

На правах рукописи

КАРЫМШАКОВА Татьяна Геннадьевна

**ЛИНГВИСТИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ РЕЧЕВОГО
ВОЗДЕЙСТВИЯ В МЕДИЦИНСКОМ ДИСКУРСЕ**

Специальность: 10.02.19 Теория языка
АВТОРЕФЕРАТ
диссертации на соискание ученой степени
кандидата филологических наук

Улан-Удэ – 2015

Работа выполнена на кафедре перевода и межкультурной коммуникации ФГБОУ ВПО «Бурятский государственный университет»

Научный руководитель: Каплуненко Александр Михайлович
доктор филологических наук, профессор

Официальные оппоненты: Жура Виктория Валентиновна,
доктор филологических наук,
доцент ФГБОУ ВПО «Волгоградский
государственный медицинский
университет»

Барбина Наталья Сергеевна,
кандидат филологических наук, доцент
ФГБОУ ВПО «Байкальский
государственный университет экономики
и права»

**Ведущая организация: ФГБОУ ВПО «Тихоокеанский
государственный университет»**

Защита диссертации состоится 18 декабря 2015 г. в 13.00 часов на заседании диссертационного совета Д 212.022.05 по защите диссертаций на соискание ученой степени кандидата наук, на соискание ученой степени доктора наук в ФГБОУ ВПО «Бурятский государственный университет» по адресу: 670000, г. Улан-Удэ, ул. Смолина, 24а, конференц-зал.

С диссертацией можно ознакомиться в научной библиотеке ФГБОУ ВПО «Бурятский государственный университет» по адресу: 670000, г. Улан-Удэ, ул. Ранжурова 8, ч/з диссертаций ауд. 8307 и на сайте организации www.bsu.ru

Автореферат разослан «___» _____ 2015 г.

Ученый секретарь
диссертационного совета
канд.филол.наук



Зырянова Е. В.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Реферируемая диссертация посвящена комплексному исследованию лингвистических технологий речевого воздействия в медицинском дискурсе.

Актуальность исследования. 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. Несмотря на активные разработки западных ученых, в отечественной лингвистической науке медицинский дискурс стал объектом изучения лишь в последние годы. Информация, полученная при изучении медицинского дискурса, до сих пор имеет фрагментарный характер. 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 дискурса.

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 прагматодialeктической теории аргументации установить статус ошибок аргументации типа *argumentum ad*;
- выявить диалектический и риторический характер взаимодействия технологий аргументации и манипуляции в пространстве медицинского дискурса.

Объектом настоящего исследования является медицинский дискурс, продуцируемый в прототипической для него форме общения – в общении врача и пациента.

Предметом исследования выступают характеристики речевых стратегий и тактик аргументации, манипуляции и стратегического

маневрирования в медицинском дискурсе, а также их диалектическое взаимодействие при осуществлении речевого взаимодействия.

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;

семантико-прагматического метода исследования речевого взаимодействия, конверсационного анализа, 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. Все медицинские консультации осуществляются в жанре «прием у врача», при этом врач принимает как первичных больных, так и больных состоящих на диспансерном учете.

- транскрипты эпизодов британского научно-популярного сериала «Я стесняюсь своего тела» («Embarrassing 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.

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»* и др. Эти жанры образуют институциональный компонент медицинского дискурса, соответствуют его цели, и 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. Высказывания, свидетельствующие о комплаенсе, отражают правильность соблюдения больным рекомендаций врача (прием лекарств, точность выполнения процедур, следование диете и т.д.).

4) *Дискурс Экспертного Сообщества* объединяет экспертов, носителей специальных знаний (в данном исследовании – 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 перлокутивным эффектом речевого акта и комплаенсом пациента.

5) При речевом взаимодействии врача и пациента стратегии аргументации и манипуляции находятся в *диалектической* взаимосвязи. При этом стратегии аргументации опосредованы логико-коммуникативными, мировоззренчески-этическими, социальными, нормами, а также правилами успешной коммуникации *прагматдиалектической теории аргументации*.

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.

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 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 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.

Апробация работы. По результатам проведенного исследования представлены доклады на научных конференциях и семинарах (в период 2010–2015 гг.). Основные результаты исследования обсуждались на заседаниях кафедры перевода и межкультурной коммуникации БГУ, 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), Пути и стратегии подготовки специалистов в области межкультурной коммуникации (Улан-Удэ, 2015). Основные положения отражены в 7 научных **публикациях автора**, из них 3 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.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Во **введении** обосновывается актуальность, научная новизна исследования, формируются цели и задачи работы, определяются предмет и объект исследования, перечисляются методы, использованные при анализе языкового материала, излагаются положения, выносимые на защиту.

В первой главе «Лингвистические параметры медицинского дискурса» представлена теоретическая база исследования. Рассматриваются основные научные воззрения на дискурс как показатель социального взаимодействия, где в центре внимания находится речевая деятельность носителя экспертного медицинского знания – врача,

вступающего в речевое взаимодействие с представителем дискурса различий – пациентом. Определяются объем и содержание понятия «медицинский дискурс».

Медицинский дискурс – это специализированная разновидность общения между людьми, происходящего в соответствии с нормами социума и данного общественного института. Это хорошо прописанный, канонический тип профессионального взаимодействия с широким кругом людей, охваченных одной глобальной проблемой – оказание медицинской помощи любому нуждающемуся. Институциональное общение врача и пациента, которое происходит в рамках первичного речевого жанра «прием у врача», и имеет уникальное тематическое содержание, стиль и композиционное построение. Эти жанры образуют институциональный компонент медицинского дискурса, соответствуют его интенции, и отражают специфику медицины.

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 его согласия с рекомендациями врача и готовности следовать предложенной терапии, что также означает достижение иллокутивной цели и перлокутивного эффекта взаимодействия.

Теоретической базой изучения ДЭС как дискурса особых институциональных групп послужили исследования Дж. Суэйлза и А.М. Каплуnenко. 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. Однако члены дискурсивного сообщества имеют высокий общий уровень осведомленности в определенной сфере общения, обладают знаниями специальной терминологии, жанровой организации информации» [Swales, 1990, p. 99].

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 [Каплуnenко, 2007, с. 9]. Опираясь на работы лингвистов (Swales, 1990; Bhatia, 1993; Scollon, 2001), можно определить *экспертное*

сообщество как иерархически организованную группу экспертов, объединённых профессиональной компетенцией в отношении определенного количества жанров, с помощью которых осуществляются специфические коммуникативные цели. Это позволяет соотнести профессиональный медицинский дискурс с ДЭС. Дискурс сообщества объединяет людей по роду занятий или интересов. Понятие дискурсивного сообщества получило развитие в работах ряда зарубежных исследователей (Swales, 1990; Potter, 1995 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]. *Экспертное сообщество* определяется нами как иерархически организованная группа экспертов в той или иной области, подчиняющихся определенным конвенциям. В процессе коммуникации члены сообщества оперируют медицинскими терминами, доступными интерпретации только в профессиональной медицинской среде.

В западной медицине уже давно возник интерес к **комплаенсу**, то есть проблеме согласия пациента на лечение и соблюдение лечебных рекомендаций. За последние десятилетия разработаны и внедрены сложные и дорогостоящие модели оценки выполнения пациентом врачебных рекомендаций. Но результаты исследований неутешительны. Главный их итог – низкий процент выполнения больными врачебных рекомендаций, причем это касается и наиболее тяжелых и опасных заболеваний. Отсутствие комплаенса снижает эффективность терапии, – упускается время, врач вынужден менять терапевтическую тактику. Это приводит к хаотичности лечения, к взаимному недопониманию между врачом и больным, снижению доверия больного к медицине вообще, и к конкретному врачу, в частности.

В **выводах по первой главе** приводится мысль о важности исследования стратегий аргументации и манипуляции в медицинском дискурсе в контексте существующих подходов к определению дискурса, жанра, теории речевых актов, и с учетом конфликтогенного потенциала медицинского дискурса. Кроме того, комплаенс рассматривается как иллюкутивная цель и перлокутивный эффект медицинского дискурса.

Во второй главе «ДИАЛЕКТИКА АРГУМЕНТАЦИИ И МАНИПУЛЯЦИИ В МЕДИЦИНСКОМ ДИСКУРСЕ» дается краткий экскурс в историю исследования аргументации как с точки зрения традиционного подхода, так и с точки зрения современных подходов, таких, как новая риторика и ПДТА.

Прагматодialeктическая теория аргументации (ПДТА)

Теория аргументации, которая называется прагматодialeктика, начала разрабатываться в 70-80-е года XX века в Амстердамском университете.

Фундаментальным принципом, на котором она строится, является то, что стороны в ходе аргументации не доказывают истинность точек зрения как соответствие высказывания действительному положению дел в мире. 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. С точки зрения прагматодialeктического подхода (Ф.Х. ван Еемерен, Р. Гроотендорст, П. Хуглоссер), основной диалектической целью аргументативной дискуссии является **преодоление разногласий**. С этой целью проponent и оппонент используют широкий диапазон риторических приемов, так как каждый из них одновременно с диалектической целью заинтересован в разрешении разногласий в свою пользу (риторическая цель). Успешное сочетание *риторической и диалектической* целей есть поддержание баланса в **стратегическом маневрировании**. 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, p. 18].

Роль аргументации в формировании ДС врача и пациента

Одной из базовых категорий медицинского дискурса следует признать его лингвотерапевтическую направленность – нацеленность на «лечение словом». Достижение дискурсивных целей невозможно без аргументирующего воздействия на пациента, коррекции его изначальных установок, его ДР для согласования с ДЭС врача и создания комплаенса и ДС.

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. В аргументативном дискурсе аргумент есть еще и определенная коммуникативная функция, или иллокутивная сила речевого акта.

В следующем примере врач строит ДС приближаясь к ДР пациентки. 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 именуется метафорой «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...

Медицинский термин-метафора – это не только профессиональный термин, но и субъективная, наивная, преимущественно оценочная характеристика состояния здоровья, что в свете психолингвистической концепции значения рассматривается нами как средство доступа к единой информационной базе человека, способ проникновения в его ДР. Метафора в медицине представляет собой систему, при взаимодействии абстрактного и конкретного компонентов которой возникает новое значение, представляющее собой способ создания ДС врача и пациента. Например: *мочевой пузырь, слепая кишка, 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 в стратегии сближения, врач обращается к другой метафоре «*воспаление поджелудочной железы*», употребленного вместо термина «хронический панкреатит» как более убедительному аргументу в данном случае. Понятие «*воспаление*» входит в ДР пациентки будучи использованным для построения ДС, семиотически эволюционирует во взаимодействии и замещает ДР пациента и ДЭС врача единым ДС. 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 врача кажется пациенту разумной, логичной (достигнута диалектическая цель), и меняет картину мира пациента (достигнута риторическая цель). Таким образом, актуализирован перенос жизненного опыта, полученного в рамках одной предметной области (ДР), в другую предметную область (ДС). 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, в достижении

взаимопонимания и комплаенса как общего итога и перлокутивного эффекта коммуникативного акта.

Диалектика аргументации и манипуляции

В рамках исследования представляется важным показать диалектические взаимоотношения аргументации и манипуляции на примере медицинского дискурса. Для этого необходимо подробно рассмотреть эти виды взаимодействия, используя интерпретативный подход [Демьянков, 2003, с.120] и метод оппозиций [Грубецкой, 2000, с. 32]. 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, то есть логико-коммуникативными процессами, направленными на обоснование позиции одного человека с целью последующего ее принятия другим человеком. Кроме этого, обе разновидности речевого воздействия представляют собой коммуникативную деятельность субъекта в триединстве вербального, невербального и экстралингвистического, целью которой является убеждение адресата и изменение начальных установок оппонента. Согласно теории речевых актов Дж. Остина и Дж. Сёрля, аргументация и манипуляция – это выполнение макроречевого акта, который обладает особой иллокутивной целью и перлокутивным эффектом, наступающим в случае его успешного выполнения[Сёрль, 1986, с.179.] Иллокутивной целью и перлокутивным эффектом макроречевого акта в медицинском дискурсе мы считаем состояние *комплаенса*, когда пациент осознанно принимает свой диагноз и согласен выполнять рекомендации врача.

Отличительной чертой процесса коммуникации в медицинском дискурсе выступает то, что, с одной стороны, для него присуща институциональность и ритуализованность, определяющая его статусно-ориентированный характер, с другой – персональность, сближающая его с личностно-ориентированным дискурсом. Важным признаком общения «врач – пациент» является его асимметричность, обусловленная принадлежностью врача к ДЭС, а пациента к ДР соответственно. ДЭС

предполагает наличие у врача коммуникативной власти, интеллектуальности, специальных медицинских знаний, знаний об организации общения, интерпретации речевого поведения пациентов, о приемах создания комплаенса и ДС.

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 адекватный состоянию комплаенса.

Определяя двойственную специфику аргументации как процесса и как продукта, А.Гюнтер [Günther,1982,p.180] выделяет ряд характеристик, 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, деятельность языковая и социальная, представляет собой применение речевых средств для убеждения в приемлемости каких-либо положений или мнений. Для *манипулятивного воздействия* используются и вербальные и невербальные средства.

Аргументация, возникающая в межличностном общении, предполагает диалог. С. Джейкобс и С. Джексон считают, что

аргументацию можно рассматривать как интерактивный процесс, развивающийся между двумя и более коммуникантами [Jacobs, Jackson, 2001, p. 123]. Это значит, что предполагается взаимное сотрудничество участников коммуникативного процесса для последующей реализации иллюкутивных целей, что 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 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 восприятие другого как объекта и средства удовлетворения своих потребностей. 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 – это сложный речевой акт, кода корректируется точки зрения, и шире – картина мира адресата. Она может изменить знания, ценностные установки участников коммуникативного процесса. 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 коммуникации. При этом у манипулируемого обязательно сохраняется иллюзия самостоятельности решений и действий.

Аргументация осуществляется по определенным правилам и регулируется логико-коммуникативными, мировоззренчески-этическими, социальными нормами, а также правилами успешной коммуникации ПДТА. *Технологии манипуляции* включают в себя обширный набор приемов тактик и стратегий воздействия, не подчиняющихся правилам и ограничениям. Любые тактики, помещенные в структуру манипулятивной коммуникативной стратегии, приобретают характер манипулятивных. 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].

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 взаимопроявляющимися 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 исключения 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 единственно возможными видами речевого воздействия, где диалектический подход позволяет выявить неопределенно 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**.

В **выводах по второй главе** обобщаются основные аспекты диалектики аргументации и манипуляции в медицинском дискурсе.

В **третьей главе «ПРИЧИНЫ ВАРИАТИВНОСТИ РЕЧЕВЫХ СТРАТЕГИЙ В ЖАНРЕ «ПРИЕМ У ВРАЧА»** рассматриваются причины вариативной смены речевых стратегий врача.

В параграфе **«Ф.Х. ван Еемерен и Р. Гроотендорст. Допустимость смены стратегий в рамках ПДТА»** на основе положений

прагматодialeктической теории аргументации рассматриваются и анализируются примеры, обосновывающие допустимость и необходимость смены речевых стратегий во время интеракции врача и пациента. 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. Если пациент (носитель ДР) неспособен к переживанию соответствующих сущностей, то 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.

Ф.Х. ван Еемерен считает, что риторика – это другой, противостоящий диалектике подход к аргументации. Если диалектический взгляд на аргументацию определяет 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 оба этих аспекта. Риторический подход включается в ПДТА, формируя концепцию «стратегического маневрирования».

Смена стратегий при речевом взаимодействии в медицинском дискурсе обоснована, прежде всего, поиском наиболее оптимального способа речевого воздействия на пациента. Показателем эффективности интеракции становится создание совместного контекста интерпретации, достижение перлокутивного эффекта речевого акта и, в конечном итоге, комплаенса пациента.

«Ошибочные» аргументы в жанре «прием у врача»

В рамках прагматодialeктической теории аргументации термин «аргументативная ошибка» связан с правилами ведения критической дискуссии и определяется как речевой акт, блокирующий попытки участников дискуссии разрешить различия во мнениях. Наиболее

известным и имеющим свою историю типов ошибок является **апеллятивный (ad-) тип**, изложенный еще Дж. Локком в 1690 г., классифицирующий аргументативные ошибки на основе внеконтекстных признаков: *ad hominem* – к человеку, *ad verescundiam* – к скромности/ к авторитету, *ad ignotiam* – к невежеству, *ad iudicium* – 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.

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 прагматической диалектике ошибки классифицируются 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 П. Хуглоссер опирались в ПДТА, заполняет концептуальную и культурную лакуну между диалектикой и риторикой, существующую в настоящее время. 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 (*argumentum ad verescundiam* – «аргумент к скромности»), вид ошибочной логической аргументации – предложение считать некоторое утверждение корректным потому, что такое утверждение сделано неким источником, считающимся авторитетным;
- апелляция к личности (*argumentum ad hominem*) – состоит в нерелевантной атаке на личность оппонента, а не в сути дискуссии, объективных фактах и логических рассуждениях, стремление повысить собственный статус за счет понижения статуса оппонента. Основной её

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

- *argumentum ad baculum* («палочный довод»), также известный как призыв к силе, «обращение к палке», угроза неприятными последствиями.

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.

Терминологические номинации врача как признак скрытого *argumentum ad verecundiam*

Терминологическая номинация – это процесс, который сопровождает все виды профессиональной деятельности человека. 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]. Терминология медицины является частью научного аппарата, дает возможность познать закономерности исследовательского процесса, определить каналы взаимодействия с другими элементами медицины и в речевом взаимодействии врача и пациента зачастую актуализируется как *argumentum ad verecundiam*.

Анализ фактического материала исследования показал, что эксперт медицинского дискурса, врач, часто обращается к *argumentum ad verecundiam* – 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. 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» и являются демонстрацией позиции власти, представителя ДЭС.

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

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.

Пациент – Что за брадикардия?

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

Врач работает на формирование комплаенса, поскольку уже результативно пройдены начальные фазы коммуникации, установлен контакт с пациенткой, врач создал ДС и совместный контекст интерпретации. На данном этапе 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 verescundiam* – использование медицинского термина *брадикардия*. Уточняющий вопрос пациентки «Что за брадикардия?» остается без ответа, что можно интерпретировать как «манипуляцию игнорированием» как скрытую ссылку 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 verescundiam* актуализируются как вспомогательные тактики.

Переход от ДЭС к ДС как стратегия сближения врача с пациентом

Особый исследовательский интерес представляет раскрытие механизма сближения коммуникантов. Сближение способствует формированию коммуникативной общности, обратной связи между врачом и пациентом. Используя соответствующие коммуникативные стратегии, можно 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

Вся сумма интенциональных состояний, характерных для определенной личности, называется ее интенциональным горизонтом.

Различие интенциональных горизонтов двух личностей зачастую становится причиной разногласий. Когда же 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.

Отличие ДС от ДЭС заключается в формулировке Другого. В контексте медицинского дискурса Другой представлен пациентом, который не является членом экспертного сообщества. Цель адресанта (врача) – изменить первоначальные установки Другого (пациента) и убедить его следовать профессиональным советам эксперта. Для иллюстрации некоторых стратегий перехода от ДЭС к ДС рассмотрим ряд случаев:

1. *Пациент – Здравствуйте.*

Врач – Здравствуйте Ольга Николаевна, как жизнь?

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

Приветствие-вопрос «Здравствуйте, Ольга Николаевна, как жизнь?» является типичным в среде знакомых, друзей, соседей. Таким образом устанавливаются отношения, аналогичные отношениям с друзьями, коллегами. Врач создает ДС, приближает ДР пациента, применив элементы стратегии сближения, а именно, типовые высказывания социальной среды людей «близкого круга».

2. *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 случае 2 способствует более высокому уровню доверия. По утверждению В.В. Журы, «... обсуждение тем, выходящих за рамки медицинской консультации осуществляется в рамках прагматической тактики демонстрации внимания к проблемам пациента» [Жура, 2008, с. 5].

«Красавица, похорошела» определяется нами как комплимент, как знак сближения, характерный для данной стратегии. Анализ нашего материала показал, что комплимент часто выступает приемом манипуляции. Это краткое, небольшое преувеличение достоинства, которое адресат желает видеть в себе. Врач умело использует комплимент как способ манипуляции и как способ «подготовить» и

расслабить пациента. О высокой степени сближения интенциональных горизонтов свидетельствует информация о событии, не связанном с профессиональным взаимодействием врача и пациентки: *«поступила на закройщика»*.

Как утверждает В.В. Жура, «...во время контактоустанавливающего этапа происходит обработка невербальной информации – внешнего вида больного, жестикуляции и т.п., выступающих отправным пунктом диагностики болезни» [Жура, 2008, с. 118]. Этот этап представлен в 89,5% проанализированных нами первичных консультаций. В этой связи интересен следующий пример, иллюстрирующий, 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 ничо, так-то вроде бы все нормально, я пролечилась там, на Верхней Березовке.

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

Из примера видно, что корректировка интенциональных горизонтов приводит к созданию ДС, что в медицинском дискурсе эквивалентно состоянию комплаенса. При анализе фактического материала, собранного в 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.

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. Стратегии сближения в медицинском дискурсе реализуются посредством большого количества манипулятивных технологий. Каждый врач имеет свой собственный манипулятивный инструментарий, выбор которого диктуется в каждом случае уникальными условиями речевого взаимодействия.

«Обращение к языковому коду пациента» – одна из наиболее эффективных манипулятивных технологий. В общем смысле код – это средство коммуникации: естественный язык (русский, английский, бурятский и другие), искусственный язык типа эсперанто или машинный язык. Нами уже были рассмотрены примеры, когда врач переходит на идиолект пациента и употребляет лексику просторечного функционального стиля, приближаясь к ДР пациента. Как показал анализ примера, подобная манипулятивная технология была оправдана и пациент принял доводы врача как разумные, что свидетельствует о создании перлокутивного эффекта речевого акта.

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.

В многоязычном обществе коммуникативные функции распределяются между разными языками. Так, язык, имеющий статус государственного, используется в официальных, социально «ответственных» ситуациях, а родные языки народов, составляющих данное общество, могут использоваться преимущественно в бытовых ситуациях. Однако, использование родного языка не в бытовых, а в ситуациях институционального общения, когда возникает необходимость маркировать собеседника как «культурно схожего», можно рассматривать как манипулятивную технологию.

Как показывает анализ собранного практического материала, объем использования бурятского языка в речевом взаимодействии врача и пациента может варьироваться от сплошного диалога только на бурятском языке, до использования лишь междометий, союзов, и других служебных частей речи. В манипулятивных целях достаточен 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 эффективна, особенно в общении с пациентами старшего возраста.

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

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

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

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

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

Пациент – Ноооо...

Врач - Хорошо. Итак, мы вам индопамид выписываем, геротон выписываем, еше чо?

Пациент - Лизиноприл.

Врач - А где мы выписывали-то его?

Пациент – Та ж хоер раз выписывэть болоит (вы же 2 раза выписали)

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

...

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?). Лингво-культурологически вопрос поставлен некорректно, так как врач владеет только устной формой бурятского языка, в связи с чем допускает ошибку в формулировке вопроса. Однако свою роль лингвистического кода манипуляции прием выполняет. Пациент реагирует адекватно, в рамках того же кода, на бурятском языке: «*тиигээд*». Пациент состоит на учете как инвалид, имеет долгую историю болезни, хорошо разбирается в назначаемых лекарственных препаратах и легко оперирует медицинскими терминами, связанными с его диагнозом. И поскольку причина прихода пациента к врачу – получение льготных лекарств, пациент переходит на инструмент ДЭС – термин *лизиноприл*. Переходя к проблеме лекарств, пациент говорит на русском языке: «*лизиноприл еше, в тот раз не было*».

Врач продолжает манипулятивное воздействие, настаивая на заявленном лингвистическом ходе, затрагивает личную сферу жизни пациента, приближаясь к его «внутреннему времени его» *Та хэр байнат?* (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», после которого использован еще один манипуляционный прием игнорирование – умышленное невнимание к высказываниям, действиям партнера по общению, намеренная рассеянность: «*чо, подумаешь...*».

На создание 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* 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 ДС данного речевого взаимодействия.

В **заключении** даётся оценка его перспектив исследования, формулируются выводы, намечаются перспективы дальнейшего научного поиска в области аргументации и манипуляции. 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 важность стратегического маневрирования в медицинском дискурсе. Данное исследование может быть продолжено. Перспективным представляется изучение переключения языкового кода общения, а также взаимодействие речевых стратегий аргументации и манипуляции в других видах дискурса.

В **приложение** вошли скрипты медицинских приемов, записанных в медицинских учреждениях г. Улан-Удэ.

Основные положения диссертации отражены в следующих публикациях автора

Публикации в ведущих рецензируемых научных журналах, рекомендованных Высшей аттестационной комиссией:

1. Карымшакова Т.Г. Диалектика аргументации и манипуляции в дискурсе согласования врача и пациента [Текст]/ Т.Г. Карымшакова // Вестник ИГЛУ.– 2013.– №2(23), С 43-51, 1 п.л

2. Карымшакова Т.Г. Стратегия сближения и ее нарушения в речевом взаимодействии врача и пациента [Текст]/Т.Г. Карымшакова//–Вестник БГУ, серия романо-германская филология, Улан-Удэ, изд-во БГУ, 2012. 0,5 п.л.

3. Карымшакова Т.Г. Особенности манипулятивного воздействия в асимметричном медицинском дискурсе [Текст]/ Т.Г. Карымшакова//–Вестник БГУ, выпуск 10, серия филология, стр. 42-47, Улан-Удэ, изд-во БГУ, 2012. 0,5 п.л

Публикации в сборниках научных трудов и материалов конференций:

1. Карымшакова Т.Г. Когнитивный диссонанс как универсальный вид когнитивных противоречий [Текст]/ Т.Г. Карымшакова //Иностранные языки в Байкальском регионе: опыт и перспективы межкультурного диалога. [Текст]: - Материалы научно-практической конференции, посвященной 50-летию ФИЯ и 15- летию БГУ.- Улан-Удэ:БГУ,2010.- С.151-153- 0,4 п.л
2. Карымшакова Т.Г. Дискурсивные особенности обучения студентов-медиков иностранному языку [Текст]/ Т.Г. Карымшакова.//–Современные технологии обучения иностранным языкам в неязыковом вузе. Материалы научно-методического семинара с международным участием.– Улан- Удэ: Изд-во БГУ,2012.-с.43-45, 0,3 п.л
3. Карымшакова Т.Г. Формирование дискурса экспертного сообщества при обучении студентов-медиков иностранному языку [Текст]/ Т.Г. Карымшакова //– Гуманитарные проблемы современности: материалы всероссийского научно-методического семинара, 26 мая 2013г./ под ред. Н.А. Антроповой, Т.В. Юдиной –Чита : ЗИП СибУПК, 2013
4. Карымшакова Т.Г. Конфликтный дискурс как результат коммуникативной неудачи в речевом взаимодействии врача и пациента [Текст]/ Т.Г. Карымшакова.//– Язык, перевод и межкультурная коммуникация.: Материалы научно-практического семинара "Пути и стратегии подготовки специалистов в области межкультурной коммуникации", посвященного 10-летию образования кафедры ПМК БГУ. 6-9 октября 2015– Улан-Удэ: Изд-во БГУ, 2015/ под. ред. П.П. Дашинамаевой.-С.79-85, 0,5 п.л