признаков всеобщего на фоне множества различий. Дискурс организуется вокруг концепта и при этом обнаруживает многочисленные различия, связанные с индивидуальными контекстами интерпретации. ДР – это множество дискурсов, в которых выражаются расхождения в суждениях и оценках в определенных областях социальной практики. Целью участников ДР является «установление признаков всеобщего, вылавливание их в бесконечности феноменологических рассуждений, интерпретаций» [Каплуненко, 2007, с.11]. Применительно к медицине это может быть различный опыт переживания, мнения, оценки по поводу тех или иных аспектов здоровья, образующих у каждого свой уникальный дискурс. Как отмечает А.М. Каплуненко, «организуясь вокруг одного и того же концепта, дискурс обнаруживает многочисленные различия, которые вызваны индивидуальными контекстами интерпретации», т.е. каждый интерпретатор, представитель дискурса различий – пациент, обладает разным опытом, а следовательно, и интерпретации одних и тех же явлений у разных интерпретаторов не будут совпадать. Как следствие А.М. Каплуненко подчеркивает, что «общего языка в дискурсе различий не бывает» [там же, с.10].

По терминологии Э. Гуссерля представитель ДР воспринимает объекты профессиональной (медицинской) субкультуры в соответствии с собственным

внутренним временем ego. Основой феноменологического восприятия пациента является концепт «боль», который характеризуется неопределенностью большим объемом. Концепт имеет несколько общих признаков «тупая, режущая, острые и др.», и намного больше различий. Объем концепта огромен, поскольку у каждого пациента свой опыт переживания сущности боли.

ДС – дискурс, иллоктивная цель которого есть согласование различных точек зрения. Дискурс организуется вокруг понятия, преодолевающего различия, обусловленные феноменологичностью концепта. Адресант медицинского дискурса (врач, фельдшер) воспринимает пациента, как субъекта, находящегося за пределами своего экспертного сообщества. С точки зрения адресанта, пациент не обладает специальными знаниями для правильной интерпретации медицинских терминов. Чтобы выйти на продуктивный диалог с пациентом-неспециалистом, медики вынуждены отойти от терминов и выйти на уровень ДС, в центре которого находятся понятия. «Понятия это то, о чем ЛЮДИ договариваются, их ЛЮДИ конструируют для того, чтобы иметь общий язык при обсуждении проблем, опираясь на логические соображения» [Демьянков, 2005, с.7]. Адресат-пациент представлен человеком, который не является членом экспертного сообщества, потому он не может адекватно интерпретировать специфические термины ДЭС. Но поскольку профессиональное предназначение медика-профессионала требует ДС, необходимо постоянное взаимодействие адресанта и адресата с целью выработки общего контекста интерпретации. Это позволяет сформировать у адресата-пациента адекватную интерпретанту описываемого объекта, независимо от знаний медицины. Увеличение объема совместного контекста интерпретации в ДС достигается путем перехода от терминов к понятиям за счет использования метафор и дескрипций при описании медицинских терминов. Профессионализм врача характеризуется в том числе, и его умением входить в ДР пациента, используя самый широкий арсенал аргументативных и манипулятивных стратегий и тактик. Именно виртуозное владение стратегиями и тактиками построения ДС позволяет врачу быстро, и

легко добиваться перлокутивного эффекта медицинского общения, и в конечном итоге, комплаенса пациента.

1.5 Комплаенс как иллокутивная цель и перлокутивный эффект медицинского дискурса

Интерес к проблеме согласия пациента на лечение и соблюдение лечебных рекомендаций – комплаенсу, имеет долгую историю в западной медицине. Наиболее актуальной проблема низкой комплаентности пациентов стала для больных с гипертензионным синдромом (Zyczynski T.M.; Ambrosioni E., 2001; Krumholz H.M., 2002), бронхиальной астмой (Weinstein A.G., 2000; Bender B.G., 2002), туберкулезом (O'Boyle S.J., 2002), СПИДом и тяжелыми психическими расстройствами (Svarstad B.L., 2001; Eddy M., 2005). Свидетельством важности данной темы являются множающиеся числом публикации, специальные образовательные программы для больных, их родственников, проводимые по данной тематике по всему миру, в том числе и в нашей стране (Наумова Е.А., 2007). За последние десятилетия разработаны и внедрены сложные, подчас дорогостоящие модели оценки выполнения пациентом врачебных рекомендаций. Но результаты таких исследований неутешительны. Главный их итог – весьма низкий процент выполнения больными всех врачебных рекомендаций, причем это касается, в том числе, и наиболее тяжелых и опасных заболеваний. Так, на сегодняшний день экспертами ВОЗ доказательно утверждается, что около 50% больных полностью не выполняют врачебные рекомендации после выхода из стационара, что результирует в рецидивы, регоспитализации, значительно утяжеляет и хронифицирует клиническую картину многих заболеваний, резко повышает экономические затраты на лечение больных [Голощапов, 2010, с. 48].

Общепринятый до недавнего времени в отечественной медицине патерналистский подход к пациенту исходил из асимметричного речевого взаимодействия, где врач обладал полной экспертной, коммуникативной и

эскулаповой властью над пациентом и рекомендации врача часто имели форму директивов, просьб, запретов, советов, инструкций, призывов и других видов речевых актов, побуждающих адресата делать / не делать что-либо.

Иной подход к речевому взаимодействию врача и пациента основан на холистических представлениях о сути медицинского воздействия, включающих воздействие не только на тело пациента, но и на его душу. Поэтому, наряду с традиционным формализованным расспросом о различных системах организма (сбором анамнеза) в фокус внимания врача заслуженно попадают различные детали личной жизни и психологические особенности пациента, обращающегося за медицинской помощью. В рамках такого подхода решаются задачи сбора необходимой информации, установления взаимопонимания, просвещения и повышения мотивации к лечению, что ведет к большей комплаентности пациента, и соответственно к лучшим терапевтическим результатам. [Cole S., Bird J., 2005.]

Комплаенс понимается нами как сложный коммуникативно-речевой процесс, включающий как социальный контекст, дающий представление об участниках коммуникации и их характеристиках, так и оказываемый перлокутивный эффект, в возникающий рамках медицинских жанров (англ. «compliance» – уступчивость, податливость, согласие, соответствие; to comply – соответствовать), синоним – «терапевтический альянс», «согласие с медицинскими рекомендациями», «приверженность терапии», «терапевтическое сотрудничество». Понятие «комплаенс» было предложено для обозначения правильности соблюдения больным рекомендаций врача. Оно описывает особенности поведения больного в отношении всего спектра медицинских назначений: правильности приема лекарств, точности выполнения нелекарственных процедур, следования диете, ограничения вредных привычек, формирования и поддержания здорового образа жизни. Но чаще всего в это понятие вкладывается смысл соблюдения больными лекарственного режима терапии.

Отсутствие комплаенса значительно снижает эффективность терапии, – упускается драгоценное время, врач вынужден неоправданно часто менять терапевтическую тактику. Это приводит к хаотичности лечения, к взаимному непониманию между врачом и больным, потере интереса врача к больному и снижению доверия больного к медицине вообще, и к конкретному врачу, в частности.

Теория аргументации изучает многообразные способы речевого воздействия, однако, в контексте медицинского дискурса важным является изучение природы речевого акта в прототипическом жанре медицинского дискурса «прием у врача».

В середине 50-х годов двадцатого столетия английским философом Дж. Остином была разработана теория речевых актов, согласно которой единицей коммуникации становится не предложение или высказывание, *а речевой акт*, связанный с выражением утверждения, вопроса, объяснения, описания, благодарности, сожаления и т.д., и осуществляемый в соответствии с общепринятыми принципами и правилами поведения. *Речевой акт* – это целенаправленное речевое действие, совершающееся в соответствии с принципами и правилами речевого поведения, принятыми в данном обществе; единица нормативного социоречевого поведения, рассматриваемая в рамках прагматической ситуации. Основными чертами речевых актов являются: намеренность (интенциональность), целеустремлённость и конвенциональность [<http://yazykoznanie.ru/content/view/72/261/>].

Изменения, которые речевой акт вызывает в ситуации общения, и в первую очередь, в мыслях, чувствах и поведении адресата, называются перлокутивным эффектом речевого акта. *Перлокутивный эффект* – это изменение в поведении, сознании участника коммуникации, его реакция на иллокуцию речевого акта (или невербального акта), иными словами, возможные последствия речевого акта, его результат. Тот или иной перлокутивный эффект может быть достигнут употреблением самых разных по своему значению предложений, и наоборот, употребление одного и того же предложения может вызвать очень разные

перлокутивные эффекты в зависимости от обстоятельств, в которых оно употребляется, в частности от характера адресата, его знаний, системы ценностей и т. д.

С точки зрения теории речевых актов (TRA) комплаенс понимается как результат речевого воздействия врача на пациента, когда меняются первоначальные установки, мысли и чувства пациента. Это состояние, при котором врач добивается прогнозируемого изменения в поведении пациента, в его чувствах и сознании, его реакции на иллокуцию речевого акта. Иными словами, *комплаенс* – это последствия речевого акта в отношении здоровья пациента, его терапии и решения его медицинской проблемы, то есть *перлокутивный эффект*. В рамках зарубежных лингвистических и социологических исследований все настойчивее провозглашается мысль о том, что существует непосредственная связь между эффективностью общения врача и пациента и повышением комплаентности пациента, понимаемой как «приверженность лечению, степень соответствия между поведением пациента и рекомендациями, полученными от врача» [<https://ru.wikipedia.org/wiki/Комплаенс>].

Выполнение речевого акта – это феномен реального мира, организации которого присуща естественная нормативность. Анализируя выполнение речевых актов в контексте аргументативного дискурса, лингвист описывает реальную речевую практику, в которой воплощены глубинные стандарты рациональности. Аргументация рассматривается как особый тип макроречевого акта, имеющий уникальные для него условия успешности: условия пропозиционального содержания, существенное условие, условия искренности и подготовительные условия (van Eemeren, 1984, р. 88). Это элементарное звено коммуникации, создающее коммуникативную ситуацию.

Аргументативный речевой акт – это особый тип речевого акта, где должна быть особая иллокутивная сила (особая коммуникативная функция) — аргумент, наряду с ассертивом, комиссивом, директивом, декларативом и экспрессивом.

Пропозициональное содержание этого речевого акта может быть приемлемым или неприемлемым, логическая характеристика – валидной либо нет, а как особая иллокутивная сила он может быть успешным и эффективным, успешным и не эффективным, не успешным и не эффективным. Очевидно, что семантика аргументативного речевого акта существенно отличается от семантики пропозиции или формально-логического аргумента, с одной стороны, и от семантики иных иллокуций — с другой.

Приемлемость пропозиционального содержания аргументативного речевого акта является необходимым условием не только его эффективности, но и успешности. Но она не является достаточным условием его эффективности. Аргументативный речевой акт успешен, когда не только говорящий, но и слушатель воспринимает его как аргументативный речевой акт, т. е. тогда, когда выполняются соответствующие конститутивные правила. О том, что и слушатель и говорящий живут в одной системе языковых конвенций, конститутивных правил, владеют этими правилами, свидетельствует то, что аргумент, высказанный говорящим, воспринимается как аргумент и слушателем. Эти правила для аргументативного речевого акта можно сформулировать через констатацию определенных стандартных коммуникативных условий в виде конститутивных правил, аналогичных тем, что сформулировал Дж. Серль для других иллокутивных сил – т. е. разворачивая характеристику этой иллокутивной силы и ориентируясь на стандартный перечень обычных компонентов иллокутивных сил.

Он обладает особой иллокутивной целью, состоящей в попытке убеждения реального или виртуального собеседника в межсубъектной приемлемости (а не в универсальной валидности) некоторой точки зрения путем выдвижения вербальных аргументов. Иллокутивно-актовый комплекс аргументации характеризуется уникальными условиями успешности (существенное условие, подготовительные условия, условие пропозиционального содержания) и условием искренности. В случае успешного выполнения макроречевого акта аргументации

и при соблюдении ряда других, внешних по отношению к языку условий, наступает перлокутивный эффект аргументации – убеждение антагониста.

Все вышесказанное не позволяет сомневаться в существовании аргументации как целенаправленной языковой деятельности человека. Однако понимание аргументации как особым образом структурированной и регламентированной совокупности элементарных речевых актов подразумевает и особое поле этой деятельности - аргументативный дискурс

Можно сформулировать следующие конститутивные правила речевого акта, знание которых позволяет слушателю считать полноценным аргументативным речевым актом всякое успешное выполнение этих правил. Успешное выполнение данных правил в медицинском дискурсе ведет к достижению комплаенса пациента.

1. Иллокутивная цель — преодоление сомнения собеседника относительно некоторой точки зрения, в истинности которой убежден говорящий.

2. Способ достижения — в своем произнесении говорящий берет на себя обязательство сделать точку зрения приемлемой для слушателя, т. е. совместимой с системой суждений, составляющих его картину мира.

3. Условие пропозиционального содержания речевого акта — говорящий, совершая речевой акт, демонстрирует, что он согласен с его пропозициональным содержанием и несет за него ответственность.

4. Логическая характеристика речевого акта — схема дискурсивного действия демонстрирует, что согласие с пропозицией, выраженной в данном речевом акте, рационально несовместимо с отказом от пропозиции, выраженной в точке зрения.

5. Условие успешности — слушатель полагает, что говорящий, во-первых, убежден в истинности пропозиционального содержания речевого

акта и, во-вторых, считает его логически приемлемым основанием для утверждения истинности точки зрения.

6. Условие эффективности — слушатель рассматривает пропозициональное содержание успешного речевого акта, во-первых, как истинное высказывание, и, во-вторых, как логически приемлемое основание для принятия точки зрения говорящего.

Если соблюдены условия для правильного выполнения аргументативного акта, то произнести данный акт речи означает аргументировать, добиться изменения первоначальных установок адресата — перлокутивного эффекта, что в медицинским дискурсе понимается как состояние комплаенса пациента.

Не увидевший сочувствия или уверенный в своем Дискурсе различий, не убежденный врачом в тяжести своего состояния пациент (особенно в случаях отрицания болезни или бессимптомной патологии («у меня ничего не болит»)) не будет беспрекословно выполнять самые правильные назначения. «Кто после разговора с Вами бывает доволен собою, своим умом и настроением, тот и Вами вполне доволен и последует Вашим советам» (Жан де Лабрюйер). Для формирования партнерства и доверия необходимо дать понять пациенту, что его мнение имеет большое значение в выборе метода лечения, то есть максимально сблизить интенциональные горизонты врача и пациента. Соблюдение этих условий поможет сформировать у больного чувство уверенности в успехе терапии и собственной ответственности за достижение результата, в чем и скрыт успех врачебного мастерства.

1.6 Конфликтный дискурс как результат коммуникативной неудачи

Процесс оказания медицинской помощи включает различные виды взаимоотношений в диаде «врач-пациент» (информационные, экономические,

правовые, этические и др.), а также различные типы социально-коммуникативных взаимодействий – конкуренция, коопeração, конфликт с учетом набора функций каждого из них. Одной из форм реализации взаимоотношений социальных субъектов в медицинской сфере является конфликт, который выступает как интерсубъектный способ развития института медицины.

Конфликт – это результат особого типа общения, особого речевого поведения. Понятием «конфликт» оперируют такие области знания, как социология, психология, педагогика, лингвистика, юриспруденция, поскольку противоречия и столкновения возникают практически во всех сферах человеческой жизни – профессиональной, личной, бытовой. Под коммуникативным конфликтом (от лат. *conflictus* – столкновение) мы понимаем ситуацию, в которой происходит столкновение двух сторон (участников конфликта) по поводу расхождения интересов, целей, взглядов, в результате которого одна из сторон сознательно или бессознательно действует в ущерб другой (физически или вербально), а вторая сторона, осознавая, что указанные действия направлены против ее интересов, предпринимает ответные действия против своего партнера.

Г. П. Грайс в статье «Логика и речевое общение» упомянул конфликтное общение как частный случай речевого взаимодействия [Грайс, 1985, с.223]. *Конфликт* – это особенно яркое и интенсивное взаимодействие коммуникантов, что объясняет интерес к нему лингвистов последних трех десятилетий. Этот интерес обусловлен также тем, что исследование конфликтного общения и конфликтного диалога дает возможность более глубокого анализа целого ряда языковых явлений. Конфликтный диалог свидетельствует о различиях в мировосприятии коммуникантов, и о проявлении фактора когнитивного диссонанса.

В случае конфликтного общения коммуниканты, соблюдая Принцип Коопeração Грайса на поверхностно-структурном уровне, вносят вклад в течение разговора, однако не способствуют реализации общей цели. Цели участников

конфликтного общения, можно считать противоположно направленными, несмотря на то, что на уровне контура диалога собеседник действительно вносит вклад согласно общей цели продвижения диалога как речевого действия. Другими словами, в отношении содержания каждый из собеседников пытается продвинуть свою цель, невзирая на желания другого, а иногда прямо противореча им. Борьба за коммуникативную инициативу является одной из основополагающих характеристик конфликтного общения, которая показывает, что участники не принимают друг друга в том качестве, в котором каждый из них хочет себя видеть.

Проблема конфликтов между врачами и пациентами является очень актуальной. Конфликтогенный потенциал медицины как социального института проявляется на всех уровнях. Во многом конфликтогенность медицинского дискурса объясняется тем, что врач и пациент принадлежат к разным дискурсам: ДЭС (врач) и к ДР (пациент). Речевое взаимодействие представителей таких полярных видов дискурса выявляет всю гамму противоречий в изначальных установках сторон, их индивидуальных представлениях о мире, относящих их к противоположным видам дискурса. Обе стороны отличаются по количеству имеющейся экспертной информации, статусу, силе влияния, которое они оказывают друг на друга, коммуникативной роли, отведенной им в институциональном общении.

Сообщением в конфликте является сам ритуал «противостояния», и уже постольку его можно считать коммуникативным актом. То есть, ритуал конфликтного дискурса – это и канал трансляции определенной речевой культуры; и деятельность, порождающая ментальные парадигматические связи. В качестве *конфликтного дискурса* (далее КД) мы рассматриваем процесс реализации различных интенций (порожденных ментальными парадигматическими связями) в речевом взаимодействии коммуникантов. Иллокутивная доминанта КД представляет собой противостояние или столкновение коммуникативных целей участников в условиях социальной

целенаправленной речевой деятельности, перлокуция которой характеризуется наличием отрицательных эмоций, благодаря вербальному воздействию коммуникантов друг на друга.

Обратимся к примеру конфликтного диалога врача и пациента, взятом из сериала «ER /Скорая помощь». Действие происходит в приемном покое отделения скорой помощи когда, в результате несчастного случая, идет экстренное поступление большого количества больных, пострадавших в аварии. Очередь доходит до пожилого афроамериканца. Он прибыл на осмотр самостоятельно с жалобами на то, что у него двоится в глазах. Прием ведет доктор Грин:

Dr. Greene – This happened when you woke up?

Patient – Yes, when I got out of bed.

Dr. Greene – Are you still seeing double now?

Patient - No.

Dr. Greene – How many fingers?

Patient – Three.

Dr. Greene – Have you had eye trouble before?

Patient – No, never.

Dr. Greene – Did you have pain while seeing double? Headache? Trouble with your balance? Funny taste in your mouth? Flashing spots? Weakness in limbs?

Patient – No, none of those things. Never.

Dr. Greene – I can call a neurologist to go over you... ...but that'll cost you \$200.

If you don't have any symptoms now, I'd leave it alone. Come back if you have more trouble.

To a nurse – Who's next?

Patient – You're just saying that because I'm black.

Dr. Greene – Trying to save you money, I know you don't have insurance.

Patient – You wouldn't say this if I wasn't black. You're Jewish, right?

Dr. Greene – Call a neuro consult for Mr. Ervin, CC, transient diplopia, and bill him.

В процессе интеракции, в условиях цейтнота и большого потока тяжелых больных врач обращается к самой оптимальной в подобной ситуации, тактике «тестирования», когда в быстром темпе задаются односложные вопросы, требующие от пациента краткого ответа «да/нет»: «*Did you have pain while seeing double? Headache? Trouble with your balance? Funny taste in your mouth? Flashing spots? Weakness in limbs?*».

Речевое взаимодействие происходит по весьма усеченному сценарию, где отсутствуют ритуализированные фазы приветствия и прощания, вместо неторопливого и скрупулезного сбора анамнеза врачом предложена тактика «тестирования», во многом обезличивающая историю болезни пациента. Иллютивная цель данного диалога определена не совсем точно. Хотя очевидно, что врач выстраивает формально-логическую матрицу ответов пациента, по которым можно достаточно быстро и точно вынести заключение (диагноз).

Доктор Грин ведет данный диалог в формально-логическом русле, не пытается войти в ДР пациента, нарушает общепринятую коммуникативную структуру медицинского приема в сторону усечения, и авторитарно прекращает интеракцию вопросом «*Who's next?*». Данная стратегия, вкупе с косвенным намеком на то, что 200 долларов – чрезмерная сумма для этого пациента активизирует у последнего стратегию «евреи презирают черных» и запускает механизм конфликта. Под влиянием эмоционального состояния, вызванного болезнью, стрессовой ситуацией и недостаточным вниманием врача, пациент реагирует конфликтно: «*You're just saying that because I'm black. You're Jewish, right?*». Конфликтный дискурс реализуется полностью, когда врач, не оппонирует пациенту, а устраняется из конфликта: «*Call a neuro consult for Mr. Ervin, CC, transient diplopia, and bill him*».

Данное речевое взаимодействие можно назвать антиподом классического приема у врача, где базовая иллокуция – достижение комплаенса пациента во благо его жизни и здоровья. Как правило, дискурсивная деятельность врача носит диалектический характер и направлена на создание ДС. Актуализация стратегии сближения врача и пациента формирует коммуникативную общность, и эффективную обратную связь между врачом и пациентом, ведущей к реализации иллокутивных целей медицинского приема и перлокутивного эффекта, удовлетворенности пациента, и его излечению.

Однако, актуализация стратегии дистанцирования врача от пациента нарушает правила коммуникативного институционального поведения (принципа кооперации) и означает отказ врача от создания ДЭС. Подобная стратегия не способствует созданию комплаенса и потенциально опасна для пациента. Стратегия дистанцирования врача и его отказ от создания ДС показаны в следующем примере, взятом из скриптов медицинских приемов в медучреждении г. Улан-Удэ в 2012 году.

Врач – Слушаю вас...

Пациент – Вот, сердечко... пришел

Врач – Что сердечко?

Пациент – Болит чо-то.

Врач - Где?

Пациент – Здесь.

Врач - Как болит?

Пациент – Ну как-то немножко, чо-то вот не то...

Врач – Как болит? сжимает, давит, горит...

Пациент – Нет, не горит...

Врач – Колет?

Пациент – Колет? нет, не колет

Врач – А как?

Пациент – Просто боль. Вот стоит, и все.

Врач – Ну, какого характера? Вы мне объясните...

Пациент – А вы так перечисляйте, я попробую сказать.

Врач – Я вам всё сказала: сжимает, давит, горит, режет, колет...

Пациент – Сжимает, может, наверное, но не совсем сжимает. Ну, трудно сказать. Я не могу вам даже сейчас, ... ну вот боль стоит, понимаете, болит.

Врач - Угу... болит.

Пациент – Боль. Под лопаткой боль.

Врач - Эта боль связана с физической нагрузкой? С психоэмоциональной нагрузкой связана?

Пациент – Скорей всего с психо, наверное...

Врач – Так, дальше... Она ирради....

Пациент - ...нет, ну я педагогом...проработал...

Врач – Она иррадиирует? Я вам вопросы задаю, не просто так...

Пациент – Хорошо.

Врач - Не я же к вам, и не вы же ко мне на свидание пришли. Эта боль иррадиирует куда-либо? (пауза) Куда-нибудь отдает?

Каждый пациент имеет свой уникальный ДР, для которого характерны абстрактность и диффузность представления информации о внутренних ощущениях и переживаниях; что актуализируется в неопределенности, или неточности формальной презентации подобной информации. Лингвистическими маркерами субъективности ДР пациентов, как правило, являются образные сравнения и метафоры (...боль стоит), остеосивное указание (Боль. Под лопаткой боль), неопределенные дескрипции с нулевым семантическим потенциалом (Просто боль), различные средства выражения модальности (Я не могу вам даже сейчас...), аппроксиматоры (Ну как-то немножко, что-то вот не то...).

Для создания ДС предпочтительной стратегией является стратегия сближения, реализуемая через создание совместного контекста интерпретации, проникновение в ДР пациента. Врач изначально настроен на сближение и предлагает пациенту помочь в более точной интерпретации его концепта «боль»: «*Как болит? сжимает, давит, горит? Ну, какого характера? Вы мне объясните...*»

Однако пациент совершает ошибку, обусловленную несоблюдением прагматического принципа асимметрии коммуникативной власти, когда берет на себя нехарактерную для пациента функцию модерации диалога: «*А вы так, перечисляйте, я попробую сказать*», что незамедлительно вызывает эмоциональную напряженность, и запускает механизм конфликта: «*Я вам всё сказала...*». Кроме того пациент допускает еще одно нарушение статусно-ролевой структуры диалога, перебивая врача на полуслове: «*нет, ну я педагогом...проработал...*».

Дальнейший диалог движется в русле конфликта, когда врач намеренно отдаляет пациента, используя средство ДЭС – термин «*иррадиировать*», понимая, что пациент вряд ли может его интерпретировать. Использование дисциплинирующих фраз – *Я вам вопросы задаю, не просто так... - Не я же к вам, и не вы же ко мне на свидание пришли* – также работает на отдаление пациента и на демонстрацию коммуникативной власти во взаимодействии. И лишь здравый смысл, и собственно причина визита пациента (болезнь) заставляют врача вернуться к стратегии кооперации, закончить прием, назначив все тесты и исследования, необходимые пациенту.

Деструктивный аспект коммуникативной стратегии дистанцирования ухудшает общий фон взаимоотношений и социальных связей участников лечебного процесса. Восприятие пациентами врачей как представителей ДЭС у пациентов носит противоречивый характер, провоцирующий социальные, в том числе межличностные, конфликты. Так, по данным Фонда Общественного Мнения (<http://fom.ru/>) качество медицинского обслуживания на конец 2014 года

устраивает 58% россиян, значительная доля респондентов (39%) – не удовлетворена им. Обращает на себя внимание тот факт, что основная доля претензий обращена к врачам, 39% опрошенных считают что врачи обладают высоким уровнем квалификации, в то время, как 41% опрошенных считают квалификацию врачей низкой. Их, прежде всего, обвиняют в безразличии и грубости (16%), в плохой диагностике и некачественном лечении (11%), во взяточничестве и вымогательстве (4%).

Результаты статистических исследований свидетельствуют, что при недомогании всегда обращаются к врачу менее половины пациентов, оставаясь при этом удовлетворенными качеством медицинского обслуживания. Не удовлетворен объемом и качеством медицинских услуг каждый пятый пациент, а значительная часть населения (35,6 %) старается не обращаться к врачу при заболевании, предпочитая самолечение, или обращается в медицинское учреждение только за получением больничного листа, 14% опрошенных сомневались в диагнозе и лечении, назначенном врачом [<http://fom.ru/Zdorove-i-sport/11765>].

Данная ситуация усугубляется тем, что факт заболевания действует на психику пациента, вызывая различные опасения и страхи. Конституциональная психологическая тревожность, в свою очередь, неминуемо продуцирует внутриличностные конфликтогены, продуцируемые психикой больного человека, которые проецируются и на социальные взаимодействия с сотрудниками лечебно-профилактических учреждений.

Конфликтный потенциал системы оказания медицинской помощи часто находит свое отражение в речевом взаимодействии врача и пациента, что вызывает необходимость принимать во внимание влияние конфликтных отношений на эффективность осуществления медицинской деятельности. Для этого необходимо учитывать характер социальных отношений врачей и пациентов, степень влияния конфликтогенных факторов на характер и результат оказания медицинской помощи, самого лечебного процесса. Комплексная система

корпоративных, юридических и этических регуляторов конфликтов способна оказать влияние на состояние организации и развития институциональной системы здравоохранения в целом.

ВЫВОДЫ ПО ПЕРВОЙ ГЛАВЕ

Дискурс является объектом междисциплинарного изучения. Помимо лингвистики с исследованием дискурса связаны самые различные науки и исследовательские направления. Очевидно, что понятие дискурса тесно связано с оппозицией язык vs речь, а также с учетом социальных (сфера общения, участники коммуникации; определенная эпоха, идеология, институт) и экстралингвистических факторов.

Под *медицинским дискурсом* мы понимаем речевую деятельность в сфере общения «врач-пациент». Медицинский дискурс входит в систему институциональных дискурсов и имеет универсальные и специфические дискурсивные признаки. Это неоднородное образование, объединяющее ряд первичных и вторичных жанров.

Специфика медицинского дискурса раскрывается в типе общественного института, который в коллективном языковом сознании обозначен как «здравоохранение», обобщен в ключевом концепте этого института «здравье», связывается с функциями медиков-профессионалов, лечебными учреждениями, общественными ритуалами и поведенческими стереотипами. Реальность медицинского дискурса выступает в текстах, производимых в институтах здравоохранения.

Основу жанрового пространства медицинского дискурса составляют такие жанры, как «прием у врача», «консультация», «консилиум» и др. Эти жанры образуют институциональный компонент медицинского дискурса, соответствуют его интенции, и точно отражают медицинскую специфику. Жанр «прием у врача» является первичным, и состоит из простых, сложившихся в условиях непосредственного речевого общения реплик представителя института медицины и пациента.

Прототипическое речевое взаимодействие в медицинском дискурсе

реализуется между представителем ДЭС – врачом и представителем ДР – пациентом. Врач, в силу институционального положения, обладает властным ресурсом, модерирует интеракцию применяя широкий арсенал аргументационных и манипулятивных техник. Базовая иллокуция речевого взаимодействия – воздействовать на установки пациента таким образом, чтобы ему было понятно его состояние, методы и способы терапии заболевания. Необходимо сформировать ДС, ведущий непосредственно к комплаенсу – осознанному пониманию состояния своего здоровья и намерению излечиться, придерживаясь назначений врача.

Конфликтогенный потенциал медицины как социального института проявляется на всех уровнях. К тому же, его изучение носит дискретный характер и содержит немало «белых пятен». В то же время, конфликты в медицинском сообществе – это реальный факт, который невозможно отрицать и который существует не только в границах социопрофессиональной группы медицинских работников, но и проецируется за ее пределы – на отношения с субъектами, находящимися за пределами экспертного сообщества. Лишь высокий профессионализм позволяет врачу сократить дистанцию между ДЭС и ДР, формируя ДС – комплаенс пациента.

Комплаенс понимается нами как сложный коммуникативно-речевой процесс, включающий как социальный контекст, дающий представление об участниках коммуникации и их характеристиках, так и оказываемый перлокутивный эффект, в возникающий рамках медицинских жанров (англ. «compliance» – уступчивость, податливость, согласие, соответствие; to comply – соответствовать), синоним – «терапевтический альянс», «согласие с медицинскими рекомендациями», «приверженность терапии», «терапевтическое сотрудничество». Понятие «комплаенс» было предложено для обозначения правильности соблюдения больным рекомендаций врача. Оно описывает особенности поведения больного в отношении всего спектра медицинских назначений: правильности приема лекарств, точности выполнения нелекарственных процедур, следования

диете, ограничения вредных привычек, формирования и поддержания здорового образа жизни. Но чаще всего в это понятие вкладывается смысл соблюдения больными лекарственного режима терапии.

Отсутствие комплаенса снижает эффективность лечения, – упускается столь важное время, врач вынужден часто менять вновь и вновь менять терапевтическую тактику. Это приводит к хаотичности лечения, к взаимному непониманию между врачом и больным, потере интереса врача к больному и снижению доверия больного к медицине вообще, и к конкретному врачу, в частности. Пациент отказывается от сложных и неэффективных, на его взгляд, рекомендаций врача.

Теория аргументации изучает многообразные способы речевого воздействия, поэтому в контексте медицинского дискурса важным является изучение природы речевого акта, понятия коммуникации и основных требований к коммуникативному общению в прототипическом жанре медицинского дискурса «прием у врача».

В середине 50-х годов английским философом Дж. Остином была разработана теория речевых актов, согласно которой единицей коммуникации становится не предложение или высказывание, а речевой акт, связанный с выражением утверждения, вопроса, объяснения, описания, благодарности, сожаления и т.д., и осуществляемый в соответствии с общепринятыми принципами и правилами поведения. Они не являются ни истинными, ни ложными, но, скорее, могут рассматриваться как эффективные (успешные) или неэффективные (неуспешные). Изменения, которые речевой акт вызывает в ситуации общения, и в первую очередь, в мыслях, чувствах и поведении адресата, называются перлокутивным эффектом речевого акта. Перлокутивный эффект – это изменение в поведении, сознании участника коммуникации, его реакция на иллокуцию речевого акта (или невербального акта), иными словами, возможные последствия речевого взаимодействия.

ГЛАВА 2. ДИАЛЕКТИКА АРГУМЕНТАЦИИ И МАНИПУЛЯЦИИ В ДС (ДИСКУРСЕ СОГЛАСОВАНИЯ) ВРАЧА И ПАЦИЕНТА

Под аргументацией в нашем исследовании мы понимаем «вербальную, социальную и разумную деятельность, направленную на убеждение рационального судьи в (не) приемлемости данного выраженного мнения с помощью выдвижения определенных сочетаний пропозиций (аргументов), рассчитанных на доказательство (опровержение) выраженного мнения» [Van Eemeren, 1984]. Аргументация – это процесс реализации потребности человека в доказательстве своей правоты, возникающий при различии во мнениях. Каждое различие во мнениях, разрешенное по существу вопроса, а не за счет уловок (логических, психологических, риторических) – это маленький вклад в прогресс человечества. Более того, отказ от аргументации, как таковой, ведет индивидов к изоляции, духовной и мыслительной инерции. Новое знание всегда приобретается путем разрешения одного или более различий во мнениях.

Традиционно употребление понятия «аргументация» ассоциируется с необходимостью что-то доказывать, и в этом смысле она рассматривается в «контексте беспокойства». Аргументация восходит к противоречиям или конфликтам – ее можно считать формой рационального общения, движимого конфликтом интересов, ценностей, целей.

В манипулятивном же дискурсе такого в большинстве случаев нет: здесь стратегии убеждения скрыты и действуют сразу на сознание, изменяя установки и приводя к несвойственным для адресата результатам. Если аргументация может поменять начальные установки адресата (а может и не поменять), то манипуляция **имеет целью** этого достичь.

Приоритет в изучении манипуляции, безусловно, принадлежит психологической науке. Манипуляция как научная категория была введена в

оборот в 40-50-е годы XX века западными политологами. Интерес представителей различных гуманитарных наук к механизму манипуляции неиссякаем настолько, насколько неиссякаемо человеческое стремление манипулировать своим близким. Пожалуй, с тех пор термин «манипуляция» был призван служить отрицательно-оценочным обозначением явления, получившего широкое распространение в современном технологическом обществе. Впоследствии появилось и более нейтральное определение манипуляции как вида психологического воздействия, при котором мастерство манипулятора используется для скрытого внедрения в психику адресата целей, желаний, намерений, отношений или установок, не совпадающих с теми, которые имеются у адресата в данный момент. [Веретенкина 2001, с. 178].

Иными словами, если скрытые возможности языка используются адресантом для того, чтобы навязать адресату определенное представление о действительности, сформировать нужное отношение к ней, вызвать необходимую адресанту эмоциональную реакцию, мы говорим о речевом манипулировании. Манипулятивный дискурс трактуется в работе вслед за А. М. Каплуненко как «макроречевой акт, иллокутивная цель и пропозициональные условия которого в Мире Действия не согласуются – вплоть до противоречия – с иллокутивной целью и пропозициональными условиями, приписанными аналогичному макроречевому акту в Мире Ценностей» (Каплуненко, 2007 с. 5). Формулируя понятие манипулятивного дискурса, А. М. Каплуненко опирается на различие основных сущностей понятий Мира Действия и Мира Ценности, введенных А. Уайтхедом (1990).

Манипулятивный дискурс имеет специфические технологические закономерности. За основу выявления технологических закономерностей манипулятивного дискурса была принята общая семиотическая схема манипуляционных технологий, предложенная А. М. Каплуненко (Каплуненко, 2007 с. 4-12). Согласно данной схеме эволюция познания диалектически связывает Мир Действия и Мир Ценности на трех этапах развития: на первом

этапе дискурсу различий (ДР) в Мире Действия соответствует концепт в мире ценности, на втором – дискурсу согласования (ДС) в Мире Действия соответствует понятие в Мире Ценности, на третьем – дискурсу экспертного сообщества (ДЭС) соответствует термин. «Речевую деятельность, в которой преобладает концепт, уместно определить как Дискурс Различий (ДР). Уточняя известное определение В.З. Демьянкова, в котором указано на свойство дискурса организовываться вокруг концепта, важно подчеркнуть, что ДР организуется вокруг феноменологических признаков концепта; отсюда различия в точках зрения коммуникантов. Участникам дискурса приходится либо преодолевать эти различия в процессе взаимодействия, либо укреплять их.

ДС организуется вокруг понятия, содержание которого представляет собой совокупность признаков, отобранных из концептов и принятых в результате общественной конвенции.

Диалектика – открытая, творческая система мышления, призванная осмысливать новые реалии, проблемы, ситуации с которыми сталкивается человечество и человек на каждом новом этапе своей жизни, своего исторического пути. Диалектика выступает в качестве мировоззрения и метода, максимально соответствующего духу и характеру современной науки и культуры. Сегодня она служит основой нового мышления и познания. Под диалектикой в нашем исследовании мы понимаем философскую концептуализацию развития, как в онтологическом, так и в логико-понятийном его измерениях, и соответственно конституирующуюся в историко-философской традиции, как в качестве теории, так и в качестве метода. Исходно в античности – искусство вести беседу, спор; философский диалог, противостоящий риторике и софистике. Термин «диалектика» впервые употреблен Сократом для обозначения плодотворного и взаимозаинтересованного достижения истины путем столкновения противоборствующих мнений.

Диалектический процесс является процессом, направленным на поиск знаний или достижение соглашений. Процесс аргументации ориентирован не только на

интеллектуальную сферу, но и воздействует на эмоции людей. Таким образом, убеждающий других человек вынужден решать одновременно сразу несколько задач, использовать различные способы аргументирования, не связанные между собой жестко и однозначно. Анализ любого из таких способов, в котором используется процедура обоснования, обнаруживает наличие в них и ориентации на конечную цель (что можно назвать «стратегией рассуждения»), и ориентации на повышение эффективности каждого конкретного шага рассуждения (которую можно трактовать как «тактику»).

Категориальные структуры, выражающие универсальные связи бытия, могут рассматриваться как совокупность наиболее общих закономерностей реального мира и тем самым принципов его познания, осмыслиения. Разграничение диалектических законов, закономерностей, принципов, категориальных соотношений весьма условно. Познание, философское осмысление диалектической закономерности проходит различные этапы — от первичной, иногда наивной догадки к более зрелой, оформленной в соответствующих понятиях (соотношение категорий) и опытно подкреплённой идеи, далее к системно-теоретическому знанию и, наконец, к разрабатываемым на его основе методологическим принципам, познавательным приёмам и процедурам. Навык, умение, порой даже искусство применения таких приёмов очень важны в диалектике. Здесь нельзя ограничиваться простой констатацией той или иной диалектической связи лишь в виде знания-результата. Диалектические соотношения категорий служат концептуальными орудиями уяснения новых и новых предметных областей, решения многообразных проблем.

2.1 Краткий обзор направлений исследования языковой аргументации

Теория аргументации зародилась и развивалась не в лингвистике, а в философии и логике. Современная теория аргументации – это интегральная дисциплина, которая использует данные многих наук: лингвистики, философии, логики, риторики, психологии, когнитологии, аксиологии и конфликтологии [Баранов 1996, Белова 1997, Фанян 2000]. У современной теории аргументации сильные и малопригодные для лингвиста формально-логические корни. Формальная логика – это искусственный громоздкий аппарат категорий и операций, исследующий правила преобразования высказываний, истинностное значение которых безотносительно к содержанию входящих в эти высказывания понятий. Формальная логика, в отличие от неформальной, организована как формальная система, обладающая высоким уровнем абстракции и чётко определёнными методами, правилами и законами. Формальная логика как наука занимается выводом нового знания на основе ранее известного без обращения в каждом конкретном случае к опыту, а применением законов и правил мышления. Истоки аргументации связанные со словесными состязаниями, дискуссиями, полемикой известны с глубокой древности. В древней Индии, Китае и, в особенности, в античной Греции и Риме уже существовали достаточно развитые философские, логические, психологические и нравственные идеи и принципы, которым руководствовались при ведении споров.

Первоначальное учение об аргументации стало обобщением и систематизацией тех приемов ведения полемики, споров и диспутов, которые были широко распространены в античной Греции. Для двух крупнейших мыслителей Древней Греции, Платона и Аристотеля, было характерно стремление выделить в аргументации разные «пласты»: риторику и диалектику. Риторика у Платона ассоциируется с софистами, поэтому Платон, критикуя софистов, и риторику называет «уловками». По его мнению, риторику нужно строить на

фундаментальных принципах диалектики и психологии: с их помощью оратор будет разбираться, с одной стороны, в идеях, на которые он должен опираться в процессе убеждения, а с другой – в свойствах души и индивидуальных особенностях людей, к кому он обращается с речью. Для Платона убеждение основывается только на истинных, дедуктивных доводах, а не на мнениях и вероятностных суждениях.

Дальнейшие века стали периодом отхода от античных традиций и размежевания диалектики и риторики. Так, непосредственно по вопросам аргументации высказывались: Августин Блаженный, Омер Талон и Пьер Раме, Френсис Бэкон и Рене Декарт [Рузавин, 1997]. Средние века – период схоластики, символ победы формы над смыслом, и новое время – это эпоха, неблагоприятная как для диалектики, подвергавшейся все большей и большей формализации, так и для риторики, которая была сведена к вопросам стиля. То, как происходит убеждение в реальностях языка, не изучалось совсем.

Современные логические исследования в области аргументации отходят от безличной силлогистической модели аргументации и стремятся приблизиться к «человеческому фактору». Приведем две цитаты А.А. Ивина: «Аргументация – это приведение доводов с целью изменения позиции или *убеждений* другой стороны (*аудитории*)» [Ивин 2000:7]. И также: «Аргументация представляет собой речевое *действие*, включающее систему утверждений, предназначенных для оправдания или опровержения какого-то *мнения*» [Ивин 2000:8].

Вообще, «язык значительно шире, чем логика, и предложения, тем более их последовательность, могут иметь свою языковую логику, свой смысл. При коммуникации на естественных языках идентичные с логической точки зрения, выражающие одно суждение предложения, могут относиться к различным коммуникативным типам» [Баранов 2007:29].

Невозможно описать каждый из многочисленных научных подходов, лежащих в основе феномена аргументации, поэтому ограничимся лишь

основными, на наш взгляд, направлениями. Среди них можно выделить логический, когнитивный и лингвистический подходы.

2.1.1 Традиционное понятие об аргументации

Современные научные подходы к исследованию аргументации представлены реконструирующими концепциями, моделирующими процессы аргументации в текстах, и порождающими концепциями, создающими модели эффективной аргументации. Задача реконструирующих концепций – построение целостной модели уже имеющихся реальных процессов аргументации и оценка ее эффективности. Задача порождающих концепций – создание некой совокупности правил, соблюдение которых может гарантировать субъекту эффективность аргументации. В рамках этих концепций предложены различные способы моделирования аргументации: логические, риторические и когнитивные.

Логический подход к аргументации ориентируется на понятие «истинности» защищаемого тезиса, в поиске которой философы и логики посвящают свои исследования аргументации выявлению условий и предпосылок «правильного» аргументирования. Данный подход подразумевает исчисление основных компонентов акта аргументации (характерна структура аргументации С. Тулмина представляющая собой описание процедурной формы аргументов) [Toulmin, Riek, Janik 1979, p.158]. В дальнейшем, дедуктивные силлогизмы, прошедшие через семь кругов формализации, превратились в формулы с операторами, способные помочь в создании компьютеров, однако далекие от описания реальных процессов мышления и говорения человека.

Понятие «истинности» определяет идеологию Ереванской школы аргументации под руководством Георга Брутяна (Брутян 1992, Матвеева 1986, Скрипник 1986), где аргументация рассматривается как способ рассуждения,

включающий доказательство и опровержение, в процессе которого формируется убеждение в истинности защищаемого тезиса и ложности антитезиса. В логической традиции существует также тенденция к «диалогический» модификации традиционного понятия «истинности»: в некоторых формализмах категории «истинного-ложного» заменяются на «оправдание-опровержение». То есть логическая теория аргументации трансформируется в «теорию интерактивной деятельности» (action theory).

В.Н. Брюшинкин предлагает системную модель аргументации и считает, что «в основу анализа аргументации можно положить любой логический аппарат и дополнить его когнитивными и риторическими средствами аргументации, которые и позволяют создать целостную модель» [Брюшинкин, 2003, с.30]. *Риторическое моделирование аргументации*, по мнению В.Н. Брюшинкина, – это воспроизведение процесса аргументации посредством языковых средств, ориентированных на адресата и придающих аргументации выразительность [там же].

Модель аргументации С. Тулмина является моделью естественно-языковых рассуждений и относится к числу *когнитивных*. Понимая аргументацию как речевой акт, А.Н. Баранов в своей докторской диссертации 1990 г. подходит к аргументации с точки зрения собственно языковых структур, рассматривая ее как «особый макротип речевого акта» и выявляя «основные источники неудач в аргументативном дискурсе». Для описания многообразия аргументации автор привлекает новый метаязык, основанный на когнитивном подходе к языку. С этой точки зрения аргументация предстает как «комплекс языковых средств, используемых для влияния на человека, а также как особый тип дискурса, который характеризуется особыми коммуникативными и иллокутивными целями и специфическими последовательностями речевых актов...». В результате исследований А. Н. Баранова построена *когнитивная лингвистическая модель естественноязыковой аргументации*, в основе которой лежит представление об онтологизации знания в процессе аргументативного воздействия.

В лингвистическом направлении особо выделяется подход бельгийских философов Хайма Перельмана и Люси Ольбрехт-Тытеки, [Perelman & Olbrechts-Tyteca, 1969] где предпринимается попытка декларативного рассмотрения аргументации, которая в большей степени опирается на понятие «убеждения». В своей работе «Новая риторика» ученые дают описание схем аргументации или точек отсчета (points of departure) которые могут быть использованы для убеждения аудитории. При этом понятие убеждения принимает у них форму согласия, а ценности являются базисом аргументации. По мнению Перельмана, теория аргументации должна заниматься спорами, связанными с ценностями, то есть со спорами, которые не могут быть разрешены ни эмпирической проверкой, ни формальным доказательством. Теория аргументации призвана показать, как однажды сделанные выборы (choices) и принятые решения можно позже обосновать рационально [Perelman & Olbrechts-Tyteca, 1969]. Перельман выдвинул идею о том, что любая философская система есть аргументация, то есть попытка убедить более или менее обширную аудиторию (от круга друзей до всего человечества) в приемлемости той или иной концепции рациональности. Именно из этого положения Перельмана берет начало понятие «инструментальной рациональности», составляющее основу используемой в нашей работе прагмадиалектической теории аргументации. Позднее Ф.Х. ван Еемерен и Р. Гроотендорст скажут, что рационально все, что ведет к скорейшему и наиболее эффективному разрешению различия во мнениях [van Eemeren, 1984]. Возникшая в результате этих поисков новая риторика служит первым шагом к появлению ключевого для нашего исследования понятия «стратегическое маневрирование».

2.1.2 Прагма-диалектическая теория аргументации (ПДТА)

Теория аргументации, которая носит название прагмадиалектика начала разрабатываться в 70-80-е годы XX века в Амстердамском университете. Основные представители данного направления: Франс Х. ван Еемерен, Роберт Гроотендорст, Питер Хутлоссер. ПДТА, разработанная в трудах «Речевые акты в аргументативных дискуссиях» («Speech Acts in Argumentative Discussions», 1994) и «Аргументация, коммуникация и ошибки» («Argumentation, Communication, and Fallacies», 1992) Франсом Х. ван Еемереном и Робом Гроотендорстом, во многом сходна с формальной диалектикой. В отличие от последней, однако, фундаментальным принципом, на котором она строится, является то, что стороны в ходе аргументации не доказывают истинность точек зрения в общепринятом смысле, как соответствие содержания высказывания действительному положению дел в мире. Мир не исследуется. В поиске оснований они не выходят за пределы знания, которым обладает их собеседник. Они апеллируют лишь к коммуникативной когерентности высказываний. Для каждой из сторон важно, чтобы пропозициональное содержание ее аргументов непротиворечивым образом вписывалось в имеющуюся у собеседника картину мира, т.е. было приемлемо для него. Задача сторон в аргументативном дискурсе состоит в том, чтобы прийти к согласию в ходе диалектической беседы. Стороны не исследуют реальный мир, а производят совместный поиск общих оснований. Истинностная характеристика пропозиционального содержания аргументов имеет коммуникативно-когерентный характер и для ее констатации следует использовать термины «приемлемый» и «неприемлемый» как более адекватные, т. е. «истинный для...» и «ложный для...».

Истинно то, что соответствует действительному положению дел для обеих сторон дискуссии, во-первых, потому, что истина существует только в границах определенной культуры, являющейся результатом межличностного общения, диалога; во-вторых, в силу коммуникативной природы языка всякое суждение, сформулированное в нем, истинно, не потому что оно соответствует реальному положению дел, а потому, что оно соответствует реальному положению дел для

обеих сторон диалога. В естественном языке не существует некоммуникативных суждений. В аргументативном дискурсе эта сторона выступает на первый план и выражается в явном или неявном взаимном согласии с истинностью суждения, т. е. аргументы – продукт соглашения как с точки зрения их пропозиционального содержания, так и с точки зрения их логической характеристики. И сам процесс аргументации является процедурой согласования.

С точки зрения прагма-диалектического подхода, (Ф.Х. ван Еемерен, Р. Гроотендорст, П. Хутлоссер) основной диалектической целью аргументативной дискуссии является **преодоление разногласий**. Для достижения этой цели в ходе дискуссии в целом и на отдельных ее стадиях пропонент и оппонент используют широкий диапазон риторических приемов, поскольку каждый из них одновременно с диалектической целью заинтересован в разрешении разногласий в свою пользу (риторическая цель). Этот диапазон средств и приемов ограничен рамками определенных стандартов разумности, и участники дискуссии в целях преодоления разногласий обязаны их соблюдать и вправе ожидать от других, что и они, в свою очередь, придерживаются этих стандартов. Успешное сочетание *риторической и диалектической* целей в процессе дискуссии есть поддержание искусного баланса в стратегическом маневрировании. Систематическая интеграция риторических приемов в прагмадиалектический анализ аргументативной дискуссии позволяет эффективным образом выявить особенности стратегического маневрирования на каждой стадии дискуссии. Все отступления от стратегического маневрирования имеют статус ошибок, а все ошибки могут быть признаны отступлениями от стратегического маневрирования.

В ПДТА *аргументация* определяется как «макроречевой акт, состоящий из совокупности утверждений, предназначенных для доказательства или опровержения выраженного мнения, и рассчитанных на употребление в регламентированной дискуссии с целью убедить рационального судью в приемлемости или неприемлемости некоторой точки зрения»[Eemeren, 1984, р. 18]. Макроречевой акт характеризуется особой иллокутивной силой,

направленной на убеждение. В качестве перлокутивного эффекта макроречевого акта аргументации выступает эффект принятия точки зрения (*convincing*) [Eemeren, 1984, p. 29], который автоматически не наступает, а зависит от принятия или неприятия реципиентом точки зрения. Поэтому эффективность аргументативного речевого акта определяется не истинностной характеристикой его пропозиционального содержания как результата его произнесения. Аргументативный речевой акт эффективен *в контексте* произнесения, когда в результате успешного совершения этого иллокутивного акта пропозициональное содержание другого речевого акта (точки зрения или тезиса) становится соответствующим картине мира адресата аргументации, т. е. становится приемлемым для него, непротиворечивым образом вписывается в его систему знаний о мире. Аргументативный речевой акт успешен, когда не только говорящий, но и слушатель воспринимает его как аргументативный речевой акт, т. е. тогда, когда выполняются соответствующие конститутивные правила. О том, что и слушатель и говорящий живут в одной системе языковых конвенций, конститутивных правил, владеют этими правилами, свидетельствует то, что аргумент, высказанный говорящим, воспринимается как аргумент и слушателем. Иными словами эффективный акт аргументации в контексте медицинской интеракции приближает представителя ДЭС – врача и представителя ДР – пациента к общему ДС и достигнув перлокутивного эффекта, формирует состояние пациента, называемое комплаенс.

Представление об инвариантной идеальной сущности макроречевого иллокутивно-актового комплекса аргументации, изложенное в терминах теории речевых актов Дж. Серля и Д. Вандервекена, дополняется концепцией кооперативного взаимодействия П. Грайса для того, чтобы создать некоторую идеальную модель аргументативного поведения идеального участника критической дискуссии. Эта идеальная модель критической дискуссии, «отражающая дискурс таким, каким он был бы при идеальной и единственной ориентации на устранение различия во мнениях» [Eemeren, 1984, p. 53], служит в

рамках нашего исследования точкой отсчета, позволяющей описать и оценить реальное институциональное речевое поведение участников медицинского дискурса.

Для достижения вышеуказанных целей коммуникант должен соблюдать правила ведения рациональной дискуссии, так называемый «кодекс поведения». Кодекс поведения, по мнению Еемерена и Гроотендорста, это ничто иное как «кодекс для выполнения речевых актов в дискуссиях». (Eemeren, 1984). Авторами была разработана критически-рационалистская философия разумности (critical rationalist philosophy of reasonableness), которая получила свое выражение в идеальной модели критической дискуссии (critical discussion). В результате поиска путей разрешения различий во мнениях установлены четыре стадии критической дискуссии:

- 1) стадия конфронтации (выдвижение и опровержение точки зрения);
- 2) начальная стадия или стадия открытия дискуссии (где происходит определение ролей участников, стороны договариваются о правилах дискуссии, защищают / критикуют точку зрения);
- 3) стадия аргументации (представляет собой реальную дискуссию);
- 4) заключительная стадия (устанавливается то, как разрешен спор).

Аргументация в прагмадиалектике предстает как часть критической дискуссии, нацеленной на разрешение расхождения во мнениях. То есть, любая сторона должна быть готова изменить свою точку зрения, в том случае если она не выдержала критику другой стороны. «Для этого вида дискуссии характерно взаимное желание сторон разрешить несогласие в точках зрения по поводу выраженного мнения путем аргументации, т. е. при помощи рационального обоснования точки зрения». Таким образом, для прагмадиалектической теории крайне важно, чтобы критическая дискуссия была разумной. Для достижения этой задачи формулируется концепция разумности (reasonableness) и правила критической дискуссии. [Агаджанян, 2012, с. 56]

Эти правила можно представить в виде основополагающих принципов, каждый из которых выражает стандарт или норму, согласно которым должна происходить критическая дискуссия. Любое нарушение, от какой бы стороны оно ни исходило, и на какой бы стадии дискуссии оно ни совершалось, – представляет потенциальную угрозу для процесса разрешения разногласий, и поэтому должно рассматриваться как неверное действие в ведении дискуссии, т. е. «аргументативная ошибка».

Разработанные правила являются процедурными, то есть, они не зависят от предметной области рассуждений. Следовательно, инструмент критической дискуссии может использоваться вне зависимости от проблемного поля дискуссии. Данные правила устанавливают границы, внутри которых дискуссия носит разумный характер. Соблюдение этих правил может значительно упростить (но не гарантировать успеха) процедуру преодоления расхождения во мнениях.

Изначальная модель критической дискуссии является способом преодоления расхождения во мнениях (диалектическая цель дискуссии). *Диалектической* целью может быть достигнута лишь в ходе аргументативной дискуссии, которая ведется по вышеуказанным правилам. Однако анализ реальных аргументативных процессов показывает, что это далеко не единственная цель дискуссии, зачастую не менее важной целью является разрешение противоречия в свою пользу – *риторическая* цель. Как раз данную цель прагмадиалектика в начале своего развития не принимала во внимание. Таким образом, эволюция прагмадиалектической концепции аргументации состоит в том, что в данную модель были введены риторические компоненты. Здесь риторика понимается как способ достижения согласия аудитории со своей точкой зрения и как теоретическое изучение практических техник убеждения. В аргументативной дискуссии необходим баланс между диалектической и риторической целями, данный баланс поддерживается при помощи концепции *стратегического маневрирования*. Стратегическое

маневрирование направлено на уменьшение потенциального трения, возникающего при попытке достичь одновременно «диалектической» и «риторической» целей. [Eemeren, Houtlosser, 2000, p. 293]

2.2 Роль аргументации в формировании ДС (Дискурса Согласования) врача и пациента

В коммуникативном плане аргументация есть процесс передачи, истолкования и внушения реципиенту информации, зафиксированной в тезисе аргументатора, поэтому данная форма коммуникации становится важным способом создания ДС в медицинском дискурсе. Выраженная в терминах теории речевых актов (ТРА) когнитивная цель аргументации реализуется через иллокуцию речевых актов репрезентирующих тезисы и аргументы макроакта аргументации. [Баранов, 1990а, с. 41]. Посредством аргументативной иллокуции врач воздействует на модель мира пациента, обладающей определенной когнитивной устойчивостью. Суть ее состоит в необходимости изменения картины мира только в том случае, если в ней отсутствуют стереотипы, необходимые для интерпретации проблемной ситуации.

В силу принадлежности врача и пациента к различным видам дискурса – ДЭС и ДР соответственно – у пациента отсутствуют стереотипы, способствующие декодированию профессиональной медицинской информации. В связи с этим особую актуальность приобретает создание комплаенса пациента, как «приверженности лечению, степени соответствия между поведением пациента и рекомендациями, полученными от врача» [https://ru.wikipedia.org/wiki/Комплаенс]. Функционирующий таким образом фактор устойчивости ДР может стать препятствием для формирования ДС и комплаенса пациента.

Одной из базовых категорий медицинского дискурса следует признать его лингвотерапевтическую направленность: нацеленность на «лечение словом».

Целями медицинского дискурса являются: диагностика заболевания, уточнение диагноза, позитивное эмотивное воздействие на пациента, принятие и обоснование выбранной методики лечения в условиях множественности точек зрения и выработка коллегиального консенсуса. Достижение данных целей невозможно без аргументирующего воздействия на пациента, коррекции его изначальных установок, его ДР для согласования с ДЭС врача и создания комплаенса и ДС.

Анализ использования концепции стратегического маневрирования при формировании ДС врача и пациента выявил ряд преимуществ в категоризации ДС как состояния комплаенса и перлокутивного эффекта медицинской коммуникации.

Во-первых, при исследовании риторических аспектов, представляется лучшее и более широкое видение того, что можно назвать «аргументативной реальностью» медицинского дискурса.

Во-вторых, получая более подробное и тонкое представление об общей основе частных проявлений различных дискуссионных шагов, анализ аргументативного дискурса становится не только глубоким, но и более четко обоснованным.

В-третьих, приобретая более реалистичный взгляд на стратегическое устройство медицинского дискурса, мы получаем более зрелое представление об истинных причинах совершения различных ошибочных ходов обеих сторон речевого взаимодействия, которые происходят в обычной аргументативной практике.

Логики Амстердамской школы считают, что аргументация «представляет собой вид словесной и социальной деятельности, задачей которой является увеличение (или уменьшение) приемлемости спорной точки зрения для слушателя или читателя посредством приведения ряда взаимосвязанных доводов, направленных на доказательство или (опровержение) этой точки зрения перед рациональным арбитром» [Москвин 2008, с. 5].

Аргументация, построенная в одной ситуации общения, может оказаться неприемлемой в другой ситуации, даже если в ней все останется без изменений, поскольку в аргументации важным условием являются согласие собеседника и определенность контекста – как верbalного, так и невербального. В аргументативном дискурсе аргумент есть еще и определенная коммуникативная функция, или иллоктивная сила речевого акта. В рамках аргументационного анализа мы не можем ограничиваться логическими характеристиками аргументативных речевых актов, мы должны зафиксировать их коммуникативные характеристики. Высказывание, не являющееся аргументом с логической точки зрения, не является им и в рациональном аргументативном дискурсе. Но аргумент, безупречный с логической точки зрения, может оказаться неправильным, поскольку не выполняются его коммуникативные характеристики как аргумента. Прежде всего, аргумент в аргументации – это продукт диалога.

Институциональный диалог врача и пациента в жанре «прием у врача» является примером рационального аргументативного дискурса, поскольку обе стороны диалога: и протагонист (врач) и антагонист (пациент) заинтересованы в выполнении коммуникативной задачи диалога, достижению взаимопонимания уже на фатической фазе общения, и комплаенса, как общего итога и перлоктивного эффекта коммуникативного акта.

Однаковая интерпретация высказывания формируется в диалоге, где врач институционально наделен экспертной властью. Именно он начинает, модерирует и заканчивает диалог. Он является аргументирующей, манипулирующей и убеждающей стороной в диалоге, тогда как роль пациента – принять аргументы и обоснования врача, если аргументация корректна и логична (для него). При критической дискуссии от пациента требуется вступить в кооперацию с врачом и внести свой вклад в определение конкретных доводов как приемлемых в данном конкретном диалоге или споре, т. е отказаться от пассивной роли наблюдателя.

2.3 Диалектика аргументации и манипуляции

В отечественной (первоначально Советской) литературе утвердилось понимание аргументации как «способа речевого воздействия на взгляды и поведение людей с использованием обоснования и опровержения выдвигаемых положений» [Брутян, 1978, с.24]. «Антиманипуляционный» потенциал теории аргументации во многом определялся ее базовыми установками в противопоставление подходам, ориентированным на эффективное управление человеком. По Джонстону, гуманный характер аргументации определяется тем, что субъект этой деятельности рассматривает адресата как свободную в данном контексте личность, признавая его интеллектуальное и моральное право отвергнуть аргументацию. «Аргументация есть всепроникающая черта человеческой жизни. Бывают случаи, когда человек поддается гипнозу, подсознательной стимуляции, наркотикам, «промыванию мозгов» и физической силе, и не бывает случаев, в которых он может управлять действиями и взглядами своих собратьев-людей средствами, иными, чем аргументация. Однако только тот, кого можно назвать бесчеловечным, будет получать удовольствие от воздействия на поведение других людей лишь неаргументационными средствами, и только идиот будет подчиняться ему. Мы даже не властвуем над людьми, когда мы только манипулируем ими. Мы можем властвовать над людьми, только рассматривая их как людей» [Johnston, 1965, р. 9].

Аргументационные речевые воздействия затрагивают разные стороны человеческой личности, разные планы восприятия и интересы человека. Прагматическая оценка аргументации заключается в определении соответствия компонентов аргументационного воздействия интересам или потребностям реципиента, «аргументатора» или третьей стороны. В связи с тем, что аргументирование предполагает наличие противоположной точки зрения, всегда потенциально существующей [Калачинский, 1989, с. 26], то в ходе аргументации

участники общения не просто отстаивают свою точку зрения по тому или иному вопросу – они стремятся определенным образом воздействовать друг на друга в процессе принятия решения

В рамках данного исследования представляется важным показать диалектические взаимоотношения аргументации и манипуляции на примере медицинского дискурса. Для этого необходимо подробно рассмотреть эти два вида взаимодействия используя интерпретативный подход [Демьянков, 2003, с.120] к описанию аргументативного и манипулятивного дискурсов, позволяющий рассмотреть отдельные аспекты процесса речевой регуляции поведения человека и метод оппозиций [Трубецкой, 2000, с. 32]. Также для анализа ситуации взаимодействия клиента и агента медицинского дискурса в процессе ее создания возможно применение элементов конверсационного анализа, как натуралистичного метода изучения первичных механизмов конструирования социального мира: конкретных, упорядоченных форм речевого поведения человека. Чтобы сопоставить аргументацию и манипуляцию как виды речевого взаимодействия, нужно определить их основные категориальные элементы и далее последовательно решить следующие задачи:

- найти общие функциональные признаки аргументации и манипуляции
- учитывая проблемы количественных и качественных сравнений, найти их специфические характеристики
- доказать диалектичность взаимоотношений данных феноменов.

Общими функциональными признаками аргументации и манипуляции является то, что аргументация и манипуляция являются видами речевого взаимодействия индивидов, это логико-коммуникативные процессы, направленные на обоснование позиции одного человека с целью последующего ее понимания и принятия другим человеком. Кроме этого, обе разновидности речевого воздействия представляют собой коммуникативную деятельность субъекта в триединстве верbalного, неверbalного и экстралингвистического, целью которой является убеждение адресата и изменение начальных установок

оппонента. Согласно теории речевых актов Дж. Остина и Дж. Серля аргументация и манипуляция – это выполнение макроречевого акта, который, обладает особой иллоктивной целью и перлоктивным эффектом, наступающим в случае его успешного выполнения. [Сёрль, 1986, с.179.] Иллоктивной целью и перлоктивным эффектом макроречевого акта в медицинском дискурсе мы считаем состояние *комплаенса*, когда пациент понимает и осознано принимает всю полноту своего терапевтического состояния и согласен выполнять установки рекомендации лечащего врача.

Кроме того, понимание аргументации и манипуляции как структурированных и регламентированных совокупностей речевых актов подразумевает особое поле деятельности – аргументативный и манипулятивный дискурсы – языковое пространство социального взаимодействия, включающее систему языка, участников дискуссии, а также предметно-событийную сущность взаимодействия.

Отличительной чертой самого процесса коммуникации в медицинском дискурсе выступает то, что, с одной стороны, для него присуща институциональность и ритуализованность, определяющая его статусно-ориентированный характер, а, с другой, персональность, сближающая его с личностно-ориентированным дискурсом. Другими важными признаками устного общения «врач – пациент» являются его асимметричность, обусловленная принадлежностью врача к ДЭС, а пациента к ДР, соответственно. ДЭС предполагает наличие у врача коммуникативной власти, интеллектуальности, ряда, как специальных медицинских знаний, так и знаний о правилах организации общения, способах трансляции и адекватной интерпретации предоставляемой информации, об особенностях речевого поведения пациентов, о потенциальных коммуникативных помехах, о приемах создания благоприятной психоэмоциональной атмосферы, ДС и комплаенса, в конечном итоге. Выявленная специфика позволила предложить собственную модель исследования речевого взаимодействия врача и пациента. В ее основу была положена

сформулированная на начальном этапе работы гипотеза о том, что врач как агент социальной деятельности выступает в роли представителя ДЭС, и ведет пациента от его ДР, к созданию совместного контекста интерпретации, к ДС, где их позиции сближаясь, формируют перлокутивный эффект, в контексте медицинского дискурса называемом комплаенсом.

А.Гюнтер предлагает исследовать аргументацию с точки зрения теории коммуникации [Günther, 1982, р. 180]. Определяя двойственную специфику аргументации как процесса и как продукта, он выделяет ряд характеристик аргументативного процесса, присущих аргументативному дискурсу. С помощью интерпретативного подхода и с применением метода оппозиций выделим наиболее значимые категориальные элементы аргументации и манипуляции, и сопоставим их в таблице:

Таблица 1

Специфические элементы аргументативного и манипулятивного воздействия

№	Категориальный элемент	Аргументация	Манипуляция
1	Компоненты коммуникации	Преимущественно вербальные средства	Вербальные и невербальные средства
2	Форма репрезентации	Диалог	Преимущественно МОНОЛОГ
3	Цель взаимодействия	Убедить адресата согласиться с позицией адресанта	Изменить установки адресата в нужном для адресанта

			направлении
4	Кодекс поведения сторон	Оговаривается	Не подразумевается

Аргументация связана с использованием языка – это деятельность языковая (знаковая) и социальная, – она представляет собой применение речевых средств для убеждения в приемлемости каких-либо положений или мнений. Для манипулятивного воздействия используются и вербальные (лексические, морфологические, синтаксические, стилистические), и невербальные средства (креолизованный текст и параграфемные ресурсы, жесты, мимика и др.).

Аргументация возникает в межличностном общении – она предполагает диалог. С. Джейкобс и С. Джексон считают, что аргументацию можно рассматривать как интерактивный процесс, развивающийся между двумя и более коммуникантами [Jacobs, Jackson, 2001, р. 123], и предполагающий взаимное сотрудничество участников коммуникативного процесса для последующей реализации иллокутивных целей. Это полностью отвечает определению диалога как процесса взаимного общения, когда реплика заменяется в ответ фразой и происходит постоянная смена ролей, и каждый из участников, по крайней мере, один раз выступает как говорящий и один раз как слушающий, реагируя на приводимые доводы, рационально взвешивая и оспаривая их.

Манипуляция же является специфической формой социальной репрессии, актуализирующейся в виде коммуникативных практик, обеспечивающих реализацию целей в отношении человека или аудитории. Непосредственным основанием манипулятивных форм взаимодействия является отчуждение человека от человека, восприятие другого как объекта и средства удовлетворения своих потребностей, конфликт человека с окружающими и с самим собой. Как форма репрессии манипуляция не предполагает диалога, маскируя отношения насилия. Роль манипулируемого во взаимодействии пассивна, поскольку

подразумевает принятие аргументов без обдумывания и осмысления. Это «одностороннее речевое воздействие, регламентированное исключительно адресантом по времени и способам» [Каплуненко, 2007а, с.116]. Нет периодической смены ролей, нет и диалога.

Аргументация может изменить знания, ценностные установки участников коммуникативного процесса – это сложный речевой акт, в ходе которого осуществляется коррекция точки зрения, и шире – картины мира адресата. Но при этом за адресатом всегда остается выбор: он может согласиться с аргументами, а может не согласиться. Манипуляция же однозначно нацелена на изменение знаний, ценностных установок участников коммуникативного процесса. При этом у манипулируемого обязательно сохраняется иллюзия самостоятельности решений и действий.

Аргументация осуществляется согласно определенным правилам и регулируется логико-коммуникативными, мировоззренчески-этическими, социальными, психологическими нормами и законами, а также правилами успешной коммуникации прагмадиалектической теории аргументации.

Технологии манипуляции включают в себя обширный набор приемов тактик и стратегий воздействия, не подчиняющихся правилам и ограничениям. Для манипуляции не существует специфических правил, принципов и тактик. Любые тактики, помещенные в структуру манипулятивной коммуникативной стратегии, приобретают характер манипулятивных и вступают в родовидовые отношения со стратегией манипулятора. Основное требование успешности манипулятивного воздействия – скрытость и целенаправленность воздействия.

Итак, выделив основные категориальные элементы аргументации и манипуляции, и сопоставив их основные характеристики, мы соглашаемся с выводом, сделанным А.М. Каплуненко: «В контексте классической и, частично, модернистской эпох формулировка различий между аргументацией и манипуляцией не представляется сложным делом. Достаточно опереться на привычное понимание принципа рациональности, чтобы получить, хотя бы в

первом приближении, адекватные определения. Аргументация, соответственно, будет определяться **как рациональный способ речевого воздействия на иное мнение, удовлетворяющий принципам причины и следствия, достаточного основания и тождества**, а манипуляция – как воздействие, нарушающее указанные принципы» [Каплуненко, 2007а, с. 119].

В.И. Карасик, разделяя побочное (неинтенциональное) и намеренное (интенциональное) воздействия, выделяет среди прочих средств осуществления намеренного воздействия аргументацию (убеждение), и манипуляцию (маскируемую власть) [Карасик, 2004, с.134], используя, таким образом, в качестве основания параметр «скрытость / открытость воздействия».

А.М. Каплуненко также рассматривает аргументацию и манипуляцию в качестве **конфронтирующих** категорий. Бинарный характер конфронтирующих категорий отражает двоичность восприятия окружающего мира. В его основе лежит бинарная оппозиция, имеющая универсальный диалектический характер. Как компонент бинарной оппозиции, аргументация должна раскрывать свой смысл через манипуляцию, как если бы они являлись взаимопроявляющими феноменами, где отсутствие одного привело бы к исчезновению другого. Однако **в рамках закона о единстве и борьбе противоположностей не подтверждается дихотомия аргументации и манипуляции, так как наличие одного не предполагает взаимоисключения другого, как, например, в классическом примере дихотомии «правое – левое».**

К тому же, аргументация и манипуляция не являются единственно возможными стратегиями критической дискуссии (ряд исследователей предлагает рассматривать, например, псевдоаргументацию). Не являются они и единственными возможными видами речевого воздействия, где диалектический подход позволяет выявить неопределенное большое разнообразие видов речевого воздействия. Помимо оппозиционных отношений между феноменами аргументации и манипуляции между ними существует множество отношений переходного типа. Также имеется большое количество различий, которые в процессе

взаимоотношения друг с другом ведут себя хаотично, вследствие чего принципиально невозможно выделить четко организованную оппозицию аргументации и манипуляции.

По принципу подчиненности нижних уровней верхним манипуляция часто определяется через аргументацию как ее интегральная часть. Формальным доказательством доминантного положения аргументации над манипуляцией является наличие особой сферы научных исследований – теории аргументации (аргументологии) [Гусева, 2006, с. 8] – комплексной, глобальной дисциплины, развивающейся во множестве научных подходов и программ исследования как история изучения механизма порождения истинных суждений из истинных посылок. Однако, не смотря на давнюю историю и комплексный характер исследований манипуляции, *не выявлено такого научного феномена как «теория манипуляции»*. Таким образом, отношения «аргументация VS манипуляция» нельзя свести к оппозиционным, в силу значительного превалирования диалектического компонента.

ВЫВОДЫ ПО ВТОРОЙ ГЛАВЕ

Аргументация – это процесс реализации потребности человека в доказательстве своей правоты, возникающий при различии во мнениях. Каждое различие во мнениях, разрешенное по существу вопроса, а не за счет уловок (логических, психологических, риторических) – это маленький вклад в прогресс человечества. Более того, отказ от аргументации, как таковой, ведет индивидов к изоляции, духовной и мыслительной инерции. Новое знание всегда приобретается путем разрешения одного или более различий во мнениях. Современное положение дел в теории аргументации, характеризуется рядом проблем. Однако особенно важно то, что не существует единой признанной всеми теории аргументации.

Чтобы сопоставить аргументацию и манипуляцию как виды речевого взаимодействия, в исследовании определены их основные категориальные элементы и решены следующие задачи:

- выявлены общие функциональные признаки аргументации и манипуляции и их специфические характеристики
- доказана диалектичность взаимоотношений данных феноменов.

Отличительной чертой процесса коммуникации в медицинском дискурсе выступает то, что, с одной стороны, для него присуща институциональность и ритуализированность а, с другой, персональность, сближающая его с личностно-ориентированным дискурсом. Другим признаком устного общения «врач – пациент» являются его асимметричность, обусловленная принадлежностью врача к ДЭС, а пациента к ДР, соответственно. ДЭС предполагает наличие у врача коммуникативной власти, интеллектуальности, ряда специальных медицинских знаний, знаний о правилах организации общения, способах трансляции и адекватной интерпретации информации, об особенностях речевого поведения пациентов, о потенциальных коммуникативных помехах, о приемах создания

благоприятной психоэмоциональной атмосферы, ДС и комплаенса, в конечном итоге.

Выявленная специфика позволила предложить собственную модель исследования речевого взаимодействия врача и пациента. В ее основу была положена сформулированная на начальном этапе работы гипотеза о том, что врач как агент социальной деятельности выступает в роли представителя ДЭС, и ведет пациента от его ДР к созданию совместного контекста интерпретации, к ДС, где их позиции сближаясь, формируют перлокутивный эффект, в контексте медицинского дискурса называемом комплаенсом.

Направление, разработанное голландскими учеными, является на сегодняшний день последним этапом развития учений об аргументации и представляет собой теорию, лаконично сочетающую принципы логики, риторики и диалектики. Именно с позиций ПДТА голландской школы рассматривается объект данного исследования – медицинский дискурс.

Цель критической дискуссии – разрешение расхождения во мнениях между участниками дискуссии, путем выдвижения и защиты точек зрения. Различают две программы исследования аргументации. Диалектическая программа направлена на преодоление противоречий. Риторическая – направленная на убеждение аудитории в своей точке зрения. Их творческое сосуществование в рамках критической дискуссии представляет собой стратегическое маневрирование.

Для достижения основной цели речевого взаимодействия – комплаенса пациента, врач как сторона, обладающая коммуникативной властью, должен соблюдать правила ведения рациональной дискуссии, так называемый “кодекс поведения”. В результате поиска путей разрешения различий во мнениях установлены 4 стадии критической дискуссии:

- стадия конфронтации (выдвижение и опровержение точки зрения);

- начальная стадия или стадия открытия дискуссии (где происходит определение ролей участников, стороны договариваются о правилах дискуссии, защищают / критикуют точку зрения);
- стадия аргументации (представляет собой реальную дискуссию);
- заключительная стадия (устанавливается то, как разрешен спор).

Учитывая вышеперечисленные особенности медицинского дискурса теорией позволяющей раскрыть в наиболее полной мере роль аргументации, является ПДТА. Диалектический компонент данной теории позволяет проследить динамику аргументации носителя ДЭС (врача, стремящегося к установлению ДС с пациентом). Прагматический же компонент теории дает возможность адекватно оценить роль конкретных приемов аргументации в формировании комплаенса пациента.

ГЛАВА 3. ПРИЧИНЫ ВАРИАТИВНОСТИ РЕЧЕВЫХ СТРАТЕГИЙ В ЖАНРЕ «ПРИЕМ У ВРАЧА»

В нашем исследовании вариативность рассматривается как «фундаментальное свойство способа существования и функционирования единиц языка и языковой системы в целом» [[https://ru.wikipedia.org/wiki/Вариантность_\(лингвистика\)](https://ru.wikipedia.org/wiki/Вариантность_(лингвистика))]. Вариативно-инвариантный подход к языковым явлениям, зародившись в фонологии, позже был перенесен и в изучение других уровней языка. Под вариантами стратегий и технологий в нашем исследовании понимаются различные проявления, модификации реализации одного и того же способа речевого воздействия (аргументативного или манипулятивного) врача на пациента в контексте медицинского дискурса.

3.1. Ф.Х. ван Еемерен и Р. Гроотендорст: допустимость смены стратегий в рамках ПДТА

Вслед за С. Дацюком и В. Грановским, разработавшими описание коммуникативной стратегии на основе трудов как западных авторов, так и отечественных ученых, мы будем понимать под коммуникативной стратегией «концептуально положенное в технологии мировоззренческое намерение и его действенное осуществление касательно производства содержания коммуникационного процесса, то есть выбор того или иного коммуникативного пространства, той или иной среды коммуникации, того или иного типа взаимодействия, того или иного места порождения смысла, и, тем самым, одного или нескольких дискурсивных измерений, относительно которых мы строим

дискурс коммуникации» [Дацюк С., Грановский В. Агентство гуманитарных технологий // <http://korolevstvo.narod.ru>.]

В современной науке существует несколько подходов к определению понятия речевой стратегии, которые опираются на теоретическую базу различных наук, изучающих речевое взаимодействие: психология, логика, этика, теория информации, лингвистическая прагматика. Гойхман О.Я. и Надеина Т.М. под речевой стратегией понимают «осознание ситуации в целом, определение направления развития и организация воздействия в интересах достижения цели общения» [Гойхман, Надеина, 2001, с.208]. Коммуникативная цель, по мнению ученых, – это стратегический результат, на который направлен коммуникативный акт, в результате которого адресат понимает смысл сообщения и цель говорящего. Коммуникативная стратегия отличается гибкостью и динамикой, так как в ходе общения она подвергается постоянной корректировке, зависит от речевых действий оппонента и постоянно пополняющегося и изменяющегося контекста дискурса. Речевая стратегия направлена на достижение коммуникативной цели говорящего, т.е. на достижение стратегического результата данного коммуникативного акта.

В медицинском дискурсе, где коммуникация реализуется во время приема у врача и характеризуется соответствующими признаками институционального общения смена коммуникативных стратегий имеет следующий алгоритм:

- стремясь добиться комплаенса пациента, врач предпочитает рациональное речевое воздействие. Последнее, в свою очередь, представлено аргументативными стратегиями диалектического характера, так как обе стороны настроены на разумность диалога.
- по ходу беседы с пациентом врач использует весь арсенал аргументативного воздействия диалектическими техниками. Он, безусловно, предпочитает начать с *argumentum ad rem* (аргумент к сущности вещей), при этом пациент настроен на сотрудничество.

- *argumentum ad rem* предполагает опору на инструменты ДЭС. Но что, если пациент (носитель ДР) неспособен к переживанию соответствующих сущностей? Врач меняет стратегию. Появляется, например, аргумент к метафоре, что означает подключение арсенала риторических приемов, с помощью которых врач хочет довести свою точку зрения до пациента. Смена диалектической цели на риторическую, и наоборот означает инициацию стратегического маневрирования в дискуссии.

Подобная смена аргументативной стратегии понимается нами как **прагматическая**, то есть неизменно ориентированная на достижение комплаенса, и **диалектическая**, то есть, обусловленная неэффективностью первой аргументирующей стратегии (*argumentum ad rem*). В результате задействованного стратегического маневрирования, также преследуется **риторическая** цель – разрешение противоречия в свою пользу.

Ф. Х. ван Еемерен, один из основателей и ведущих исследователей прагмадиалектического направления, предлагает следующий алгоритм взаимодействия риторики и аргументации. Риторика – это другой, противостоящий диалектике подход к представлению аргументации. Если диалектический взгляд на аргументацию видит основную задачу в совместном разрешении сомнений сторон и сближении их позиций, то главной целью риторической аргументации является убеждение слушателя. Считается, что в реальных процессах аргументации всегда присутствуют обе эти стороны. Риторический подход включается в прагмадиалектическую теорию аргументации, формируя концепцию «стратегического маневрирования». В процессе реального разрешения спора происходит взаимодействие риторической и диалектической сторон аргументации.

Стороны стремятся к достижению риторических целей, и достижению диалектической цели. На каждом этапе процесса разрешения спора стороны могут стремиться к осуществлению поставленных риторических задач, убедить

своего партнера по дискуссии, или переключаться на диалектический уровень обсуждения, т.е. стремиться к совместному разрешению разногласий через сближение позиций и создание совместного контекста интерпретации. Стратегическое маневрирование направлено на минимизацию внутреннего конфликта между одновременным преследованием диалектических и риторических целей, на сбалансирование действий критического обмена аргументативными ходами и действий, направленных на реализацию стремления убедить своего оппонента, т.е., стремится к соблюдению равновесия между диалектическими и риторическими задачами аргументации, между диалектическими и риторическими ее средствами. Причем, в этом балансировании, как подчеркивает другая исследователь, работающая в рамках этой школы, ван Риз, на первом месте стоит диалектическая задача: «...если Вы аргументируете, то Вы, прежде всего, стремитесь к рациональному решению» [Reess, 2001, p. 188].

В аргументативном дискурсе победа в дискуссии не является для участников единственной целью, не менее важно вести дискуссию так, чтобы она могла считаться разумной. Поэтому риторические приемы спорящих могут рассматриваться как инкорпорированные в их диалектические усилия разрешить разногласия в соответствии с надлежащими стандартами критической дискуссии. На практике это означает, что на каждом этапе процесса разрешения, будь то стадия конфронтации, начальная, аргументативная или заключительная стадия, – стороны, будучи не в состоянии на определенном этапе достичь оптимального риторического результата, могут придерживаться изначально присутствующей в их дискурсе и диалектической цели дискуссии, которая соответствует определенной стадии. Чтобы уменьшить напряжение, возникающее при стремлении решить в одно и то же время эти две различные задачи, которые временами могут противоречить друг другу, участники дискуссии используют то, что называют стратегическим маневрированием. Стратегическое маневрирование

направлено на уменьшение потенциального напряжения при попытке достичь одновременно «диалектической» и «риторической» целей.

Стратегическое маневрирование в аргументации показано в следующем примере, где врач использует метафорическое пояснение медицинского термина, что позволяет ему войти в ДР пациентки, и работать на формирование ДС. Кроме того, пример актуализирует метафорическое терминообразование в медицине, что, однако не является инструментом аргументации в данном примере.

Врачу как эксперту известно, что в медицинском ДЭС состояние пациентки имеет терминологическое именование «хронический панкреатит», а разнообразные по составу и величине конкременты в желчных протоках именуются «камни»:

Врач – У вас камень в желчном пузыре.

Пациент – Ну вот я спросила у доктора...

Врач - Хронический панкреатит.

Пациент – Это чего такое?

Врач – Воспаление поджелудочной железы. Вам надо худеть.

Пациент – Ну да, конечно...

Изначально, врач, знакомясь с результатами анализов и тестов пациентки, комментирует их данные в терминах, так, как они зафиксированы в письменном дискурсе медицинского заключения.

Интересный лингвистический феномен представляет собой медицинский термин «камень в желчном пузыре». Вслед за О.С. Зубковой [Зубкова, 2010, с. 142] можно определить его как медицинский термин-метафора – рожденное в профессиональном дискурсе индивидуально созданное и закрепленное словарной статьей словосочетание, состоящее из слова из медицинского языка и лексемы литературного дискурса. Медицинский термин-метафора – это не только профессиональный термин, но и субъективная, наивная, преимущественно оценочная характеристика состояния здоровья человека, что в свете психолингвистической концепции значения рассматривается нами как средство

доступа к единой информационной базе человека, способ проникновения в его ДР. Структура медицинского термина-метафоры представляет собой слово из наивного дискурса и медицинский термин, объединенные на основе доминирующего признака.

Так, «разнообразные по форме, величине и составу конкременты, встречающиеся в жёлчных путях человека» именуются лексемой литературного дискурса «камни» [https://ru.wikipedia.org/wiki/Жёлчные_камни]. Сочетание с медицинским именованием локализации данных конкрементов (желчный пузырь) образует медицинский термин-метафору, суть которого – уподобление патологических состояний здоровья человека образам с целью более точного раскрытия сути и причин заболевания. Этот семантико-функциональный тип аналогий и ассоциаций человека и его организма с художественным миром основан на базовой для языкового сознания «образной» модели представления человека в его сходных чертах с художественным персонажем, что имеет глубокие исторические корни в эволюции любого национального восприятия мира.

Медицинский термин-метафора в дискурсе представляет собой систему, при взаимодействии абстрактного и конкретного компонентов которого возникает новое значение, представляющее собой способ создания ДС врача и пациента. Например: *мочевой пузырь, слепая кишка, тело и хвост поджелудочной железы, футлярная анестезия* [Справочник онколога, 2003, с. 56,63]

Далее формируя ДС, врач, переходит к медицинскому термину «хронический панкреатит», которого, судя по реакции пациентки: «Это чего такое?», в ее ДР нет. Маневрируя к стратегии сближения, врач обращается к метафоре «воспаление поджелудочной железы», употребленного вместо термина «хронический/острый панкреатит» как более убедительному аргументу в данном конкретном случае. Понятие «воспаление» входит в ДР пациентки будучи использованным для построения ДС, семиотически эволюционирует в данном взаимодействии и, замещая ДР пациента и ДЭС врача единым ДС. Оно

пациентке понятно. На фоне созданного ДС вполне убедительно и логично звучит рекомендация «*Вам худеть надо*», которая уже воздействует на пациентку в состоянии комплаенса, готовую следовать данной рекомендации: «*Ну да, конечно*». Аргументация принимается разумной, логичной обеими сторонами (достигнута диалектическая цель) и меняет картину мира пациентки (достигнута риторическая цель). Подобную аргументацию условно можно назвать «аргумент к метафоре», и она наглядно демонстрирует проведенное врачом стратегическое маневрирование.

Метафора представляет собой свернутую форму нарратива, емкий синкетический образ, фигуру речи, использующую название объекта одного класса для описания объекта другого класса. Информация представлена компактно, выпукло, эмоционально. Так, в ДР пациентки отсутствует понятие «хронический панкреатит», в то время как концепт «*воспаление поджелудочной железы*» поддается толкованию.

Метафора используется в медицинском дискурсе не просто как выразительное средство, а инструмент воздействия, передачи необходимой информации, выражая оценку того или иного явления, систему ценностей социума. Важное свойство метафоры – ее способность не просто менять отношение к ситуации, но и управлять поведением людей. При метафорическом моделировании в сфере медицинского дискурса, отличающегося сложностью и высокой степенью абстракции, медики часто используют более простые и конкретные образы, которые знакомы пациентам. Дж. Лакофф и Д. Джонсон считают, что механизмы метафорического переноса скрыты не в языке, а в мышлении, то есть в переносе из одной концептуальной области в другую [Лакофф, 2006, с. 57].

Таким образом, метафора делает возможным перенос жизненного опыта, полученного в рамках одной предметной области (ДР), в другую предметную область (ДС). Являясь результатом взаимодействия познавательных процессов и

эмпирического опыта, языковой компетенции каждого отдельного индивида, метафора относится к его уникальному ДР.

Эффективность аргументативного речевого акта связана с его перлокутивным действием, т. е. с изменениями, которые произошли в сознании слушателя в результате успешной реализации речевого акта. Он будет эффективным, если самого факта его успешной реализации окажется достаточно, чтобы пропозициональное содержание речевого акта, в котором выражена точка зрения, стало для слушателя истинным. Если факт реализации декларатива производит изменения в мире, делая мир соответствующим пропозициональному содержанию этого декларатива, то факт реализации аргументативного речевого акта производит изменения не в мире, чтобы он соответствовал слову, а в слове, делая его для рационального слушателя соответствующим миру, т. е. превращая его в когерентно истинное высказывание, формируя его обоснованность в рамках того знания, которым обладает слушатель и которое слушатель считает соответствующим миру. Успешное выполнение аргументативного речевого акта перестраивает систему знания рационального слушателя, поскольку делает истинным для слушателя логически зависимые от его пропозиционального содержания утверждения. Таким образом, иллокутивно успешный аргументативный речевой акт становится перлокутивно эффективным.

Следующий пример, где врач беседует с пациенткой, недавно перенесшей операцию на клапанах сердца, отвечает классической логической схеме «тезис-аргумент-вывод» и иллюстрирует умение врача оперативно маневрировать стратегиями аргументации-манипуляции для достижения перлокутивного эффекта/комплаенса пациентки. Как представитель ДЭС врач также формирует ДС, приближаясь к ДР пациентки путем апробации различных тактик и стратегий сближения:

Пациентка: - Сейчас дело в том, что у меня там (в колледже) требуют прививки. Вот это, ... а прививки у меня не готовы.

Врач: - Карточку, карточку давайте..., у тебя медотводов нету. По вашему основному заболеванию не должно быть медотводов. Так... «по состоянию здоровья противопоказано...», АДСМ не противопоказано. АДСМ от дифтерии. Можно сразу... 100-процентная смертность, если ты заболеешь. Сейчас, если обострения вашего основного заболевания нет, мы имеем право, полное право вакцинировать. Лучше завакцинировать, чем так, да? У тебя от дифтерии нету прививки? Точно не знаешь?

Пациентка: – Не знаю...

Врач: - Ясно. Сейчас все посмотрим, сейчас все решим, все узнаем ... и от кори у тебя нет прививки? Ты корью не болела?

Пациентка: – Не помню. Не болела ни разу.

Врач: - Будем профилактику гриппа делать, чтобы ты зимой не болела. Понятно? Тебе же болеть нельзя, ... чтобы вегетация... на клапанах не образовалась.

Медсестра: – Вот эти направления, они платные, вот сертификат, не теряй. Это понятно?

Пациентка: – Это десятого, да, приходить?

Пресуппозиция выдвигаемого тезиса – «сделана сложная операция, пациентке нельзя болеть, необходима вакцинация, чтобы не было вегетации на клапанах сердца».

Тезис – нужно вакцинировать ...

Аргументы – осложнения основного заболевания нет, медотводов нет, имеем право вакцинировать, возможна вегетация на клапанах сердца, 100% смертность (от дифтерии) без вакцинации, риск заболеть в зимнее время.

Вывод – надо делать вакцинацию.

Аргументация врача корректна и рациональна, использован аргумент к сущности вещей (argumentum ad rem), достигнут дискурс согласования, пациентке

понятна необходимость, причина и цель профилактики. Она адекватно реагирует, уточняя дату необходимой вакцинации, принимая все доводы врача разумными. Врач добился комплаенса пациентки, и может быть уверен в успехе своих назначений, то есть добился диалектической цели дискуссии.

По отношению к пациенту институционально врач занимает позицию власти. Ресурс власти реализуется на протяжении всего взаимодействия, начиная с фатической фазы. Аргументация, в силу диалектического компонента, включает в себя неустранимый аспект речевого манипулирования, ведь диалектическая цель – не единственная в данной дискуссии. В приведенном примере, который соответствует диалектическому правилу разумности, тем не менее, актуализированы манипулятивные приемы, реализующие риторическую цель, например, инклюзивное *мы*: «*мы имеем полное право*», «*будем профилактику делать...*» и дейктическая оппозиция *ты/Вы*.

Анализ грамматической сочетаемости суффиксальной морфемы русского языка *–ем* (**будем**) позволяет предположить, что суффикс играет роль классификатора в категоризации слова, является формальным показателем принадлежности производного к грамматическому классу глагола первого лица, множественного числа. Кроме того, суффикс может определять способность соединяться с той или иной грамматической парадигмой. Имплицитной парадигмой словоформы *будем* является местоимение *мы*.

Местоимение *мы*, с его богатыми возможностями в сфере концептуализации и оценочной интерпретации действительности, имеет давние традиции использования в разных видах «манипулятивной коммуникации» [Лимнатис, 2000, с.59]. С коммуникативной точки зрения местоимение *мы* сигнализирует о том, что врач включает себя и действует от имени дискурса сообщества, имеющего экспертную компетенцию, в нашем случае медицинскую. Это своего рода *argumentum ad verecundiam*, аргумент к авторитету (экспертного сообщества).

С другой стороны, через инклюзивное *мы* пациент может почувствовать себя включенным в коммуникацию, так как этим приемом врач включает пациентку в совместный контекст интерпретации, предполагающий наличие ДС. В результате данного манипулятивного воздействия собеседники значительно продвигаются к ДС, создавая видимость совместного принятия решения, где функция врача – манипулировать, а функция пациента – принять все виды аргументации врача:

- *Мы имеем полное право вакцинировать...*
- *Сейчас все посмотрим, сейчас все решим, все узнаем...*
- *Будем профилактику гриппа делать...*

В целом, манипулятивное использование *мы* эксплуатирует важную идею кооперативности, представление о фундаментальной общности. Это делает его использование крайне эффективным средством манипуляции. Стратегия власти в данном примере актуализируется также контролирующим вопросом «*Понятно?*», с помощью которого врач вновь демонстрирует свою власть, позицию лидера, эксперта, модератора диалога.

Асимметричное речевое взаимодействие в медицинском дискурсе позволяют врачу осуществлять меню коммуникативных ролей в рамках институционального дискурса. При мене коммуникативных ролей с манипулятивными целями задействованы элементы социального дейктика. Речевые сигналы мены коммуникативных ролей символически маркируют степени социальной дистанции. В русском языке выбор между местоимениями второго лица *ты* и *Вы* обусловлен, в частности, институциональным и социальным статусом говорящего и адресата. В нашем примере врач, обладая более высоким социальным статусом, общаясь с пациенткой, которую хорошо знает (она длительно состоит на диспансерном учете с заболеванием сердца), которая значительно младше ее (студентка) периодически переходит с *ты* на *Вы*, таким образом, то, отдаляя, то, приближая ее. Во всех случаях отдаления – употребления формы *Вы* – врач реализует дискурс власти:

«карточку давайтe» - этикетное побуждение организационного характера, употреблено в начале взаимодействия для манифестации более высокого статуса, для направления диалога в нужное русло.

«По **вашему** основному заболеванию не должно быть медотводов», «если обострения **вашего** основного заболевания нет» – ремарки реализации экспертного превосходства, отдаление пациентки из личного пространства профессионального «я», и от собственно именования диагноза, с помощью эвфемистичного выражения «ваше основное заболевание».

Однако, и местоимение *ты*, употребленное в контексте манипуляции вступает в родовидовые отношения с интенциями врача-манипулятора и лишь усиливает манипулятивный эффект взаимодействия. Поскольку, как и многие другие жанры, «прием у врача» жестко ограничен во времени, врач не имеет достаточного временного ресурса, чтобы исчерпать все рациональные аргументы, чтобы дать пациенту их взвесить и принять окончательное решение. Врач вынужден обратиться через стратегическое маневрирование к эмоциональной сфере пациента. Эти тактики и стратегии хоть и относятся к манипуляции, имеют благую цель – выздоровление пациента, и в некоторых источниках именуются «белой манипуляцией». Даже не смотря на то, что для более высокой эффективности обратной связи врач может пользоваться некорректными приемами типа *argumentum ad baculum* (апелляция к силе).

«100% смертность, если заболеешь» - здесь врач сокращает коммуникативную дистанцию, выбрав форму *заболеешь* (а не *заболеете*), но это сокращение лишь усиливает эффект употребления *argumentum ad baculum* (апелляция к силе).

Таким образом, осуществлено реальное манипулятивное риторическое воздействие, в котором манипулятор реализовал свои интенции, при этом факт манипуляции пациенткой не осознается и подменяется в ее сознании неманипулятивным коммуникативным событием, где якобы получает благо она сама, согласившись со всеми доводами врача. В то же время актуализирована и диалектическая аргументация, как средство разумного убеждения пациентки, в

результате чего пациентка готова провести вакцинацию и следовать инструкциям и рекомендациям врача, то есть достигнут комплаенс и перлокутивный эффект речевого взаимодействия.

Стратегическое маневрирование сработало на формирование ДС/перлокутивного эффекта/ комплаенса пациента. Как рациональные, так и иррациональные аргументы врача, были пациенткой приняты в контексте данного конкретного речевого взаимодействия как уместные, рациональные аргументы, врач реализовал всю полноту своей власти, что свидетельствует о прагмадиалектическом характере осуществленной аргументации.

Феномен речевого воздействия есть по своей сути стратегический процесс, основой которого является выбор оптимальных языковых средств. Аргументирование представляет собой одну из многих возможностей речевого воздействия на сознание человека.

Именно в двойной перспективе аргументатива – диалектике и риторике – кроется тот манипуляционный потенциал, который является основой диалектических отношений аргументации и манипуляции. Диалектическое соотношение процессов аргументации и манипуляции реализуется при доминировании одного из них или при периодической смене доминанты. Это выражается во взаимодействии, взаимовлиянии и взаимокорректировании обоих процессов. Диалектическое единство аргументации и манипуляции образует динамически неравновесное соотношение, которое обеспечивает целостность коммуникативного эффекта. Аргументация включает в себя не только диалектику и риторику, но неустранимый аспект речевого манипулирования. На практике аргументация нередко симулируется, превращаясь в псевдоаргументацию и, в конечном счете – в манипуляцию.

Таким образом, мы можем констатировать, что взаимопроникновение стратегий и тактик манипуляции в аргументативный дискурс и стратегий и тактик аргументации в манипулятивный дискурс соответственно является ярким примером диалектического взаимодействия этих видов речевого воздействия. И в

рамках прагмадиалектической теории аргументации, когда критическая дискуссия актуализируется «здесь и сейчас» многие виды слабых аргументов, явные ошибки аргументации и тактики манипуляции разной степени виртуозности вполне могут быть признаны корректными (риторическими) средствами убеждения. Задача сторон в аргументативном дискурсе состоит в том, чтобы прийти к согласию в ходе диалектической беседы. Стороны не исследуют реальный мир, а производят совместный поиск общих оснований. Истинностная характеристика пропозиционального содержания аргументов имеет коммуникативно-когерентный характер и для ее констатации следует использовать термины «приемлемый» и «неприемлемый» как более адекватные, т. е. истинный для данной ситуации и ложный для данной ситуации.

Следующий пример, взятый из документального сериала BBC «Я стесняюсь своего тела /Embarrassing bodies», (Maverick Television, London, England, 2007) иллюстрирует применение целого комплекса диалектических и риторических приемов и периодическую смену стратегий и тактик для достижения необходимого ему перлокутивного эффекта – комплаенса пациента, как то: рациональных аргументов *ad rem*, ошибочной аргументации «argumentum ad baculum / аргумент к силе», невербальных средств. Хотя врачом использованы корректные и логически правильные аргументы *ad rem*, с учетом способов и времени их представления, использование метафор, паузация, жестикуляция создают дополнительный риторический эффект, и в общей картине речевого взаимодействия выполняют функцию *argumentum ad baculum*.

Patient – I mean, I am a diabetic, so they (my hands and feet) get checked quite regularly, you know with the tickle test and the stuff...

Doctor – Yeah...???

Patient – ...and I haven't now lots of feeling there.

Doctor – Good. Are you controlling your diabetes?

Patient – Errmmm...

Doctor – Be honest with me...

Patient – Uhhhmm, I wouldn't say I treat my body as a temple.

*Doctor – Ok, I think you need to get real... about your diabetes. It is a **serious** condition, in fact it's a **horrible** condition, I'll be quite frank with you, you know, I wouldn't wish it on anybody, and I certainly wouldn't wish it **on myself**. If you don't have really good blood sugar control, you'll **knack** your kidneys, your **knack** your eyes, and you'll **knack** your nerves on your circulation, which is what happening already. So this is an **early sign**. Your blood sugar is **messing up** your body. This is **serious**.*

Patient – Right...

Doctor – I need you to realize it is serious. I know I am being a bit... too...

Patient – No, I get the message...

Doctor – You need to stop this

Patient – Right...

Doctor – If... you prioritize your diabetes, and start looking after yourself better...

Patient – Ok.

Пациент, плотник по профессии, пришел на прием с жалобой на скованность движений пальцев рук. Однако врач больше интересуется состоянием его ступней, на что у пациента также имеются жалобы: *...and I haven't now lots of feeling there.*

Как представитель ДЭС врач предполагает у больного симптомы диабета, при которых затруднена периферическая циркуляция крови в сосудах конечностей. Когда на вопрос о лечении диабета пациент демонстрирует паузу хезитации в несколько секунд, врач осуществляет прямое вербальное давление: *Be honest with me....* Между врачом и пациентом установлена коммуникативная связь, доверие, что в терминах семиотики можно назвать сближением интенциональных горизонтов. Стороны готовы принимать аргументы друг друга как разумные. И врач, и пациент настроены на сотрудничество, поэтому пациент

доверяется врачу и признается в недостаточном внимании к своему здоровью, используя метафору: *Uhhmm, I wouldn't say I treat my body as a temple.*

Диалектическая цель следующей стадии – стадии открытия дискуссии, когда стороны уже приняли начальные позиции и правила друг друга, – проверка надежности позиций сторон, вызвавших противостояние. С риторической точки зрения стороны готовы привести самые сильные доводы в свою пользу и наиболее эффективную атаку. Врач, диалектически воздействуя на пациента, использует аргумент к сути вещей (*argumentum ad rem*), как универсальный логический аргумент “*it is a serious condition*”. Надо отметить, что прилагательное *serious* на протяжении данной интеракции продолжительностью лишь в полторы минуты встречается *четыре* раза, а это уже манипулятивный прием «многократное повторение». Далее, врач осуществляет стратегическое маневрирование, перейдя на иррациональную аргументацию (*argumentum ad baculum*). Он переходит на лексику более разговорного стиля, что в случае пациента, плотника по профессии, также работает на создание ДС: «*you'll knock your kidneys, your knock your eyes (показывая на глаза), and you'll knock your nerves on your circulation, which is what happening already*». Метафора «*an early sign*» актуализирует ощущение тревоги, и заставляет пациента задуматься о своем здоровье, когда на слова врача он реагирует довольно растерянно и однозначно: *right, right.*

Далее врач приближается к ДР пациента, используя манипулятивный прием «соучастие», при котором манипулятор включает себя в ситуацию взаимодействия, показывая пациента как бы со стороны, предварительно сделав акцент на своей искренности: «*I'll be quite frank with you, you know, I wouldn't wish it on anybody, and I certainly wouldn't wish it on myself*». При этом ссылка на искренность и честность своего заявления: «*I'll be quite frank with you...*» также оказывает сильный манипулирующий эффект на пациента, значительно сокращая коммуникативную дистанцию между ними, и создавая столь необходимый ДС. Для пациента в этой ситуации логично считать: «Если врач так честен и

откровенен со мной, и так близко воспринимает мое состояние, похоже, действительно, ситуация требует серьезного внимания». Восприняв доводы врача как разумные, пациент демонстрирует полное понимание своего состояния и возможных пагубных последствий: *Ok, I get the message.*

Построен ДС, при котором врач, будучи экспертом и обладая медицинским знанием, умело входит в ДР пациента, переходя на его идиостиль, и оперируя понятиями из его ДР. Логические аргументы *ad rem* (по существу) диалектически взаимодействуют с риторическими и манипулятивными приемами. Коммуникация, начавшаяся с рационального аргумента – *argumentum ad rem*, в дальнейшем была заменена на иррациональный аргумент к силе – *argumentum ad baculum*, и на ряд манипулятивных приемов.

Данный пример наглядно демонстрирует комплексное воздействие врача на пациента, где, стороны приходят к согласию в ходе диалектической беседы, и врач реализует риторическую цель – разрешение разногласия в свою пользу. Некоторые аргументы, несмотря на их явный манипулятивный характер, в данном конкретном диалоге принимаются сторонами как корректные средства убеждения. Подобное стратегическое маневрирование, безусловно, производит необходимый эффект, оказывает аргументирующее воздействие на пациента, и, достигнув перлокутивного эффекта, создает комплаенс. В соответствии с прагмадиалектической теорией аргументации стороны договариваются о приемлемости аргументов, принимают их как разумные, и достигают ДС.

Через несколько серий авторы сериала возвращаются к данному пациенту. В своем последующем интервью он подробно рассказывает о том, какое лечение он прошел, и насколько лучше стало его здоровье, при этом он полон решимости поддерживать здоровый образ жизни, что, безусловно, свидетельствует о его долгосрочном комплаенсе, как решимости соблюдать все назначения врача.

Таким образом, смена стратегий при речевом взаимодействии обоснована, прежде всего, поиском наиболее оптимального способа речевого воздействия на пациента. Показателем его эффективности становится создание совместного

контекста интерпретации, достижение перлокутивного эффекта речевого акта, и в конечном итоге состояние комплаенса пациента.

3.2 «Ошибочные» аргументы в жанре «прием у врача»

В рамках прагмадиалектической теории аргументации термин «аргументативная ошибка» связан с правилами ведения критической дискуссии и определяется как речевой акт, частично или полностью блокирующий попытки участников дискуссии разрешить различия во мнениях. Изучение ошибок аргументации восходит еще к трудам Аристотеля «Софистические опровержения», «Топика», «Первая аналитика» и «Риторика». В рамках диалектического подхода к трактовке ошибок все аргументативные ошибки у Аристотеля разбиваются на два основных типа: зависящие от языка и не зависящие от языка. Однако, наиболее известным и имеющим свою историю типов ошибок является **апеллятивный (ad-)** тип, изложенный еще Дж. Локком в 1690 г., классифицирующий аргументативные ошибки на основе существенных (внеконтекстных) признаков: ad hominem – к человеку, ad verecundiam – к скромности/ к авторитету, ad ignorantiam – к невежеству, ad judicium – к справедливости, ad baculum – к силе, ad misericordiam – к жалости, ad populum – к популярному мнению, ad consequentiam – к следствиям. В базовую апеллятивную группу в теории аргументации были включены ad baculum – к силе, ad consequentiam – к следствиям, ad misericordiam – к жалости, ad populum – к популярному мнению. Именно они чаще всего встречаются в литературе по аргументологии. Согласно мнению наиболее издаваемого американского автора, занимающегося проблемой корректности аргументации Г. Кахейна, «нет смысла чрезмерно беспокоиться, какое именно название мы будем использовать для конкретного ошибочного аргумента. Категории аргументативных ошибок не даны

нам свыше, они лишь являются полезными инструментами для выявления неправильного рассуждения» [Kahane, 1984, p. 237].

Согласно Л.Г. Васильеву современное толкование аргументативных ошибок не связано с собственно недочетами в умозаключениях – многие аргументативные ошибки вообще не связаны с корректностью умозаключения, поэтому в качестве definicji здесь принимается следующее: аргументативная ошибка – суть несовершенное действие в аргументативном дискурсе [Васильев, 2011, с. 28].

По Г. Кахейну для правильного рассуждения требуется соблюдение трех условий:

- 1) использование обоснованных посылок
- 2) привлечение релевантной информации
- 3) логически правильное рассуждение.

Несоблюдение этих трех условий задает основные типы аргументативных ошибок – сомнительные посылки, замалчивание фактов и нелогичность рассуждения. Это так называемые «логические» ошибки. Однако наибольший интерес и трудность для исследования представляют аргументативные ошибки, не укладывающиеся в эти категории. В формальной диалектике ошибки классифицируются в зависимости от их особенностей, в прагмадиалектике – в соответствии с правилами, которые были нарушены. Соответственно, можно выделить две группы ошибок в аргументации:

- нарушения правил коммуникации;
- нарушения правил ведения критической дискуссии.

Риторический подход к ошибкам аргументации, на который ван Еемерен и Питер Хутлоссер опирались в прагмадиалектической теории, заполняет концептуальную и культурную лакуну между диалектикой и риторикой, существующую в настоящее время [Еемерен и Хутлоссер 2002; ван Еемерен 2010]. Аргументативные ошибки, которые наиболее часто актуализируются в

речевом взаимодействии врача и пациента лежат в интервале пересекающихся множеств и относятся одновременно к нескольким категориям:

- обращение к авторитету (лат. *argumentum ad verecundiam* – «аргумент к скромности»), вид ошибочной логической аргументации – предложение считать некоторое утверждение корректным потому, что такое утверждение сделано неким источником, считающимся авторитетным. Термин «*Argumentum ad verecundiam*» был впервые применен английским философом Дж. Локком в его труде «Опыт о человеческом разумении» (*Essay Concerning Human Understanding*, 1690, кн. IV, ч. XVII). Латинское слово «*verecundia*» означает скромность, выражение «*argumentum ad verecundiam*» – буквально «аргумент к скромности». Сам Локк так объяснял смысл предлагаемого термина: «Когда некоторые люди достигают высокого положения, для других считается нескромным умалять их достоинства и подвергать сомнению их авторитетность». Логическая ошибка заключается в том, что истинность или ложность высказывания может не зависеть от мнения используемого авторитетного источника; кроме того, авторитетный источник может ошибаться в выводах, даже основываясь на корректных предпосылках.
- апелляция к личности (*argumentum ad hominem*) – состоит в нерелевантной атаке на личность оппонента, а не на сути дискуссии, объективных фактах и логических рассуждениях, стремление повысить собственный статус за счет понижения статуса оппонента. Аргументацию *ad hominem* часто содержит в себе демагогия. Аргументации *ad hominem* противопоставляется аргументация по существу – *ad rem*, или по (объективной) истине – *ad veritatem*. Оскорбительный *ad hominem*, называемый также «переходом на личности», часто содержит оскорблениe или принижение оппонента. В общем случае он состоит в указании на факты, характеризующие самого оппонента, но не имеющие отношения к его аргументации. Основной её

принцип – создать общее негативное представление об оппоненте лично и, таким образом, создать впечатление о любой аргументации оппонента, как исходящей от недостойного доверия источника.

- *argumentum ad baculum* («обращение к палке», «палочный довод»), также известный как призыв к силе, это аргумент, когда сила, принуждение, или угрозы силой, дается в качестве оправдания. Это конкретный случай отрицательной аргументации, убеждение силой, угроза неприятными последствиями и, в частности, угроза применения насилия или прямое употребление каких-то средств принуждения с целью склонить оппонента в споре на свою сторону.

Во всех случаях анализируются аргументы, используемые с некоторыми нарушениями, которые исследователи пытаются установить и ликвидировать. С точки зрения стратегического маневрирования ошибка – это неудачный ход в дискуссии. Разработка контекстуализации аргументации дает нам возможность описать случаи, когда использование неправильных аргументов – это осознанный акт, который имеет не только «буквальное» значение, но и выполняет определенную функцию (передачу контекста или дополнительной информации). Вопрос состоит в том, чтобы описать «кодекс поведения» участников коммуникации.

Показателен пример ошибочной аргументации с применением *argumentum ad verecundiam*, взятый из сериала ER / Скорая помощь (сезон 1 серия 22). Врач-педиатр (доктор Росс) общается с подростком, который обратился к врачу с жалобой на грипп и боль в ноге; при обследовании выявлена церебральная аневризма, поразившая сосуды головного мозга. Состояние пациента острое, требующее безотлагательных действий. Доктор Росс – педиатр, имеющий большой опыт работы с детьми и подростками, объясняет молодому пациенту его состояние, в понятиях ДР подростка, применяя комплекс разных аргументирующих средств, включающих и ошибочную аргументацию:

Dr. Ross - You like to drive, Charlie?

Patient - Yeah, I just got my license.

Dr. Ross - Squeeze my hand... Harder.

Patient - I'm trying...

Dr. Ross - Malik is gonna take you for an MRI. Do you know what that is? You lie in this big tunnel which takes pictures of the inside of your head.

Patient - Why? It's my leg that hurts.

Dr. Ross - Because I'm the doctor and that's what I want to do.

Dr. Ross - to a nurse- Malik, can I talk to you? He didn't have any strength. Find his parents. Tell Radiology to put him ahead.

Patient - I don't just have the flu, right?

Dr. Ross - No. You have an aneurysm. It's like a little balloon in a blood vessel in your brain.

Врач начинает фатическую фазу диалога с вопроса, далекого от медицины: “*You like to drive, Charlie?*”, диалектическая цель которого настроить ребенка на общение, приблизиться к его ДР, расположить к себе, внушить доверие, насколько возможно, успокоить.

Начальная стадия критической дискуссии – конфронтация, как таковой, конфронтацией не является. Пациент демонстрирует доверие врачу, отвечает на его вопрос, сжимает его руку на просьбу сделать это. Диалектически юный пациент готов признать все аргументы врача разумными. Далее врач поясняет предстоящий ход лечения при помощи термина ДЭС – *aneurysm* и аббревиатуры *MRI* (*magnetic resonance imaging*), но сразу же приближает их к ДР пациента с помощью метафор: «*big tunnel which takes pictures of the inside of your head*» для *MRI*, и «*a little balloon in a blood vessel in your brain*» для термина *aneurysm*. Пациенту-подростку, обратившемуся в лечебное учреждение с жалобами на боль в ноге непонятна необходимость такого сложного обследования: «*Why? It's my leg that hurts*».

Врач уже достиг диалектической цели – создал ДС, и далее реализует риторическую цель, **осознанно** употребив ошибочный *argumentum ad verecundiam* – аргумент к авторитету, в данном случае, собственному: «*Because I'm the doctor and that's what I want to do*». Апелляция к авторитету считается удачным и действенным коммуникативным ходом, она автоматически укрепляет позицию оратора в глазах реципиента. Посредством ярких и образных выражений данный аргумент усиливает выразительную силу речевого акта и является своеобразным средством создания доверия, которое так важно в данной ситуации.

Кроме того, использование определенного артикля в выражении «*I am the doctor*» также работает на риторическую цель врача – вести спор в нужном для него русле и произвести самое сильное аргументирующее действие. Как средство индивидуализации референта определенный артикль **the** употребляется для номинации единственного в своем роде предмета/лица, или единственного предмета/лица в данной обстановке. Единственным непререкаемым авторитетом в данной ситуации врач считает себя.

Таким образом, осознанно допущена ошибка аргументации, стратегически интегрированная в комплекс диалектических техник, изначально признанных разумными. И *argumentum ad verecundiam*, и индивидуализация референта через **the** работают на демонстрацию власти, экспертного превосходства врача. В рамках данной интеракции все аргументы врача, включая и намеренный ошибочный аргумент, принимаются пациентом как разумные и работают на создание ДС и комплаенса пациента, в результате которого создается совместный контекст интерпретации и достигается перлокутивный эффект.

В следующем примере, в результате критической дискуссии между врачом и пациенткой стороны приходят к согласию, или, по крайней мере, принимают аргументы друг друга как разумные. Окончательный аргумент, завершающий дискуссию и примиряющий стороны, не что иное, как еще один ошибочный аргумент *argumentum ad verecundiam* (аргумент к скромности/ авторитету), принятый сторонами как разумный.

Следующий пример, записанный автором демонстрирует терапевтический прием в поликлинике (г. Улан-Удэ). У врача на приеме бывшая медсестра этой же поликлиники. В определенном смысле она, будучи пациенткой, все же является представителем ДЭС, и имеет больший совместный контекст интерпретации с врачом, чем обычный пациент. Поэтому она приходит к терапевту за направлением к аллергологу уже с собственными предположительными диагнозами «невропатия», «лимфогранулематоз» или «лимфоаденопатия». Однако терапевт ставит другой диагноз – «вирус простого герпеса», с чем пациентка категорически не согласна. Обе стороны имеют свои тезисы и аргументы, и их критическая дискуссия демонстрирует стратегическое маневрирование и диалектическими, и риторическими средствами убеждения, где также актуализированы и ошибки аргументации.

Врач – Эээ, это вирус, ВПГ

Пациент – У меня невропатия же пошла...

Врач – Ну это вирус простого.... Вирус простого герпеса...

*Пациент – Да вот не знаю, вот она, я обследуюсь в республиканской...
что то так срочно заболела... А, мне сказали, мне направление к аллергологу
нужно.*

*Врач – К аллергологу вам не надо, у вас вирус простого герпеса. Сначала
пузыри были, а потом они вскрылись, да?*

Пациент – Да нет, никаких пузырей не было.

Медсестра – Ну вот это же все пузыри!

*Пациент – Да, это, внимания не обращайте, у меня только один пузырь
в этом ухе потом было.*

*Врач – медсестре – Если хочет к аллергологу так, дай ей к аллергологу;
но мне они дай – я бы поставила вам диагноз «вирус простого герпеса».*

*Пациент – Да? Общий анализ, вот он такой, да? Я завтра пойду к
аллергологу. К гематологу еще пойду. Я-то к ней, когда пришла, у меня
такого на лице не было...*

Врач – К кому?

Пациент – К гематологу... у меня лимфоаденопатия пошла.

Врач – Конечно, будет у вас такой процесс!!! У вас вирус простого герпеса!

Пациент – Это что, это такое? Я вся прямо это...

Врач – Как типа опоясывающего лишая...

Пациент – Даже так?

Врач – Конечно! К Марине Геннадьевне зайдите, если мне не верите.

Пациент – Не! Не-не-не! К кому говорите? Это я за два дня вот такая стала...

Врач – Голова болит... все болит?

Пациент – Болит. Вот так наклонюсь – все туда приливает.

Врач – Это у вас вирус простого герпеса. По типу опоясывающего лишая. Медсестре – К аллергологу, в республиканскую больницу человек хочет – дай.

Пациент – Опоясывающий лишай он по голове, что ли проходит?

Врач – По боковым ганглиям головного мозга он проходит.

Пациент – А я лимфогранулематоз себе поставила и сюда...

Врач – Лимфогранулематоз с какого?

Пациент – Тут всё, всё, всё...

Врач – Ну а как вы думаете?! Это же отток лимфы идет, вы лучшие к невропатологу зайдите. Ацикловир вам принимать надо в таблетках и мазях. Марина Геннадьевна сейчас зайдет, посмотрит сама.

Пациент – Ага, спасибо.

На стадии конфронтации критической дискуссии стороны выдвигают свои точки зрения:

Врач – Эээ, это вирус, ВПГ.

Пациент – У меня невропатия же пошла...

Диалектическая цель этой стадии – установить недвусмысленную формулировку исходного положения дискуссии. Характерно, что изначальную категоричность заявлений стороны стараются смягчить различными средствами: так, врач объявляет диагноз после небольшой паузы хезитации: «эээ», в то время как пациентка использует частицу *же*, которая вносит эмоциональный оттенок соучастности в предложение, и выделяет слово *невропатия*, после которого стоит. Данные техники демонстрируют готовность сторон, отстаивая свою установку, все же прислушаться к оппоненту и сблизить свои позиции, придерживаясь стандартов разумности, что характерно для диалектического подхода. Согласно риторической цели каждая сторона настаивает на таком исходном положении, которое максимально отвечает ее собственным интересам. Стратегическое маневрирование каждой из сторон направлено на принятие наиболее перспективных исходных посылок и подходящего распределения бремени доказывания.

В стадии открытия дискуссии, где происходит определение ролей участников и стороны договариваются о правилах дискуссии, диалектической целью является проверка надежности позиций сторон, вызвавших противостояние на конфронтационной стадии, начиная с исходного положения, принятого на начальной стадии. С риторической точки зрения стороны приводят наиболее сильные доводы в свою пользу и проводят наиболее эффективную атаку. Пациентка, как наиболее сильные, приводит ошибочные аргументы *ad verecundiam* (аргумент к авторитету):

- я обследуюсь в республиканской (авторитет института);
- а, мне сказали... (авторитет третьих лиц);
- я завтра пойду к аллергологу. К гематологу еще пойду... (авторитет другого эксперта).

Апеллируя к авторитетам, пациентка обращается к той предметно-смысловой области, которую рассматривает как отдельный и значимый источник внешнего или внутреннего опыта (другие представители и институты медицинского ДЭС). Уже на этом этапе пациентка исчерпала ресурс рациональных аргументов.

Прагматический аспект асимметрии данного речевого взаимодействия предполагает, что врач обладает экспертной, социальной и институциональной властью, и реализует функцию модерации диалога. Соответственно, он имеет гораздо больше возможностей диалектически вести дискуссию на сближение позиций, выдвигая рациональные аргументы *ad rem*: *Сначала пузыри были, а потом они вскрылись; По боковым ганглиям головного мозга он проходит; Это же отток лимфы идет* (симптомы заражения). На протяжении всего диалога врач работает на создание ДС, используя стратегию сближения проникает в ДР пациентки с помощью понятий объясняя течение вирусного заражения: *типа опоясывающего лишая* (сравнение), *сначала были пузыри* (метафора).

При этом врач также преследует цель отстоять свою точку зрения, и прибегает к систематической интеграции риторических приемов в сам диалектический подход – *argumentum ad verecundiam*:

- к *Марине Геннадьевне* зайдите, если мне не верите (авторитет вышестоящего эксперта);
- но мне они дай – я бы поставила вам диагноз «вирус простого герпеса» (собственный авторитет).

Также в диалоге реализуется манипулятивный прием «многократное повторение», когда свою версию диагноза «вирус простого герпеса» врач повторил восемь раз.

Диалектическая цель сторон на завершающей стадии – установить результаты процедуры критической проверки и совместно решить, может ли protagonista (врач) продолжать настаивать на своем диагнозе «вирус простого герпеса» в свете критики, сделанной antagonista (пациенткой), или может ли antagonista придерживаться позиции сомнения, принимая во внимание аргументы protagonista. В рамках соблюдения правил критической дискуссии и Грайсовых

Постулатов Вежливости и Кооперации, стороны приходят к совместному принятию *argumentum ad verecundiam* (ошибочного аргумента к авторитету вышестоящего эксперта) как наиболее разумного и приемлемого для обеих сторон: *Врач – Марина Геннадьевна сейчас зайдет, посмотрит сама.*

Пациент – Ага, спасибо.

С риторической точки зрения каждая сторона осталась на своей позиции, и их стратегическое маневрирование было построено соответствующим образом. Реализованное маневрирование было направлено на минимизацию внутреннего конфликта между одновременным преследованием диалектических и риторических целей, на сбалансирование действий критического обмена аргументативными ходами и действий, направленных на реализацию стремления убедить своего оппонента, и в результате диалектической составляющей дискуссии стороны принимают ошибочный аргумент *argumentum ad verecundiam* как разумное средство убеждения. При этом врач, исчерпав весь арсенал аргументов, реализовал свой властный ресурс, а пациентка в свою очередь, получила направление к более узким специалистам.

Использование другого ошибочного аргумента – **argumentum ad baculum**, апелляция к страху, аргумент с позиции силы («Вас могут наказать, если вы не согласитесь с моим мнением») также широко используется в ежедневной практике врачей. При достаточно низкой приверженности пациентов к выполнению врачебных предписаний, когда 40-45% [http://www.medpsy.ru/dictionary/dictionary10_006.php] пациентов не выполняют рекомендаций, довольно часто встречается в речевом взаимодействии во время медицинских приемов:

*Врач – Ну, в общем, гипертоник **должен** принимать лекарства **до конца своей жизни**, чтобы осложнений не было. Четыре грозных осложнения: слепота, инсульт, инфаркт и это, это самое, почечная недостаточность ... вам только единственное, что, учитывая то, что у вас брадикардия...<...>нужны лекарства...*

Пациент – Остальное все также? Кардиомагнит?

Врач – Кардиомагнит до конца своей жизни. Он разжигает кровь.

Учитывая ваше основное заболевание тромбофлебит, и это, с годами кровь становится густой. Чтобы тромбы не образовывались...

Пациент – Хо-ро-шо.

Врач - Вопросы есть?

Пациент – Вопросов нет....

В приведенных примерах при речевом взаимодействии с диспансерной пациенткой, состоящей на учете по поводу гипертонии и гастроэнтерологическим проблемам, врач использует лексические средства формирования argumentum ad baculum:

- «четыре грозных осложнения» – прилагательное «грозный» имеющее значение «содержащий в себе угрозу, внушающий страх, ужас», [<https://ru.wiktionary.org/wiki/грозный>] реализуется в речевом акте, целью которого является вызвать страх последствий невыполнения медицинских рекомендаций. Перечисление самих последствий также работает на аргументацию с позиции силы и устрашения: *слепота, инсульт, инфаркт и это, самое, почечная недостаточность....* Манипулятивная составляющая данной аргументации не учитывает приемлемость и этичность аргумента. Однако настрой пациента на данное эмоциональное состояние, ее готовность принять данный аргумент как рациональный – это важный шаг на пути к достижению врачом своей основной задачи, создание комплаенса пациента.
- предикатив «должен» – в русском языке предикатив (категория состояния, безлично-предикативные слова, слова состояния, предикативные слова, предикативные наречия) – это слова, обозначающие нединамическое состояние и выступающие в функции сказуемого-предиката безличного предложения и своими лексическими значениями выражают возможность, желание, долженствование, необходимость или

вынужденность, предстояние, готовность. Предложения, содержащие такие модально значимые слова, находятся в системных формальных и семантических соотношениях с теми формами предложений, которые синтаксически выражают объективно-модальные значения, близкие к лексической семантике перечисленных слов. Со сферой субъективно-модальных значений перечисленные слова сближает то, что в их лексической семантике в большинстве случаев заключено значение личного, субъективного отношения к чему-л. (я хочу, обязан, намерен.., ему нужно, необходимо).

• «*до конца своей жизни*» – эмоциональная номинация врача, использованная дважды, является *argumentum ad baculum*.

Таким образом, вопрос о границах аргументативного высказывания с точки зрения корректности / некорректности аргументов решается в контексте соглашения врача и пациентки, точнее, их понимания рациональности.

В результате дискуссий об ошибках многие исследователи все чаще обращаются не к вопросам определения природы ошибок, а пытаются решить задачу их классификации и оценки. Дж. Вудс еще в самом начале этой дискуссии говорил о том, что количество видов ошибок зависит от многогранности способов нарушить диалектический канон построения аргументации [Woods, 1988].

Исходя из всего вышесказанного, можно сделать следующие выводы. Поскольку невозможно создать теорию ошибок на основе понимания сути ошибки аргументации, постольку стоит перейти от таких попыток к осознанию того, что в зависимости от вида диалогов, где участники диалога осуществляют свою аргументацию, они руководствуются разными ее правилами и критериями оценки. Необходимо предложить новое понимание ошибок – как такого явления в аргументации, когда некоторые элементы мешают достижению целей, усложняя их посредством нарушений различных

правил ведения диалога. При этом различие следует проводить не между нарушениями – собственно ошибками, но между правилами, которые считаются нарушенными.

Некорректные с формальной точки зрения аргументы иногда могут быть полезны, если их использовать осознанно и разумно в качестве аргументов. Оценивать аргументы как «хорошие» или «плохие» можно только в контексте конкретной аргументации в данном диалоге. Ошибками могут быть как неправильные аргументы, так и логически правильные, но, например, нерелевантные некоторому виду диалога и его целям. Общий вывод ведущих исследователей аргументации говорит сегодня о том, что единую теорию ошибок создать невозможно.

3.2.1 Терминологические номинации врача как признак скрытого *argumentum ad verecundiam*

Терминологическая номинация это процесс, который во все времена сопровождал все виды человеческой деятельности, в особенности в профессиональной сфере. Именно в медицинской корпорации была сформирована уникальная база механизмов профессиональной коммуникации на латинском языке. «Терминологическое пространство является необходимым условием формирования, развития и совершенствования специалиста-медика» [Madzhayeva, 2011, p. 94]. В силу того, что медицинская терминология строится на основе латинского и греческого языков, и на протяжении многих веков латинский язык был официальным языком медицины, студенты-медики в процессе обучения запоминают термины, и учат анатомическую, клиническую и фармацевтическую терминологию.

Быстрое развитие всех отраслей медицины на рубеже XX-XXI веков обусловило необходимость максимально точного и правильного использования

специализированной терминологии. Медицинская лексика объединяет специальные и неспециальные медицинские названия, функционирующие в научной и других подсистемах языка.

В современной медицине терминология играет важную роль в профессиональной коммуникации экспертного сообщества, являясь источником получения и передачи научной информации, а также инструментом овладения специальностью. Терминология является частью научного аппарата, дает возможность познать закономерности исследовательского процесса, определить каналы взаимодействия с другими элементами медицины, а в речевом взаимодействии врача и пациента зачастую актуализируется как *argumentum ad verecundiam*.

Аргументы, основанные на апелляции к внешней для отправителя и получателя высказывания инстанции, которая рассматривается как достоверный источник знания или нормы называются аргументы к авторитету (*argumentum ad verecundiam*). Аргументы к авторитету являются самым распространенным классом риторических аргументов и предстают как наиболее убедительные. При этом качество обсуждения и уровень проблем, разрешаемых в ходе риторического дискурса, зависят от состава и иерархии инстанций, принимаемых в ходе аргументации. Классы топов определяются степенью авторитетности инстанции, от которой они исходят, поэтому при ограничении состава и принимаемых свойств инстанций снижаются и уровень обсуждения, и содержание решений. [Рождественский, 1997, с. 331].

В нашем исследовании представляется важным показать обращение экспертного участника медицинского дискурса к *argumentum ad verecundiam* (лат. – аргумент к скромности/ к авторитету) – к установленным в медицинской среде профессиональным и этическим стандартам. Аргумент к авторитету имеет множество разнообразных форм: апеллируют к авторитету общественного мнения, к авторитету аудитории, к авторитету противника и даже к собственному авторитету.

Наряду с другими ошибками аргументации, где происходит замещение аргумента чем-то иным, *argumentum ad verecundiam* представляет особый вид нарушения правил критической дискуссии. Все ошибки объединяет то, что говорящий уклоняется от принятых на себя пропозициональных обязательств (бремя доказывания), изменяя тип дискурса [Walton, 1995, р. 110]. Логическая ошибка заключается в том, что истинность или ложность высказывания может не зависеть от мнения используемого авторитетного источника. Такая ошибка возникает, если пытаться утверждать, что авторитетное мнение всегда принципиально корректно и, следовательно, не должно подвергаться критике.

Традиционно аргумент к авторитету входит в комплекс аргументов – «фрагментов высказывания, содержащих обоснование мысли, приемлемость которой представляется сомнительной» [Волков, 2001, с. 99]. И тогда, по словам А. А. Волкова «обосновать, значит свети сомнительную или спорную ... мысль к приемлемой. Приемлемой может быть та мысль, которую аудитория находит истинной или правдоподобной, правильной с точки зрения той или иной нормы, предпочтительной с точки зрения своих, (а не ритора отправителя речи), ценностей, целей и интересов». Если иметь в виду апелляцию к какому-либо авторитету, то получатель информации имеет возможность задействовать собственный опыт, подключиться к общезначимому полю смыслов.

Ссылка на авторитет автоматически укрепляет позицию оратора в глазах реципиентов, сводит огонь возможной критики к минимуму, усиливает выразительную силу и перлокутивный эффект аргумента.

В исследовании С. И. Агаджаняна [Агаджанян, 2014, с. 273] приводится заключение о том, что «... использование терминов – это один из тех факторов, которые определяют отношение к врачу, т.е. делают его врачом в глазах пациента. Авторитет врача, уровень его образованности, профессиональная компетенция – все эти качества находят свое отражение именно в периодическом употреблении такой медицинской терминологии, которая недоступна пониманию пациента» и являются инструментом демонстрации позиции власти, позиции представителя

ДЭС. Врач зачастую переоценивает уровень медицинской образованности и осведомленности пациента, так как подобные знания далеко не всегда находятся в прямой зависимости от уровня благосостояния пациента, его происхождения и образования в целом.

Показательны следующие примеры, где врач движется к дискурсу различий пациента и создает совместный контекст интерпретации и ДС, аргументируя медицинскими терминами.

Врач - Дипроспан вам назначили...

Пациент - Да. Да.

Врач - А вы делали?

Пациент - Да.

Врач - В сустав прямо?

Пациент - Нет, в это, внутрииии... а кто мне? Муж... Чоходить то из-за одного укола сюда?

*Врач - Тут написано: **перартикулярно** дипроспан 7 мг, то есть в сустав. В сустав надо было.*

Пациент - Ax! В сустав надо было, что ли? Ё-моё!

Характер ДР проявляется в приведённом диалоге во всей его полноте, хорошо иллюстрируя разницу между концептом, термином и понятием. В картине мира пациентки есть концепт «инъекция/укол», связанный распространённым представлением, которое исходит из опыта переживания (в герменевтическом смысле; ср. Хайдеггер 1993) массовых прививок. Врач аргументирует с опорой на профессиональный термин «перартикулярно», характеризующий экспертное знание. Общая для участников интерпретация, или понятие «в сустав» выводится в ДС. Медицинский термин использованный как *argumentum ad verecundiam* не оставляет у пациентки сомнений в неправильном применении инъекций. Таким образом, достигается взаимопонимание, вызывающее обескураживающую реакцию носителя ДР.

Недопонимание между врачом и пациентом не всегда выражается эксплицитно, в виде расспросов или просьб об уточнении. Часто пациент понимая, что не в состоянии истолковать терминологию медицины, старается скрыть от врача незнание того или иного термина или непонимание фразы в целом. Задача врача в этой ситуации выйти из дискурса экспертного сообщества – ДЭС, и приближаясь к ДР пациента строить ДС. Только такой алгоритм интеракции ведет к достижению перлокутивного эффекта взаимодействия и комплаенсу пациента. Следующий пример демонстрирует употребление термина ДЭС, и его уточнение по просьбе пациента.

Doctor: Is the Turner's syndrome hereditary?

Patient: No... what do you mean by hereditary?

Doctor: From birth.

Patient: Then yes.

Врач употребляет медицинский термин «*hereditary*», которого, судя по реакции пациента: «*what do you mean by hereditary?*» в его ДР нет. В рамках стратегии сближения врач обращается к описанию «*From birth*», как более убедительному аргументу в данном конкретном случае. Понятие «*From birth*» входит в ДР пациента, будучи использованным для построения ДС, семиотически эволюционирует в данном взаимодействии и, замещая ДР пациента и ДЭС врача единым ДС. Создан совместный контекст интерпретации, объяснение пациенту понятно. На фоне созданного ДС пациент реагирует утвердительно: «*Then yes*». Аргументация принимается разумной, логичной обеими сторонами и меняет картину мира пациента.

В следующем примере, проанализированном как пример употребления *argumentum ad baculum*, имеется кроме того, актуализация *argumentum ad verecundiam* – обращение к медицинской терминологии:

*Врач – Ну, в общем, гипертоник должен принимать лекарства до конца своей жизни, чтобы осложнений не было. 4 грозных осложнения: слепота, инсульт, инфаркт и это, это самое, почечная недостаточность... вам только единственное, что, учитывая то, что у вас **брадикардия**.*

Пациент – Что за брадикардия?

Врач – Нужны лекарства 50мг, так 25 мг пьете вы метапралол, он не только снижает давление, он урежает пульс.

Врач работает на формирование комплаенса, поскольку уже результативно пройдены предварительные фазы коммуникации, установлен контакт с пациенткой, врач создал Дискурс Согласования и совместный контекст интерпретации. На данной фазе интеракции цель врача – создать комплаентное отношение пациентки к медикаментозным и процедурным назначениям, для чего массированно используется манипулятивный прием, ошибка аргументации *argumentum ad baculum*, в контексте которого также употребляется еще одна ошибка аргументации – *argumentum ad verecundiam* – использование медицинского термина *брадикардия*. Уточняющий вопрос пациентки «*Что за брадикардия?*» остается без ответа, что можно интерпретировать как «*манипуляция игнорированием*», и скрытая ссылка на авторитет медицинского термина. Врач выделяет для себя прием *ad baculum* как наиболее приоритетный, разворачивая его наиболее комплексно. В то время как приемы «*манипуляция игнорированием*» и *argumentum ad verecundiam* актуализируются как вспомогательные тактики.

По мнению А.А. Ивина авторитетом может выступать не только некая персона и комплекс ее суждений, но и традиция, к которой принято обращаться, чтобы суждение стало правдоподобным: «Традиция представляет собой анонимную, стихийно сложившуюся систему образов, норм, правил и т. п., которой руководствуется в своем поведении достаточно обширная и устойчивая группа людей. Такое влияние традиции на эффективность аргументации связано с тем, что она закрепляет те наиболее общие допущения, в которые нужно верить,

чтобы аргумент казался правдоподобным, создает ту предварительную установку, без которой он утрачивает свою силу» [Ивин, 2007, с. 140]

Сложившаяся веками терминологическая система медицинской субкультуры действительно «представляет собой анонимную, стихийно сложившуюся систему образов, норм, правил и т. п., которой руководствуется в своем поведении достаточно обширная и устойчивая группа людей» [там же] – экспертное сообщество медиков-профессионалов. Это удобный и действенный инструмент профессионального, глобального, экспертного общения, средство эффективного речевого воздействия на пациента.

3.3 Переход от ДЭС к ДС как стратегия сближения врача с пациентом

Особый исследовательский интерес при рассмотрении медицинского дискурса представляет раскрытие механизма сближения коммуникантов. Сближение способствует формированию коммуникативной общности, обратной связи между врачом и пациентом, обозначает позиции участников общения. Используя соответствующие коммуникативные стратегии, человек может максимально приблизиться к опыту и переживаниям Другого. В результате происходит частичное пересечение интенциональных горизонтов, которое может быть следствием определенной стратегии, направленной на установление контакта с собеседником. Близость интенциональных горизонтов является неотъемлемой предпосылкой успешного общения и, в конечном счете, способствует более эффективной терапии.

Коммуникативная стратегия, с нашей точки зрения, – это определенное речевое поведение, организованное для наилучшего достижения коммуникативного намерения в определенной ситуации. Под коммуникативными стратегиями В.И. Карасик понимает стратегии, которые «состоят из коммуникативных интенций, конкретизирующих основную цель» [Карасик, 2004,

с. 256]. Анализ теоретического материала показывает, что общепринятой классификации коммуникативных стратегий не существует, как и не выработан их конечный список. Попытка обобщить материал (Биякова, 2008; Иссерс, 2003; Колмогорова, 2006; Копнина, 2007; Михалева, 2009; Петрухина, 2008; Седов, 2008; Формановская, 2007) позволила выделить большое количество стратегий, которые невозможно объединить или классифицировать по какому-либо признаку.

Отличие ДС от ДЭС заключается в формулировке Другого. В контексте медицинского дискурса Другой представлен человеком, который не является членом экспертного сообщества. Цель адресанта (врача) – изменить первоначальные установки Другого (пациента), и убедить следовать профессиональным советам эксперта. Другой не является носителем специальных знаний, поэтому основная коммуникативная задача представителя ДЭС – врача – проникнуть в ДР пациента, сблизить интенциональные горизонты. Например:

Пациент – Здравствуйте.

Врач – Здравствуйте Ольга Николаевна, как жизнь?

Пациент – Ах, ну как жизнь? Я все с рукой, второй уже начала делать это, как сказать...

«Здравствуйте, Ольга Николаевна, как жизнь?» – этот вопрос является типичным в среде знакомых, друзей, соседей. Таким образом, врач, вместо того, чтобы сразу переходить к реализации лечебного процесса, устанавливает отношения, аналогичные отношениям с друзьями, коллегами. Врач создает ДС, приближается к ДР пациента, применив элементы стратегии сближения, а именно, типовые высказывания социальной среды людей «близкого круга», что безусловно, сближает интенциональные горизонты коммуникантов.

Врач - Здравствуйте, проходите!

Пациент – Здравствуйте.

Врач – О, красавица! Похорошела!

Пациент – Спасибо, Лариса Константиновна, я же поступила на закройщика- портного с прикладным искусством по пошиву национальных костюмов!

Врач - Поздравляю!

Актуализация стратегии сближения в данном примере способствует более высокому уровню доверия. «*Красавица, похорошела*» определяется как комплимент, как знак сближения, характерный для данной стратегии. Наиболее часто встречающимся приемом манипуляции выступает комплимент – краткое, небольшое преувеличение достоинства, которое адресат желает видеть в себе. Прием основывается на естественной для человека жажде быть положительно оцененным окружающими и позволяет создать позитивную атмосферу, расположить собеседника, а при необходимости ослабить его критику. Врач умело использует комплимент как один из способов манипуляции и как способ «подготовить» и расслабить пациента, чтобы она почувствовала себя более свободно и менее критично. О значительном совместном контексте интерпретации свидетельствует информация о событии, не связанном с профессиональным взаимодействием врача и пациентки: «*поступила на закройщика*». Комплимент – небанальный и весьма эффективный инструмент стратегии сближения, он вызывает ответную реакцию пациентки: «если врач начинает разговор с приятной характеристики моей внешности, то я поделюсь с ней информацией «блзкого круга».

Как утверждает В.В. Жура «... во время контактоустанавливающего этапа (представленного в 89,5% проанализированных первичных консультаций) происходит обработка невербальной информации — внешнего вида больного, жестикуляции и т.п., выступающих отправным пунктом диагностики болезни» [Жура, 2008, с. 118]. В этой связи интересен следующий пример, который

илюстрирует, как в рамках стратегии сближения реализуется переход на языковую версию, близкую к идиолекту пациента.

Врач – Здравствуйте.

Пациент – Здравствуйте.

Врач – Сама прибыла, но как жизнь?

Пациент – Да ничего, так-то вроде бы все нормально, я пролечилась там, на Верхней Березовке.

По вербальным и невербальным признакам пациентки, для врача очевидно, что она имеет низкий социальный статус. Несмотря на институциональность коммуникации, ею используется разговорный русский язык, (*да ничего, вроде бы*). Врач принимает идиолект пациента: «*Сама прибыла, но как жизнь?*» входит в ее ДР, добившись необходимого эффекта сближения.

Следующей тактикой, актуализирующей стратегию сближения, где врач активно использует предварительную обработку невербальной информации, является тактика аprobации профессиональных знаний пациента. Технически эта тактика сходна с режимом тестирования. Ориентируясь на полученную информацию, и на более широкий контекст ситуации, врач строит предположение о потенциальных профессиональных знаниях пациента. Это позволяет строить взаимодействие более точно и эффективно.

Nurse - His name is Monty; he says he is HIV-positive.

Dr. Lewis - Are you on any medications, Monty? AZT, DDI, Bactrim?

Monty - AZT, and some white and red ones...

Dr. Lewis - Dilantin? Have you been taking them?

Monty - Sometimes I forget.

При осмотре ВИЧ-позитивного пациента в отделении скорой помощи, куда пациенты порой поступают прямо с улицы, врач получает информацию о

позитивном ВИЧ-статусе больного и в строит сбор анамнеза больного в режиме аprobации профессиональных знаний пациента. Терапия ВИЧ-инфекции – это сложный процесс, требующий серьезного и ответственного подхода, как со стороны врача, так и со стороны пациента. Эффективность лечения зависит от соблюдения многих условий, знание которых необходимо как специалистам, так и людям, получающим лечение. Предполагается, что больной с подобным диагнозом, находится на учете, проходит регулярные обследования и владеет определенными медицинскими знаниями, касающимися его состояния. Доктор Льюис строит сбор анамнеза в режиме «тестирования», характерным для отделения скорой помощи, где во главу угла поставлен принцип оперативности и своевременности оказания всех видов экстренной медицинской помощи.

Ответы пациента подтверждают минимальное владение медицинской терминологией (*and some white and red ones...*), нерегулярность терапии (*Sometimes I forget*). Пациент, несмотря на серьезное заболевание, практически не имеет профессиональных медицинских знаний и опыта лечебного процесса, и этот вывод делается на основании тестирующих вопросов врача: *«Are you on any medications, Monty? AZT, DDI, Bactrim?»* Как показывает анализ нашего материала, методика тестового общения значительно повышает эффективность коммуникации «врач-пациент». Она позволяет быстрее аprobировать уровень профессиональных знаний пациента и приступить непосредственно к оказанию самой экстренной помощи, и далее, способствовать обращению пациента к более узким специалистам для диспансерного наблюдения.

В следующем примере врач формирует ДС с помощью метафоры, которую предлагает сам пациент. Таким образом врач снимает трудности аргументации и входит в ДР пациента:

Врач - Жалобы то есть?

Пациент - У меня вот только с глазом проблема маленько. Да не-е, так- то все нормально, да только вот дурной-то глаз-то проверить надо, потому

что нет-нет, да это, какая-то... звездочки летать начинают. Надо было это...

Врач - В смысле? Звездочки летают оттого, что давление повышается.

Пациент - А! там у меня в этом, в республиканской делали. У меня давление то давно уже лет 10, больше.

В данном примере адресант и адресат, будучи представителями ДЭС и ДР соответственно, не имеют общего контекста интерпретации, вследствие чего больной, не владея медицинским знанием, ошибочно полагает, что «звездочки летать начинают» из-за проблем со зрением, и считает, что «глаз-то проверить надо». Врач, зная историю болезни, обладая экспертными медицинскими знаниями, объясняет причину состояния больного (повышение артериального давления) и принимает метафору его дискурса. Различий «звездочки летать начинают», понимая, что медицинские термины не будут понятны данному пациенту. Метафора «звёздочки летают», выступающая концептом в ДР, интерпретируется в ДС по правилу классического причинно-следственного объяснения. Врач не идёт на замещение метафоры-концепта, правомерно считая, что она не препятствует формированию ДС.

Через метафору пациента врач входит в ДР и добивается создания ДС, что также означает достижение перлокутивной цели речевого взаимодействия и создание комплаенса пациента. В части лечения высокого артериального давления у пациента не осталось вопросов и недопонимания.

Таким образом, в каждом из приведенных примеров врач актуализирует уникальную для определенного пациента, для его Дискурса различий стратегию сближения:

- вхождение в «близкий круг»
- комплимент
- переход на идиолект пациента

- аprobация профессиональных знаний пациента – «тестирование»
- использование метафоры пациента.

Корректировка интенциональных горизонтов коммуникантов неизменно приводит к созданию Дискурса Согласования, что в медицинском дискурсе эквивалентно состоянию комплаенса. При анализе фактического материала, собранного в лечебных учреждениях г. Улан-Удэ была выявлена специфика речевого взаимодействия врача и пациента, характерная для такого поликультурного региона, как Бурятия. Речь идет об использовании родного языка, в данном случае – бурятского, для оптимизации речевого воздействия в речевых стратегиях врача.

3.3.1 Использование языкового кода адресата как манипулятивная технология

В медицинском дискурсе есть место для манипуляции, как попытке скрытого воздействия с целью достижения необходимого перлокутивного эффекта, а именно, побуждения адресата к совершению некоторых действий в интересах протагониста. Манипулятивное речевое воздействие в медицинском дискурсе регламентировано по времени и способам. Манипуляция обязана симулировать ДС, создавать видимость согласованности. Это основное условие скрытого воздействия на носителей концептуальных различий – пациентов. Манипуляция – чаще всего нерациональный прием аргументации. Тем не менее, анализ соответствующих высказываний в медицинском дискурсе позволяет утверждать, что «белая» манипуляция здесь широко распространена.

Интенция врача-манипулятора – создать тесное коммуникативное пространство, где врач и пациент находятся на максимально близком расстоянии. Вся сумма интенциональных состояний, характерных для определенной личности называется ее интенциональным горизонтом. Различие интенциональных горизонтов двух личностей зачастую становится причиной разногласий. Когда же

интенциональные горизонты собеседников близки, они легче и быстрее достигают взаимопонимания. В терминах ДЭС под сближением интенциональных горизонтов понимается создание ДС, соответственно ведущего пациента к состоянию комплаенса.

Стратегии сближения в медицинском дискурсе реализуются посредством большого количества манипулятивных технологий. Каждый врач имеет свой собственный, присущий только ему манипулятивный инструментарий, выбор которого диктуется в каждом конкретном случае уникальными условиями речевого взаимодействия. **«Обращение к языковому коду пациента»** – одна из наиболее эффективных манипулятивных технологий. В самом общем смысле код – это средство коммуникации: естественный язык (русский, английский, бурятский и другие), искусственный язык типа эсперанто или типа современных машинных языков, азбука Морзе, морская флаговая сигнализация и другое. В лингвистике кодом принято называть языковые образования: язык, территориальный или социальный диалект, городское койне, пиджин, лингваворонка и прочие.

Нами уже были рассмотрены примеры, когда врач переходит на идиолект пациента, и употребляет лексику просторечного функционального стиля, приближаясь к ДР пациента. Данный манипулятивный прием можно считать разновидностью технологии «использование языкового кода адресата». Как показал анализ примера, подобная манипулятивная технология была оправдана, и пациент принял доводы врача, как разумные, что свидетельствует о создании комплаенса пациента или перлокутивного эффекта речевого акта.

Лингвоэтнической спецификой речевого манипулирования врача-билингва (владеющего двумя языками) в таком поликультурном регионе, как республика Бурятия при лечении пациентов-билингвов является использование родного языка, в нашем случае бурятского. Языковая ситуация региона оформляется «под воздействием экстралингвистических факторов, процессов взаимодействия и взаимовлияния языков этносов, проживающих в рамках компактного

пространства». Сейчас среди бурят хорошо развито двуязычие, которое носит односторонний характер: буряты свободно владеют русским языком, а вот русско-национальное двуязычие развито слабо.

Языковая ситуация поликультурного региона представляет синтез функционирования вариантов языков, языковых систем, наличие в них существующих (действующих) идиолектов, наречий, говоров, диалектов, а также территориальных и национальных аспектов языка. Более того, следует признать сам факт приспособления одного, либо нескольких языков в рамках этнокультурного сообщества к условиям, формам общественного развития и традициям данного этноса, что вызывает как следствие так называемую региональную языковую вариативность. Под региональной вариативностью языка следует понимать разновидность языковой системы, в состав которой входят языковые средства, отражающие различные этноязыковые нормы и контрасты народов данного пространства.

Анализ корпуса текстов, проведенный Хилхановой Э. В. [Хилханова, 2007, с. 114] показал, что переключение кодов с бурятского на русский язык происходит при выражении различных функционально-семантических типов модальности. При анализе транскриптов аудиозаписей естественных диалогов нами зафиксирован ряд языковых единиц, которые говорящие стабильно выражали на русском языке, т.е. при их появлении в речи происходило регулярное переключение кода с бурятского языка на русский. Это единицы, в которых выражалась информация, являвшаяся дополнительной к основной, пропозициональной информации.

Принцип функциональной дополнительности кодов, составляющих ту, или иную социально-коммуникативную систему означает, что один и тот же контингент говорящих, обслуживаемый данной социально-коммуникативной системой, владея общим набором языковых средств использует их в зависимости от условий общения. В многоязычном обществе коммуникативные функции распределяются между разными языками. Например, язык, имеющий статус

государственного, используется в официальных, социально «ответственных» ситуациях, а родные языки народов, составляющих данное общество, могут использоваться преимущественно в бытовых и семейных ситуациях. Однако, при использовании родного языка вне бытовых и семейных ситуаций, а в ситуациях институционального общения можно рассматривать как манипулятивную технологию, когда возникает необходимость маркировать собеседника как «культурно схожего», что имеет признаки обратные манипулятивному приему «*tu quoque*» (ты тоже) – «Протагонист: вы плохой человек (вы непоследовательны, предвзяты), поэтому ваш аргумент нельзя принять. Антагонист: Вы ничуть не лучше, поэтому ваш аргумент, направленный против меня, ничего не стоит». Как показывает исследование собранного практического материала, объем использования бурятского языка в речевом взаимодействии может варьироваться от сплошного диалога только на бурятском языке, до использования лишь междометий, союзов, и других служебных частей речи. В манипулятивных целях достаточно сам факт обращения к «лингвистическому коду».

Приведенный ниже пример иллюстрирует сближение интенциональных горизонтов врача и пациента с применением «лингвистического кода» – бурятского языка. Врач обращается к родному языку пациента, зная, что данная технология чрезвычайно эффективна, особенно в общении с пациентами старшего возраста.

Врач – Дамба Балданович, садитесь юундэ хэрэгтэй? (что хотели?)

Пациент – Тиигээд... (и так) лизиноприл еще, в этот раз не было, вот это...

Врач - Та хэр байнат? (как у вас дела?)

Пациент – Тээд, нюдэн харахаяа болижо байна (ну, глаз видеть перестает.)

Врач – Но-о, там, наверное, катаракта, чо, подумаешь.

Пациент – Ноооо...

...

Врач - Хорошо. Итак, мы вам индоламид выписываем, геротон выписываем, еще чо?

Пациент - Лизиноприл.

Врач - А где мы выписывали-то его?

Пациент - Та ж хоер раз выписывать болоит (вы же 2 раза выписали)

Врач - Ханам те тэрэмнэ? Бэрэ олжсо ядаб би. (Где же он? Никак не найду).

Хуньдо шэхье боднум? (Ночью пописать встаешь?)

Пациент - Бодно, даа... (да, встаю)

Врач - Худы раз? (сколько раз?)

Пациент - Ныг да ныг раз, ныг да хоер раз (когда один раз, когда два раза)

Врач - Деда, в коридоре подождешь?

Пациент - Ага, хорошо.

Врач начинает прием, используя языковой код – бурятский язык уже в фатической фазе диалога, сразу после приветствия. Вопрос «юундэ хэрэгтэй?» (что хотели?) в лингво-культурологическом аспекте поставлен не совсем корректно, так как врач владеет только устной формой бурятского языка, в связи с чем им допущена ошибка в формировании вопроса.

Однако, свою роль лингвистического кода манипуляции прием выполняет, в результате чего пациент реагирует адекватно, в рамках того же кода, то есть на бурятском языке: «тиигээд». Пациент состоит на учете у врача как инвалид, имеет долгую историю болезни, в связи с чем хорошо разбирается в назначаемых лекарственных препаратах и легко оперирует медицинскими терминами, связанными с коррекцией его недуга. И поскольку причина прихода пациента к врачу – получение льготных лекарственных препаратов, пациент переходит на инструмент ДЭС – термин (название препарата лизиноприл). Бурятский язык чаще используется носителями языка в бытовом (бытийном) дискурсе, тогда как институциональное общение ведется предпочтительно на русском языке. Таким

образом, переходя к проблеме лекарств, пациент говорит на русском языке: *«лизиноприл еще, в тот раз не было»*.

Врач продолжает манипулятивное воздействие, настаивая на заявленном лингвистическом ходе, однако, затрагивает личную сферу жизни пациента, приближаясь к его «внутреннему времениego» *Ta хэр байнам?* (*как у вас дела?*), чем располагает пациента начать рассказ о беспокоящих его проблемах со здоровьем: *Теэд, нюдэн харахаяа болижо байна* (*ну, глаз видеть перестает*). Ответ врача содержит термин ДЭС «катаракта», соответственно, дан на русском языке. Использован еще один манипуляционный прием «приуменьшение / преувеличение проблемы» – *«что, подумаешь»*. «Приуменьшение / преувеличение проблемы» возникает в случае, если качественно высказывание является истинным, но приведённые количественные характеристики не соответствуют действительности.

Специфика манипуляции и причина ее незаметности для манипулируемого носят не качественный, а количественный характер. Существуют модельные различия между такими феноменами, как ложь, недоверие, шутка, вежливость, тик, манипуляция. Все они «содержат определенную часть неправды». Партнеры вступают в общение, уже имея набор сведений, известных им обоим. Признаком манипулятивного воздействия можно считать наличие двойного воздействия, а именно – наряду с произносимым вслух высказыванием отправитель воздействия имеет вполне конкретные ожидания относительно действий партнера, но по каким-либо соображениям не намерен выдавать их. Это скрытое воздействие совершается с опорой на какое-либо содержание («ассоциативное знание»), известное обоим партнерам, но актуально не упоминаемое. Для успеха манипуляции существенно, чтобы наличие двойного воздействия не осознавалось адресатом, чтобы он не догадывался о том, что манипулятор строит свой расчет именно на этом знании.

Использование языкового кода (бурятского языка) в условиях институционального общения врача и пациента бурятской национальности

является дополнительным инструментом манипулирования для врача, ведь бурятский язык используется врачом не по лингвистической необходимости (участники владеют русским языком), а по своему выбору, чтобы отождествлять себя как «лицо близкого круга» для пациента. Таким образом создается оптимальная база актуализации данного манипулятивного приема и всего комплекса манипуляции, включающего в себя такие приемы, как «приувеличение/приуменьшение проблемы» и «использование элементов социального дейксиса».

На создание совместного контекста интерпретации и перлокутивного эффекта работают элементы социального дейксиса, использованные на завершающем этапе данного взаимодействия с манипулятивными целями. Подобные речевые сигналы символически маркируют степень социальной дистанции. Выбор между местоимениями второго лица *ты* и *Вы* в институциональном дискурсе обусловлен социальным статусом говорящего и адресата. Врач обладает более высоким социальным статусом, и завершая общение с пациентом (не смотря на его почтенный возраст), переходит на *ты*: *"Деда, в коридоре подождешь?"*. Вкупе с неформальным обращением *"Деда"* достигается эффект приближения, и констатируется установившийся Дискурс Согласования данного речевого взаимодействия.

ВЫВОДЫ ПО ТРЕТЬЕЙ ГЛАВЕ

Прототипическим жанром медицинского дискурса является жанр «прием у врача». Речевое взаимодействие имеет ассиметричную направленность от врача к пациенту, т.к. именно врач обладает коммуникативной и профессиональной властью, и доминирует в речевом взаимодействии, модерируя диалог в своих профессиональных целях.

Взаимодействуя с пациентом, врач использует целый арсенал речевых тактик и стратегий, направленных на достижение перлокутивного эффекта, который в контексте медицинского дискурса, по нашему убеждению, адекватен состоянию комплаенса пациента.

Имея в своем распоряжении большой выбор аргументативных и манипулятивных стратегий, врач, как представитель ДЭС, комбинирует стратегии и тактики воздействия на пациента проникая в его ДР. В медицинском дискурсе смена коммуникативных стратегий меняется по следующему алгоритму:

- врач начинает с рациональное речевое воздействие, представленное аргументативными стратегиями диалектического характера, с *argumentum ad rem* (аргумент к сущности вещей), при этом пациент настроен на сотрудничество.
- *argumentum ad rem* опирается на инструменты ДЭС, недоступные для пациента. Подключаются риторические приемы, с помощью которых врач хочет довести свою точку зрения до пациента. Смена диалектической цели на риторическую, и наоборот означает инициацию стратегического маневрирования в дискуссии.

Подобная вариативность речевой стратегии понимается нами как **прагматическая**, то есть ориентированная на достижение комплаенса, и **диалектическая**, то есть, обусловленная неэффективностью первой аргументирующей стратегии (*argumentum ad rem*) и обоснована, поиском наиболее оптимального способа речевого воздействия на пациента.

Некорректные с формальной точки зрения аргументы иногда могут быть релевантны, если их использовать осознанно и разумно в качестве аргументов. Оценивать аргументы можно только в контексте конкретной аргументации в конкретном диалоге. Ошибками могут быть как неправильные аргументы, так и логически правильные, но, например, нерелевантные некоторому виду диалога. Таким образом, основываясь на теории речевых актов, «кодекс поведения» прагматической теории, аргументативной ошибкой можно считать речевой акт, выполняемый в процессе речевого воздействия, с нарушением этических норм и собственно аргументативных правил.

В современной медицине важную роль играет терминология, являясь источником получения и передачи научной информации, а также инструментом овладения специальностью. Терминология является частью научного аппарата, а в речевом взаимодействии врача и пациента зачастую актуализируется как *argumentum ad verecundiam*.

Использование терминов – это один из тех факторов, которые делают его врачом в глазах пациента. Авторитет врача, уровень его образованности, профессиональная компетенция находят свое отражение в периодическом употреблении медицинской терминологии, которая является инструментом демонстрации позиции власти, позиции представителя ДЭС.

Сближение интенциональных горизонтов способствует формированию коммуникативной общности, обратной связи между врачом и пациентом. Используя коммуникативные стратегии, можно максимально приблизиться к опыту и переживаниям Другого. Близость интенциональных горизонтов является важнейшей предпосылкой успешного общения и способствует более эффективной терапии.

Стратегии сближения в медицинском дискурсе реализуются посредством некоторых манипулятивных технологий. Каждый врач имеет свой манипулятивный инструментарий. «Обращение к языковому коду пациента» – эффективная манипулятивная технология.

В многоязычном обществе коммуникативные функции распределяются между разными языками. Например, язык, имеющий статус государственного, чаще используется в институциональном речевом взаимодействии, а родные языки народов, составляющих данное общество, могут использоваться преимущественно в бытовом дискурсе. Переключить код – это значит выбрать тот язык / вариант языка, который уместен в данной, конкретной ситуации, месте, аудитории. Переключение кода свидетельствует о лингвистической и социальной гибкости коммуникантов, люди мотивированы подстраивать свои разговорные стили под стили собеседников для солидаризации с их ценностями, отношениями и намерениями. Владеющий институциональной властью в речевом взаимодействии врач умело пользуется таким комплексным манипулятивным приемом как «переключение языкового кода» для сближения с пациентом.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В Государственной программе развития здравоохранения Российской Федерации на 2013–2020 годы развитие и внедрение инновационных методов диагностики, профилактики и лечения, а также основ персонализированной медицины названо одним из основных способов улучшения здоровья граждан. В связи с этим возрастаёт актуальность оптимизации речевого взаимодействия врача и пациента как источника формирования комплаенса пациента.

Специфика медицинского дискурса раскрывается в ключевом концепте здравоохранения – «здоровье», связывается с функциями врачей-профессионалов, лечебными институтами, общественными ритуалами и поведенческими стереотипами. Реальность медицинского дискурса выступает в текстах, производимых в институтах здравоохранения.

Прототипическое речевое взаимодействие в медицинском дискурсе реализуется между представителем ДЭС – врачом и представителем ДР – пациентом. Врач, в силу институционального положения, обладает властным и эскулаповым ресурсом, модерирует диалог, применяя аргументационные и манипулятивные техники. Базовая иллокуция медицинского речевого взаимодействия – воздействовать на установки пациента таким образом, чтобы разъяснить его состояние, методы и способы терапии патологии. Необходимо сформировать ДС, ведущий непосредственно к комплаенсу – осознанному пониманию состояния своего здоровья и намерению излечиться, придерживаясь рекомендаций врача.

Комплаенс – это сложный коммуникативно-речевой процесс, оказываемый перлокутивный эффект и возникающий в рамках медицинских жанров. Он касается особенностей поведения больного в отношении медицинских назначений: правильности приема лекарств, точности выполнения нелекарственных процедур. Без комплаенса снижается эффективность

лечебного процесса – упускается время, врачу приходится менять терапевтическую стратегию и тактику. В подавляющем большинстве [Байрак, 2009] случаев причиной является отсутствие эффективной коммуникации «врач – пациент». И здесь имеет особое значение способность врача применять коммуникативные стратегии и соответственно им построить план лечения. Ведь «одинаковых больных нет — есть люди, страдающие одной болезнью» (Н.И. Пирогов), следовательно, индивидуальность не только в лечении, но и в преподнесении назначений имеет глубокий смысл.

Институциональный диалог врача и пациента в жанре «прием у врача» является примером рационального аргументативного дискурса, поскольку обе стороны диалога, и protagonист (врач) и antagonист (пациент), заинтересованы в выполнении коммуникативной задачи диалога, достижении взаимопонимания уже на фатической фазе общения. Комплаенс необходим как общий итог и показатель перлокутивного эффекта коммуникативного акта.

Однако, в медицинском дискурсе есть местоне только аргументативному, но и манипулятивному речевому воздействию. Манипуляция обязана симулировать ДС, создавать видимость согласованности. Это основное условие скрытого воздействия на носителей концептуальных различий – пациентов. Манипуляция – чаще всего нерациональный прием аргументации. Тем не менее, анализ соответствующих высказываний в медицинском дискурсе позволяет утверждать, что «белая» манипуляция здесь широко распространена. Другим признаком устного взаимодействия «врач – пациент» являются его асимметричность, обусловленная принадлежностью врача к ДЭС, а пациента к ДР, соответственно. ДЭС предполагает наличие у врача коммуникативной власти, интеллектуальности, ряда специальных медицинских знаний, знаний о правилах организации общения, способах трансляции и адекватной интерпретации информации, об особенностях речевого поведения пациентов, о потенциальных коммуникативных помехах, о приемах создания благоприятной психоэмоциональной атмосферы, ДС и комплаенса, в конечном итоге.

Прагма-диалектический подход (Ф.Х. ван Еемерен, Р. Гроотендорст, П. Хутлоссер) определяет основной диалектической целью аргументативной дискуссии преодоление разногласий. Пропонент и оппонент используют широкий диапазон риторических приемов, ведь каждый из них заинтересован в разрешении разногласий в свою пользу (риторическая цель). Успешное сочетание *риторической и диалектической* целей в процессе дискуссии поддерживает баланс в стратегическом маневрировании. Все отступления от стратегического маневрирования имеют статус ошибок, а все ошибки могут быть признаны отступлениями от стратегического маневрирования. В рамках прагмадиалектической теории аргументации многие виды слабых аргументов, явные ошибки аргументации и тактики манипуляции разной степени виртуозности вполне могут быть признаны корректными (риторическими) средствами убеждения.

Взаимопроникновение стратегий и тактик манипуляции в аргументативный дискурс и стратегий и тактик аргументации в манипулятивный дискурс соответственно является ярким примером диалектического взаимодействия этих видов речевого воздействия. Задача сторон в аргументативном дискурсе состоит в том, чтобы прийти к согласию в ходе диалектической беседы. Стороны не исследуют реальный мир, а производят совместный поиск общих оснований. Для констатации истинностной характеристики пропозиционального содержания аргументов следует использовать термины «приемлемый» и «неприемлемый», т. е. истинный для данной ситуации, и ложный для данной ситуации.

Настоящее диссертационное исследование подтвердило актуальность эффективной коммуникации в сфере оказания медицинской помощи. Речевое взаимодействие врача и пациента способно значительно улучшить результаты лечения пациента, а также повысить доверие пациента к врачу и внимание к собственному здоровью, что является насущной задачей современного здравоохранения.

Полученные результаты подтверждают диалектическое взаимодействие речевых стратегий и тактик аргументации и манипуляции, а также стратегического маневрирования в медицинском дискурсе. Данное исследование может быть продолжено. Перспективным представляется изучение переключения кода на бурятский язык. А также взаимодействие речевых стратегий аргументации и манипуляции в других видах дискурса.

ЛИТЕРАТУРА

1. Агаджанян С.И. Особенности использования специальных терминов в коммуникации врач – пациент (на материале английского языка) [Текст] / С.И. Агаджанян// Вестник ТвГУ. Сер. Филология.– 2014, Вып.1– с.272-276
2. Алексеева Л.М., Мишланова С. Л. Медицинский дискурс: теоретические основы и принципы анализа [Текст]/ Л.М. Алексеева, С. Л. Мишланова.– Пермь: Изд-во Перм. ун-та, 2002.– 200 с.
3. Анисимова Т.В. Типология жанров деловой речи (риторический аспект): дис.... д-ра филол. наук. [Текст]/ Т. В. Анисимова. – Краснодар, 2000.–417с.
4. Аргументация vs манипуляция [Текст] / отв. ред. проф. А.М. Каплуненко. – Иркутск, ИГЛУ, 2009. – 159 с.
5. Арутюнова Н.Д. Дискурс [Текст] / Н.Д. Арутюнова // Лингвистический энциклопедический словарь.– М.: Советская энциклопедия, 1990.
6. Арутюнова, Н.Д. Язык и мир человека [Текст] / Н. Д. Арутюнова. – М.: Языки русской культуры, 1999. –I-XV, – 896 с.
7. Байрак Д.М. Комплайенс в медицине: знание – ключ к успеху /[Текст] Д.М. Байрак.– // Новости медицины и фармации. – 2009. – № 16 (290).
8. Баранов А.Н. Лингвистическая теория аргументации (когнитивный подход): автореф. дис.... докт. филол. наук [Текст]/ А.Н. Баранов.– М., 1990.–20 с.
9. Баранов А.Н. Аргументация как языковой и когнитивный феномен [Текст] / А.Н. Баранов //Речевое воздействие в сфере массовой коммуникации.– М.,Наука, 1990а, с.40-52.
- 10.Баранов А.Н. Караулов Ю.Н. Словарь русских политических метафор. [Текст] /А. Н. Баранов.– М., 1994.– 330 с.
- 11.Баранов А.Н. Лингвистическая экспертиза текста: теория и практика. [Текст]/ М.: ФЛИНТА: Наука, 2007. – 592 с.

- 12.Барсукова М.И. Медицинский дискурс: стратегии и тактики речевого поведения врача: автореф. дис.... канд. филол. наук [Текст]/ М.И. Барсукова. – Саратов, 2007. – 21 с.
- 13.Бахтин М.М. Собр. соч. [Текст] – М.: Русские словари, 1996. – Т.5: Работы 1940-1960 гг. – с.159-206.
- 14.Бейлинсон, Л.С. Медицинский дискурс [Текст] / Л.С. Бейлинсон // Языковая личность: институциональный и персональный дискурс: Сб. науч. тр. / Под ред В.И. Карасика. – Волгоград, 2000. – с. 103-116.
- 15.Бейлинсон Л.С. Характеристики медико-педагогического дискурса (на материале логопедических рекомендаций): автореф. дисс. ...канд. филол. наук [Текст]/ Л.С.Бейлинсон.– Волгоград, 2001. -19 с.
- 16.Бейлинсон Л.С. Профессиональный дискурс: признаки, функции, нормы: монография. [Текст]/ Л.С. Бейлинсон.– Волгоград: Перемена, 2009. – 278 с.
- 17.Бендлер Р., Гриндер Д. Из лягушек – в принцы. Вводный курс НЛП тренинга [Текст]/ Р. Бендлер, Д. Гриндер. – Флинта, 2000.– 70с.
- 18.Блакар Р.М. Язык как инструмент социальной власти [Текст]/ Р. М. Блакар.– Язык и моделирование социального взаимодействия.– М., 1987. с.88-125.
- 19.Бондарь Г.В., Яремчук А.Я. Справочник онколога: Учебное пособие [Текст]/ Г.В. Бондарь., А.Я. Яремчук. – М.:МЕДпресс-информ, 2003.
20. Борбелько В. Г. Общая теория дискурса (принципы формирования и смыслопорождения): автореф. дис. ... д-ра филол. наук [Текст]/ В. Г. Борбелько. – Краснодар, 1998. - 48 с.
- 21.Борбелько В.Г. Принципы формирования дискурса: от психолингвистики к психосинергетике. Изд. 4-е [Текст] / В.Г. Борбелько.– М.: Книжный дом «ЛИБРОКОМ», 2011.– 288 с.
- 22.Брутян Г.А. Философская природа теории аргументации и природа философской аргументации [Текст] / Г. А. Брутян // Философские науки. 1978. № 1

- 23.Брюшинкин В.Н. Критическое мышление и аргументация [Текст]/ Критическое мышление и аргументация. Под ред. В.Н. Брюшинкина, В.И. Маркина.– Калининград: Изд-во Калинингр. гос. ун-та,2003.– с. 29-34.
- 24.Васильев Л. Г. Речевое воздействие как междисциплинарная и языковедческая проблема [Текст] / Л.Г. Васильев.– Калуга: Изд-во Калужского университета, 2011. – 99 с.
- 25.Веретенкина Л.Ю. Стратегия, тактика и приемы манипулирования [Текст]/ Л.Ю. Веретенкина, Лингвокультурологические проблемы толерантности// Тезисы докладов Международной научной конференции (Екатеринбург. 24- 26 октября 2001 г.).– Екатеринбург: Изд-во Урал. ун-та, 2001.– с. 177-179.
- 26.Верещагин Е.М. Речевые тактики «призыва к откровенности» [Текст]/ Е.М. Верещагин.– Вопросы языкоznания. 1992.– с. 23-31.
- 27.Водак Р. Язык. Дискурс. Политика [Текст]/ Р. Водак.– Волгоград: Перемена, 1997. –139 с.
- 28.Волков А. А. Курс русской риторики. [Текст]/ А. А. Волков. – М.: Издательство храма св. муч. Татианы, 2001. – 480 с.
- 29.Гойхман О.Я., Надеина Т.М. Речевая коммуникация [Текст]/ О.Я. Гойхман., Т.М. Надеина.– М.: Инфра-М, 2001
- 30.Голощапов И. В. Формирование согласия на лечение у больных с зависимостью от алкоголя: дис.... канд. мед. наук. [Текст] / И.В. Голощапов.– Москва, 2010.–180 с.
- 31.Горелов И.Н., Седов К.Ф. Основы психолингвистики. Учеб. пособие. 3-е изд., перераб. и допол. [Текст] / И.Н. Горелов, К.Ф. Седов. – М., 2001. –161 с.
- 32.Грайс Г. Логика и речевое общение. [Текст] / Г.Грайс // Новое в зарубежной лингвистике.– 1985, вып.16.– с. 216-238
- 33.Грачев Г. В. Манипулирование личностью: организация, способы и технологии информационно-психологического воздействия, [Текст]/ Г.В. Грачев.– М., 1999.

- 34.Грачев Г. В. Информационные технологии политической борьбы в российских условиях [Текст]/ Г.В. Грачев // Политические исследования. – 2000, № 3.
- 35.Гудков, Д.Б. Теория и практика межкультурной коммуникации [Текст] / Д.Б. Гудков. – М.: Гнозис, 2003.– 288 с.
- 36.Гудков П.А. Методы сравнительного анализа: Учебное пособие. [Текст]/ П.А. Гудков.– Пенза: Изд-во Пенз. гос. ун-та. 2008. – 81с.
- 37.Гусева О.А. Риторико-аргументативные характеристики политического дискурса (на материале президентских обращений к нации). [Текст]/ О.А. Гусева. – Автореф. дисс. канд. филол. наук. Тверь, 2006.– 17с.
- 38.Гуссёрль Э. Логические исследования. Т. 2. [Текст]/ Э. ГусСёрль.– М.: ДИК, 2001.
- 39.Дейк Т.Д. ван. Язык. Познание. Коммуникация [Текст] / Т.А. ван Дейк.– М.: Прогресс, 1989.–312 с.
40. Дементьев В.В. Теория речевых жанров [Текст] / В.В. Дементьев.–Саратов, Изд-во Государственного учебно-научного центра «Колледж», 1999. – 300 с.
- 41.Дементьев В.В. Непрямая коммуникация и её жанры [Текст]/ В.В. Дементьев; под ред. В.Е. Гольдина.– Саратов, Изд-во Саратовского университета, 2000.– 248 с.
42. Демьянков В. З. Язык СМИ как объект междисциплинарного исследования: Учебное пособие [Текст]/ Отв. ред. М.Н. Володина. М.: Изд-во Московского государственного университета им. М.В. Ломоносова, 2003. – с.116–133.
- 43.Демьянков В.З. Когниция и понимание текста [Текст]/ В.З. Демьянков // Вопросы когнитивной лингвистики.– М.: Институт языкоznания; Тамбов: Тамбовский гос. университет им. Г. Р. Державина, 2005. № 3.– с.5–10.
- 44.Доржиева Г. С., Патаева В.Д. Обращение в бурятском языке [Текст]/ Г.С. Доржиева В.Д. Патаева.– Улан-Батор: Тод Бичиг ХХК, 2013. – 218 с.
- 45.Доценко Е.Л. Психология манипуляции: феномены, механизмы и защита [Текст]/ Е.Л. Доценко. – М.: ЧеPO, 2000. – 344 с.

46. Доценко Е.Л. Механизмы межличностной манипуляции [Текст]/ Е.Л. Доценко // Вестник Московского университета. Серия 14, Психология. 1993. №4;
47. Дьяченко И. А. Симулятивные знаки политической корректности в англо-американском манипуляционном дискурсе: автореф. канд. филол. н. [Текст]/ И. А. Дьяченко. – Иркутск, 2009. – 17 с.
48. Дьяченко О.В. Вариативность стратегий вежливости в китайском социокультурном контексте [Текст] / О.В. Дьяченко// Модернизация культуры: идеи и парадигмы культурных изменений: Материалы Межд. науч-практ. конф. 2014 Изд-во: ФГБОУ ВО "Самарская госакадемия культуры и искусств".- Самара, 2014 с. 47-51
49. Еемерен ван Ф.Х. Аргументация, коммуникация и ошибки: пер. с англ. [Текст] / Ф.Х. ван Еемерен, Р. Гроотендорст. – СПб.: Васильевский остров, 1992. – 208 с.
50. Жиганова А.В. Функциональная специфика переключения кода в современных дискурсивных практиках (на материале английского и немецкого языков) дис. канд....филол. н. [Текст] / А.В. Жиганова // // Нижний Новгород, 2014, с.178
51. Жура В.В. Запрос информации в жанре медицинской коммуникации [Текст]/ В.В. Жура.– Человек в коммуникации: концепт, жанр, дискурс: Сб. науч. тр. Волгоград: Парадигма, 2006. – с.231-238.
52. Жура В. В. Дискурсивная компетенция врача в устном медицинском общении: монография [Текст]/ В. В. Жура. - Волгоград : Изд-во ВолГМУ 2008. – 376 с.
53. Зубкова О.С. Медицинская метафора и медицинская метафора—термин в индивидуальном лексиконе (экспериментальное исследование) [Текст] / О.С. Зубкова.– // Знание. Понимание. Умение. М., 2010, №1. – с. 140-145
54. Ивин А.А. Теория аргументации: Учебное пособие [Текст] / А.А.Ивин.– М.: Гардарики, 2000. – 416 с.
55. Ивин А.А. Аргументация и логика. Контекстуальная аргументация [Текст]/ А.А.Ивин.– М.: Гардарики, 2007.– 240 с.

- 56.Иссерс О.С. Коммуникативные стратегии и тактики русской речи [Текст]/ О.С.Иссерс. – М.: Едиториал УРСС, 2002.– 284 с.
- 57.Йоргенсен М., Филипс Л. Дискурс-анализ. Теория и метод [Текст]/ М. Йоргенсен, Л. Филипс. – Харьков, 2004. – 352с.
58. Калачинский А. В. Аргументация публицистического текста [Текст]/ А. В. Калачинский. — Владивосток: Изд-во Дальневосточного ун-та, 1989.
- 59.Каплуненко А.М. Концепт – понятие – термин: эволюция семиотических функций в контексте дискурсивной практики [Текст] /А.М. Каплуненко// Азиатско-Тихоокеанский регион: диалог языков и культур.– Иркутск: ИГЛУ, 2007. – с.115-120.
60. Каплуненко А.М. О технологической сущности манипуляции сознанием и ее лингвистических признаках [Текст] / А.М. Каплуненко // Аргументация vs манипуляция. Серия Коммуникативистика и комму-никиациология.– Иркутск, ИГЛУ, 2007а, №5.–с.3-12.
- 61.Карасик В.И. Этнокультурные типы институционального дискурса [Текст] /В. И. Карасик // Языковая личность: культурные концепты.– Волгоград, Архангельск, 1996.– с.3-16
- 62.Карасик В. И. О типах дискурса [Текст]/ В. И. Карасик // Языковая личность: институциональный и персональный дискурс: Сб. науч. тр. - Волгоград, 2000. – с. 5-20.
- 63.Карасик В. И. Структура институционального дискурса [Текст]/ В. И.Карасик.– Проблемы речевой коммуникации: Межвуз. сб. науч. тр. Саратов: Изд-во Саратовского ун-та, 2000.– с. 25-34.
- 64.Карасик В.И. Язык социального статуса [Текст]/ В.И.Карасик.– М.: ИТДГК «Гнозис», 2002. 333с.
- 65.Карасик В.И. Языковой круг: личность, концепты, дискурс [Текст] / В.И. Карасик. – М.: Гнозис, 2004.– 390 с.
- 66.Кибрик А. А. Анализ дискурса в когнитивной перспективе [Текст] / А. А. Кибрик. – М.: РАН, 2003.

67. Кондаков Н.И. Логический словарь-справочник.– 2-е изд. [Текст]/ Н.И. Кондаков.– М.: Наука, 1975. – 720 с.
68. Костюшкина Г.М. Современные направления во французской лингвистике [Текст] / Г.М. Костюшкина. – 2-е изд. – Иркутск: Изд-во БГУЭП, 2005. – 332 с.
69. Крысин Л. П. Кодовые переключения как компонент речевого поведения человека [Текст] / Л.П. Крысин. –Речевое общение: специализированный вестник. - Вып. 3 (11). - Красноярск, 2000. - С. 61-64
70. Кубрякова Е.С. О понятиях дискурса и дискурсивного анализа в современной лингвистике (Обзор) [Текст]/ Е.С. Кубрякова.– Дискурс, речь, речевая деятельность: функциональные и структурные аспекты: Сб. обзоров.– М.: ИИОН РАН, 2000. – с. 7-25.
71. Лимнатис Н. Манипулирование: Сущность, проявления, пути снятия: Философский и социально-политический анализ. [Текст]/ Н. Лимнатис.– Москва, Экономическая демократия, 2000. – 216 с.
72. Лингвистический энциклопедический словарь гл. ред. В.Н. Ярцева, [Текст] / М.: Сов. энцикл., 1990. – 682с.
73. МАС Словарь русского языка: в 4-х т. [Текст] / АН СССР, Ин-т рус. яз.; под ред. А.Н. Евгеньевой. 3-е изд., стереотип. М.: Русский язык, 1999.
74. Макаров М.Л. Основы теории дискурса. [Текст] / Л.М. Макаров.– М.: ИТДГК Гнозис, 2003. –280 с.
75. Маслоу А. Психология бытия. [Текст]/ А. Маслоу.– М.: Рефл-бук.– 1997.
76. Маслоу А. Мотивация и личность / А. Маслоу – М., 2003. – 351с.
77. Медведева Е.В. Рекламная коммуникация. [Текст]/ Е.В.Медведева.– М., 2003. – 280 с.
78. Мельник Г.С. Массовая коммуникация как фактор политического влияния, дисс.... док. полит. н, [Текст]/ Г.С.Мельник.– СПб.– 1998.– 210 с.
79. Мигунов А.И. Соотношение риторических и аргументативных аспектов дискурса [Текст]/ А.И. Мигунов // РАЦИО.ru. – 2010. № 4.– с. 3-28.

- 80.Миллз М. Коммуникативный анализ медицинского профессионального общения «врач-пациент» / М. Миллз // Русский язык сегодня : сб. ст.– Вып. 1.– М. : Азбуковник, 2000. – с. 342-350.
- 81.Мишланова С. Л. Когнитивный аспект медицинской коммуникации [Текст]// Сб. науч. тр. «Теория коммуникации прикладная коммуникация». Вестник Российской коммуникативной ассоциации, выпуск 1.– Под общей ред. И.Н. Розиной. – Ростов н/Д, ИУБиП, 2002.– с. 91-98.
- 82.Мордовин А. Ю. Аргументативные стратегии языковой личности североамериканского политика (на материале дискурса Г. Киссинджера) : дис. канд....филол. н. [Текст]/ А.Ю. Мордовин.– Иркутск, 2004. – 239с.
- 83.Москвин В. П. Аргументативная риторика: теоретический курс для филологов. [Текст]/ В.П. Москвин.– Изд. 2-е, перераб. и доп. Ростов н/Д: Феникс, 2008. – 637 с.
- 84.Остин Дж. Л. Слово как действие / Дж. Л. Остин // Новое в зарубежной лингвистике. – Вып. 17: Теория речевых актов. – М., 1986.– с. 22–130.
85. Петрухина О. П. Аргументативные стратегии британского политика (на примере языковой личности премьер-министра Т. Блэра): дис. ... канд. филол. н. [Текст]/ О.П. Петрухина. – Иркутск, 2009. – 200 с.
- 86.Прохоров Ю.Е. Концепт, текст, дискурс в структуре и содержании коммуникации: дис. докт....филол. н. [Текст]/ Ю.Е. Прохоров.– Екатеринбург, 2006. – 338 с.
- 87.Пую Ю.В. Философия манипулирования. [Текст]/ Ю.В. Пую. – СПб, Изд-во Политехнического университета, 2009. – 244 с.
- 88.Ревзина О. Г. Язык и дискурс [Текст]/ О. Г. Р // Вестник Московского университета. 1999, № 1. – с. 25-34.
- 89.Рождественский Ю.В. Теория риторики. [Текст]/ Ю.В.Рождественский.– М.: Добросвет, 1997. – 597 с.
- 90.Рудинская Л.С. Экспериментальное исследование ассоциативных связей лексики в составе профессионального тезауруса врачей [Текст]// Л.С.

- Рудинская.– Проблемы психолингвистики: Теория и эксперимент. Сб. науч. тр. М.: Институт языкоznания РАИ, 2001.– с. 263-268.
- 91.Серио П. Квадратура смысла: Французская школа анализа дискурса [Текст]/ П.Серио.– М: ОАО ИГ «Прогресс», 1999. – 416 с.
- 92.Сёрль Дж. Р. Классификация речевых актов // Теория речевых актов. Новое в современной зарубежной лингвистике. № 17. М., 1986. С. 194.
- 93.Сёрль Дж. Р. Что такое речевой акт? [Текст]/ Дж. Р. Сёрль // Новое в зарубежной лингвистике. – Вып. 17: Теория речевых актов.– М., 1986. – с. 151–169.
- 94.Сёрль Дж. Рациональность в действии / Пер. с англ. А. Колодия, Е. Румянцевой. [Текст]/ Дж. Сёрль. – М.: Прогресс-Традиция, 2004. – 336 с.
- 95.Слышкин Г.Г. От текста к символу: лингвокультурные концепты прецедентных текстов в сознании и дискурсе [Текст]/ Г.Г. Слышкин.– М.: Academia, 2000.– 128 с.
- 96.Справочник онколога : Учеб. пособие для студ. вузов. [Текст]/– М.: МЕДпресс-информ, 2003. – 400 с.
- 97.Стернин И.А. Социальные факторы и публицистический дискурс [Текст] / И.А. Стернин.– Массовая культура на рубеже вв.: Человек и его дискурс. М, 2003.– с.91-108.
- 98.Стецюра Л.В. Концептосфера «организм человека» в профессиональной картине мира медика: автореф. дис.... канд. филол. наук: [Текст] / Л.В. Стецюра.– Челябинск, 2010.– 22 с.
- 99.Сук И.С. Врач как личность [Текст]/ И.С. Сук.– М.: Медицина, 1984.– 64 с.
100. Трубецкой Н. С. Основы фонологии, [Текст]/ Н.С. Трубецкой.– М.:Аспект-Пресс –2000.– 352с.
101. Туленинова Л. В. Концепты «здоровье» и «болезнь» в английской и русской лингвокультурах: автореф. дис.... канд. филол. наук: [Текст]/ Л. В. Туленинова.– Волгоград, 2008. – 24 с.

102. Фанян Н. Ю. Аргументация как лингвопрагматическая структура. [Текст]/ Н.Ю. Фанян. – Автореф. дисс.... доктора филол.наук. – Краснодар, 2000. –49с.
103. Формановская Н.И. Коммуникативно-прагматические аспекты единиц общения [Текст]/ Н.И. Формановская.– М.: Институт русского языка им. А.С. Пушкина, 1998. – 213 с.
104. Формановская Н.И. Выбираем «ты» или «вы» [Текст]/ Н.И. Формановская.– Русская словесность, 2001. -№4. – с.66-71.
105. Хилханова Э. В. Некоторые лингвистические следствия и механизмы переключения кодов в речи бурят-билингвов [Текст]/ Э. В. Хилханова // Вестник ЧитГУ №6 (51), 2007.– с. 114-121.
106. Хинтикка Я. Действительно ли логика– ключ ко всякому хорошему рассуждению? [Текст]/ Я. Хинтикка // Вопросы философии. 2000. № 11.
107. Шейгал Е.И. Семиотика политического дискурса. [Текст]/ Е.И. Шейгал.– М.: Гнозис, 2004. – 324 с.
108. Шиллер Г. Манипуляторы сознанием [Текст] / Г. Шиллер.– Пер. с англ. – М.: Мысль, 1980.
109. Эко У. Отсутствующая структура: введение в семиологию [Текст] / У. Эко. – СПб.: Symposium, 2004. – 544 с.

ЛИТЕРАТУРА НА ИНОСТРАННЫХ ЯЗЫКАХ

1. Bhatia V. K. *Analysing Genre: Language Use in Professional Settings*. [Text] / V. K. Bhatia. – London, New York: Longman, 1993.
2. Bonita R, Beaglehole R & Kjellstrom T. *Basic Epidemiology* [Text]/ 2nd ed. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2006.
3. Cole S., Bird J. *The medical interview: The three-function approach*. [Text] / S. Cole, J. Bird. – London: Elsevier Science, 2005.
4. Dijk T.A.van. *Introduction: Discourse Analysis as a New Cross-Discipline*[Text]/ T.A.van Dijk // *Handbook of Discourse Analysis*. Vol. 1. *Disciplines of Discourse*. – New York, Academic Press. 1985. Eemeren F.H. van *Speech Acts in Argumentative Discussions* [Text] / F.V. van Eemeren, R. Grootendorst. – Dordrecht: Foris, 1984.– 215 p.
5. Eemeren F.H.van, Houtlosser P. *Rhetorical Analysis within a Pragma-Dialectical Framework, the case of R.J. Reynolds* [Text] // *Argumentation*, 2000, vol. 14, №3. – p. 293-305
6. Fairclough N. *Language and Power* [Text] / N. Fairclough. – London: Longman, 1989. – 259 p.
7. Fairclough N. *Critical Discourse Analysis: The Critical Study of Language*. [Text] / N. Fairclough – London: Academic Press, 1995.
8. Farch C., Kasper G. *Part one: Communication strategies defined*. [Text] / In C. Farch G. Kasper (Eds.) *Strategies in interlanguage communication*. London, England: Longman, 1983,1-3. –140 p.
9. Faucoult M. *The Archeology of Knowledge and the Discourse on Language* [Text] / M. Faucoult. – New York: Pantheon Books, 1972. – 239 p.
10. Fowler R. Hodge, B. Kress, G. Trew, T. *Language and Control* [Text] / R. Fowler, B. Hodge, G. Kress, T. Trew. – London: Routledge & Kegan Paul, 1979. – 226 p.

11. Günther A. A set of concepts for the study of dialogic argumentation [Text] / A. Günther // Argumentation approaches to Theory formation. – Amsterdam: John Benjamins B.V., 1982. p. 175 - 190.
12. Jacobs S., Jackson S. Argument as natural category: The routine grounds for arguing conversation [Text] / S. Jacobs, S. Jackson // The Western Journal of Speech Communication. – 2001, № 45. – p. 118–132.
13. Johnstone H. Some Reflections on Argumentation / [Text] / H. Johnstone // Philosophy, Rhetoric and Argumentation / H. Johnstone, M. Natanson. – Pennsylvania, 1965. – p. 4–27.
14. Halliday M.A.K., Hasan R. Language, Context and Text [Text] / M.A.K. Halliday, R. Hasan. – Oxford: Oxford University Press, 1991 – 126 p.
15. Hamblin C. L. Fallacies. [Text] / C. L. Hamblin. – Methuen and Co Ltd, London, UK, 1970.
16. Hassed C. The Essence of Health: The seven pillars of wellbeing. [Text] / Sydney: Random House, 2008. – 250 p.
17. Hein N. Wodak R. Medical interviews in internal medicine [Text]/ N. Hein, Oxford: Elsevier.1987. – 37-66
18. Kahane H. Logic and contemporary Rhetoric the use of reason in everyday life.[Text]/ H. Kahane.– Belmont, 1984. – 321p.
19. Labov W. Sociolinguistic Patterns [Text]/ W. Labow. – Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 1972. – 344 p.
20. Labov W., Fanshel D. Therapeutic Discourse: Psychotherapy as Conversation [Text]/ W. Labow.– New York, 1977. – 402 p.
21. Lakoff G. Thinking Points: Communicating Our American Values and Vision. [Text]/ G. Lakoff. – Farrar, Strauss and Giroux, New York, 2006. – 156 p.
22. Language in the USA Themes for the Twenty-first Century [Text]/ edited by E. Finegan, J.R. Rickford. – Cambridge University Press, 2004. – 519 p.

23. Madzhayeva S. I. Terms in medical discourse [Text] / S. I. Madzhayeva // Bull. of Chelyabinsk university. Seria Philology. Art criticism. – 2011 . –Iss. 60 . – p. 92-94
24. Perelman Ch., Olbrechts-Tyteca L. The New Rhetoric. A Treatise on Argumentation [Text] / Ch. Perelman, L. Olbrechts-Tyteca. – Notre Dame, London: University of Notre Dame Press, 1969. – 566 p.
25. Pêcheux M. L'inquiétude du discours. Textes choisis et présentés par Denise Maldidier. [Text]/ M. Pêcheux. – Paris: Editions des Cendres, 1990. – 332 p.
26. Potter J., Wetherell M. Discourse analysis [Text] // Rethinking Methods in Psychology / Ed. by J. A. Smith, R. Harré, L. Van Langenhove. London, etc. : Sage Publications, 1995. P. 80-92.
27. Reess M.A. van. Argument Interpretation and Reconstruction / Crucial Concepts in Argumentation Theory. Frans H. van Eemeren (ed.). [Text] / M.A. van Reess. – Amsterdam University Press, 2001. – p. 165-199.
28. Schiffrin D. Approaches to Discourse. [Text] / D. Schiffrin – Oxford (UK) and Cambridge (Mass.): Blackwell, 1994. – 470 p.
29. Swales J.M. Genre Analysis. English in Academic and Research Settings [Text] / J.M. Swales. – Cambridge: Cambridge University Press, 1990. – 260 p.
30. Torfing J. Discourse Theory: Achievements, Arguments, and Challenges [Text] / J. Torfing // Discourse Theory in European Politics. Identity, Policy and Governance. – Palgrave Macmillan. 2005. –364 p.
31. Tarski A. On the Concept of Logical Consequence // Tarski A. Logic, Semantics, Metamathematics. 2nd ed. Indianapolis, 1983.
32. Torfing J. New Theories of Discourse: Laclau, Mouffe and Žižek. [Text] / J. Torfing. – Oxford: Blackwell, 1999.
33. Toulmin S., Riek R., Janik A. Introduction to reasoning [Text] / S. Toulmin, R. Riek, A. Janik. – New York, Macmillan, 1979. – 423 p.
34. Walton D. Arguments from Ignorance [Text] / D. Walton. – University park PA, Penn State University Press, 1995. – 326 p.

35. Wodak R. Critical Discourse Analysis [Text] / R. Wodak.– Discourse as Social Interaction, Vol. 2. – London, Sage Publications, 1997. – P.259-284.
36. Woods J. Buttercups, GNP's and Quarks: are the fallacies theoretical entities? [Text] / J. Woods // Informal logic. 1988. –Spring. Vol. X.2. P. 67–76.
37. Woods J. Is the theoretical unity of fallacies possible? [Text] / J. Woods // Informal logic. 1994. – Vol. VI.2.p. 77–85.
38. Zuckero M. Three potential problem for Powers' one-fallacy theory [Text] / M. Zuckero // Informal logic. 2003.– Vol. 23, N 2. p. 285–292.

ЭЛЕКТРОННЫЕ РЕСУРСЫ

1. Абаев Ю.К. Философские основы мышления врача [Электронный ресурс]/ Ю.К. Абаев. – 2015. – режим доступа свободный: <http://www.mednovosti.by/journal.aspx?article=4275> (дата обращения 15.01.2015)
2. База данных ФОМ [Электронный ресурс] / Режим доступа свободный: <http://fom.ru/Zdorove-i-sport/11765> 21.01.2015
3. Бондажевская, Л. С.; Bondazhevska, L. S.. Ошибки в аргументации: попытки определения и классификации. Логико-философские штудии, [S.1.], v. 12, n. 1, Янв. 2015. ISSN 2223-3954. [Электронный ресурс] / Режим доступа свободный: <<http://ojs.philosophy.spbu.ru/index.php/lphs/article/view/39>>. Дата доступа: 09 Май. 2015.
4. Википедия. Свободная энциклопедия [Электронный ресурс] Электрон.текст.дан. Комплаенс, Режим доступа свободный: <https://ru.wikipedia.org/wiki/Комплаенс>
5. Дацюк С., Грановский В. Агентство гуманитарных технологий // [Электронный ресурс] / Режим доступа свободный: [http://korolevstvo.narod.ru.\]](http://korolevstvo.narod.ru.)

6. Информационный портал "Медицинская психология" [Электронный ресурс] Режим доступа свободный: http://www.medpsy.ru/dictionary/dictionary10_006.php
7. Кубрякова Е.С. О тексте и критериях его определения. [Электронный ресурс] / Режим доступа свободный: <http://www.philology.ru/linguistics1/kubryakova-01.htm>
8. Лыгденова В. В. Трансформация традиционных ценностей баргузинских бурят в конце XX — начале XXI века [Электронный ресурс] Режим доступа свободный: // Новые исследования Тувы. 2014, № 3. URL:http://www.tuva.asia/journal/issue_23/7338-lygdenova.html (дата обращения: 20.12.2014.).
9. Определение норм нагрузок для медицинского персонала амбулаторно-поликлинических учреждений [Электронный ресурс] Режим доступа свободный: / Кадровик. Трудовое право для кадровика.— Вып.8, 2008. – <http://www.hr-portal.ru/article/opredelenie-norm-nagruzok-dlya-meditsinskogo-personala-ambulatorno-poliklinicheskikh-uchrezh> (дата обращения 15.10.2013)
10. Слободянник Н. Б. Конструирование идентичности в политическом дискурсе: к вопросу о роли социального антагонизма (о концепции политического дискурса Лаклау и Муфф) (Политическая лингвистика. - Вып. 2 (22). – Екатеринбург, 2007.— с. 60-67) [Электронный ресурс] / Режим доступа свободный: <http://www.philology.ru/linguistics1/slobodyanik-07.htm> дата обращения 04.01.2015
11. Языкоzнание.ру / [Электронный ресурс] / Режим доступа свободный: <http://yazykoznanie.ru/content/view/72/261/>
12. "Я стесняюсь своего тела" ("Embarrassing bodies" Maverick Television, London, England, 2007) - [Электронный ресурс]/ Режим доступа свободный: <http://www.channel4embarrassingillnesses.com> (дата обращения –17.09.2013)

ВИДЕОЗАПИСЬ

1. "Скорая помощь" ("ER") [Видеозапись] / реж. Р. Хэлкоб; в ролях: Джордж Клуни, Эрик Ла Саль, Шерри Стингфилд; Уорнер Бразерз Телевижн. – Констант-Си Продакшн, 1995.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1

Транскрипт терапевтического приема

Запись осуществлена 05.08.2012, поликлиника №2 г. Улан-Удэ

Принято 11 пациентов (траскрибировано 8 приемов) в течение 140 минут.

12.7 минут на 1 пациента. 5 пациентов первично/ 6 - повторно

Пациент 1 – первично

Врач – Так, где живете?

Пациент –

Врач – Четвертый участок, ага?

Пациент. – Но, четвертый участок, ага.

Врач – Слушаю вас, расскажите, что беспокоит вас?

Пациент – Болит спина. Поясница и отдает в ногу правую. Вообще больно, сил нет болит

Врач – В поясничную область, справа? Слева?

Пациент – Справа, она в ногу отдает и вообще сильно

Врач – Справа с иррадиацией?

Пациент – Да

Врач – Так, в какую ногу?

Пациент. - В правую?

Врач- Онемение есть?

Пациент – Ну так-то немного есть,

Врач – В пальцы?

Пациент - Мизинец

Врач - А?

Пациент- Мизинец. Ну. Так не постоянно, я вот посижу если...

Врач - Мммм, в анамнезе грыжа диска, да?

Пациент - Да

Врач- Ухудшение сколько?

Пациент – Три дня уже

Врач- После чего?

Пациент - Да на работе, наверное

Врач - Где работаете?

Пациент - В роддоме втором

Врач - Сейчас работаете?

Пациент - Угу

Врач – на одной работе работаете?

Пациент - Угу

Врач – в дневной стационар пойдете?

Пациент - Угу

Врач – Снимок когда делали?

Пациент – Компьютерная томография?

Врач - Угу

Пациент – Давно, уже не помню

Врач - Ну к невропатологу сходите, что он скажет

Врач-Медсестра – К невропатологу на какое число есть, а?

Медсестра – На 29 только что было

Врач – Августа? Ц....

Врач- Больничный выпишите в регистратуре во втором окне. Выпишите. Подойдете ко мне. Я распишусь. Хорошо?

Пациент – Хорошо

Врач - Вот здесь пересядьте. Так на 11:10 у вас было, да?

Пациент - на 2:20, талончик вот есть

Врач - на 2:20?

Пациент 2 (9:06) повторно

Врач - на 2:30 проходите!

Пациент - Здрасте

Врач – проходите, здравствуйте

Пациент - с выходом!

Врач – спасибо

Пациент - отдохнули то как? На родине?

Врач – ага на родине и на родине. Чо деда пришел?

Пациент – рецепты....

Врач – почему в пятницу приходишь?

Пациент – а как?

Врач – в следующий раз в понедельник, и в пятницу не приходить.

Пациент - В понедельник, в пя...?

Врач – Врачамба Балданович, садитесь **юундэ хэрэгтэй?**

Пациент - **тиигээд...** изомеприл., еще, в тот раз не было, вот это

Врач- **та хэр байнат?**

Пациент – **теэд, нюдэн харахаяа болжо байна**

Врач – но-о, там, наверное, катаракта, чо, подумаешь.

Пациент - ноооо...

Врач – это ерунда

Врач – жалобы есть? Врачеда!

Пациент – хрипота. Все время

Врач - в смысле? Кашляете?

Пациент – иногда. Хрипота... и не отходит. Уши все время заложены. Врачавление есть, нет – все время

Врач - тээээк..... давление?! Чо там это-то? Вы же по ушам на инвалидности то, да?

Пациент - да. Врача. Врача

Врач - но-о... слуховой аппарат то купили вы?

Пациент - нет, не пришло

Врач - ааа.

Пациент – жду

Врач - хорошо. Итак, мы вам индоламид выписываем, геротон выписываем, еще чо?

Пациент -лизинопирил.

Врач- ага

Пациент - хорошо помогает. И вот этот...

Врач – и еще чо?

Пациент - здесь я вам рецепт показываю.

Врач – а, это я поняла. Только два что ли?

Пациент - но, геротон.

Врач -лизинопирил и геротон это одно и то же

Пациент – ага

Врач - вы чем занимаетесь то?

Пациент – как?

Врач- дома.

Пациент - дома? Чем? Ничем. Сплю.

Врач - как Путин?

Пациент - хе-хе-хе. Но-о

Врач – **юндэ тигэ хэлэт?** тэрэ хуни **юндэ тигэт хэлэт?** **Хоер час унта гэт, тигэт арля ге**

Пациент – **те, тигэ хим**

Врач- **та хажудэн хоюнда унтат ю унтэ?**

Пациент- **угэ, тет, зон хулемже бэна хим. Опрено-со**

Врач – **а, хэлжэ бэгл**

Пациент- **опренено-со** ждут. 800 человек

Врач- **хэрэ харугтыла.** Вы ходили?

Пациент- но... рассказывают..

Врач – **хогту бэгай?. Ю?**

Пациент- черт его знает.

Врач- **еще юн гэлснэ?**

Пациент – сказали: отдыхает. Все.

Врач- ну устал, наверное. Хе-хе

Пациент – хе-хе

Врач- Х. Б., а изоноприл то есть?

Медсестра –есть-есть. Но, двадцатка есть. Нумерум 20

Врач- холестерин то какой?

Пациент- **ой, омник эе! Тэрэнь марташоб.**

Врач- холестерин то, сколько у вас был? омник, омник,

Пациент – **холестерин эндэ, хана? Эндэ.** В этой больнице лежал то, полный анализ делали.

Врач – где омник то? Омник то чо? есть?

Пациент- я пью, без этого не могу.

Врач- а где мы выписывали то его?

Пациент- **та ж хоер раз выписывэть болоит**

Врач- **ханам те тэрэмнэ? бэрэ олжо ядаб би.**(м/с консультирует пациентку по мед карточке на р/яз)

Врач- **хуньдо шэхье боднут?**

Пациент- **бодно, да**

Врач- **худы раз?**

Пациент- **ныг да ныг раз, ныг да хоер раз**

Врач- деда, в коридоре подождешь?

Пациент- ага, хорошо.

Пациент 3 (18:47) первично

Медсестра – 14: 40, заходите!

Врач – Присаживайтесь ко мне. Четвертый участок, да? 21- пятый участок. Слушаю вас. Флюорографию, когда проходили?

Пациент – Так Сейчас скажу. 17.06

Врач- В этом году?

Пациент- Этого года.

Медсестра – Где проходили? (17.06)

Пациент – Я проходила не у нас здесь. Здесь не работало, проходила...

Медсестра – В республиканской?

Пациент - В железнодорожной. На Цивилева

Медсестра –Ага

Врач - Угу, слушаем вас.

Пациент – А?

Врач- слушаю вас.

Пациент – у меня знаете, что вот здесь как- то вот одной точке заболело и отдает полностью вот сюда в руку

Врач- в эту руку да?

Пациент – я все поднимаю

Врач- а это?

Пациент- Так вроде все, все нормально . потом как будто рука начинает болеть вот здесь вот, локоть болит, как будто немеет немножко.

Врач – угу. Давайте раздевайтесь до пояса, посмотрим. А голова не болит?

Пациент- да нет, не болит

Врач- так сделайте. Не больно?

Пациент- да нет

Врач – давно болит?

Пациент – где то с неделю. вроде получше как будто становится

Пациент – так сильно вроде не болит, как бы выламывает.

Врач – и движения ограничиваются. И они, усиливаются, боли усиливаются при кашле, при глубоком дыхании при поворотах. Да?

Пациент - вот даже нет, вот оно как будто бы не болит, потом раз вроде и начало. И ломота такая. Вот когда утром встаешь, вот оно тогда болит.

Врач – сейчас не болит...

Пациент – она болит, оно вот здесь вот это место болит, и оно отдает, когда чувствуется

Врач – угу... в фитнес клуб не ходите?

Пациент – нет

Врач – в баню париться не ходите?

Пациент- а?

Врач – в баню париться не ходите?

Пациент- все давно не ходила

Врач- (измеряет давление дважды) ну-ка не шевелитесь, и не разговаривайте. На весы встаньте. Не надо снимать.

Пациент – да я так могу сказать вам вес.

Врач - нет, мы посмотрим.

Пациент- да? Где- то 71

Врач- рост сколько?

Пациент- Метр шестьдесят

Врач- правильно

Пациент- потому что слежу за весом

Врач – родители гипертоники?

Пациент - так. Ну, нет. Не было у мамы, и у папы тоже

Врач – вредные привычки есть?

Пациент – да нет.

Врач – корью болели?

Пациент- да

Врач – тааак, диета. Чтобы давление не усугублялось. И чтобы не усиливались явления атеросклероза, рекомендуемые продукты исключить, угу?

Пациент – что я и делаю

Врач- все вам написала, по одиннадцатое...я вам таблетки назначу. Аллергия на лекарства, какие нибудь есть?

Пациент – да нет, не было. Не замечала.

Врач- вам больничный не нужен?

Пациент- нет

Врач- аппарат от давления есть?

Пациент – есть

Врач - надо базальное давление мерить. Это то есть вы, значит, просыпаетесь, да?

Пациент – угу

Врач- еще не пописали, в туалет не сходили, не умылись. Как проснулась, сразу давление измеряете. Это базальное давление. Самое, самое точное давление. Я вам назначаю от давления таблетки ради называются 1.5 мг. Одну таблетку один раз в день периндокрин 4мг 1 раз вечером будете пить. Три дня пьете, давление, если это самое значит высокое, дозировку уменьшаем, а если оно,значит, за три дня понизилось. Вы дозировку уменьшаете. Ориентируйтесь на базальное давление, которое вы утром измеряете. Трентал по одной таблетке три раза в день это в течение месяца. Это сосудистый препарат и улучшает микроциркуляцию и это... от того.. Что у вас болит, я думаю, там у вас защемление идет. Миллиграмм по одной таблетке два раза в день тоже надо пить в течение месяца. И массаж

грудной клетки на Куйбышева, номерум 10. и учитывая, что у вас давление высокое. Вы должны комплекс этих обследований пройти. Обязательно. Ага?

Пациент – а направления...

Врач – направления сейчас напишем. В коридоре подождете?

Пациент - хорошо

Пациент 4 (38:20) повторно

Пациент – здравствуйте

Врач – здравствуйте. Вы талон брали на прием?

Пациент – да. Вот он. Результаты анализов должны быть. Я у терапевта был, потом у хирурга

Врач – какой участок у вас?

Пациент- 4.

Врач- 4? А где анализы 4 участка? Вы за этим только пришли? Только анализы посмотреть?

Пациент – но-о, анализы, нормально ли

Врач- на вашем участке. Знаете, где 4 участок принимают?

Пациент – но прописали сюда...

Врач – ну прописали сюда, но анализы мне не дали. я сегодня первый день вышла, анализы там у вашей м/с. В 23 кабинете, скажете, И.А., дайте мои анализы.

Медсестра – к И.А. сходите в 23 заберите у нее свои анализы, скажите, анализы нужны.

Пациент – анализы сходить взять?

Врач – глухой что ли, у хирурга же лечится.

Пациент – нет у меня просто соскочило, волдырь такой. Просто анализы, надо проверить, и посмотреть.

Врач- ну лечение назначил же вам хирург, принимайте, дальше. Что бы, это самое, не довести до оперативного лечения. Это дело серьезное...

Пациент- ну я знаю. Что сложно. Просто сказали на прием прийти в пятницу с анализами, результаты посмотрят и скажут

Врач – а! ну, сходи, возьми анализы. К нам то не надо. Возьмите свои вещи

Пациент – за результатом? Как вы сказали, ее зовут?

Врач- И.А.

Пациент 5 (40:30) повторно

Врач- проходите.

Пациент- ой, закройте меня скорей. Бегу я от вас, чтоб очередь не сидеть

Врач – а в чем проблема?

Пациент – так в чем? Вот. Выписали в пятницу на 10. пришла, сидела-сидела, сидела-сидела, вот так и болтаюсь с утра голодная.

Врач – а чо не бросите?

Пациент – жалко, жалко, домой побегу.

Врач – улучшение у вас есть?

Пациент- чего?

Врач- улучшение есть?

Пациент- А! ну в принципе да.

Врач – закрываем да?

Пациент – закрываем. Закрываем.

Врач – и не смотрим вас что ли?

Пациент – не, не надо

Врач – у вас какой участок?

Пациент – 4

Врач- вам какую. Левую, правую (измерить давление)

Пациент – не, лучше эту, левая болит, что то раздулась

Врач- где работаете?

Пациент – да, не то

Врач – а?

Пациент – сейчас пока не работаю

Врач – а больничный то зачем?

Пациент – ООО «Паритет+». Это я уже, с каких пор не работаю

Врач – точно не кушала, давление падает.

Пациент – но, говорю же вам. Старая, больная. Это я еще побегала.

Врач – эти все лекарства пропили, да?

Пациент – ага.

Врач- на работу выписываем?

Пациент – ага.

Врач – контрольные анализы крови через месяц. Будьте любезны, подойдите

Пациент – у меня на той неделе сдавать.

Врач- на той неделе не рановато?

Пациент – ну с 18 числа. На терапию. Нет мне анализы не надо мне уже выписали.

Врач – карточку домой хотите забрать?

Пациент- угу

Врач – жалобы есть?

Пациент – нет. жалобы только на очереди.

Врач – что там у нас с молочной железой?

Пациент – отрезали. Что с ней?

Врач – угу.. ээээ. Шов как? нормальный?

Пациент – шов нормальный сегодня врач смотрела, могу показать. Шов то видно. Немножко осталось

Врач – угу. Вы на инвалидности?

Пациент – ну да.

Врач – а этот то есть у вас, протез?

Пациент – нет, самодельный.

Врач – нет, а протезы же заказывают

Пациент- сказали месяца через 3-4. я вот пришла первый раз в БВК обратилась

Врач – а у вас на экг очередь есть, а?

Медсестра – посмотреть надо..

Пациент – посмотрите пожалуйста, а то я, ой...

Врач - вы где работаете?

Пациент – ООО «Паритет+»

Врач – может вам больничный не надо?

Пациент – как не надо?
 Врач- а если не пройдет?
 Пациент – ну не пройдет, вернусь. Исправлений же нет.
 Врач – больничный закрыт, случай закончен

Пациент 6 (57:15) повторно

Врач – проходите, пожалуйста. Присаживайтесь
 Пациент – куда? Сюда?
 Врач - ко мне.
 Пациент – к вам?
 Врач – болеете еще?
 Пациент - да нее, уже так...
 Врач - на работу?
 Пациент – наверное уже пора. У меня вот только с глазом проблема маленько. Надо было это...
 Врач - в смысле?
 Пациент - я вчера ходил в «Ритм».
 Врач - угу
 Пациент – но там что то дорого слишком 450. видно от ушиба, что ли
 Врач – что случилось с глазом?
 Пациент – но-о это, машина сбила, на пешеходном переходе. Чо, На работу пора уже, устал. В этой, в республиканской лежал в нейрохирургии. Физиокабинет то я окончил, там мне медики назначали это, ну, грудную клетку, это, и коленки. Вот это, вот я еще, предварительно то я еще не сдал.
 Врач - покажите
 Пациент – щас. Каждый раз все новые и новые врачи
 Врач - вы с кем живете?
 Пациент – с женой. С детьми.
 Врач - Талон сейчас посмотрим к окулисту. А вас в стационаре то смотрел окулист?
 Пациент – а?
 Врач - в стационаре смотрел?
 Пациент – это, там то в республиканской? –нет.
 Врач – мазок еще надо взять, сдать на этот....
 Пациент – на что?
 Врач – дифилобактериоз
 Пациент – так, а я это...
 Врач- анализ сдавал?
 Пациент – да, жена, дети сдавали, у них отрицательно а у меня одного вот позитивно. А я это, покупал по 425 лекарство.
 Врач – вы кем работаете?
 Пациент - а?
 Врач - кем работаете?
 Пациент – слесарем по ремонту оборудования.
 Врач – жалобы то есть?
 Пациент – у?

Врач- жалобы то есть?

Пациент- да нее, так то все нормально, да только вот дурной то глаз то проверить надо, потому что нет-нет да это, какая- то, звездочки летать начинают.

Врач- звездочки летают оттого, что давление повышается.

Пациент – кардиограмму на одном глазе да? И потом этого же не было...

Врач – ну еще куришь,

Пациент – ну курю, да. После этих чудес то вообще курить много стал. Надо. На работу выходить хоть маленько это, там делом занимаешься, курить некогда будет делал?

Пациент – там у меня в этом, в республиканской делали. у меня давление то давно уже лет 10, больше. Все нормально.

Врач – а что нормально?

Пациент – ну у меня это, от родителей.

Врач- окулиста надо консультацию

Медсестра – нету к окулисту вообще. Одна окулист, до конца августа все занято.

Врач – а в «Ритме» сколько стоит окулист то?

Пациент – 450. вот вчера ходил, узнавал. Ну ладно, если чо, туда пойду.

Врач – Энап. Это лекарство принимают два раза в день.

Пациент 7 (76:24) (выясняют порядок заполнения б/л предыдущего пациента) повторно

Врач – проходите пока

Пациент – вот эти анализы последние. Этот узи я делала, мне назначено было. Это делали в БСМП

Врач – угу...

Пациент – с обострением, хронический гастрит, обострение, там увезли, сделали анализы и отпустили, сказали еще на участок прийти, я приходила, общий анализ биохим еще не сдала, кровь, а вот мочу. То, что....

Врач – ну мочу то можно было не сдавать, вы же в этом сдавали, в БСМП то

Пациент – но-о, не знаю, сказали сдать, сдала... это тоже самое да? Практически?

Врач - у вас там моча нормальная была

Пациент – да?

Врач- моча нормальная была, фосфаты только были

Пациент - а.... А тут?

Врач – здесь тоже нормальная

Пациент - Нормальная? да?

Врач – но. Тут у вас, вам значит, назначено АМСД по одной таблетке два раза в день после еды, навалил после еды утром

Пациент – а можно я спрошу. Сказали мне в БСМП, что у меня в почках песок, да?

Врач – щас я посмотрю узи –дэ... мелкие, да... это. Это кисты в этом,... в щитовидной железе... зоб 2 степени, мелкие кисты, консультация эндокринолога.

Пациент – а тут есть, знаете, есть тут для сравнения....

Врач – узи хаанам тээ даа?

Пациент – байха. Энэ урда тээхэн байна. Ой. Врачээрэ байна. Этот девятый тут, наверное, щас я вам найду.

Врач- а. Это все щитовидка, щитовидка,
 Пациент – ага, а вот этот мне посмотрите,
 Врач- а вы к эндокринологу ходили?
 Пациент – ходила, а, нет еще
 Врач- а вы были же в десятом году
 Пациент – а! была, была, была!
 Врач – это самое, она лечение вам назначила, через 6 месяцев эль тироксин по 50 мл 1 таблетке.
 Пациент – да, через 6 месяцев, **гэт, узи хэт**, я должна к ней идти. Да?
 Врач- да
 Пациент – а. Ну, хорошо.
 Врач – сейчас у вас жалобы то есть?
 Пациент - вы знаете, **халуунэ би ядалдэг болоб**
 Врач – **би тоже ядалднэм даа**
 Пациент – да?!
 Врач – конечно!
 Пациент – прямо вообще не могу!
 Врач- узи органов брюшной полости вам назначено
 Пациент – назначено
 Врач – на 18. в 8:30 пройдете планово. А где тут почки? Почки то где?
 Пациент – какие почки? Не знаю.
 Врач – ФГДС почек не делали вы?
 Пациент – почек мне не направляли, сказали вот это. ФГДС желудка. А еще почек делают, да?
 Врач – ну вам дали органов брюшной полости
 Пациент – а, да, дали
 Врач – так, у вас сейчас жалобы есть?
 Пациент – ну я сейчас на иглоукалывание хожу. Эээ гастроэнтеролог добро дал. Сказал, в принципе можно тибетской, как? Восточную медицину можно принимать,
 Врач - но у вас, тут, это самое, ничего страшного нет...
 Пациент – нету, да? А ну ладно, это в принципе...
 Врач – на работу пойдете....
 Пациент – пойду
 Врач – где работаете?
 Пациент – ну сейчас мы в отпуске так-то. Бгу....Но я хочу в сентябре несколько дней вот так использовать, в принципе же, имею право?
 Врач – в смысле?
 Пациент – эээ больничный
 Врач – как больничный?
 Пациент – нельзя так?
 Врач - не-е, я не поняла...
 Пациент – если я сейчас в отпуске, да?
 Врач- **тигэт?**
 Пациент – **тигэт сен্যябъсо ажалдаа, в августе конце гарат, сенябъсо дурбэн дэ энэхэн**
 больничный использовать могу?
 Врач – **хэн мэдэм те. Тет тэ тэр тэ решите.**

Пациент – ааа. но-но
 Врач - ложитесь, животик посмотрим.
 Пациент – энэ, энэхэн все равно?
 Врач- ага, головой туда...
 Пациент – энэ, знаете, энэ.... Хондроз...
 Врач – вам сколько лет то? Какой хондроз то?
 Пациент – ха – ха,
 Врач - Ноги согните, язык покажите
 Пациент - у меня вроде бы живот то ничего, ем...
 Врач – таак...
 Пациент – пониженная кислотность, мmmm, если я лук репчатый вообще, лук ем, у меня прямо аж потом,... но я вот люблю очень
 Врач - ну зачем так это? Вы лучше поешьте. Это самое..., вы лучше поешьте смородину, потом клюкву, бруснику. Ну, я тоже люблю, но не стоит, ...потом будет поджелудочная реагировать
 Пациент – на кефир иногда тоже... это тоже? С пониженной кислотностью, да?
 Врач - у?
 Пациент - пониженная кислотность тоже реакцией на кисломолочное может быть, да? Иногда кефир ууна. Прямо это, все начинает бурлить...
 Врач - но это хорошо же, перистальтика усиливается
 Пациент – пучит живот,
 Врач- потом стул
 Пациент – ну да,...а в физиополиклинике раньше же были массажисты. Отсюда с направлением можно было идти на массаж, да? Такого сейчас нету?
 Врач - запишут вас на сентябрь месяц...
 Пациент - аааа.... ясно
 Врач – дать вам направление?
 Пациент – дать
 Врач – что за дурдом эти больничные придумают!
 Пациент – ну я вижу что это новое новшество у вас тут, больничный новый
 Врач- Х.Б., напиши ей направление на массаж поясничного отдела позвоночника
 Медсестра- массаж платный, будете?
 Пациент – платный да? А сколько будет?
 Медсестра – ну не знаю, сколько там...
 Пациент – хорошо
 Врач - куда в отпуск собираетесь?
 Пациент – ну все, заканчивается, сейчас видимо проболеем, да и на работу...у нас будет первое полугодие жарко наверное , это кстати, лицензирование ожидается
 Медсестра – вот, массаж
 Пациент – спасибо
 Врач – Ханда Батоевна, на понедельник ей талон выпишите..
 Пациент - это все?
 Врач – угу
 Пациент - до свидания.

Врач – курите?
 Пациент – курю
 Врач – бросать надо
 Пациент – надо.... Ну надо больничный
 Врач – не надо?
 Пациент – надо, надо
 Медсестра – вот кровь ваша.
 Врач - чо... нормальная, здесь тоже хороший анализ
 Пациент – тиниловая проба завышена, да?
 Врач - тиниловая проба? Неет
 Пациент – 4,3
 Врач – до 4 же
 Пациент – норма же 0,4. а 4,3 у меня
 Врач – ноль, тире, четыре
 Пациент – а у меня 4,3
 Врач – ну и что?
 Пациент – а, ничего страшного?
 Врач – ложитесь
 Пациент – рубашку снимать?
 Врач - освободите рубашку
 Пациент – у меня еще здесь под лопаткой постоянно болит нет-нет да кольнет
 Врач – продувает? Продувает, наверное...
 Пациент – да нет. Каждый день продувает, что ли? Что - то такое, внутренняя боль
 Врач – флюорография же есть?
 Пациент – есть
 Врач – массаж, гимнастика... по большому как ходите?
 Пациент – да по разному. Вчера жидкоко сходил.
 Врач – сегодня на работу ходили вы?
 Пациент – сегодня ходил.
 Врач – я имею право только с сегодняшнего дня выписать вам больничный. Или с понедельника будем выписывать, учитывая, что один день вы проработали. С понедельника?
 Пациент – ну
 Врач – кровь на компилобактер пилори вон это там, на снимке написано же, нарисовано же, со жгутиками клетки простейшие
 Пациент. – где органы пищеварения что ли?
 Врач – угу
 Пациент – а может я раньше то и сдавал. По-моему я... сдавал
 Врач - вы сейчас амипразол пьете да?
 Пациент – да, и омез выписали.
 Врач – омез и амипразол – это одно и тоже, алмагель пьем, и еще мы добавим, значит. Что мы еще добавим? Васкапан. Тааак и потом. Х.Б. сейчас вам рецепты выпишет, направления выпишет, а вы больничный в регистратуре оставите во 2 окне. Скажете, что больничный вам выписали с понедельника. Здесь написано. Карточку оставите, они вам выпишут. Понятно?
 Пациент – угу. Так и дополнительно, что там еще?

Врач – сейчас она напишет. Эритромицин по 0,5 2 раза в день в течение 7 дней. Чтобы иии... Как сказать, такие стандарты лечения, эритромицин, амоксициллин по 0,5 2 раза в день в течение 7 дней. Вы амипразол пьете 2 раза в день в течение 7 дней, потом продолжаете по одной таблетке в день в течение 2-3 недель на ночь. Алмагель продолжаете пить, и плюс еще вакспан. Угу? Ну диета еще, острое, горячее вам запрещено, угу? Понятно вам? И все. Ааа. Там больничный до пятницы. А в пятницу придет к нам.

Пациент – в пятницу?

Врач – но-о

Пациент - угу

Приложение 2

**Транскрипт терапевтического приема 08 августа 2012, г. Улан-Удэ. Поликлиника №2
16 пациентов 173 мин / 10,8 мин/пац 8 первичных/8 повторных**

Пациент I первично

Пациент - Здравствуйте

Врач – Здравствуйте, это какой участок?

Пациент – 4. я отравилась, по-моему, потому-то у меня в пятницу. Я в пятницы себя неважночувствовала, то есть у меня с пятницы понос. С пятницы понос и...

Врач – жидкий стул?

Пациент – ага, жидкий стул. Но в пятницу у меня было так вот просто, я даже не поняла. У меня слабость была, и был понос. В субботу у меня был понос, так вот я чувствовала, я в субботу не ела, и вот у меня была головная боль

Врач – жидкий стул. Сколько раз?

Пациент - он шел у меня целый день, то есть я утром нормально поела и после этого прямо не могла, у меня был жидкий стул. Просто я даже не знаю

Врач - многократный?

Пациент – ну раз 5, наверное, раз 5, наверное, было. И болел прямо живот и это, такая слабость, какая-то ломота в костях. И сегодня ночью тоже ...

Врач - а вот жидкий стул то с примесью крови, слизи есть?

Пациент – ну там не примесь слизи, ну какой-то он там, немножко неоднородный. По-моему крови нет, может слизь? Но в субботу, я говорю, целую субботу я себя хорошо чувствовала. То есть у меня головная боль была, а стул у меня раза 2-3 был. Такого не было вчера.

Врач – боли в животе, в каком месте?

Пациент – ой у меня пуп болит, как всегда в этом месте. Как обычно, ну и пучит еще. Я пила регидрон вчера, то есть в пятницу и субботу, а вчера пила регидрон, и на ночь выпила левомицетин. Ну, что то не помогло. Потому что ночью я вообще была там. Мне было прямо совсем. Я утром тоже регидрон выпила. А так дома у мамы все нормально, сын тоже немножко жидкий, но у него нормально....

Врач - вы с чем связываете свое состояние?

Пациент – потому что мне кажется, оно утром вообще у меня было ну, чуть-чуть расстройство, да...

Врач - угу

Пациент – но в пятницу... в пятницу мы нормально ходили Манту сдавали, в пятницу тоже была боль, но нормально, просто.... лечилась. Ну, вот не знаю, то ли я в четверг ела трубочки с кремом белковым, или это может быть деревенская сметана, потому что я ела ее в пятницу, и вот вчера утром я ее поела. Ну, или не знаю, может у меня просто расстройство? Ну не знаю, чем - то может, отравилась

Врач - кушала трубочки...

Пациент – трубочки в четверг я кушала, но хотя в пятницу утром я меня нормально чувствовала. Я с ребенком приходила в поликлинику.

Врач - деревенская сметана

Пациент - деревенская сметана. То есть получается, в пятницу поела, где-то в обед и вчера утром немножко поела, и вот у меня прямо. Ну, или может овощи или фрукты, какие

Врач – какие хронические заболевания есть? Хр. гастрит, хр. панкреатит, колит?

Пациент - нет, ничего у меня

Врач - нету, да?

Пациент – то есть у меня вообще такое состояние редко очень бывает...

Врач – мmm

Пациент – я, поэтому и подумала, может, пройдет

Врач - температуры не было?

Пациент – температуру я не измеряла, но может, ночью сегодня была, потому что ночью меня так сильно морозило

Врач- градусник себе поставьте. Вы сейчас работаете?

Пациент – нет, я сегодня должна была первый день выйти

Врач – мазок на дизентерию, сальмонеллез надо сдать. Язык покажите... 36,7

Пациент – ну нету сейчас у меня

Врач – ложитесь на кушетку головой к двери

Пациент – обувь снимать?

Врач – нет, на клеенку. Тут больно?

Пациент - нет вроде

Врач – так больно? Так ничего?

Пациент – сейчас у меня не болит

Врач - не болит, да?

Врач - послушаем сразу. Сегодня стул был у вас?

Пациент – сегодня был. Такой жидкий прямо, что я даже не добежала

Врач – один раз?

Пациент – ну вот часа, часов в пять, наверное

Врач – сегодня один раз был да?

Пациент – один раз.

Врач – обильный?

Пациент – а?

Врач – обильный, много было?

Пациент – ну достаточно много

Врач – пенистый?

Пациент – нет

Врач – учитывая, что у вас тошноты нет, рвоты не было да, температуры нету, болей в животе нету, я думаю, что это у вас функциональное расстройство кишечника, и, наверное, бактериальной этиологии нету, но, это самое, таблеточки я назначу, вы сдадите, это самое, общий анализ крови, общий анализ мочи, копрограмма, и мазок сдадим на всякий случай. Мазок на дизентерию и на сальмонеллез.

Пациент – ну у меня тошнота такая есть, но не сильно, скорей от голода.

Врач - Так, водно-чайная диета в течение трех дней.

Пациент - то есть что мне? Только чай пить?

Врач – чай и сухари. Черный чай, без молока

Пациент – и без сахара?

Врач – угу. Можно регидрон. Правильно вы пили

Пациент – и лоперамид. Есть такой препарат лоперамид. Там по схеме написано. В первый день столько, там после каждого стула, все прочитаете, ага? Потом мезим форте по одной таблетке три раза после еды. Лоперамид, мезим форте и омез 20 мг одну таблетку один раз на ночь. Так, она сегодня мазок сдаст, в пятницу готово будет?

Медсестра – да, в четверг приготовят.

Врач – все

Медсестра – вы тогда в коридоре направления подождите и в пятницу за результатами анализов.

Пациент 2 (12-15) повторно

Пациент – здравствуйте

Врач – здравствуйте. Ольга Николаевна, как жизнь?

Пациент – Ах, ну как жизнь? Я все с рукой, второй уже начала делать это, на второй, как сказать...

Врач – а! уже к этому сходили, к этому ...

Пациент - к ревматологу сходила, все что выписал, эти все уколы принимаю. Только там вот насколько там мне надо принимать я вот сейчас ... вот все что он мне выписал, да, вот это все я значит. Все эти принимаю, но вот сейчас вот эти аркоксия он мне выписал таблетки, их нету одну вот только пачку вот пропила, сегодня должны поступить. Сколько мне надо их пить, до скольки раз? Вот этих двадцать, только 10 прошла. 20 мне назначили, а только 10 уколов.

Сегодня докуплю, они дорогие, паразиты,

Врач- ультразвук, это все приняли, да?

Пациент – ультразвук она мне отказалась, говорит. Только через 3 месяца. А он мне ультразвук выписал

Врач- ага

Пациент – а она мне говорит, вы в июле закончили, теперь только через 3 месяца.

Врач- массаж принимали?

Пациент – массаж, я по новой вот начала ходить. 4 раза отходила, еще неделю. Массаж принимаю. Ну а это стала, массаж, опять у меня вся рука в синяках. Вот сейчас пойду на массаж.

Врач - дипроспан вам назначили...

Пациент – да. Да.

Врач – а вы делали?

Пациент – да.

Врач – в сустав прямо?

Пациент – нет, в это, внутри,... а кто мне? Муж... чо ходить то из-за одного укола сюда?

Врач – тут написано периартикулярно дипроспан 7 мг, то есть в сустав. В сустав надо было

Пациент – ах! В сустав надо было, что ли? Ё-моё. А мы в этот,

Врач - сердолук по 1 таблетке 2 раза в день

Пациент – а нам не выписали. Это чо за сердолук?

Врач – 2 недели

Пациент - А мне его не выписали этот сердолук, ой, да тогда выпишите. Я тогда даже не знаю.

Мы его и не пьем. Мы пьем вот это аркоксиа, он мне выписал это, а этой-то у меня нету. А это

то значит в сустав надо. Мне пойти к хирургу.

Врач - в сустав надо было

Пациент – но,... но в сустав больно. В прошлый раз ходила, прямо ... целая эта...

Врач - на курорт чо, не поедете?

Пациент – какой курорт-то?

Врач - Тут написано

Пациент – ну это раз в год. Курорты сейчас дорогие. Путевки есть?

Врач - в кармане, сейчас вытащу, дам.

Пациент – ну вот! А я чо, за платно, что ли поеду на курорт? Наши курорты, там за платно то

Врач - хоть в Горячинск съездите, чо. Но в сустав, конечно, я против этого. Сейчас вам в сустав поставят, вы облегчение быстро получите. В последующем, мы же долго хотим жить....

Пациент – не-е не надо

Врач – там лекарство поставишь, он хрящ там разэтовается

Пациент – нет, мне 2 раза укол в сустав ставили, чо толку. Эта на «к» такая. К, к, клее... какая то, там написано. Ну, чо, там вот это же... выписала, как называется...

Врач - чо? Называется аркоксиа

Пациент - вот, аркоксиа. Вот они, вот они, аркоксиа, аркоксиа ли? Они тоже видимо стали поступать, вон сегодня в аптеку позвонила, еще не подошли. Одну купила, на весь город одну пачку нашла. И все тоже дорогие такие, вообще. Уколы три тысячи, таблетки три тысячи, чо такое? Вот так вот после массажа ничо вот так вот...

Врач- этот процесс длительный

Пациент – но-о... значит этот - то надо мне,... а чо? а внутримышечно тогда не надо его делать, да?

Врач - дипроспан то?

Пациент – но-о, да я его не буду больше делать тогда ...

Врач - а вы хоть его сделали?

Пациент – нет, только... так, а мне муж ставит внутримышечно

Врач - дипроспан он проставил?

Пациент – да вон все уже проставили 7 штук.

Врач – дипроспан?

Пациент – конечно

Врач - ежедневно?

Пациент – ежедневно

Врач – нет, Не надо, хватит

Пациент – хватит?

Врач - а кто сказал ежедневно вам ставить то?

Пациент – не, ну мне выписали, это то, а в пачке 7 штук. Здесь нико не написано ежедневно или сколько. Ну, выписали, да выписали...и я больше будто бы не беру, а вот эти- то 20?

Врач- 20

Пациент – ну ладно

Врач – вы на больничном, да?

Пациент – я взяла, но он мне... В принципе мне знаете, я так-то под сокращением, но у меня сейчас время то закончилось. А ходить то я все равно на работу не могу искать, чтоб мне больничный им предъявить... может, он столько мне не нужен, но все равно нужен

Врач - ну продлите

Пациент – но, продлим, но... нужно будет

Врач – давайте раздеваться

Пациент – я вот так вот, помаленьку эта рука у меня

Врач - лучше станет, но не сразу.

Пациент – ой мне это

Врач - не! не надо раздеваться. Вот так сделайте... угу, угу...так, вдох

Пациент – теперь уже больно-не-больно мне же она поднимает ... так что, что, ой! Мне после массажа, вот так на маленечко когда она сама массажирует, мне она поднимает руки туда-сюда, пока когда это лежа, когда я встану...

Врач – а лечебная физкультура вам, показали вам в кабинете лфк?

Пациент – ну показали. Ну, я...я уж забыла ее наполовину. В основном я вращаю. У меня вот такая палка. Я вот так вот вращающие движения делаю

Врач – Ольга Николаевна, лфк два раза в день утром и вечером, без этого.... Всю **жизнь, до конца своей жизни**, чтоб сустав сохранить, хорошо?

Пациент – но. там упражнений- то много, и так и сяк, конечно, без них....совсем поддается очень плохо. И так ужу столько всего уже прошла, по второму разу опять

Врач- массаж

Пациент – ну массаж с одной стороны хорошо, но

Врач – вы кровь, мочу все же сдавали?

Пациент – да по три раза. Моча была плохая, я не в то время выписала, у меня сейчас нормальная. Я вообще начала пить это... купила это в компании. В компании купила воду, очиститель, оптимизатор, так ничего, почистить

Врач - хм

Пациент – послушаешь, кто что скажет это пейте, это пейте

Врач- кальций пьете?

Пациент – да. У меня уже кончается. Вот эта большая-то да, бутылка? Ну, ее что еще надо докупать, когда кончится? Вообще ее как надо постоянно? Вообще кальций д3 Никомед что ли?

Врач - вам сколько лет?

Пациент – а мне 55, скоро 56

Врач - до конца своей жизни

Пациент – а, вот так да? Ну ладно... ну ладно... так, а я вот эти- то не поняла. Вот эти он мне выписал аркоксиа. А сколько мне пить то? Там всего сколько?

Врач – 28 таблеток

Пациент – 28 надо пропить да? Я пропила одну пачку, значит мне еще одну надо
Врач – физио, когда принимали то? В июне, в июле?

Пациент – в июле. А - Вот у меня штука то есть, посмотрите, последнее
Врач – в июле

Пациент - закончила в июле, или что там у меня было

Врач – когда сказали вам прийти?

Пациент – ну сказали через 3 месяца только

Врач - к гинекологу ходили, да?

Пациент – узи сделали. Мне там миому все время показывает, узи делали

Врач - миома матки?

Пациент – ну все уже, все. У вас она что была что ли, она спрашивает.

Врач - она написала?

Пациент - да нет, она сказала все у вас.

Врач - по переднему узел 0,7 мм. Диагноз все равно есть. Так

Пациент – а мне она сказала, все уже закончили, засохла. Ну, тут отметили 0,1 отметили

Врач – у невропатолога вы были, нет?

Пациент – ну, сразу же, а он сказал, у меня ничего нету вашего, хирург сказал тоже нету у меня
ничего вашего.

Врач – ну конечно

Пациент – ну а физио сказала сотрясение большое в этом, в этой части, пока это все у вас
разойдется... так бы рад, чо-нибудь, конечно. Мне они почему-то назначают местно парфин.

Врач - это же тоже физиолечение

Пациент – а, тоже физио? Ааа, ну все ясно. Парфин то мне вообще не назначали ни разу.

Врач – ну она знает чо...

Пациент – ну может быть

Врач - ну здесь надо это, упорядочить на комиссию карточку

Пациент – так, афуток принимаем,... а чо такое афуток?

Врач - афуток вы же тоже принимали до двадцати... там написано...

Пациент – а, это вот это, да? Ну, принимаем... это уколы мне будут ставить

Врач – но-о, так, это, в отношении лечения вам все понято же, да?

Пациент- но-о,

Медсестра – где карточка? Вы сюда пересядьте, пожалуйста

Пациент- ага...

Врач- сейчас на комиссию пойдете в 14 кабинет для продления больничного листа

Пациент – ну давайте, может его закрыть?

Врач- зачем?!

Пациент 3 (26-42) повторно

Врач - здравствуйте, проходите!

Пациент – здравствуйте.

Врач – о, красавица! Похорошела!

Пациент – спасибо!

Врач- Лариса Константиновна, я же поступила на закройщика портного с прикладным
искусством по пошиву национальных костюмов

Врач - поздравляю!

Пациент – сейчас с этого, ... но дело в том, что у меня там требуют прививки, вот это, а прививки у меня не готовы

Врач- карточку, карточку давайте, у тебя медотводов нету

Пациент – нету?

Врач- по вашему основному заболеванию не должно быть медотводов

Пациент- не знаю, а мне Сергей Сергеевич написал... он говорит...

Врач- Сергей Сергеевич? хе-хе... Так: по состоянию здоровья противопоказано. АДСМ не противопоказано, адсм. Адсм от дифтерии можно сразу, 100 процентная смертность, если ты заболеешь. От твоего заболевания, не это самое, не умирают, понятно? Сейчас, если обострения вашего основного заболевания нет, мы имеем право, полное право вакцинировать. Лучше завакцинировать, чем так, да? У тебя от дифтерии нету прививки? Точно не знаешь?

Пациент – не знаю...

Врач - ясно. Сейчас все посмотрим, сейчас все решим, все узнаем ...

Пациент - я же в Москву нынче ездила.

Врач – а чо без меня то ездила?

Пациент – вы же работаете?

Врач - ну и что? Меня бы отпустили в командировку. Ну, отпуск взяла бы для тебя. С тобой в Москву. В следующий раз бери меня. Дай мне последнюю выписку.

Пациент - сейчас дам.

Врач - как себя чувствуешь то?

Пациент- хорошо.

Врач- хорошо, давай сейчас градусник поставим тебе. У тебя занятия когда начинаются?

Пациент – 31 августа

Врач- и от кори у тебя нет прививки? Ты корью не болела?

Пациент – не помню. Не болела ни разу.

Врач – не болела? А в детстве?

Пациент – не помню, может быть, маленькая

Врач- не помнишь...

Пациент – там где-то должны быть..

Врач- ты с кем в Москву ездила?

Пациент – с Еленой Васильевной, вот! 2011

Врач- а кто это такая Е.В?

Пациент – Ел. В?

Врач - а! с Е.Л. Волковой?

Пациент – но-о.

Врач- а такой большой нету выписки?

Пациент – вот она 05.04.11

Врач – Медсестра - вот эти прививки, мне кажется, у нее противопоказаний нету, а от дифтерии она умереть может. А с этим можно до 100 лет прожить. Вакцины нету. А гепатит, корь? Она говорит, не помнит она.

Пациент – ну вот это, посмотрите

Врач – сертификат есть у тебя?

Пациент – вот сертификат...

Медсестра – эти справки чо? Это в детстве... против краснухи нету, против дифтерии, коклюша нету, против гепатита ... против кори есть
Врач- у нее поставлено?

Медсестра – угу. В детстве все. Дифтерии у нас нет вакцины. Гепатит сейчас... я вот тут сертификат ей...

Врач – наверное, надо выписать ей. У тебя сертификата прививок нету?

Пациент – у.у.

Врач – ну сертификат прививок все прививки туда запишем. Ей нужно против кори, да поставить?

Медсестра – нет, корь у нее есть как раз. Гепатита нету, на дифтерию у нас сейчас нету.

Врач – вакцины. Можешь, это самое, в любом другом месте привиться от дифтерии

Пациент – а мне платно будут ставить, нет?

Врач – в другой поликлинике платно. А ты где прописана? Там же на Советской прописана?

Пациент- да

Врач- ну ты должна нам звонить узнавать, прививка есть или нет. Ой, вакцина появилась или нет.

Пациент – угу

Врач- телефон мы тебе дадим заведующей.

Медсестра – от гепатита будем делать ей? Она вот пропадет... зависнет все

Врач - она не пропадет. Ты не пропадешь? От гепатита надо 3 ставить.

Пациент – да нет, не пропаду.

Врач – может ее проверить надо сначала. Потому что у нее это было, как сказать, э-э-э, было протезирование трех клапанов.

Медсестра – ну гепатит тогда, наверное, поздно начинать, мы должны уже в сентябре закончить уже

Врач - да?

Медсестра – надо в сентябре уже заканчивать

Врач - Ну, тогда может быть после протезирования трех клапанов, может у нее даже есть носительство от гепатита. У тебя?

Пациент - я гепатитом никогда не болела.

Врач - мы может, сначала ее обследуем. Потом?

Медсестра - на маркеры сдать ей?

Врач - но-о на маркеры гепатита напишем, лучше...это самое, подстрахуемся. Вы сдадите анализы крови на маркеры гепатита. Всех, всех маркеров гепатита. Может, это самое, быть скрытое течение. Если анализ хороший придет, мы тебя начнем прививать от гепатита.

Понятно?

Пациент – сегодня анализы сдавать?

Врач – сейчас скажем. Дай мне градусник. 36 – нормально? Ложись на кушеточку вдоль. Ноги не отекают?

Пациент - да нет.

Врач – сколько лет то получается? 30 да? Выписку ты убрала, да?

Пациент - а вот она.

Врач - дай, а. Там, это, узи же. Это кардиография. А, дайте мне вот там. Состояние после оперативного вмешательства.

Медсестра – у нас же маркеры платно...

Врач- Деньги то есть? Можно платно?

Пациент – у. у. на дорогу.

Врач - в сентябре это, придешь...

Пациент – хорошо

Врач - будем профилактику гриппа делать, чтобы ты это, зимой не болела. Понятно? Тебе же болеть нельзя, чтобы (вегетация)... на клапанах не образовалась.

Медсестра – вот эти направления, они платные, вот сертификат, не теряй, дифтерии у нас пока вакцины нету, я там написала, «вакцины нет». Это понятно?

Пациент – это десятого, да, приходить?

Медсестра - в смысле десятого? можно завтра приходить

Пациент - а? завтра да?.

Врач – МНО когда будешь сдавать?

Пациент – а?

Врач - МНО?

Пациент – ну завтра наверное

Врач - так значит.... а ты варфарин пила?

Пациент – ну пила, так немножко.. недолго в больнице

Врач - фенилина нету, можно выписать варфарин. Варфарин будешь три дня пить, через 3 дня сдашь МНО. Тыаак желтухой больше не болели?

Пациент - нет, ни разу.

Врач – а кровь переливали, когда операция была?

Пациент – в Москве?

Врач - да

Пациент – вроде бы нет, не знаю я.

Врач – тебе под искусственным кровообращением операцию делали?

Пациент – ну да.

Врач – варфарин, так, что еще? Так, маркеры гепатита платно сможешь сдать, платно?

Пациент – платно?

Врач – угу

Пациент – сколько платить?

Врач - ну где то до тысячи, наверное... давай так сделаем. Ты сходишь, узнаешь, сколько платить, может триста рублей. Ты триста рублей сможешь заплатить?

Пациент – триста? Ну ладно.

Врач – сходишь, узнаешь, сколько это стоит, если будет дорого, если не сможешь, это самое, учитывая, что ты Боткина не болела, ну видишь, там, когда операцию вам делали то на трех клапанах, кровь все равно переливали, и под искусственным кровообращением было...

Врач- это чек. Все поняла?

Пациент – угу. Завтра прийти, 300 рублей найти...

Врач – эээ, завтра в кассе узнай. Врач.В, она же маркеры гепатита то где сдавать должна сдавать? В процедурном кабинете?

Пациент – а инвалидам чо, скидок нету что ли?

Врач – в кассе все узнаешь

Пациент - а?

Врач – в кассе все узнаешь..

Пациент – полный гепатит, да?

Врач- направление где? вот в кассе направление покажешь, и спросите, есть скидки или нет. Хорошо?

Пациент – здесь да?

Врач – но, на первом этаже, где регистратура. Это, сейчас мы рецепт бесплатно ей выписываем, он действителен три месяца. Понятно?

Пациент - угу

Врач – и на МНО ей надо написать. Пересядь, пожалуйста.

Пациент – угу

Медсестра – (53-00) сейчас поставь здесь печати в регистратуре, потом в нашу аптеку, в нашу только, больше нигде не отпустят.

Пациент - хорошо

Пациент 5 (50-08) повторно

Врач - вы опоздали?

Пациент - я опоздала, я на узи ходила.

Врач – мочу сдавали же?

Пациент – сдавать?

Врач – а, нормально же. Кровь нормально, сахар нормально, признаков воспаления нет, температура не повышается?

Пациент – ну иногда бывает температура, но редко

Врач – угу...а сейчас вас что беспокоит?

Пациент – меня беспокоит, знаете... вот здесь (в кабинете мужчина у м\с)

Врач - а сейчас что принимаете? Боли?

Пациент. - денол, она мне назначила, и.... оmez назначила

Врач - угу

Пациент - и... этот самый, мезим,

Врач - угу

Пациент – вот это все я выпиваю, и вот меня беспокоит...

Врач - ложитесь на кушетку, ноги согните в коленях. Таак, по большому ходите как?

Пациент – я хожу.... иногда могу и 5 раз сходить...

Врач - неустойчиво

Пациент – но, неустойчиво. Боли у меня конечно здесь, но больше боли вот здесь вот,

Врач - знаете, здесь у вас ..., опущение почки 3 степени, к урологу ходили, нет? надо урологу показаться, может, поэтому болит.

Врач – Медсестра – к урологу можно ей, к урологу?

Медсестра – вам к урологу талон дать да?

Пациент – угу.

Медсестра – а к урологу нету. Все занято на этой неделе, а на той неделе нет.

Пациент – ну давайте когда будет.

Медсестра – на завтра, на 5 часов.

Пациент – хорошо

Врач – диета 5, в чем заключается, вам объяснили?

Пациент – да. Объяснили. Я все время... я же лежу в гастро-отделении,...

Врач – угу

Пациент – здесь мне направление дали. На году бывает два раза. В отделении в республиканской больнице.

Врач - угу

Пациент – и вот, диету то я конечно соблюдаю. скажите, а вы наш врач, вы мой врач, постоянно будете?

Врач - угу...

Пациент – вот моя старая карточка.

Врач – на курорте были да?

Пациент – ездила, ага, в санаторий, я в санаторий ездила там, мы с мужем, мужу давали. Там сосудистое...моего то ничего там не было.

Врач - через МВД, да?

Пациент – да. Просто так..., ну, конечно соблюдала диету,

Врач – а эти, эрозии то зажили у вас?

Пациент – ну видимо, бывает,... может быть еще лампочку поглотать, что ли

Врач – а вы это самое, на хеликобактер пилори то сдавали, нет?

Пациент – я даже.... Ну, ну, это вы....на маркеры это вы мне говорите?

Врач – нет,

Пациент – это на что, вы мне объясните, пожалуйста. Я уже...

Врач - ну, на такие, эти самые...

Пациент – а, на бактерии?

Врач – ну. Сдавали хоть раз, нет?

Пациент – раз сдавала..

Врач – когда это?

Пациент - Ну, вот я лежу у них, они у меня брали в гастро-отделении. Это через кассу надо идти?

Медсестра – ну это платное.

Пациент – а вы имеете в виду дизбактериоз?

Медсестра – нет, на бактерии, которые вызывают яз....

Пациент – а, которые вызывают реакции...

Медсестра – язву вызывают, гастрит...

Пациент – мmm.

Медсестра - если решитесь оплатить, так будете проходить, нет - так...

Пациент – ну я схожу сейчас...

Медсестра – так, к урологу у нас завтра, но кабинет я не знаю. Надо будет спросить.

Пациент – в регистратуре, да?

Врач – а сейчас вы себя хуже чувствуете?

Пациент – вы знаете, вот приехала я, вот не сильно заболело вот здесь,

Врач – угу

Пациент – и знаете, у меня боли отдают вот сюда.

Врач – угу

Пациент – болит спина, невозможно, и вот здесь вот опоясывающие прямо такие боли.

Врач – угу

Пациент - вот, поэтому я и обратилась сюда. Ну, я конечно и сама дома и денолчек пью и оmez пью я...

Врач - а денол вы полностью пьете? Это антибиотики.

Пациент – я знаю, знаю я. Я курсами по 14 дней. Пропьешь – все останавливается

Врач – угу. У вас есть это самое?

Пациент – что?

Врач – мотилиум, церукал....

Пациент – ну, мотилиум есть, церукал у меня закончился

Врач – угу

Пациент – что они мне, доктор, что они мне пишут, я же, как говорится, стою на учете, и делаю, возьму, прочитаю, что там написано, и пропью, столько то дней.

Врач – угу

Пациент – ну, весна и осень, ложусь все время к ним.

Врач – куда?

Пациент – в гастро-отделение, в республиканскую больницу. Я у них и на учете состояла, и знаете, оперировалась там, в республиканской, в хирургии, в гастро-отделении.

Врач - вы денол уже пропили, да?

Пациент – денол я пропиваю. Еще неделька есть, допью и все

Врач – болевой синдром?

Пациент – угу, иногда Вы знаете, мне так бывает плохо, поем, и минут через 20-30 ну так плохо. Меня всю вот так затрясет, и мне скорей ложиться надо, лечь, полежать.

Врач - дездриксин

Пациент – дездриксин. Ага

Врач - у вас оперирован желудок, а может вам лучше лежа кушать? Чтобы так не было

Пациент – лежа кушать, ой не знаю даже. Уж сколько лет, с 94 года вот такая история. А тут еще почки, оказывается у меня. Опущение...

Врач - а ферменты вы, мезим форте или креон любите?

Пациент – ну я сейчас мезим пью, креон пила, сейчас мезим пью

Врач - по 1 таблетке три раза в день.

Пациент - угу. Угу.

Врач – за 10-15 минут до еды

Пациент – угу

Врач - а дизбактериоз?

Пациент – ну есть у меня конечно..

Врач – таак. Копрограмму не сдавали, да?

Пациент - ну я лежала, сдавала, а сейчас я не сдавала.

Медсестра - ?

Пациент – нет, я в поликлинике МВД-вской сдавала,

Медсестра – интересно, сколько там стоит?

Пациент - там 200... 200 с чем-то рублей стоит.

Пациент – вы на нашем участке, вы будете обслуживать, да?

Медсестра – ну вот, доктор...

Пациент - Вы доктор, а вы наша сестричка, да?

Медсестра – ну я не ваша..
Пациент – не наша, но здесь, да?
Медсестра – с другого участка...
Пациент – но понятно...
Врач – травы пьете?
Пациент – расторопшу, пью, овес. И цикорий, все, что...стараюсь пить.
Врач – диастазу, диастазу крови не сделали
Пациент – не сделали?
Врач – не по чч?
Пациент - угу
Врач - ну так прямо сильных изменений то нету..
Пациент – ничего нету, да? ну я тоже по анализам то посмотрела, вроде сильно -то ничего нет...
Врач – угу...
Пациент – надо, наверное, к этому сходить, к урологу?
Врач - к урологу сходите потом
Пациент – а потом к вам зайти, да?
Врач- но-о
Пациент – также талончик взять?
Врач- талончик взять
Пациент- угу
Врач- потому что это... так, амипразол вы допиваете
Пациент – угу, амипразол, денол допиваю,
Врач- церукал, солянку холмовую, мезим форте это все вы знаете
Пациент – я все знаю, угу ...ну, ладно... скажите, пожалуйста, имя отчество ваше
Врач – я Лариса Кирилловна.
Пациент – Л. К., я запишу
Врач – вы, когда приходили, Зинаида Ивановна была
Пациент – да, да, З.И.
Врач – я вспомнила
Пациент – вспомнили, да?
Пациент - ну ладно...
Врач- а вам, это самое, на другой курорт то нельзя?
Пациент – можно... вот путевку надо.
Врач – Аршан можно.
Пациент – аршан?
Врач – а вы же от сан-кур лечения отказались... вы на инвалидности?
Пациент – я на инвалидности, ага
Врач – а вы от санаторно-курортного лечения отказались?
Пациент – отказалась
Врач – зачем? вы могли бы от лекарств отказаться, а от санаторно-курортного лечения не отказываться
Пациент – да? А это как сделать можно?
Врач – в Сходите, и все узнаете
Пациент – все узнать, да...

Врач – конечно
Пациент – спасибо
Врач – зачем отказываться от курортного?
Пациент – ага, спасибо
Врач- всего доброго
Пациент – спасибо большое
Врач- да не за что
Пациент – до свидания
Врач - досвидания.

Пациент 6 (75-16) повторно

Врач - здравствуйте
Пациент – здравствуйте
Врач- сама прибыла, но как жизнь?
Пациент – да ничо, так то вроде бы все нормально, я пролечилась там, на Верхней Березовке.
Врач- ага, хорошо
Пациент – кардиограмма вроде бы нормальная стала, получше...
Врач- ага
Пациент – а перед тем как выписаться они мне сделали этот...
Врач - холтер?
Пациент – ага, холтер, и потом она мне при выписке говорит, что, дескать, они не увидели работы кардиостимулятора, что вам надо к аритмологу снова идти, но я же была буквально вот перед вами
Врач- ага
Пациент - у рентгенолога вроде бы все нормально работало. Там нагрузка как бы 4 этажа спуститься и подняться
Врач- ага
Пациент – и у меня, это самое, не увидали, не знаю, может быть, вы увидите. Вот это видно, не видно, я взяла с собой, по сравнению, что я в больнице лежала, там суточно делали, вы бы сравнили как бы
Врач – угу, а так вы себя как чувствуете?
Пациент – ну а так, вроде бы нормальноооо, хожууууу, побольше сейчас. Правда, сюда первый раз так далеко. Везти меня некому
Врач - мmm
Пациент – это самое, первый раз прошла, вроде бы ничо так. Давление так, в общем-то, не сильно скачет сейчас. Единственное, перед больницей 7 июля меня записали тогда. Я в конце июня должна была. И вот за два дня у меня голова стала кружиться. Вот как ложусь...и встаю. И вот я сейчас снова стала пить винпоцетин. Ну, я там то сказала в больнице. А они же там давление понижают. Она грит: «мы из двух зол выбираем меньшее, мы вам давление понизили, сердце...».
Врач - ... покажите
Пациент – так...это их, это вот больницы
Пациент – а это вот, работа то, аритмолог, стимулятор, проводила, это самое, когда я у нее была. Они не сравнивали?

Врач – я не работала, это был 10 год.

Пациент – ну это было, я вижу

Врач – угу

.....

Врач – жалобы есть?

Пациент – жалобы? Вот. Я говорю, когда ложусь и встаю немножко кружится. А так то вроде бы это, сердце не беспокоит. Эээ... Давление сейчас тоже вроде бы не скачет.....

Врач – одышки нет?

Пациент – одышки тоже нет. С больницы пришла, что то раз, косточка раз, это самое. Что то руками не прощупывается. Что то это. Потом прошло. Один раз до этого то

Врач - послушаем...

Врач – отеков нет?

Пациент. – нет, нет

Врач – язык покажите ...

Врач – так, заканчиваем, ей надо направление к этому, к аритмологу в республиканскую больницу

Пациент – Лариса Кирилловна,

Врач – а?

Пациент - а направление мне еще надо в онкологию. В течение какого времени действительно?

Врач - чего?

Пациент – ну, вот если направление в онкологию сейчас, скажем, взять,

Врач – а вы к нашему онкологу сходите. У нас же онколог есть

Пациент – появился? Так то не было же...

Врач – но, а сейчас, это самое изменились. Тут вам карвитол назначили.

Пациент - так, а я его и пила все время карвитол.

Врач – нет, карвитол, 12,5 миллиграмм, да?

Пациент – я его так и пила

Врач - так и пьем.

Пациент – да-да-да-да

Врач – продолжаем. Потом кардиомагнез

Пациент – кардиомагнез тоже пила

Врач – вы, это самое, от соцпакета же отказались да?

Пациент – да-да

Врач - крестор

Пациент – я вот эти три постоянно пью. А! этот, аторис

Врач – а, аторис угу...

Пациент – 10 мг

Врач- 1 раз. Верошпирон 1 раз утром...

Пациент – верошпирон, а что его постоянно, что ли?

Врач - Конечно, так, нитраты по показаниям....

Пациент - А раньше же было мочегонное постоянно пить нельзя

Врач – А он такой препарат, его постоянно - калий сберегающий, так еще что хотела сказать?

Вы до этого помните, невропатолог, что вам назначал? Таблетки. Раз голова кружится.

Пациент - От головы то? Тогда не кружилась голова

Врач – энцефалопатия была?

Пациент – мmm невропатолог сначала назначал....

Врач - сейчас я посмотрю... никсиодол

Пациент – это вот первый, я пропила он сказал месяц пропить, потом второй, невропатолог, нейромидин

Врач - нейромидин

Пациент – ага, сказал месяц пропить. Больше то все, я сама себе этот, винпоцетин...

Врач – угу. Кровь. Мочу 1 раз в год. Биохимию 1 раз в квартал. Кардиограмму будете делать тогда, когда будете приходить на прием, ага?

Пациент – ну сейчас же есть, недавно вот

Врач - не, вообще. Как жить

Пациент – а, как дальше. Но сейчас главное к этому, к аритмологу. А так он это, чувствуется?

Врач – нет

Пациент – не прощупывается?

Врач – нет

Пациент – до свидания

Пациент 7 (102-30) первично

Пациент – здравствуйте

Врач - здравствуйте

Врач – Владимир Андреевич, слушаю вас

Пациент - да. сорвал, что

Врач – где болит. В пояснице?

Пациент – вот обои мышцы, на....

Врач – или ягодицы?

Пациент – не. Мышцы здесь, около поясницы

Врач - давайте вас посмотрим. Пальцами носки достать

Пациент – ног что ли?

Врач - да

Пациент – ой, я да мне не согнуться!

Врач – где болит то?

Пациент – тут

Врач- ага...

Пациент - пошел я, ломанулся.....

Врач - щас, щас, подождите, так он был... в этом году анализы сдавали же?

Пациент – какие анализы?

Врач – кровь, мочу

Пациент – сдавал

Врач - а, ему анализы не надо, ему больничный выписываем, ничего не пишем, и он идет у нас... в ноги отдает боль?

Пациент – вот это, сюда вот, они постоянно напряжены, видимо сам хожу так

Врач- давление у вас повышается?

Пациент – да нет вроде, чо мазать кого ли, или прогревать? Чо делать то, у меня давно такого не было

Врач - щас, щас, все скажу. Больше справа болит или слева?

Пациент – справа

Врач - диклофенак, уколы. Уколы будем ставить?

Пациент – будем. А что делать, лишь бы только выправиться

Врач- аллергии на лекарства нет у вас?

Пациент – не-е нету

Медсестра – дома будете ставить или здесь?

Пациент – дома

Врач – медокал. Давление у вас повышается, нет?

Пациент – ну бывает,

Врач - вы таблетки пьете?

Пациент – ну так, это, типа ээээ....

Врач – так, на этой неделе вы уколы поделайте, а с той недели это самое, физио назначим.

Пациент – хорошо

Врач – больничный выпишите в регистратуре, второе окно.

Пациент 8 (110-20 - 130) первично

Врач – следующий у нас там кто, а?

Медсестра – Шмелева

Пациент– какие то приступы непонятные...

Врач – где?

Пациент – желудок, печень. Я, в общем, пропила в 20 числах пилобак, потому что у меня сильно...

Врач - пилобак?

Пациент - угу, пилобак да. У меня сильно болел живот, а вот так пропила, вроде ничо,

Врач – угу

Пациент – а вот так вот временами какие-то, нет – нет да какие то приступы, как схватят, я хожу- хожу, попью - вроде пройдет.

Врач – а лампочку вы когда делали?

Пациент – о, да. и давно я делала. Я вот так вот бесалол пропью, да и вот так... непонятно все, хотела бы провериться, что именно. лампочку глотать, узи, ну, анализы сдать, значит проверить все, как есть

Врач – тошноты, рвоты нет? отсутствия аппетита?

Пациент – в первый, первый день когда заболело, числа двадцатого рвота была, я думала, отправилась сначала, мало ли что где поела, числа двадцатого, наверное, пропила пилобак. Вроде прошло, а потом нет-нет, так что нибудь схватит

Врач – сколько дней болело?

Пациент – ну с двадцатого где-то числа, семнадцатого-двадцатого, прямо все это, начиная.

Семнадцатого- двадцатого, и смекту пила, и все на свете там

Врач - денол принимала, да?

Пациент – нет, денол не пила

Врач – а что?

Пациент – пилобак, типа того, потом это, ...бесалол, вторую упаковку.... Ну, баралгин 150. В тот четверг болела, вообще было плохо, сегодня уже ничего вроде не болит, и вот, не знаю...

Врач – по большому как ходите?

Пациент – плоховасто

Врач – что? Запор?
Пациент – нууу, да
Пациент – и давление вроде бы хорошее, сейчас понервничала
Врач - Вы чего с ним спорили то?
Пациент – так я подошла, а он мне – не прыгай говорит, а я говорю – ничего подобного
Врач – что за мужчина то?
Пациент – а вот сейчас зайдет, весь страшной
Медсестра – а вот сейчас спрашивал с вашего участка
Врач – с палочкой то?
Пациент – но, с палочкой
Врач – где болит?
Пациент – вот так, здесь начинает вот так все болеть и идет...
Врач – опоясывающее, да?
Пациент – ну да, даже в почки или что, вообще....вот начинает вот с этого места болеть и..
Врач – а язва-то есть у вас?
Пациент – ну была раньше, но давновастро так, не знаю
Врач- язык покажите
Пациент – ну сейчас нормальный, а был то вообще – весь треснутый, еще и повело, прыщики понаскакали
Врач – стул нормальный, да?
Пациент – нет, через день, два... дня... ну так...будто бы пучит все. Все закрутит- закрутит, вспучит, газы отойдут – легче становится
Врач – ну, надо ФГДС,
Пациент - надо, надо
Врач - а чо, кровь, мочу будете сдавать?
Пациент – наверное, надо сдавать... 1:57

Пациент 10 – 2:03 первично

Пациент 9- 126 первично

Пациент – бывшая главная медсестра, всю жизнь тут я проработала.
Врач – ну мы знаем
Пациент – знаете, да? в госпитале договорилась лечь. ХОБЛ ведущий диагноз, и параллельно железу надпочечников лечить. Направление можете написать? У меня все анализы свежие
Врач – не проблема
Пациент – ага
Врач – вы какой краской волосы-то красите? скажите мне
Пациент – зз забыла коробку принести, да они смылись уже за месяц. Фокус показать?
Врач – покажите....– ну а у меня лучше что ли? (со смехом) Еще хуже, поэтому и спрашиваю
Пациент – договорилась в госпиталь ветеранов лечь к ведущему специалисту.

Транскрипт терапевтического приема**Запись осуществлена 09.08.2012, поликлиники №2 г. Улан-Удэ****Принято 16 пациентов (траскрибировано 14 приемов) в течение 195 минут.**

12.5 минут на пациента. 8 первично/ 8 повторно

Пациент 1,2 первично / первично

Та хоер явгар ерэт юм?
 Тут бардак конечно в карточке
 Не курит, не пьет, дедушка святой
 Все так ходят, не вы одни
 Все время такой бледный?
 Самое высокое давление у него сколько бывает?
 Все бабушка, до встречи послезавтра
 У нас нет живой очереди

Пациент 3 (27-30) первично

Пациент – я диспансерная у хирурга, мне назначил очередное лечение в дневном стационаре, и потом я пришла сюда к терапевту. Доктор Николаева принимала меня, и она меня тормознула. Сказала у меня высокое давление на дневной стационар не надо, назначила лечение лекарства, я неделю пропила, сказала прийти, но вот сегодня уже узнать или добро получить, еще ей не понравились какие-то мои мартовские анализы, я в основном все сдала, вот
 Врач – контрольные анализы сдали, да? А! это новые?
 Пациент – да, это новые, я вот сейчас сдала. Это что это значит?
 Врач - а я откуда знаю?
 Пациент – возмущены? Удивлены? Мне ничего это не говорит
 Врач – мне тоже пока это ничего не говорит
 Пациент – ааа...
 Врач - вы на инвалидности?
 Пациент – да, у меня атрофическая язва
 Врач – а, может из-за этого, что у вас воспалительный характер
 Пациент – она не мокрая у меня
 Врач - воспалительный есть да?
 Пациент – да. периодически. В данный момент она пошла чо-то дальше, выше.
 Врач – 31 тоже было
 Пациент – угу
 Врач - холестерин у вас очень высокий, 7,2, норма до 5
 Врач – нога то болит?
 Пациент – болит... зверски
 Врач – зверски даже?
 Пациент – да
 Врач – ну тут у вас камень в желчном пузыре до этого был?

Пациент – нет, я же до этого, я первый раз все это делала

Врач – а, да?

Пациент – никто никогда не направлял, ничего.

Врач – у вас камень в желчном пузыре,

Пациент – ну вот я спросила у доктора...

Врач - хронический панкреатит

Пациент – это чего такое?

Врач – воспаление поджелудочной железы, вам надо худеть,

Пациент - ну да, конечно...

Врач - потом, значит, камень, будто бы в почке, в левой почке, под воп...

Пациент – подозревают

Врач – подозревают, да (33-48)

Пациент – хозяйка медной горы, с каменьями. Вот это мое было давление, я записывала.

Сегодня только у меня, его не стало прямо до 12

Врач – угу

Врач - ну сейчас у вас 130/80. утром, когда вы проснулись, не вставая, вы мерили давление, да?

Пациент – ну после туалета

Врач – после туалета..., а вы померьте базальное давление так называемое, до туалета

Пациент – прямо в кровати?

Врач - да, если будет такое давление, значит, вам нужно дозировку уменьшить. Геротон вы пьете?

Пациент – да, и помимо вот то, что прописала, утром пол-таблетки

Врач – да, у вас сейчас.... Пульс посчитаем,... голова не кружится?

Пациент – кружится эти дни... эти дни ну бывает так.

Врач – давайте послушаемся...

Пациент – голова кружится, а пульс у меня выскакивает на аппарате не больше 60. 50, 60

Врач - а вы дома считаете как?

Пациент – ну вот на аппаратике, не больше 60. 52, 53, 56.

Врач - ровно 55, 60, но не меньше. Вы пьете метапролол?

Пациент – ага

Врач- 50 мг 2 раза

Пациент – по половиночке таблетки

Врач - там, сколько граммов дозировка?

Пациент – я не помню

Врач- это важно

Пациент – а вот написано, там рецепт

Пациент - а еще я хотела спросить, мне доктор выписала кардиомагнил, да? или магнал?

Врач - кардиомагнил

Пациент - а там вот коробочка другая, мне дали, и я это, думаю то или не то дали, или аналог?

Врач – торговое название кардиомагнил, основа всего этого аспирин, ацетилсалициловая кислота.

Пациент – да там написано. Кислота, но сердечко нарисовано. Так что это одно и тоже, да? кругленькие, покрытые оболочкой.

Врач – если аспирин там написано, то это одно и то же. Так значит 52.

Пациент - а должно быть 55?

Врач- 55-60

Пациент – он такой да у человека взрослого?

Врач - на фоне лечения. У любого человека норма 60- 80.

Пациент – ааа...

Врач - ну теперь то вы можете идти, так контрольные...больничный?

Пациент - больничный мне не надо...я в отпуске

Врач – ну, в общем, гипертоник должен принимать лекарства до конца своей жизни, чтобы осложнений не было. 4 грозных осложнения: слепота, инсульт, инфаркт и это, это самое, почечная недостаточность...вам только единственное, что, учитывая то, что у вас брадикардия

Пациент - что за брадикардия?

Врач - нужны лекарства 50мг, так 25 мг пьете вы метапралол, он не только снижает давление, он урежает. За счет этого урежения он хорошо кровоснабжает сердце. Вы тогда пейте: геротон оставим туже дозировку, а метапралол $\frac{1}{4}$ 2 раза пейте. Хорошо? и контроль пульса, в общем-то, а то если будет ниже, то у вас будет головокружение

Пациент – угу, кружится эти дни голова, ну бывает,

Врач – капельницы сделаете, лучше будет, после капельниц через месяц, пожалуйста, контрольное сделаем это... анализы, хорошо?

Пациент – ладно, хорошо. Все дело в том, что первый раз в жизни у меня давление было

Врач – таак, дальше... дальше, что я пишу? «снижена дозировка метапралол 50мг, $\frac{1}{4}$ два раза.»

Пациент – Остальное все также? Кардиомагнил?

Врач – Кардиомагнил до конца своей жизни. Он разжижает кровь. Учитывая ваше основное заболевание тромбофлебит, и это, с годами кровь становится густой. Чтобы тромбы не образовывались

Пациент –х-о-р-о-шо

Врач- Вопросы есть?

Пациент – Вопросов нет, а! еще те таблеточки я продолжаю да?

Врач - Да, дитролекс, геротон.

Пациент – И еще

Врач - Метапралол дозировку уменьшили...До свидания

Пациент - Ну ладно, до свидания

Пациент 4 (40-30) первично

Врач - сюда, ко мне. Садитесь. Слушаю вас, присаживайтесь.

Пациент – это... каждый год лечение в стационаре прохожу,

Врач – у вас жалобы есть?

Пациент – у меня сужение кровеносных сосудов...

Врач - у вас жалобы есть? Что у вас болит?

Пациент – горло болит... в прошлом году мне напрямую направление давали... в стационар, вот это, каждый год...ээээ

Врач – вы с горлом это лечились ходили?

Пациент – нет, совсем. Сужение кровеносных сосудов.

Врач – градусник сюда поставим....
 Врач – голова болит?
 Пациент – нет
 Врач- голова кружится?
 Пациент – нет
 Врач – снижение памяти есть?
 Пациент – но-о, маленько
 Врач - а сужение сосудов на основании чего поставили?
 Пациент – ну, это где-то здесь должно написано быть...
 Врач – давление повышается?
 Пациент – давление бывает иногда нормально, 140, 130, то 150,- всяко
 Врач- 200 не бывает?
 Пациент – неет
 Врач – так кроме горла то, что еще беспокоит?
 Пациент – глаза у меня, глаза. Глаза надо проверить.
 Врач- угу
 Пациент – вчера это...
 Врач- слабости нету? аппетит как у вас?
 Пациент – аппетит нормальный
 Врач- не худеете?
 Пациент – флюорографию вчера прошел, сегодня дадут
 Врач – не худеете?
 Пациент – нет
 Врач – курите, да?
 Пациент - э, сейчас я бросил, курю-то мало, сейчас...
 Врач – бронхит у вас, да?
 Пациент – не знаю... бросил
 Врач- градусник дайте
 Пациент – угу
 Врач- так, раздевайтесь на кушетке
 - глотайте
 - **А-гэты**
 Пациент – ААА... все да?
 Врач- кровь, моча, ЭКГ, биохимия, так, окулист...
 М- к окулисту в субботу пойдете
 Пациент – угу
 М – биохимию по какому заболеванию назначать?
 Врач – сосудистый холестерин. Креатинин с протромбином.... Это узи когда вы делали?
 Пациент – уже года два, наверное. Не знаю.
 М- анализы, моча, кровь, биохимия, написаны все кабинеты.
 Пациент – угу. А в стационар потом, после этого?
 Врач - в стационар вас пусть невропатолог назначает. Если показания есть.
 Пациент – терапевт в прошлом году это, сразу...

Врач – я не это, у меня очередь, пойдете к окулисту, к невропатологу, он решит, ага?
Следующий кто, а?

Пациент 5 46-30 - 52-00 первично

Врач - а вы почему зашли?

Пациент - вы знаете у меня....

Врач- не знаю, и не хочу знать, по очереди заходите!

Пациент –вы не узнали... я вообще....

Врач- (ха-ха) ну завтра

Пациент - за десять дней вот такая стала

Врач- эээ, это вирус, ВПГ

Пациент – у меня невропатия же пошла

Врач - ну это вирус простого, вирус простого герпеса

Пациент – да вот не знаю, вот она, я обследуюсь в республиканской... что то так срочно заболела

Врач- вы больничный хотели?

Пациент- кто? Я то? неет, какой больничный? У меня до 1 октября отпуск.

Врач- а от меня чо хотите?

Пациент – ааа, Мне сказали, мне направление к аллергологу нужно.

Врач- к аллергологу вам не надо, у вас вирус простого герпеса. Сначала пузыри были, а потом они вскрылись, да?

Пациент – да нет, никаких пузырей не было

М - ну вот это же все пузыри!

Пациент – да, это, внимания не обращайте, у меня только один пузырь в этом ухе потом было.

Врач- кровь, мочу, все это сдала?

Пациент- все, все, все....

Врач – есть да, анализы?

Пациент – анализы есть

Врач- если хочет к аллергологу так, дай ей к аллергологу. Но мне они дай – я бы поставила вам диагноз «вирус простого герпеса»

Пациент – да? общий анализ, вот он такой, да? я завтра пойду к аллергологу. К гематологу еще пойду. Я то к ней, когда пришла, у меня такого на лице не было..

Врач – к кому?

Пациент - к гематологу... у меня лимфоаденопатия пошла

Врач – конечно будет у вас такой процесс!!! У вас вирус простого герпеса

Пациент – это что-то такое, я вся прямо это

Врач - как типа опоясывающего лишая

Пациент – даже так?

Врач - конечно! К Марине Геннадьевне зайдите, если мне не верите

Пациент – **не! Не-не-не! К кому говорите?**

Пациент – это я за два дня вот такая стала

Врач- голова болит – все болит

Пациент - болит. Вот так наклонюсь – все туда приливают
 Врач – это у вас вирус простого герпеса. По типу опоясывающего лишая. К аллергологу, в
 республиканскую больницу. Человек хочет – дай.
 Пациент- опоясывающий лишай он по голове, что ли проходит?
 Врач – по боковым ганглиям головного мозга он проходит
 Пациент – а я лимфогранулематоз себе поставила и сюда...
 Врач – лимфогранулематоз с какого ?
 Пациент – тут все, все, все
 Врач – ну а как вы думаете?! это же отток лимфы идет, вы лучше к невропатологу зайдите.
 Ацикловир вам принимать надо в таблетках и мазях. М.Г. сейчас зайдет, посмотрит сама
 Пациент -я такая цветущая то не была. В пятницу я была здесь.
 М – в 14 каб не забудьте подписать
 Пациент - ага, спасибо

Пациент 6 56-54 первично

М - на час-двадцать кто у нас был, а? проходите
 Пациент – здравствуйте
 Врач - здравствуйте, с чем пришли?
 Пациент – ой у меня чо-то давление совсем стало...голова как это.... Пить-не пить лекарство-то
 это когда закончится?
 Врач - а!
 Пациент - я съездила в Аршан, там давление 110 стало, я лекарство пить не стала
 Врач – ну дозировку уменьшите
 Пациент – вот сейчас пью корвалол и вот это...
 Врач - карвидиол
 Пациент – и еще одну, которую утром пьют
 Врач - ровелл
 Пациент - и вот это магний еще
 Врач – кардиомагнил
 Пациент – остальные-то чо там штук еще 15-17
 Врач – ну тогда на одном ровелле идите, карвидиол

Измеряет давление

 Врач- 115/100 когда было?
 Пациент – утром
 Врач- жалобы есть?
 Пациент – да нет...
 Врач – температуры нету?
 Пациент – нет
 Врач - а мочитесь как? Ночью мочитесь?
 Пациент – ну да
 Врач - все-таки встаете ночью...
 Пациент – да
 Врач – узи почек надо и мочевого пузыря. В моче лейкоцитов до 20, это много. Мочу по
 Нечипоренко надо сдать. Узи почек мы же делали, да?

.....
Врач - Карвидиол вы пьете?

Пациент – Да

Врач – Давайте дозировку уменьшим.

Пациент – Один раз я его только пью.

Врач – Его и надо один раз. Дозировку уменьшите. Так, ровелл так же оставим. Экватор не пьете. Да?

Пациент – Нет.

Врач – Аторис пьете?

Пациент – Нет

Врач – Кардиомагнил пьете, аторис не пьете, да? Так, что еще надо то? Так так так.... Отвар брусники

Пациент – Клюкву пью..

Врач – Клюкву, ага. Так, все. Среднюю порцию мочи. Анализ.

Пациент 7 (68:40) первично

Пациент – вот талончик, пожалуйста

Врач - присаживайтесь

Врач – у вас это самое...

Пациент – нету, не знаю почему, не нашли

Врач - А у вас была?

Пациент – была ... так сказали, посмотрели, там где-то есть... (возможно, флюорография Т.К.)

Врач - значит, нету,... слушаю вас

Пациент – вот, сердечко... пришел

Врач – что сердечко?

Пациент – болит чо-то

Врач - где?

Пациент – здесь.

Врач - как болит?

Пациент – ну как-то немножко, чо-то вот не то

Врач – как болит? сжимает, давит, горит...

Пациент – нет, не горит...

Врач – колет

Пациент – колет? нет, не колет

Врач – а как?

Пациент – просто боль. Вот стоит, и все

Врач – ну какого характера? вы мне объясните

Пациент – а вы так перечисляйте, я попробую сказать

Врач - я вам всё сказала: сжимает, давит, горит, режет, колет

Пациент – сжимает, может, наверное, но не совсем сжимает. Ну, трудно сказать. Я не могу вам даже сейчас, ну вот боль стоит, понимаете, болит.

Врач - угу... болит.

Пациент – боль. Под лопаткой боль

Врач - эта боль связана с физической нагрузкой, с психо-эмоциональной нагрузкой связана?
Пациент – скорей всего с психо, наверное...
Врач – так, дальше... она ирради....
Пациент - ...нет, ну я педагогом...проработал...
Врач – она иррадиирует? я вам вопросы задаю, не просто так...
Пациент - хорошо
Врач - Не я же к вам, и не вы же ко мне на свидание пришли. Эта боль иррадиирует куда-либо?
(пауза) Куда-нибудь отдает?
Пациент – нет. Под лопатку в основном.
Врач – здесь, в области...
Пациент – в области сердца так и стоит в основном. И стоит она
Врач – в области сердца, отдает под лопатку...
Пациент – да.
Врач - постоянная?
Пациент – ну в последнее время, давит, что-то не проходит долгое время.
Врач – она постоянная?
Пациент – раньше было допустим, ну валидолчик выпил и раз, где-то стрессовое состояние, бывает такое, да, видимо, вызывает...
Медсестра – последнее время, сколько она у вас держится?
Врач – Иван Степанович, эта боль у вас постоянная?
Пациент – ну практически...нет, сейчас отпускает. Как сказать, отпускает немножко...не могу сказать, что она стоит и стоит, иногда отпускает периодически
Врач – отпускает, ну а сколько раз в сутки она бывает? Эта боль
Пациент – да кто ее знает. В сутки- то может ее и не быть, Потому что, может быть, а может не быть несколько дней.
Врач - а сейчас, в данный момент есть эти боли у вас?
Пациент – вот сейчас нет. Такой острой боли нет. В данный момент нет.
Врач – ну а все-таки есть
Пациент – ну чуть-чуть есть, ага. И нагрузку, там, если физическая нагрузка. Ну а сейчас- то я там, на даче там работаешь, вкалываешь.
Врач – меня это не интересует, так!
Пациент – ну я имею в виду, физическую нагрузку если даешь
Врач – угу. Ну а эти боли впервые у вас появились, сейчас только?
Пациент – нет, давно уже
Врач – вам ставили ишемическую болезнь сердца?
Пациент – нет. Не ставили
Врач – не обследовались?
Пациент – ЭКГ проходил – все нормально
Врач – вы не обследовались, вы не наблюдались, лекарства вы никакие не пьете.
Пациент – нет
Врач – а вот когда у вас эти боли появляются, вы что делаете?
Пациент – ну вот, я же говорю, валидол выпил и раз - и все.
Врач – валидол снимает полностью эту боль?
Пациент – иногда да

Врач – а иногда не снимает...

Пациент – в последнее время нет

Врач – у вас старые кардиограммы есть?

Пациент – да где-то в этом были... в карточке

Врач – вы лекарства не пьете никакие?

Пациент – нет

Врач - вообще практически здоровый человек.

Пациент – не выписывали ничего

Врач – когда в последний раз у врача были?

Пациент – полгода назад был

Врач – полгода назад? я не знаю. Другого Иванова я знаю

Пациент – Максим, который?

Врач – таак, раздевайтесь на кушетке

Пациент – по пояс, да?

Врач – угу... вы учителем работаете?

Пациент – руководителем

Врач – чего?

Пациент – сейчас заместителем директора

Медсестра – какого?

Пациент – Байкальский техникум.....

Врач – вы сейчас работаете или в отпуске?

Пациент – в отпуске, но работаю. А так много лет директором лицея проработал

Пациент – все? Одеваться мне?

Врач – угу.

Пациент – лишний вес... убирать надо

Врач – а рост какой?

Пациент – 170

Врач – 170?

Пациент – как видите не красавец. Работаешь так, эмоциональный

Врач - вы эмоциональный? В тот раз мне показалось, что вы совершенно спокойный. Супруга как себя чувствует?

Пациент – да ничо здоровье, да там у нее всякое

Медсестра – ПЦ ему сделать?

Врач – пусть пока сходит

Медсестра – вы сейчас идите кардиограммку сделайте в 32 кабинет, потом обратно придете. Идите, кабинет 32

Пациент – да, хорошо

Врач – вам больничный же не нужен?

Пациент – неет (78:14)

Пациент 8 (78:30) первично

Пациент – здравствуйте, можно?

Медсестра – можно, а вы на сколько?

Пациент – на 3:10

Врач – Крымов вы?

Пациент – да. Я просто ходил за флюорографией

Медсестра – так, это не ко мне, туда

Врач – вы болеете?

Пациент – мmm ... да, наверное. Сейчас получше стало

Врач – на больничном вы?

Пациент – нет, я вот сейчас в отпуск пошел, решил провериться

Врач – мmm

Пациент – я десять дней назад, чо то у меня сердце, давление вечером под 190 было, под 180

Врач – угу

Пациент – слабость. Ну, сейчас немножко так, прошло. Ну, может, что я в отпуск пошел, второй день, чо... ну а чувство такое, не то чувство, усталость какая-то. Я только вот недавно узнал, что холестерин, я, когда в том году проходил тоже, большой, высокий был. И мне еще сказали, что от доширака он да, поднимается? холестерин. Я сало, главное, уже полгода не ем, масло не ем, а от доширака

Врач – сало то, это полезно даже кушать

Пациент – да? а сказали нельзя-нельзя. Я доширак каждый день ем на обед ...

Врач – вы послушайте меня, сало, это там есть кислоты, в малых количествах сало полезно кушать.

Пациент – так вот полгода не кушал, и вот стал кушать. А сейчас узнал, что от доширака только больше. А я его целый день, каждый день в обед ем.

Врач – я его терпеть не могу

Пациент – я не только доширак, роллтон, там, ну всякие такие каши...

Медсестра – хи-хи-хи

Пациент – ну я чувствую...

Медсестра – хи-хи, ажно запах неприятный

Пациент – ха-ха-ха

Врач - но.

Пациент – а надо что-то обедать-то

Врач – так, бета-блокатор надо ему периферический

Медсестра – я вам анализы сейчас выпишу

Пациент – да конечно. Вообще провериться надо. Да еще плюс там сердце. Никогда не болело.

Еще по выходным футбол бегаю.

Медсестра – у вас 4 участок?

Пациент – да

Врач – все с 4 участка идут

Пациент – к окулисту я на четверг тоже взял. Потому что у меня левый глаз чо-то. Там повернешься – колет. Иногда он красный становится... давление у меня повышенное, я гипертоник

Врач - еще доширак кушаете

Пациент – а доширак давление поднимает?

Врач – эти пакеты то соленые, все кидаете сразу? (измеряет давление)

Пациент – почему-то второе тоже высокое давление. А второе это, какое давление?

Врач – сидите спокойно, не шевелитесь, не разговаривайте.... снимайте

Пациент – у меня прошлогоднее все повторяется

Врач – а вы лекарства-то, какие пьете, нет?

Пациент – я пью прилан. Ну, так, он слабый

Врач – а какую дозировку пьете?

Пациент – десятку пил, сейчас двадцатку пью. А так, когда 190-180, я энап пью. Ну, это буквально, я говорю, последние дни 10 – 15. Я думаю, уж доработаю до отпуска, потом.

Врач – а сейчас что вас беспокоит, еще раз расскажите

Пациент – у меня.. .голова. Сегодня голова вот нормально. Вчера вот голова болела. Ну, слабость какая-то, черт знает. Чо-то не то у меня в организме. А неделю назад, нет, дня 4, сердце болело. Ну, куда с сердцем?

Врач – как сердце болит?

Пациент – несколько дней назад у меня вся сторона, плечо даже болело

Врач – угу

Пациент – а вчера, нет, позавчера в последний раз было, ноет как-то. Чувствую – не то. Хотя сердце, год назад даже, так не болело.

Врач – раздевайтесь.....

Врач –одевайтесь, язык покажите

Врач – родители гипертоники?

Пациент – мать гипертоник, да.

Врач – вы курите?

Пациент – уже четвертый год не курю

Врач – кем работаете?

Пациент – я пенсионер сейчас. В охране работаю. Работал на вредном участке, в 50 лет на пенсию пошел. Наверное, сейчас это, оказывается все.

Врач – а на вредном участке что делали?

Пациент – а вон маяки у нас на судостроительном заводе

Врач – мmm

Пациент – всю бригаду почти похоронил

Врач- кровь надо на сахар и УМСС

Врач - доширак это все соленое, холестерин повышает, потом туда же, оно же очень острое, соленое – гипертонику не показано такое кушать. Бессолевая диета. Вы доширака наедитесь, потом 3 литра воды пьете

Пациент – да, я знаю

Врач - и за счет этого повышается давление. Понятно? Механизм? Давление зависит от периферического сопротивления сосудов, как вот, по молодости сосуды чистые были, а потом под старость сужаются они, а потом, то ли 200 грамм выпил, то ли 2 литра, это понятно, да?

Пациент – а потом холестерин в прошлом году таблетки выписали, у меня 7,4 было, а норма 5, да?

Врач – да. Для вас до5.

Пациент – я пропил их. Я не помню, какие таблетки.

Врач – аторис написано

Пациент – да. Вот и потом нормально все стало.

Медсестра – кровь сдадите завтра из вены, все завтра, главное натощак

Пациент – завтра можно все пройти?

Медсестра – завтра можно. Так, на кардиограмму можно сегодня

Врач – при вашем заболевании, какие анализы вы сдавать должны, я все вам тут написала. Узи почек пройти. Сможете платно пройти? Окулист, кардиограмма, биохимия. Вы сейчас в отпуске, вам больничный нужен? Не надо, да?

Пациент – нет, не надо, а узи там, сколько платно проходить?

Врач – ну где-то 100, наверное. Или 200, наверное

Медсестра – почек-то? 200, наверное

Пациент – ну я пройду сейчас, только отпускные получу. И получка 12го только.

Врач – анализы сдадите, потом дня через три подойдете – посмотрим. И это, узи сделайте, хорошо? Обязательно вам надо. До свидания

Пациент 9 (96:00) повторно

Пациент – здравствуйте

Врач – здравствуйте

Пациент – прошу прощения, я должна была вчера пройти после обеда. Должна была в 11

Врач - Бадмаева? Да?

Пациент – ага

Врач - Мыдыгма Доржиевна, и чо, на работу сегодня ходили?

Пациент – нет, я же в отпуске и вместо вчерашнего я сегодня

Врач- зэ, зэ, ойлгоб

Пациент – ага

Врач – что случилось?

Пациент – напишите мне

Врач – такккк....в регистратуре закройте больничный

Пациент 10 (97:25) повторно

Врач – проходите, пожалуйста, здравствуйте

Пациент – таак, вот направление выписывали к кардиологу, окулисту. Я пропустил. Можно еще раз?

Врач – ну-ка, чо там? 97-43

Пациент – обследоваться надо

Медсестра – вы на больничном, да?

Врач – гастрит что ли, там посмотрим что у них

Медсестра – ваша фамилия как?

Пациент – Дамбаев

Врач - 22 августа. На Холтер двадцать второго.

Пациент – я знаю, угу

Врач – тигэт, чо еще надо то? Экг, так зна...

Пациент – к невропатологу, окулисту

Врач - к кардиологу окулисту, надо

Пациент – все анализы прошел, экг, все сделал
 Врач – после этого надо. К кардиологу с этими данными
 Пациент – только после этого?
 Врач – ноо, а что просто будете ходить то? давайте давление померим, **тигэт**, это, а узи сердца?
 Врач – эхокардиографию **прошел**?
 Пациент – прошел, прошел, да
 Врач - у окулиста, глазное дно **были**?
 Пациент – нет
 Врач - а у вас есть талончик к окулисту?
 Пациент – был, а я это, не смог пройти
 Врач - ну придется сейчас.... К окулисту есть? Прямо **сидьте**. Анна Владимировна?
 Медсестра – да не было вообще
 Пациент – холтер прибор сколько носят то?
 Врач – (шепотом) Тихо! Сутки носят.
 Врач - вы прямо сядьте-ка еще раз. Вообще хорошо сядьте, не разговаривайте и не шумите
 Медсестра – у него ни одного диагноза здесь нет
 Пациент – здесь должны быть
 Врач – (шепотом) Тихо!
 Врач – 120/80. вы какие-то таблетки пьете?
 Пациент – нет
 Врач – ничего не пьете? Сейчас с чем вы пришли то, еще раз скажите мне.
 Пациент – я хотел узнать, что с сердцем. Побаливает часто периодически и профилактику, что ли какие таблетки назначены, лекарства. Ну, в том числе и от давления, потому что я сам не знаю, что пить.
 Врач - угу
 Пациент - Давление бывает тоже.
 Врач – ну а вы же прошли же, эхокардиографию то
 Пациент – ноо, прошел, анализы сдавал все
 Врач – это надо на расшифровку отдать. А анализы где?
 Пациент – сказали, у врача будут, а флюора вот
 Врач – сердце как болит, когда болит?
 Пациент – так ... когда? Как периодически ноет, ноющие боли... иногда бывают сильные ноющие боли
 Врач – где болит?
 Пациент - в сердце, когда сильно двигаюсь
 Врач – куда-нибудь отдает?
 Пациент – нет, вот эта область болит и все
 Врач – куда-нибудь, никуда не отдает, в лопатку не отдает?
 Пациент – нет
 Врач – а эти боли, когда они возникают?
 Пациент – в разное время
 Врач - Связаны с физической нагрузкой, психо-эмоциональной нагрузкой?
 Пациент – вообще у меня с детства такое, болезнь сердца.

Пациент - по- разному может и с физической и с психологической быть. Может и так...вот в принципе спортом занимаюсь, футбол играем, у меня бывает, что за него в зале играем, утром в 11 часов, немножко побегаю, и об... раз резко нарастает- нарастает. И сознание теряет. Падаю. Правда, тут же прихожу...

Врач - ну я тут прочитала, у вас хронический тонзиллит был и вальвулит.

Пациент – нуо, как его, орви-то я часто болел раньше, в детстве, вообще... ну давление-то ладно по наследству, наверное, у матери бывает давление, но все равно, не знаю, что пить. Раньше антипал пил, но антипал, говорят вредно.

Врач - вы, перед тем как анализы сдавать кушали, нет?

Пациент – нет, утром.

Врач- вечером кушали? Сладкое кушали?

Пациент – ну вечером-то кушал

Врач - здесь в анализах сахар 5,9 норма 5,5

Пациент – ну может сладкое, кушал, какие конфеты

Врач - угу. Родители гипертоники, да?

Пациент – мать

Врач - вы на Борсоева живете?

Пациент - да

Врач – давайте послушаемся

Врач – одышки нету?

Пациент – одышки нету.

Врач- ноги не отекают?

Пациент - мmm, есть

Врач - к кардиологу есть талоны?

Медсестра – к кардиологу вообще нету

Врач – кардиолог у нас в отпуске, до какого в отпуске она?

Медсестра – до конца, видимо

Врач - холтеровское мониторирование пока пройдет?

Пациент – угу

Медсестра – есть направление?

Пациент – есть

Врач - записан

Врач- рост, вес знаете?

Пациент – так-так, тот раз взвешивался, 84 было, рост 176. излишки?

Врач - угу, надо ... излишки. Работа у вас психо-эмоциональная?

Пациент – нууу, сейчас нет, раньше – да

Врач - вы сейчас кем работаете?

Пациент – адвокатом

Врач- это не психо-эмоциональная, да?

Пациент – не-а

Врач - вы по уголовным или по гражданским?

Пациент – a↓ по гражданским. В основном, по уголовным

Врач - у окулиста глазное дно надо смотреть. Сейчас пока талонов нет. Это в 232 отадите на расшифровку

Пациент – угу

Врач – сейчас рецепты вам выпишут. В основном питание, витамины и препараты, улучшающие питание сердца, так скажем. И давление. От давления геротон, маленькую дозировку на ночь. Все равно целесообразно принимать ингибиторы АТФ, потому что гипертрофия левого желудочка, она регресс дает.

Пациентка 11 (117:00) лазер коагуляция первично

Врач- девушка, слушаю вас.

Пациент – мне на левый глаз сказали делать лазер-коагуляцию, нужно сдать анализы у терапевта. Я анализы сдала.

Врач - угу

Пациент – у меня на общий анализ кровь брали, кровь на RW, и меня отправили повторно. Я только сегодня прошла.

Медсестра – где живете?

Пациент – Мокрова....

Медсестра – Мокрова то, это вообще не наш участок

Пациент – а я..... в БГУ учусь... у меня анализы здесь

Медсестра – а что говорят повторно сдавать?

Пациент – сегодня сдавала

Медсестра – дадут ей анализ, не дадут?

Пациент – мне просто сказали, что в понедельник уже будут делать

Медсестра – ну будет у вас анализ плохой – вас не возьмут

.....

Врач – чо, анализ принесла?

Медсестра – нету, анализ не готов

Врач – а без анализов я вам что могу-то? Так, это все-все-все... когда вы идете?

Пациент – пятнадцатого

Врач- таблетки сейчас пьешь?

Пациент – анастипал.....

Врач – какие пьете таблетки?

Пациент – селиз

Врач – два раза?

Пациент - угу

Врач – анализ придет – тогда напишем

Пациент – завтра значит. а это чо за анализ?

Медсестра – не готов он, в работе еще, я заходила в лабораторию

Врач – пятнадцатого идете? У вас время же есть еще.

Пациент – я вот сегодня сдавала, а так получается, что

Врач – срок годности? Десять дней

Пациент – нет, вообще, анализы придут.... В понедельник придет

Врач – в понедельник придет? Ну не знаю, какие анализы вы сдавали. Какие анализы вы сдавали?

Пациент – там осталось только, ну, кровь

Врач – кровь из чего?
Пациент - на RW. Из вены
Врач – ну а когда, сказали, будет готово?
Пациент – в понедельник сказали, а в понедельник, мне уже идти в республиканскую больницу
Врач – а где сдавала кровь на RW?
Пациент – здесь
Врач – если тебе срочно надо, сейчас же иди как его, туда на Смолина. Как сказать, на Смолина 69, в РКВД сдаешь
Медсестра – RW сдавала? Когда?
Пациент - вот сегодня, на повторное отправили просто сегодня
Врач - (чуть тише) может у нее там четыре креста, почему повторно то?
Медсестра – на RW, сходить надо проверить в 236, там все анализы
Врач – она сегодня сдала, так что, готово, что ли уже?
Медсестра – а, сегодня, что ли? а ты какой анализ то сегодня сдала? На RW?
Пациент – да
Медсестра – на RW – то тем более, не будет сегодня готово
Врач – когда будет готово? Когда, сказали, будет готово?
Пациент – через 4 дня.
Врач – она говорит, я не успеваю, если 4 дня... а, это самое, в кожвендиспансере, сегодня завтра готово же будет
Медсестра – они тоже делают сутки – двое
Врач – тебя как зовут-то?
Пациент – Лена
Врач – Лена, иди в кожвендиспансер, Смолина 69, там сдай. Там сдашь, по-моему, на завтра будет готово RW. С полисом, с паспортом. Поняла? А как RW будет готово, придешь к нам.

Пациентка 12 (125:30) рецепты первично

Пациент – здравствуйте
Врач - здравствуйте
Пациент – я за рецептом, я на 2:20 по времени
Врач - а время сейчас 4 часа, вы опоздали, мадам
Медсестра – вы Нимаева. Да?
Пациент – Нимаева да, да, да
Медсестра – ну а что же так поздно приходите?
Пациент – вы знаете, там целая история с этим ТГК (*топливно-генерирующая компания Т.К.*), я в то ушла, я только оттуда вылезла, там до драки дело доходит! в 4 еле дошла очередь
Врач - нее, все это
Пациент – э, рецепты, и все
Врач- какие рецепты?
Пациент - сейчас скажу.... Сиофор, и этот мель..., вот глюкованс этот раз брала. Глюкованс
Врач – карточку на стол
Пациент – а карточка у нас на этом, на участке
Врач- с какого участка?

Пациент – 4 участок, у меня вот всееее уже знают

Врач – а я то первый раз вижу

Пациент – шпаргалка у меня такая вот маленькая, тот раз давали, может такую сделать, если я не выложила. Вот такая есть. Уж вы простите меня, что сегодня так получилось, но я не могла вылезти из очереди

Врач - может (со смехом) ей. Может, ни фига ей писать не будем. Ты ей выпиши следующее время

Медсестра – тут у вас понаписано

Пациент – так конечно, в прошлый раз делали, помните?

Медсестра – но

Пациент – в тот раз давали, я не могу это слово запомнить.

Медсестра – тогда вы выйдите, я вам рецепты выпишу

Пациент – хорошо. Где мне ждать, на улице ждать?

Врач – ага, в коридоре.