

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО 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 – 2016

Оглавление

ВВЕДЕНИЕ	3
Глава 1. ЛИНГВИСТИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ МЕДИЦИНСКОГО ДИСКУРСА	10
1.1. К содержанию понятия «дискурс».....	10
1.2 Объем и содержание понятия «медицинский дискурс»	15
1.3 Специфика жанра «прием у врача».....	21
1.4 Дискурс Экспертного Сообщества (ДЭС) как дискурс особых институциональных групп	27
1.5 Комплаенс как иллокутивная цель и перлокутивный эффект медицинского дискурса.....	38
1.6 Конфликтный дискурс как результат коммуникативной неудачи	43
ВЫВОДЫ ПО ПЕРВОЙ ГЛАВЕ.....	52
ГЛАВА 2. ДИАЛЕКТИКА АРГУМЕНТАЦИИ И МАНИПУЛЯЦИИ В ДС (ДИСКУРСЕ СОГЛАСОВАНИЯ) ВРАЧА И ПАЦИЕНТА	55
2.1 Краткий обзор направлений исследования языковой аргументации.....	58
2.1.1. Прагма-диалектическая теория аргументации (ПДТА)	62
2.2 Роль аргументации в формировании ДС (Дискурса Согласования) врача и пациента	69
2.3 Диалектика аргументации и манипуляции	72
ВЫВОДЫ ПО ВТОРОЙ ГЛАВЕ.....	81
Глава 3. ПРИЧИНЫ ВАРИАТИВНОСТИ РЕЧЕВЫХ СТРАТЕГИЙ В ЖАНРЕ «ПРИЕМ У ВРАЧА».....	84
3.1. Ф.Х. ван Еемерен и Р. Гроотендорст: допустимость смены стратегий в рамках ПДТА.....	84
3.2 «Ошибочные» аргументы в жанре «прием у врача».....	100
3.2.1 Терминологические номинации врача как признак скрытого argumentum ad verecundiam	114
3.3 Переход от ДЭС к ДС как стратегия сближения врача с пациентом.....	120
3.3.1 Использование языкового кода адресата как манипулятивная технология.....	125
ВЫВОДЫ ПО ТРЕТЬЕЙ ГЛАВЕ.....	132
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	135
ЛИТЕРАТУРА.....	139
СОКРАЩЕНИЯ	152
ПРИЛОЖЕНИЯ	153
Приложение 1	153

ВВЕДЕНИЕ

Здоровье – это универсальная ценность. Во все времена проблемы здоровья интересовали ученых и находили отражение в научной литературе. За редким исключением, со времен жреческой врачебной науки и до современных концепций, здоровье человека было и остается базовой жизненной ценностью. Изучение здоровья как особого понятия определяет его аксиологический статус абсолютной ценности витальных потребностей человека.

«Врач – лингвоактивная профессия» [Формановская, 1998, с.202]. По словам Н. А. Дзараевой и Р. А. Рогожниковой, «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. Захарьин]. В XX веке над вопросами взаимоотношения врача и пациента работали многие известные клиницисты [Н.Н. Блохин, Т.С. Чадов], считавшие, что в сложном и многогранном процессе общения возникают новые отношения между врачом и пациентом» [Дзараева, Рогожникова, <http://cyberleninka.ru/article/n/strategii-i-taktiki-rechevogo-povedeniya-vracha> (дата обращения: 09.04.2015)].

По мнению В.В. Журы, «признанием важной роли коммуникации 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.: D.Cegala 2003]. В отечественной лингвистической науке устный 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» [Жура, <http://cheloveknauka.com/diskursivnaya-kompetentsiya-vracha-v-ustnom-meditsinskom-obschenii#2> (дата обращения 31.08.2013)].

Теоретической и методологической основой диссертации стали работы отечественных, зарубежных исследователей в области теории речевого воздействия и лингвистической прагматики [О. С. Иссерс, Р. М. Блакар, Дж. Остин, Н. И. Формановская, Дж. Р. Сёрль, и др.], теории дискурса [Н.Д. Арутюнова, Т. А. ван Дейк, А.А. Кибрик, Дж. Остин, Дж. Р. Сёрль, Дж. Суэйлз, З. Харрис], типологии дискурса [В.И Карасик, Я. Торфинг], бурятского языка [Г.С. Доржиева Э.В. Хилханова], медицинского дискурса [Л.С. Бейлинсон, Н.В. Гончаренко, В.В. Жура, С.Л. Мишланова R. Wodak], теории аргументации [А.М. Каплуненко, Х. Перельман], прагма-диалектической 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 разговорному анализу за рубежом (D. Robinson 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 являются характеристики речевых тактик аргументации, манипуляции и стратегического маневрирования в медицинском дискурсе, а также их диалектическое взаимодействие при осуществлении речевого взаимодействия.

Цель исследования состоит в установлении лингвистических 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 прагма-диалектической теории аргументации установить статус ошибок аргументации типа *argumentum ad...* в медицинском дискурсе;
- выявить диалектический и риторический характер взаимодействия технологий аргументации и манипуляции в медицинском дискурсе.

В основе данного исследования лежит **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.

Предмет исследования и поставленные задачи обусловили **использование следующих методов лингвистического анализа:**

метода контекстуального анализа, применяемого для описания системы речевых действий медицинского дискурса и различных способов их репрезентации, описательного метода, как системы процедур сбора, первичного изложения и анализа данных дискурса, обобщение и классификацию анализируемого материала, метода сплошной выборки, метода оппозиций, семантико-прагматического метода, а также метода статистического анализа исследования речевого взаимодействия.

Материалом исследования послужили:

- корпус транскриптов медицинских консультаций, записанных автором в 2011–2012 годах в медицинских учреждениях республики Бурятия 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. Предоставляемые данные не содержат сведений конфиденциального характера о пациенте или враче, позволяющих идентифицировать их личность (персональные данные¹); кроме того, приведенные в тексте имена изменены.
- 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.

¹ **Персональные данные** - любая информация, относящаяся к определенному или определяемому на основании такой информации **физическому лицу**, в том числе:

- его фамилия, имя, отчество,

- год, месяц, дата и место рождения,

- адрес, семейное, социальное, имущественное положение, образование, профессия, доходы,

- *другая информация* (см. [ФЗ-152](#), ст.3).

Научная новизна диссертационного исследования в том, что впервые проводится анализ диалектического взаимодействия речевых стратегий и тактик аргументации и манипуляции, стратегического маневрирования в медицинском дискурсе, способы обеспечения комплаенса пациента.

Теоретическая значимость настоящего исследования состоит в дальнейшей разработке теории аргументации и анализа манипулятивных технологий в медицинском дискурсе. Работа расширяет научные представления о системе речевого взаимодействия в медицинском дискурсе, о средствах обеспечения взаимопонимания (комплаенса) и обогащает исследовательскую базу лингвистики в целом. Полученные результаты и сделанные на их основе выводы, возможно применить для анализа других видов дискурса.

Практическая ценность работы состоит в возможности использовать полученные результаты в вузовских практических и теоретических курсах когнитивной лингвистики, теории аргументации, общего языкознания, теории межкультурной коммуникации, а также при разработке учебно-методических пособий для студентов языковых и медицинских вузов. Материалы исследования могут служить источником для разработки тем курсовых, дипломных работ и магистерских диссертаций, а также внести вклад в улучшение практики речевого взаимодействия между врачами и пациентами.

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 специфические и универсальные признаки дискурса. 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 речедетельностный 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 мировоззренчески-этическими, социальными, психологическими, логико-коммуникативными нормами и законами, а также правилами успешной коммуникации *прагма-диалектической теории аргументации*.

Апробация работы. По результатам диссертационного исследования в период 2010 – 2015 гг. на научных конференциях и семинарах сделаны доклады. 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), Язык, перевод и межкультурная коммуникация (Улан-Удэ, 2015).

Основные положения отражены в 8 научных публикациях автора, из них три публикации представлены в изданиях, рецензируемых ВАК.

Структура диссертационного исследования определена задачами, логикой раскрытия темы, состоит из введения, трех глав, выводов по главам, заключения, библиографического списка и приложений. Список литературы содержит 133 наименования, 33 из которых на иностранном языке. Общий объем работы –199 страниц, в том числе 138 страниц основного текста.

ГЛАВА 1. ЛИНГВИСТИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ МЕДИЦИНСКОГО ДИСКУРСА

Дискурс – объект междисциплинарного изучения. Словарь Кругосвет дает следующее определение дискурса: «... многозначный термин ряда гуманитарных наук, предмет которых прямо или опосредованно предполагает изучение функционирования языка, – лингвистики, литературоведения, семиотики, социологии, философии, этнологии и антропологии» [<http://www.krugosvet.ru/node/34030> (дата обращения 01.02.2016)].

Ни одна классификация дискурса, как полагает Н.Ю. Сидорова, «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» [Сидорова, 2008 с.11]

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, он имеет более чем полувековую историю. Понятие дискурс связано с выходом лингвистических исследований за пределы предложения – в область сверхфразового синтаксиса.

Так, О.Ф. Русакова считает, что «в начале 1970-х годов в рамках социолингвистики возникли теории повседневного, разговорного дискурса (Labov, Sacs, 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» [Русакова, 2006, с.27].

По словам В. И. Карасика, «с позиций социолингвистики дискурс трактуется как общение в рамках определенной коммуникативной сферы. В этом плане разграничивается личностно-ориентированное и статусно-ориентированное (институциональное) общение» [Карасик, 1996, с.9]. В первом случае участники речевого взаимодействия принимают во внимание все личностно значимые характеристики поведения друг друга, они хорошо знакомы и раскрывают собеседнику сущность своего внутреннего мира. Во втором случае они взаимодействуют только как представители социума, (определенной профессии, статусной роли). Статусно-ориентированный дискурс представлен в различных типах институционального общения, которые выделяются на основе функционирующих социальных институтов, таких как политика, вооруженные силы, судебная система, наука, религия, образование, охрана здоровья и т.д.

А.М. Каплуненко предлагает «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.16]. 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 Я. Торфинг, утверждая, что «теория дискурса способствовала критическому обновлению методологического арсенала многих дисциплин, включая теорию международных отношений, теорию европейской идентичности, публичное

администрирование, массмедийный анализ, культурную географию и урбанистику» [Torfing, 2005, p. 42].

Автор констатирует, что «теория дискурса 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» [Torfing, 2005, p.37]. Главным критерием классификации имеющихся 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 постструктуралистскому пониманию дискурса как способу конструирования мира, Торфинг выделяет *три поколения теорий дискурса* или три традиции дискурс-анализа» [http://globalteka.ru/referat/doc_view/11025-----raw?tmpl=component. (дата обращения 21.10 2014)].

Так, О.Ф. Русакова, классифицируя современные теории дискурса, приходит к выводу, что «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. Данные теории в основном анализируют языковые особенности индивидуальных «языковых личностей» с учетом их социального положения. К примеру, социолингвистика анализирует отношения между социо-экономическим 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» [Русакова, 2006, с.11].

«В то время как дискурсивная психология ограничивала себя анализом разговорного языка, критические лингвисты, такие как Р. Водак, раздвигали

рамки исследования дискурса до изучения конкурирующих способов репрезентации реальности одновременно в разговорном и письменном языках. Опираясь на концепцию идеологического происхождения дискурсивных структур М. Пешо [Rêcheux, 1990], 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 Я.Торфингу, приводил к тому, что в социолингвистическом анализе беседы не было отчетливо выраженного стремления связать воедино анализ дискурса с анализом социального развития» [http://globalteka.ru/referat/doc_view/11025-----raw?tmpl=component.(дата обращения 22. 10. 2015)].

Далее О.Ф. Русакова утверждает, что «второе поколение теорий дискурса 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 Я. Торфинг относит широкий конгломерат исследований, объединенных названием «критический дискурс анализ» (КДА)» [Русакова, 2006, с. 12].

«Дискурс в КДА рассматривается как совокупность социальных практик, обладающих семиотическим содержанием. К дискурсивным практикам теории 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 воспроизводство социального и политического порядка, но и в процесс социальной трансформации. Таким образом, КДА ясно демонстрирует властный эффект дискурса» [http://globalteka.ru/referat/doc_view/11025-----raw?tmpl=component (дата обращения 21.11. 2014)].

В данном контексте интересна позиция М.Фуко. Он 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,1996 с.23] .

М.Фуко предлагает следующее определение дискурса: «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» [Там же с.35].

Не трактуя агентов и структуры как первичные категории, М.Фуко сосредоточивается на власти. «Как и дискурс, власть не принадлежит определенным агентам, ни индивидам, ни государству или группам с конкретными интересами; скорее, власть распространяется через различные социальные практики. 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» [Там же с.37].

Третье поколение теорий дискурса, по утверждению О.Ф. Русаковой, «фокусирует внимание на современных социальных и политических практиках, носит ярко выраженный постструктуралистский характер. В духе постструктурализма понятие дискурса расширяется до всеобъемлющей социальной категории. Дискурс трактуется как синоним практики социального конструирования. Интеллектуальными источниками постструктуралистского

дискурс-анализа выступают работы Р. Барта, Ю. Кристевой, Ж. Лакана, в которых дискурс рассматривается как совокупность социальных практик, в рамках которых конструируются и воспроизводятся значения и смыслы» [Русакова, 2006, с.21].

По мнению Л.П. Прокошенковой и И.Б. Гецкиной, «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, С.Камминг] и др., университет Калифорнии в Лос-Анджелесе [Э. Шеглофф], университет Орегона в Юджине [Т.Гивон, Р.Томлин, Д.Пэйн], Джорджтаунский университет [Д. Шифрин]. В Европе следует указать Амстердамский университет, где работает классик дискурсивного анализа Т. ван Дейк» [Цит. по Прокошенковой, Гецкиной, 2006 с.452].

1.2 Объем и содержание понятия «медицинский дискурс»

Вслед за Н. Ю. Сидоровой, определим медицинский дискурс как «понятие, отражающее коммуникативную деятельность в сфере общения «врач–пациент», составной элемент системы институциональных дискурсов, объектом которого является здоровье» [Сидорова, 2008, с. 10] .

Являясь одной из наиболее простых форм мышления, понятие имеет довольно сложное строение. 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, «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» [Карасик, http://superinf.ru/view_helpstud.php?id=4750/ (дата обращения 15.08.2012)].

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> (дата обращения 12.06. 2015)].

Содержанием понятия «медицинский дискурс», является ***организация системы речевого взаимодействия в рамках института медицины, принципы, по которым строится профессиональное общение врача с пациентом, имеющее целью 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» [<http://do.gendocs.ru/docs/index-1366.html>. (дата обращения 12.06. 2015)]

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.

В рамках медицинского дискурса люди должны общаться в соответствии с установленными нормами социума и данного общественного института. М.И. Барсукова определяет медицинский дискурс как «хорошо прописанный, канонический тип профессионального взаимодействия с широким кругом людей, охваченных одной глобальной проблемой – оказание медицинской помощи любому нуждающемуся» [Барсукова, 2007, с. 21].

Кроме того, среди подходов и концепций, можно выделить два больших класса критериев классификации дискурсов: семантический (или тематический) и структурный. По обращению либо к содержательной, либо к формальной стороне дискурса, можно выделить такие виды дискурса как литературный, исторический, научный, публицистический, философский, медицинский и другие.

В.И. Карасик предлагает «с позиций социолингвистики выделять два основных типа дискурса: персональный (лично-ориентированный) и институциональный» [Карасик, 2000, с.9]. Говоря о совокупности существенных признаков дискурса, стоит остановиться на тех концептуальных признаках, которые позволяют выделить медицинский дискурс как тип институционального дискурса. Медицинский дискурс представляет собой неоднородное образование, в составе которого существует ряд жанров, определенные социально-ролевые, коммуникативные и структурно-семантические особенности, характерные для большинства типов институционального дискурса. М. Хэллидей, предлагая категоризировать концептуальное пространство дискурса, выделяет «поле, тональность и модус» [Halliday, 1991 p.79].

По утверждению М. Хэллидэя, «дискурс 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, 1991 p. 97].

В своей статье «О типах дискурса» В.И. Карасик, исследуя институциональный дискурс, выделяет «четыре группы признаков: 1) конститутивные признаки дискурса, 2) признаки институциональности, 3) признаки типа институционального дискурса, 4) нейтральные признаки» [Карасик, 2000 с.8] .

Конститутивные качества дискурса, по словам В.И.Карасика, «получили достаточно полное освещение в работах по социолингвистике и прагмалингвистике (Hymes,1974; Fishman,1976; Brown,Fraser,1979; Белл,1980; Богданов,1990; Карасик,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, знаковый компонент 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. 87].

В.Б. Куриленко, М.А. Макарова и Л.Д. Логинова считают, что «медицинский дискурс обладает свойствами, присущими дискурсу любой разновидности. К таким признакам относятся деятельностная природа (динамизм, процессуальность), открытость, интерактивность, интенциональность, информативность, связность, целостность, структурированность, дискретность (членимость). По базовым характеристикам МД относят к институциональным, или статусно-ориентированным типам дискурсивного взаимодействия людей [Барсукова 2007; Бейлинсон 2009; Жура 2008; Русакова, 2006 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). Но главной, базовой категорией МД следует признать лингвотерапевтическую направленность: нацеленность на «лечение словом» [Куриленко, Макарова, Логинова, web.snauka.ru/issues/2012/01/6431 (дата обращения: 21.02.2016)].

В своей работе мы отмечали, что «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» [Карымшакова, 2013 с.44].

Согласно Л.С. Бейлинсон, 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.» [Бейлинсон, 2009 с.120].

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, по мнению Н.В. Гончаренко, «медицинский дискурс обладает суггестивными (внушающими) характеристиками, которые создают особую тональность общения, выражаются вербально и невербально, обнаруживают ситуативную вариативность, проявляются в разных жанрах данного дискурса»

[Гончаренко, 2008 с.29]. Данная дискурсивная специфика работает на повышение комплаентности пациента. Вербально суггестивность медицинского дискурса выражается в установках, формулируемых врачом, посредством прямого речевого внушения в виде «директив», актуализируемое как врачебная команда, совет, рекомендация, инструкция, запрет, а также косвенного внушения в виде внушающего одобрения (комплимент, похвала) или внушающего осуждения, что уже несет на себе признаки манипулятивного воздействия.

Н.В. Гончаренко также отмечает, что «под воздействием стресса или заболевания внушаемость и манипулируемость пациента усиливаются. Информация, передаваемая врачом, становится актуальной для больного и эффективно воздействует на сознание пациента» [Там же, с. 47].

Таким образом, установлено, что речевое воздействие на пациента часто реализуется в комплаенсе (см стр. 24), в том 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 его 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» [Карымшакова, 2013 с.48] .

Современная лингвистика разграничивает первичные и вторичные жанры. Впервые идею подобного разделения коммуникативных действий и сфер предложил М.М. Бахтин. Он определяет жанр, как «единственную форму бытия естественного языка, кристаллизованную в знаке историческую память перешедших на уровень автоматизма значений и смыслов» [Бахтин, 1996 с.160].

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)» [Там же с. 181]. К сфере вторичного исследователи относят жанры, представляющие собой «ответную реакцию», «интерпретацию, комментирование, обсуждение первичных образцов» [Там же с. 181]. 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.53]. Эта, достаточно широкая трактовка характеристик первичного и вторичного речевого жанра М.М. Бахтина дала начало дискуссии о сущности отношений между ними. Высказывалось мнение о возможности проведения аналогии между первичным речевым жанром, понимаемым как реплика в диалоге, и речевым актом.

А.Н. Баранов также высказал мысль о том, что «первичные (простые) речевые жанры близки к речевым актам» [Баранов, 1994, с.41]. Подобный подход к первичному и вторичному речевому жанру имплицитно между ними отношения компонента и целого. И действительно, в процессе формирования вторичные жанры вбирают в себя первичные, трансформируют и видоизменяют их. Продолжатель идей М.М. Бахтина В.В. Дементьев полагает, что «первичный

жанр должен быть структурным элементом...» вторичного [Дементьев, 2000 с. 88].

По мнению Т.В. Анисимовой, «первичными считаются жанры, сложившиеся в условиях непосредственного общения в любой сфере деятельности» [Анисимова, 2000 с.39]. Это мнение соотносится с идеей М.М. Бахтина о том, что среди первичных жанров выделяются «определенные типы устного общественно-политического, философского диалога» [Бахтин, 1996 с.189]. При дифференциации первичных и вторичных жанров первичные жанры должны составлять собственно основу институциональной деятельности.

Так, в медицинском дискурсе, где центральной парой участников общения выступают врач и пациент, и их ролевые характеристики прописаны ситуацией общения, соблюдение устоявшихся первичных жанров и речевых клише строго 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 института здравоохранения. Композиционно жанр «прием у врача» состоит из «простых, сложившихся в условиях непосредственного речевого общения» реплик медицинской сферы деятельности.

М.М. Бахтин, определяет речевой жанр 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, 1996 с.170].

По мнению Л.С. Бейлинсон, жанр представляет собой «исторически сложившийся текстотип во всей полноте смысловых связей, узнаваемый участниками общения» [Бейлинсон, 2009 с. 129].

Следуя идеям концепции жанров М.М. Бахтина, И.Н. Горелов и К.Ф. Седов предлагают определить речевые жанры как «вербально-знаковое оформление

типических ситуаций социального взаимодействия людей» [Горелов, Седов, 2001 с. 58].

По словам В.В. Журы, «основными жанрообразующими признаками дискурса выступают коммуникативная цель/цели общения, когнитивный тип, лингвопрагматические характеристики дискурса...» [Жура, 2008 с.19]. 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)» [Карымшакова, 2013 с.48]. «Нить, которая объединяет все три ключевых элемента вместе – это коммуникативная цель (КЦ). При определении коммуникативной стратегии понятие коммуникативной цели является основным» [Swales, 1990 p. 115].

О.С. Иссерс считает, что именно «коммуникативная цель определяет всю стратегию общения, отбор фактов и их подачу в определенном освещении» [Иссерс, 2002 с.20], что «выражается в выборе манеры разговора, формы и содержания сообщения, уместной формы речи, обстановки и т.д. Именно коммуникативная цель вводит языковую деятельность в дискурсивное сообщество. Она также является прототипическим критерием идентификации жанра» [Там же, с. 22], и его значимым и конструктивным элементом.

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

- достижение Дискурса Согласования (ДС) 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.

При формировании ДС врач должен учитывать весь комплекс особенностей пациента, который не является членом экспертного сообщества. Цель адресанта (врача) – изменить первоначальные установки пациента, и убедить следовать профессиональным советам эксперта. Адресат не является носителем специальных знаний, поэтому основная коммуникативная задача представителя ДЭС – врача – проникнуть в ДР пациента, сблизить интенциональные горизонты, и добиться ДС.

Ранее в своих исследованиях мы иллюстрировали одну из стратегий достижения ДС между врачом и пациентом примером из материалов исследования автора:

«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-приветствие является типичным в среде знакомых, друзей, соседей. Таким образом, врач, 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» [Карымшакова, 2012б с.83]. Наиболее часто встречающимся приемом манипуляции выступает комплимент, который определяется С.Н. Павловым как «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» [Павлов, 2011, с.129]. Врач умело использует комплимент как один из способов манипуляции и как способ «подготовить» и расслабить пациентку, чтобы она почувствовала себя более свободно и уверенно. 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 «близкого круга». Являясь инструментом манипуляции, воздействующим с актуализацией иррационального компонента, комплимент в нашем примере работает на обеспечение комплаенса, как одной из важнейших целей речевого взаимодействия в жанре «прием у врача».

Как демонстрирует пример, врач и пациент в данной ситуации общения соблюдают нормы устоявшихся первичных жанров и речевых клише, строго следуют соответствующим ролевым характеристикам. Врач модерирует диалог, искусно применяя речевые стратегии и тактики, в то время как пациент, являясь адресатом речевых стратегий, получает информацию о состоянии своего здоровья, и весь комплекс профессиональных рекомендаций.

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

Исследования Дж. Суэйлза и А.М. Каплуненко послужили теоретической базой по данному вопросу. Дж. Суэйлз отмечал, что «входящие в дискурсивное сообщество не образуют языкового сообщества, они могут быть дистанционно удалены друг от друга, принадлежать разным этническим слоям» [Swales, 1990 p.117]. Т.А. Ширяева рассматривает дискурсивные сообщества как «социориторические институциональные группы, объединенные общностью коммуникативных целей [Ширяева, 2007 с.102] 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 [Там же с.103].

Вслед за А.М Каплуненко, обратимся к рабочим понятиям «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.115]. Опираясь на работы лингвистов [J.Swales,1990; V. K. Bhatia, 1993], 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 (J. Swales, 1990; V.K. Bhatia, 1993; E.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.116].

В своей работе мы отмечали, что «представители экспертного сообщества овладели силой термина за многие годы специального образования, и что немаловажно в медицине – в клинической практике. *Экспертное сообщество* определяется как иерархически организованная группа экспертов в той или иной области, подчиняющихся определенным конвенциям. На основе теории Дж. Суэйлза сообщество медиков-специалистов определено как дискурсивное сообщество, закрытая субкультура производственного типа. В процессе коммуникации члены сообщества оперируют медицинскими терминами, которые являются способом выражения идей, доступных интерпретации только в профессиональной медицинской среде. Нарботанный 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» [Карымшакова, 2012б с.82].

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, контролировать и отсеивать несоответствующих критериям сообщества коллег. Данная характерная черта медицинского сообщества – исполнение модерлирующей функции сообщества.

Ниже приводится пример, взятый из сериала "ER" («Скорая помощь»). Представлен эпизод консилиума /медицинского обсуждения летального исхода экстренных родов, проведенного доктором Грином в отделении скорой помощи. Группа коллег-врачей детально разбирает течение родов, задавая доктору Грину конкретные профессиональные вопросы. Пример иллюстрирует общение профессионалов в экспертном медицинском сообществе и их отношение к проявленному непрофессионализму.

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 abrupted.

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. Green: A 23 % risk chance of shoulder dystosia.

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 оценки уровня компетенции коллеги сообщество считает необходимым и возможным задать действующему врачу-ординатору (занимающему пост заведующего отделением) вопросы тестового 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 abrupted;*
- *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 профессионалу-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 больного. Н.А Сирота и В.М Ялтонский считают, что «врачу, клиническому психологу и любому другому медицинскому работнику важно иметь развитые навыки коммуникации с пациентом, компетентно доводить информацию о проблемах пациента и аспектах его лечения до него самого и до сведения его родственников, эффективно общаться с пациентами. При этом важно понимать, что далеко не все пациенты имеют развитые навыки коммуникации, а состояние больного человека провоцирует коммуникативные проблемы. Врач обязан уметь правильно информировать пациента и его родственников об их роли в терапевтическом процессе, о терапевтических альтернативах и рекомендациях, объяснять и комментировать соответствующее лечение для достижения согласия на его проведение, как со стороны пациента, так и его родственников. Врачу, несомненно, необходимо владеть навыками обеспечения приверженности пациента к лечению. Кроме этого он должен уметь мотивировать пациента на преодоление болезни, поддерживать и поощрять его автономию (суверенность), распознавать и понимать индивидуальные и социальные факторы, влияющие на течение болезни, выбор варианта лечения и реабилитации» [Сирота, Ялтонский, http://www.medpsy.ru/mprj/archiv_global/2011_4_9/nomer/nomer02.php (дата обращения 22.02. 2016)], т.е. обеспечить комплаенс пациента.

В следующем примере, также взятом из сериала "ER" («Скорая помощь») иллюстрируется иной коммуникативный эффект термина, использованного вне ДЭС. Пример демонстрирует коммуникативную неудачу студентки-интерна, Люси Найт, которая в общении с женой пациента использует преимущественно термины ДЭС, не пытаясь адаптировать их, 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.

Lucy Knight: 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.

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. Подобное речевое взаимодействие свидетельствует о недостаточной 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. 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 обеспечение его комплаенса – состояния, когда созданы условия для понимания всей картины своего состояния, когда 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*,
- *PSA* – *prostate specific antigen*.

В ДР жены пациента из всего сказанного медиком, возможно, имеется только понятие “serious condition”. Соответственно, 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 для нее понятиях, она уводит мужа из больницы.

Налицо коммуникативная неудача интерна, обусловленная использованием средств ДЭС за пределами экспертного сообщества, что вкупе с ее стратегической и речевой некомпетентностью приводит к подобному коммуникативному фиаско. Таким образом, данный пример иллюстрирует, как средства ДЭС, реализованные вне 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.

Обращаясь к следующему элементу триады ДЭС-ДС-ДР – ДР, в своей работе мы утверждали, что его «специфика 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» [Карымшакова, 2012б с.82]. По словам Каплуненко, целью участников ДР является «установление признаков всеобщего, вылавливание их в бесконечности феноменологических рассуждений, интерпретаций» [Каплуненко, 2007 с.118].

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, общего языка в дискурсе различий не бывает» [Каплуненко, 2007 с.119].

«По терминологии Э. Гуссерля представитель ДР воспринимает объекты профессиональной (медицинской) субкультуры «в соответствии с собственным внутренним временем его» [Гуссерль, 2001 с. 98]. Феноменологическое восприятие базируется на концепте «боль», который характеризуется неопределенно большим объемом. Концепт имеет несколько общих признаков «тупая, режущая, острая и др.», и намного больше различий. Объем концепта огромен, поскольку у каждого пациента свой опыт переживания сущности боли.

А.М. Каплуненко утверждает, что «ДС – дискурс, иллокутивная цель которого есть согласование различных точек зрения. Дискурс организуется вокруг понятия, преодолевающего различия, обусловленные феноменологичностью концепта» [Каплуненко, 2007 с.115].

Для агента медицинского дискурса – врача, пациент – это субъект, находящийся за пределами экспертного сообщества. С его точки зрения пациент не обладает специальными знаниями, и не может адекватно интерпретировать терминологию. Для того чтобы вести продуктивный диалог с пациентом, медики должны отойти от терминов и выйти на формирование ДС, в центре которого находятся понятия. Как утверждает В.З. Демьянков, «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.6]. Среднестатистический пациент не является членом экспертного медицинского сообщества, потому ему не под силу адекватно интерпретировать специфические термины ДЭС. Однако профессиональной целью медика является предварительное создание ДС, соответственно необходимо постоянное взаимодействие адресанта и адресата для выработки общего контекста интерпретации. В результате у адресата-пациента формируется адекватная интерпретация описываемого явления медицины, независимо от знаний медицины.

Н. А. Зубарева считает, что «увеличение объема совместного контекста интерпретации в ДС достигается путем перехода от терминов к понятиям за счет использования метафор и дескрипций при описании медицинских терминов» [Зубарева, 2011 с. 32]. 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 эффективно добиваться перлокутивного эффекта медицинского общения, и в конечном итоге, комплаенса пациента.

1.5 Комплаенс как иллюкутивная цель и перлюкутивный эффект медицинского дискурса

Интерес к проблеме согласия пациента на лечение и соблюдение лечебных рекомендаций – комплаенсу имеет долгую историю в западной медицине. Множащиеся числом публикации, специальные образовательные программы для больных и их родственников, проводимые по данной тематике по всему миру, в том числе, и в нашей стране подтверждают важность данной темы. За последние десятилетия разработаны и внедрены сложные, зачастую дорогостоящие модели оценки выполнения пациентом врачебных рекомендаций. Но результаты таких исследований неутешительны. Главный их итог – низкий процент выполнения больными всех врачебных рекомендаций, причем это касается, в том числе, и наиболее тяжелых и опасных заболеваний.

Так, по словам И.В. Голощапова, «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. 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; Eaddy M., 2005)» [Цит. по Голощапову, 2010 с.15].

Общепринятый в советское время 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.

Другой 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 поле зрения 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.

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, возникающий в рамках медицинских жанров (англ. «compliance» – уступчивость, податливость, согласие, соответствие; to comply – соответствовать). 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» [<http://www.consilium-medicum.com>]. Но чаще всего в это понятие вкладывается смысл соблюдения больными лекарственного режима терапии.

По словам Д. С. Данилова, «несоблюдение назначений врача приводит к серьезным медицинским последствиям. Во-первых, нарушение режима терапии существенно снижает эффективность лечения. Самое лучшее лекарство становится бесполезным, если пациент не выполняет назначения врача: в лучшем

случае состояние больного не меняется, в худшем – болезнь продолжает прогрессировать. Во-вторых, переоценка врачом дисциплинированности больного в сочетании с неэффективностью лечения приводит к многократным пересмотрам терапии и назначению новых лекарств. При отсутствии ожидаемого эффекта врач разочаровывается в успехе лечения, снижается его профессиональный интерес к пациенту, создается впечатление «бесперспективности» больного. В-третьих, если пациент недооценивает важность соблюдения медицинских рекомендаций, недостаточная эффективность терапии вызывает недоверие к профессионализму врача, дискредитирует в глазах больного современную медицину и систему медицинской помощи. Таким образом, возникает порочный круг, в котором сначала больной, а затем и врач способствуют снижению успешности лечения» [Данилов, <http://internist.ru/files/articles/med/danilov.pdf> (дата обращения 22.02.2016)].

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» [Остин, 1986 с.75].

«*Речевой акт* – это целенаправленное речевое действие, совершаемое 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), целеустремленность и конвенциональность» [<http://yazykoznanie.ru/content/view/72/261/> (дата обращения 11.05.2015)].

«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.» [<http://rudocs.exdat.com/docs/index-47234.html?page=26> (дата обращения 22.02.2016)]

С точки зрения теории речевых актов (ТРА) 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 прослеживается мысль о том, что есть непосредственная связь между эффективностью речевого взаимодействия 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> (дата обращения 22.02.2016)].

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. Это элементарное звено коммуникации, создающее коммуникативную ситуацию.

Следующие конститутивные правила речевого акта, позволят определить аргументативный речевой акт как успешный. А успешное выполнение данных правил в медицинском дискурсе ведет к комплаенсу пациента.

1. Иллокутивная цель – преодоление имеющегося сомнения собеседника относительно некой точки зрения, в истинности которой говорящий убежден.

2. Способ достижения – говорящий берет на себя обязательство сделать точку зрения приемлемой для своего слушателя, т. е. совместить с системой суждений, входящих в 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 невозможно совместить с отказом от пропозиции, выраженной точки зрения.

5. Условие успешности – слушатель считает, что говорящий, во-первых, убежден в истинности пропозиционального содержания РА и, во-вторых, считает его логически приемлемым основанием истинности этой точки зрения.

6. Условие эффективности – слушатель анализирует пропозициональное содержание успешного речевого акта, как истинное, и как логически приемлемое, чтобы принять точку 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 медицинском дискурсе понимается как состояние комплаенса пациента.

Уверенный в своем ДР пациент, не увидевший сочувствия и понимания, или не убежденный врачом в серьезности своего состояния (особенно в случаях отрицания болезни или бессимптомной течения болезни), не будет осознанно выполнять самые правильные назначения. Для создания комплаенса необходимо дать понять пациенту, что его аргументы о качестве процедур, побочных эффектах, режиме терапии также имеют большое значение в выборе метода лечения. То есть необходимо максимально сблизить интенциональные горизонты врача и пациента. Соблюдение этих условий поможет сформировать у больного чувство уверенности в успехе терапии и в его собственной ответственности за достижение результата, что неизменно приведет к созданию состояния комплаенса, когда достигнута иллокутивная цель и перлокутивный эффект медицинского дискурса.

1.6 Конфликтный дискурс как результат коммуникативной неудачи

Как утверждает М.Е. Волчанский, «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, кооперация, конфликт с учетом набора функций каждого из них. Одной из форм реализации взаимоотношений социальных субъектов в медицинской сфере является конфликт» [Волчанский, 2012 с.45], который выступает как интересубъектный способ развития институтов здравоохранения.

По словам И.О. Косовой, «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» [Косова, 2006 с.138].

Еще одно определение конфликта дает Т. Н. Иванова. Она утверждает, что «конфликт – это особенно яркое и интенсивное взаимодействие коммуникантов, что объясняет интерес к нему лингвистов последних трех десятилетий» [Иванова, 2012 с.234]. К тому же, «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» [Иванова (Шелингер), 1996 с. 67] .

Несмотря на то, что коммуниканты, соблюдают Принцип Кооперации Грайса, и вносят свой вклад в речевое взаимодействие, общая цель не достигается. Цели участников конфликта, диаметрально противоположны, несмотря на формально корректное течение диалога. При этом в контексте содержания каждый из собеседников преследует свою цель, не прислушиваясь, а иногда и прямо противореча своему визави, т. е участники конфликта не ищут истины или достижения согласия, а лишь борются за коммуникативную инициативу.

Проблема конфликтов между врачами и пациентами является очень актуальной. Конфликтогенный потенциал социального института медицины очевиден. 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 и составу 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. По словам О. Е. Носовой, «ритуал конфликтного дискурса – это и канал трансляции определенной речевой культуры; и деятельность, порождающая ментальные парадигматические связи. В качестве *конфликтного дискурса* мы рассматриваем процесс реализации различных интенций (порожденных ментальными парадигматическими связями) в речевом взаимодействии коммуникантов» [Носова, 2012 с.212]. Иллокутивная доминанта конфликтного дискурса 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. Иллокутивная цель данного диалога определена не совсем точно. Однако 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» [Карымшакова, 2012б с.85], 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» [Там же]. Подобная стратегия не способствует созданию комплаенса и потенциально опасна для пациента.

Стратегия дистанцирования врача и его отказ от создания ДС показаны в следующем примере, (из материалов, записанных автором)

«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 иррадирует? 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 иррадирует куда-либо? (пауза) Куда-нибудь отдает?» [Карымшакова, 2015 с.83]

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*), остенсивное 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, чо-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 помощь 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 «...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%)» [<http://fom.ru/Zdorove-i-sport/12355> (дата обращения 09. 07.2015)].

«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» [Волчанский, 2012 с. 45].

Подобная социальная ситуация чревата тем, что факт заболевания негативно действует на психическое состояние пациента, вызывая опасения и страхи. Тревожность, в свою очередь, запускает внутриличностные конфликтогены психики больного человека. Они, в свою очередь, негативно влияют и на социальное взаимодействие с сотрудниками учреждений здравоохранения.

Конфликтный потенциал системы оказания медицинской помощи в нашей стране часто находит свое отражение в речевом взаимодействии врача и пациента, что вызывает необходимость принимать во внимание влияние конфликтогенов на эффективность оказания медицинской помощи. По мнению Волчанского, «для этого необходимо учитывать характер социальных отношений врачей и пациентов, степень влияния конфликтогенных факторов на характер и результат оказания медицинской помощи, где эффективное речевое взаимодействие играет ведущую роль. Комплексная превентивно-образовательная система корпоративных и этических регуляторов конфликтов способна оказать влияние на состояние организации и развития институциональной системы здравоохранения в целом» [Волчанский, 2012 с. 46].

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.

Медицинским дискурсом мы называем 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 языковом сознании сообщества обозначен как «здравоохранение», обобщен в институциональном ключевом концепте «здоровье», 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.

М.Е. Волчанский утверждает, что «... 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 социoproфессиональной группы медицинских работников, но и проецируется за ее пределы – на отношения с субъектами» [Волчанский, 2012, с. 45], находящимися за пределами экспертного сообщества. Лишь высокий профессионализм позволяет врачу сократить дистанцию между ДЭС и ДР, обеспечивая 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, возникающий в рамках медицинских жанров (англ. «compliance» – уступчивость, податливость, согласие, соответствие; to comply – соответствовать). 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» [<http://www.consilium-medicum.com/magazines/special/psychiatry/article/>

17058. (дата обращения 12.06. 2015)]. Но чаще всего в это понятие вкладывается соблюдение больными лекарственного режима терапии.

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

С точки зрения теории речевых актов комплаенс представляет собой состояние, когда врач добивается прогнозируемого изменения в поведении пациента, в его сознании, его реакции на иллокуцию речевого акта. Иными словами, это последствия речевого акта в отношении его здоровья, терапии в решении его медицинской проблемы, то есть перлокутивный эффект. Эффективное общение на медицинском приеме значительно повышает комплаентность пациента (готовность выполнять медицинские предписания врача), что является важным условием выздоровления пациента.

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

Под аргументацией, вслед за представителем и одним из основателей голландской школы аргументации Ф. ван Еемереном, 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, et al.1984 p. 115].

По словам А.Ю. Мордовина, «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» [Мордовин, 2004 с. 52].

Манипулятивный же дискурс преимущественно иррационален: 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.

Манипуляция как научное понятие междисциплинарного характера возникает в 40-50-е годы XX века благодаря западным политологам. Интерес представителей различных гуманитарных наук к механизму манипуляции неиссякаем. Термин «манипуляция» призван служить отрицательно-оценочным обозначением явления, получившего широкое распространение в современном обществе. Позже появилось и более нейтральное определение манипуляции как разновидности психологического воздействия, при котором целью манипулятора является *скрытое внедрение* в психику адресата целей, намерений и установок, не совпадающих с теми, которые имелись у адресата в момент взаимодействия.

По мнению С.А. Виноградовой, «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» [Виноградова, <http://lib.convdocs.org/docs/index-171306.html> (дата обращения 23.02.2016)] .

Манипулятивный дискурс трактуется в нашем исследовании 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.116]. 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. Как полагает И.А. Дьяченко, «за основу выявления технологических закономерностей манипулятивного дискурса была принята общая семиотическая схема манипуляционных технологий, предложенная А. М. Каплуненко. 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» [Дьяченко, 2009, с.12]. «Речевую деятельность, в которой преобладает концепт, уместно определить как Дискурс Различий (ДР)» [Каплуненко, 2007 с.117].

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, осмысления. 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 идее, далее к системно-теоретическому знанию и, наконец, к разрабатываемым на его основе методологическим принципам, познавательным приёмам и процедурам. Навык, умение 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» [<http://mirznanii.com/info/kharakter-protssessa-poznaniya> (дата обращения 23.02.2016)] .

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 1994, Белова 1997, Фанян 2000].

А.Ю. Мордовин считает, что «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» [Мордовин, 2004 с.110] .

Первоначальное учение об аргументации основывалось на обобщении и приемах ведения полемики и диспутов, которые практиковались в античной Греции. Два крупнейших мыслителя Древней Греции Платон и Аристотель стремились выделить в аргументации разные «пласты»: риторику и диалектику.

По мнению Н.К. Пригариной, «современные логические исследования в области аргументации отходят от формальной модели аргументации и стремятся учитывать «человеческий фактор» [Пригарина, 2013 с. 56]. Приведем две цитаты А.А. Ивина: «Аргументация – это приведение доводов с целью изменения позиции или *убеждений* другой стороны (*аудитории*)» [Ивин, 2000 с. 159]. И также: «Аргументация представляет собой речевое *действие*, включающее систему утверждений, предназначенных для оправдания или опровержения какого-то *мнения*» [Там же с. 158].

По словам А.Н. Баранова, «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, 1994 с.43].

По мнению Н.К. Пригариной, «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» [Пригарина, 2013 с.57].

Логический подход к аргументации ориентируется на понятие «истинности» постулируемого тезиса, в поиске которой философы проводят свои исследования

аргументации по выявлению условий и предпосылок «правильного» аргументирования. Этот подход подразумевает исчисление основных компонентов акта аргументации, где актуализирована структура аргументации С. Тулмина описывающая процедурные формы аргументов [Toulmin, Riek, Janik, 1979]. В дальнейшем, формализованные дедуктивные силлогизмы превратились в структурированные формулы, способные помочь в создании компьютеров, но не описывающие реальные процессы мышления и говорения человека.

В рамках когнитивной теории аргументации В.Н. Брюшинкин разрабатывает системную модель и считает, что «в основу анализа аргументации можно положить любой логический аппарат и дополнить его когнитивными и риторическими средствами аргументации, которые и позволят создать целостную модель» [Брюшинкин, 2003, с. 63].

Н.К. Пригарина считает, что «модель аргументации С. Тулмина является моделью естественно-языковых рассуждений и также относится к числу когнитивных» [Пригарина, 2013 с.58]. 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» [Баранов, 1990, с. 44]. 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...» [Там же с.45]. В результате исследований А. Н. Баранова построена *когнитивная лингвистическая* модель естественно-языковой аргументации, в основе которой лежит представление об онтологизации знания в процессе аргументативного воздействия.

В лингвистическом направлении особо выделяется подход бельгийских философов Х. Перельмана и Л. Ольбрехт-Тытеки [Perelman & Olbrechts-Tyteca, 1969], где по мнению Пригариной, «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» [Пригарина, 2013 с.59]. По мнению Х. 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 et al, 1969 p. 168].

Х. 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 Х. Перельмана берет начало понятие «инструментальной рациональности», составляющее основу используемой в нашей работе прагма-диалектической теории аргументации. Позднее Ф.Х. ван Еемерен и Р. Гроотендорст придут к выводу, что «рационально все, что ведет к скорейшему и наиболее эффективному разрешению различия во мнениях» [van Eemeren et al, 1984, p 99]. Возникшая в результате этих поисков новая риторика служит первым шагом к появлению ключевого для нашего исследования понятия «стратегическое маневрирование».

2.1.1. Прагма-диалектическая теория аргументации (ПДТА)

Теория аргументации, которая носит название прагма-диалектика начала разрабатываться в 70-80-е годы XX века в Амстердамском университете. Основные представители данного направления это Ф.Х. ван Еемерен, Р. Гроотендорст, П. Хутлоссер. ПДТА, разработанная в трудах «Речевые акты в аргументативных дискуссиях» 1994 и «Аргументация, коммуникация и ошибки» 1992 Ф. Х. ван Еемереном и Р. 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 традиционном понимании, как соответствие спора действительному положению дел в мире. Стороны не ищут истины. Они апеллируют лишь к коммуникативной когерентности (приемлемости) высказываний.

По словам А.И. Мигунова, «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...»» [Мигунов, 2004, с.200]

Таким образом, с точки зрения прагма-диалектики «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» [Там же с.209].

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 проponent 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 прагма-диалектический 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» [van Eemeren et al., 1984 p.97]. Макроречевой акт характеризуется особой иллокутивной силой, направленной на убеждение. В качестве перлокутивного эффекта макроречевого акта аргументации выступает «эффект принятия точки зрения (convincing)» [Там же p.98], 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.

Данные положения проиллюстрируем (из материалов исследования, записанных автором). На приеме врач просматривает результаты анализов пациента, по которым у последнего имеются вопросы:

«Медсестра: Вот кровь ваша.

Врач: Чо... нормальная... Здесь тоже хороший анализ.

Пациент: Тиниловая проба завышена, да?

Врач: Тимоловая проба? Неет...

Пациент: 4,3.

Врач: До 4 же...

Пациент: Норма же 0,4, а 4,3 у меня...

Врач: Ноль, тире, четыре... (0–4)

Пациент: А у меня 4,3...

Врач: Ну и что?

Пациент: А, ничего страшного?» [Карымишаква, 2012а с.44]

Пациент, являясь представителем ДР, имеет фрагментарные и неточные сведения о лабораторных исследованиях крови, в частности, о допустимых

значениях тимоловой пробы крови². [https://ru.wikipedia.org/wiki/Тимоловая_проба (дата обращения 08.02.2016)]. Очевидно, что знания пациента получены из широкодоступных источников – возможно интернета, научно-популярной литературы, и т.д.

Врач уже установил контакт с пациентом, успешно пройдя необходимые фатические процедуры знакомства, приветствия и т.д. Создан ДС, когда врач приблизился к ДР пациента, и настроил его на сотрудничество. Для этого он перешел на идиолект пациента, частично используя просторечную лексику:

- *Чо... нормальная...*

Пациент с готовностью принимает информацию врача, достаточно раскрепощен, чтобы задать интересующие его вопросы, и высказать опасения по поводу результатов анализов:

- *Тиниловая проба завышена, да?*

Имея информацию о предельном значении пробы в четыре единицы, пациент справедливо полагает, что значение 4,3 несет возможные риски для его здоровья, о чем он и задает вопрос врачу:

- *Норма же 0,4, а 4,3 у меня...?*

Ошибка, допущенная пациентом в именовании анализа, лишней раз доказывает врачу, что пациент не владеет медицинской терминологией и находится за пределами экспертного сообщества медиков. Дальнейшее общение в рамках экспертного сообщества для врача не имеет смысла, поэтому для оптимально быстрого достижения перлокутивного эффекта данного речевого взаимодействия он прибегает к манипулятивному приему, и аргументирует свой ответ в контексте ошибки аргументации (логической уловки) "tu quoque":

² Тимоловая проба – вид коагуляционной (осадочной) пробы, при которой в качестве агента, действующего на сыворотку крови, используют тимол в вероналовом буфере. Используется для функционального исследования печени, оценки её белково-синтетической функции. Норма: 0 — 4 единиц.

- *Ну и что?*

В толково-образовательном словаре русского языка Т.Ф. Ефремовой утверждается, что данное выражение «употребляется при отрицании, что что-либо имеет какое-либо значение» [http://www.efremova.info/word/nu_i_chno.html#.Vs0PydxRGSo (дата обращения 24.02.2016)]. Тем самым врач оспаривает очевидный факт превышения предельного показателя анализа пациента, имплицитно приуменьшая значимость его опасений. Аргументация врача достигает цели, меняет установки пациента, снимает его опасения как излишние, и в аспекте его реальных последствий речевого взаимодействия оказывает перлокутивный эффект. В качестве перлокутивного эффекта данного макроречевого акта аргументации достигнут «эффект принятия точки зрения – convincing, в медицине понимаемый как состояние комплаенса:

- *А, ничего страшного?*

Таким образом, для доказательства своей правоты в регламентированной дискуссии на врачебном приеме, манипулятивный прием сработал как корректная аргументация, поскольку пациент принял данный аргумент как приемлемый. Данный аргументативный речевой акт был эффективен *в контексте* произнесения, когда в результате успешного совершения этого иллокутивного акта его пропозициональное содержание стало соответствующим картине мира адресата аргументации, т.е. стало приемлемым для пациента и непротиворечивым образом вписалось в его систему знаний о мире. Некорректный с точки зрения логики, аргумент принят оппонентом как приемлемый для него, продукт данного речевого взаимодействия.

Ранее мы утверждали, что «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» [Карымшакова, 2012а с.44].

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» [van Eemeren et al, 1984 p.119], 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» [van Eemeren et al, 1984 p.145]. 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:

- 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).

Аргументация в прагма-диалектике 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. С.А. Агаджанян утверждает, что «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» [Агаджанян, 2014 с. 272].

В своей работе мы отмечали, что «для прагма-диалектической теории крайне важно, чтобы критическая дискуссия была разумной. Для достижения этой задачи формулируется концепция разумности (reasonableness) и правила критической дискуссии. 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»» [Карымшакова, 2013 с.46].

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.

Првичная модель критической дискуссии это способ 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*» [Карымшакова, 2013 с.47]. Данную цель прагма-диалектика в начале не принимала во внимание. Поэтому эволюция прагма-диалектической концепции аргументации состоит в том, что в эту модель были введены риторические компоненты. Здесь риторика – 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. Он поддерживается при помощи концепции *стратегического маневрирования*.

«Стратегическое маневрирование направлено на уменьшение потенциального трения, возникающего при попытке достичь одновременно «диалектической» и «риторической» целей» [van Eemeren et al,2001 p.166]

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. По словам А.Н.Баранова, «выраженная в терминах теории речевых актов (ТРА) когнитивная цель

аргументации реализуется через иллокуцию речевых актов репрезентирующих тезисы и аргументы макроакта аргументации» [Баранов, 1990 с. 45]. 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 обеспечение комплаенса пациента, как «приверженности лечению, степени соответствия между поведением пациента и рекомендациями, полученными от врача» [<https://ru.wikipedia.org/wiki/Комплаенс> (дата обращения 01.03.2015)]. Функционирующий таким образом фактор устойчивости ДР может стать препятствием для формирования ДС и комплаенса пациента.

Одной из базовых категорий медицинского дискурса В.Б. Куриленко, М.А. Макарова и Л.Д. Логинова признают «его лингвотерапевтическую направленность: нацеленность на «лечение словом» [Куриленко и др. <http://web.snauka.ru/issues/2012/01/6431> (дата обращения: 21.02.2016)]. 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. Логика Амстердамской школы считает, 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» [van Eemeren et al, 2000 p. 300].

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 вербального, так и невербального. «В аргументативном дискурсе аргумент есть еще и определенная коммуникативная функция, или иллокутивная 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» [<http://ojs.philosophy.spbu.ru/index.php/lphs/article/view/149> (дата обращения 02.02.2014)] .

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 перлокутивного эффекта коммуникативного акта.

Одинаковая 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. 38]. «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» [Johnstone, 1965 p.10]. Аргументация есть всепроникающая черта человеческой жизни. 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 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 к описанию аргументативного и манипулятивного дискурсов» [Карымшакова, 2013 с.44], позволяющий рассмотреть отдельные аспекты процесса речевой регуляции поведения человека и метод оппозиций (Демьянков, Трубецкой).

Также для анализа ситуации взаимодействия клиента и агента медицинского дискурса в процессе ее создания возможно применение элементов конврсационного 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 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. 155]. Иллокутивной целью и перлокутивным эффектом макроречевого акта в медицинском дискурсе мы считаем состояние *комплаенса*, когда пациент понимает и осознано принимает своё состояние и согласен выполнять установки и рекомендации лечащего врача.

Кроме того, как мы утверждали ранее, «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» [Карымшакова, 2013 с.44].

Как отмечает Н.Ю. Сидорова, «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» [Сидорова, 2008 с.19]. 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» [Жура, 2008 с. 56], ДС и комплаенса.

В своей работе мы предлагали «... 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» [Карымшакова, 2013 с.45], к созданию совместного контекста интерпретации, к ДС, где их позиции сближаясь, формируют перлокутивный эффект, в контексте медицинского дискурса называемом комплаенсом

Соглашаясь с позицией А. Гюнтера, Н.Е. Бардина предлагает «исследовать аргументацию с точки зрения теории коммуникации» [Цит. по Бардиной с.13]. Определяя двойственную специфику аргументации как процесса и как продукта, автор выделяет ряд характеристик аргументативного процесса

- «1) аргументация возникает в межличностном общении;
- 2) аргументация связана с использованием языка;
- 3) аргументация способствует изменению знаний, ценностных установок участников коммуникативного процесса;
- 4) аргументация осуществляется согласно определенным правилам» [Цит. по Бардиной, 2004].

«Приняв во внимание данные характеристики, и 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 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 (креолизированный текст и параграфемные ресурсы, жесты, мимика и др.)» [Карымшакова, 2013 с. 45].

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 et al, 2001 p.120], 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» [Карымшакова, 2013 с. 45].

В своей работе мы отмечали, что «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» [Карымшакова, 2013 с.45]. Это, как утверждает А.М. Каплуненко, «одностороннее речевое воздействие, регламентированное исключительно адресантом по времени и способам» [Каплуненко, 2007а]. Нет периодической смены ролей, нет и диалога.

Мы считаем, что «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, нацелена на изменение знаний и ценностных установок участников коммуникативного процесса. При этом у манипулируемого 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 ПДТА» [Карымшакова, 2013 с.46].

Технологии манипуляции включают в себя большой набор приемов тактик и стратегий воздействия, не подчиняющихся правилам и ограничениям. Для манипуляции не существует каких-либо специфических правил, принципов и тактик. Любые тактики, помещенные в среду манипулятивной коммуникативной стратегии, становятся манипулятивными и вступают в отношения со стратегией манипулятора. Основное требование успешности манипулятивного воздействия – скрытость и целенаправленность воздействия»

Ранее в своих работах, «выделив основные категориальные элементы аргументации и манипуляции, и сопоставив их основные характеристики, мы соглашались 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.10].

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. 91], используя в качестве основания параметр «скрытость / открытость воздействия».

А.М. Каплуненко также рассматривает аргументацию и манипуляцию в качестве «конфронтирующих категорий» [Каплуненко, 2007а с.11]. 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 взаимоисключения другого, как, например, в классическом примере дихотомии «правое – левое»»** [Карымшакова, 2013 с.46].

Как ранее мы отмечали, «... 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. Так же 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» [Карымшакова, 2013 с.47].

По принципу подчиненности нижних уровней верхним манипуляция часто определяют через аргументацию как ее интегральная часть. Формальным доказательством доминирующего положения аргументации над манипуляцией является особая сфера научных исследований – теория аргументации [Гусева, 2006] – комплексная, глобальная дисциплина, развивающаяся во множестве научных подходов и программ исследования. Это история изучения механизма порождения истинных суждений из истинных посылок. При этом, несмотря 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 ритуализованность 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, и как отмечает В.В. Жура «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» [Жура, 2008 с. 71], 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, как утверждает В.С. Григорьева, «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)» [Григорьева, 2007 с.147].

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/ Вариативность_](https://ru.wikipedia.org/wiki/Вариативность_(лингвистика)) (лингвистика) (дата обращения 15.06.2015)]. 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

По определению А.Б. Курлова «*коммуникативная стратегия* – это часть коммуникативного поведения или коммуникативного взаимодействия, в которой серия различных вербальных и невербальных средств используется для достижения определенной коммуникативной цели. Стратегия – общая канва поведения, которая может включать и отступления от цели в отдельных шагах» [Курлов, 2002, с. 88].

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.

Так, О.Я. Гойхман и Т.М. Надеина под речевой стратегией понимают «осознание ситуации в целом, определение направления развития и организация воздействия в интересах достижения цели общения» [Гойхман, Надеина, 2001]. 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» [Там же].

В своей работе мы отмечаем, что «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 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 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» [Карымшакова, 2013 с.44] .

Ф. Х. ван Еемерен, один из основателей и ведущих исследователей прагма-диалектического 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 прагма-диалектическую 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 ее диалектическими и риторическими 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].

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 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». Проиллюстрируем примером (из материалов исследования, записанных автором):

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 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. Структура медицинского термина-метафоры представляет собой слово из наивного дискурса и медицинский термин, объединенные на основе доминирующего признака. 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» [Зубкова, 2010 с. 145], способ проникновения в его ДР.

Так, «разнообразные по форме, величине и составу конкременты, встречающиеся в жёлчных путях человека» именуются лексемой литературного дискурса «камни» [Жёлчные камни, https://ru.wikipedia.org/wiki/Жёлчные_камни (дата обращения 07.08.2015)]. 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 о себе, что имеет глубокие исторические корни в становлении 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.305]

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.

По словам А.А. Бочавер, «метафора представляет собой свернутую форму нарратива, емкий синкретичный образ, фигуру речи, использующую название объекта одного класса для описания объекта другого класса. Информация представлена компактно, выпукло, эмоционально» [Бочавер, 2010, с. 91]. 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 явлений и ценности социума. Дж. Лакофф и Д. Джонсон считают, что «... важное свойство метафоры – ее способность не просто менять отношение к ситуации, но и управлять поведением людей. Механизмы метафорического переноса скрыты не в языке, а в мышлении, то есть в переносе из одной концептуальной области в другую» [Lakoff, 2006]. При метафорическом моделировании в сфере медицинского дискурса, отличающегося сложностью и высокой степенью абстракции, медики часто используют более простые и конкретные образы, которые знакомы пациентам.

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. По словам Л.С. Бондажевской, «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» [Бондажевская, 2015 с. 42] .

В наших исследованиях мы приводили пример из материалов исследования, «где врач беседует с пациенткой, недавно перенесшей операцию на клапанах сердца, отвечающий 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, приходит?» [Карымшакова, 2013 с.48]

Пресуппозиция выдвигаемого тезиса – «пациентке сделана сложная операция, ей нельзя болеть, но необходима вакцинация, для профилактики вегетации на клапанах сердца».

Тезис – *нужно вакцинировать ...*

Аргументы:

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

Вывод – *надо делать вакцинацию.*

Аргументация рациональна и корректна. Использован аргумент к сущности вещи (*argumentum ad rem*), достигнут ДС, пациентке понятны неотложный характер, причина и цель профилактики. Она реагирует адекватно, уточняя дату вакцинации, принимает все доводы врача как разумные. Врач добивается комплаенса пациентки, и уверен, что пациентка пройдет вакцинацию. Таким образом, диалектическая цели дискуссии достигнута.

По отношению к пациенту в рамках института здравоохранения врач стоит на позиции власти. «Начиная с фатической фазы, ресурс власти реализуется на протяжении всего взаимодействия. Аргументация, в силу диалектического компонента, включает в себя аспект речевого манипулирования, так как

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 классифицирует категоризацию слова, являясь формальным показателем принадлежности производного к грамматическому классу глагола первого лица, множественного числа. Кроме того, суффикс определяет способность соединяться с той или иной грамматической парадигмой. Имплицитная парадигма словоформы «будем» – 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 коммуникативной точки зрения местоимение «мы» сигнализирует о том, что врач включает себя и действует от имени дискурса сообщества, имеющего экспертную власть, в нашем случае медицинскую. Это своего рода *argumentum ad verecundiam*, аргумент к авторитету (экспертного сообщества)» [Карымшакова, 2013 с.49].

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* реализует идею кооперативности, обманчивое представление о фундаментальной общности, что делает его использование крайне эффективным средством манипуляции. Дополнительно стратегия власти актуализируется с помощью вопроса «Понятно?», когда врач вновь демонстрирует свою власть, позицию лидера, эксперта и модератора диалога.

Асимметричность речевого взаимодействия в медицинском дискурсе допускает меню коммуникативных ролей в рамках институционального дискурса. При этом в манипулятивных целях используются элементы социального дейксиса. Речевые сигналы меню коммуникативных ролей маркируют степени социальной дистанции. Выбор между местоимениями второго лица в русском языке *ты/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 **давайте**» – 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 именованя 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» [Карымшакова, 2013 с.49]. Поскольку, как некоторые другие институциональные жанры, «прием у врача» ограничен во времени, врач не имеет полного временного ресурса, для апробации всех рациональных аргументов. У пациента нет времени взвесить их и принять окончательное решение. Врач вынужден обратиться через стратегическое маневрирование к эмоциональной сфере пациента. Эти тактики и стратегии хоть и относятся к манипуляции, имеют благоую цель – выздоровление пациента, и в некоторых источниках именуются «белой манипуляцией». Даже, несмотря на то, что для более высокой эффективности обратной связи врач может пользоваться некорректными приемами типа *argumentum ad baculum* (апелляция к силе).

Аргумент *«100% смертность, если заболеешь»* сокращает коммуникативную дистанцию, через реализацию формы *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 обеспечение ДС / перлокутивного эффекта / комплаенса пациента. Пациентка приняла как

рациональные, так и иррациональные аргументы врача как уместные, рациональные аргументы в контексте данного речевого взаимодействия. Врач реализовал свою власть, а это подтверждает прагма-диалектический характер аргументации.

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

Диалектика и риторика аргументатива реализуют тот манипулятивный потенциал, который лежит в основе диалектических отношений аргументации и манипуляции. Диалектическое соотношение процессов аргументации и манипуляции осуществляется при доминировании одного из них, или при периодической смене доминант. Это выражается в постоянном взаимодействии, взаимовлиянии и взаимокоррекции обоих процессов. Диалектическое единство аргументации и манипуляции образует динамически неравновесное соотношение. Оно же обеспечивает целостность коммуникативного эффекта. Аргументация включает в себя не только диалектику и риторику, но порой скрытый, аспект речевого манипулирования. На практике часто аргументация симулируется, превращаясь в псевдоаргументацию и, в конечном счете – в манипуляцию.

Таким образом, возможно 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. При этом в рамках ПДТА 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 производят совместный поиск общих оснований. Истинностная характеристика аргументов имеет коммуникативно-когерентный характер и должна быть описана в терминах «приемлемый» и

«неприемлемый», т. е. истинный для данной ситуации и/или ложный для данной ситуации» [Мигунов, 2007 с.156].

Следующий пример, взятый из документального сериала BBC "Embarrassing bodies" / «Я стесняюсь своего тела», (Maverick Television, London, England, 2007) иллюстрирует применение целого комплекса диалектических и риторических приемов и периодическую смену стратегий и тактик для обеспечения комплаенса пациента, а именно:

- рациональных аргументов *ad rem*,
- ошибочной аргументации «*argumentum ad baculum* / аргумент к силе»,
- невербальных средств.

Хотя врач использовал также корректные и логически правильные аргументы *ad rem*, с учетом способов и времени их представления, использование метафор, паузация, жестикация создают дополнительный риторический эффект, и в общей картине речевого взаимодействия выполняют функцию *argumentum ad baculum*, актуализируя манипулятивное воздействие.

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 :Uhhmm, 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 knock** 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.

Плотник по профессии, пациент жалуется на ограничение движений пальцев рук. Однако врач больше интересуется состоянием его ступней, на что у пациента тоже имеются жалобы: *...and I haven't now lots of feeling there.*

Как эксперт, представитель ДЭС врач предполагает у больного симптомы диабета, при которых затруднена периферическая циркуляция крови в периферических сосудах. Когда на вопрос о какой-либо терапии диабета пациент демонстрирует паузу хезитации, 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 настроены принимать аргументы друг друга как разумные. Оба настроены на сотрудничество, поэтому пациент доверяется и признается врачу в недостаточном внимании к своему здоровью, используя метафору: *"Uhhhhhmm, 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 осуществить 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, что говорит о реализации манипулятивного приема «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, удачно 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 односложно: *"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 особый 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 ссылаясь 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 необходимый ДС. Для пациента в этой ситуации логично считать: «Если врач так честен и откровенен со мной, и так близко воспринимает мое состояние, то, 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"*.

В результате эффективного стратегического маневрирования построен ДС, при котором врач, 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, возымело необходимый эффект, оказало аргументирующее воздействие на пациента, и, создало комплаенс, достигнув перлокутивного эффекта. В соответствии с прагма-диалектической 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 поиском наиболее оптимального способа речевого воздействия на пациента. Показателем его эффективности является создание совместного контекста интерпретации, перлокутивный эффект речевого акта, и в конечном итоге комплаенс пациента.

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

В рамках прагма-диалектической 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 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. 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.93].

Согласно Л.Г. Васильеву, «современное толкование аргументативных ошибок не связано с собственно недочетами в умозаклучениях – многие аргументативные ошибки вообще не связаны с корректностью умозаклучения, поэтому в качестве дефиниции здесь принимается следующее: аргументативная ошибка – суть несовершенное действие в аргументативном дискурсе» [Васильев, 2011 с.72].

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 прагма-диалектике – в соответствии с правилами, которые были нарушены. Соответственно, можно выделить две группы ошибок в аргументации:

- нарушения правил коммуникации;
- нарушения правил ведения критической дискуссии» [Kahane, 1984 p. 98].

Риторический подход к ошибкам аргументации, на который ван Еемерен и П. Хутлоссер опирались в прагма-диалектической теории, 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 (лат. *argumentum ad verecundiam* – «аргумент к скромности»), согласно интернет-энциклопедии Википедия это «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» [https://ru.wikipedia.org/wiki/Argumentum_ad_verecundiam (дата обращения 22.01.2016)].

- 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» [https://ru.wikipedia.org/wiki/Ad_hominem (дата обращения 05.03.2016)]. 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 оскорбление 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 необходимо установить и ликвидировать. С точки зрения стратегического маневрирования ошибка – это неудачный ход в дискуссии. Разработка контекстуализации аргументации дает возможность описать случаи, когда использование неправильных аргументов – это преднамеренный акт, имеющий не только «буквальное» значение, но и выполняющий определенную функцию (передачу контекста или дополнительной информации). Вопрос в том, чтобы описать «кодекс поведения» участников коммуникации.

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

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, не имеющего отношения к медицине: *"You like to drive, Charlie?"*. Диалектическая цель вопроса – настроить ребенка на общение, приблизиться к его ДР, расположить к себе, внушить доверие и, насколько возможно, успокоить.

Начальная стадия критической дискуссии – конфронтация, как таковой, конфронтацией не является. Пациент демонстрирует доверие врачу, отвечает на его вопрос, сжимает руку на его 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, добившись диалектической цели – создания ДС, 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, образных выражений данный аргумент усиливает выразительную силу речевого акта и является своеобразным средством создания доверия, важное 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 непрекаемым авторитетом в данной ситуации врач считает себя.

Таким образом, осознанно допущена ошибка аргументации, стратегически интегрирована в комплекс диалектических техник, изначально признанных разумными. И *argumentum ad verecundiam*, и индивидуализация референта через **the** работают на актуализацию власти, экспертной доминанты 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, (из материалов исследования автора) 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 ошибочный аргумент *argumentum ad verecundiam* (аргумент к скромности/ авторитету), принятый сторонами как разумный.

У врача на приеме бывшая медсестра этой же поликлиники. В определенном смысле она, будучи пациенткой, так 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 предполагаемыми диагнозами «невропатия» /

«лимфогранулематоз» / «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 актуализируются 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... чо-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!» [Карымшакова, 2012а с.45]

Пациент: Да, это, внимания не обращайтесь, 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 лучше 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 четкую 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». Частица вносит определенный 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. Для диалектического подхода подобная готовность вполне характерна. Согласно риторической цели каждая сторона настаивает на 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.

На стадии **открытия дискуссии**, где определяются роли участников, где стороны обговаривают правила 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. Пациентка обращается к ошибочным аргументам *ad verescundiam* (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 самый значимый источник внешнего опыта (другие представители и институты медицинского ДЭС). При этом уже на данном этапе пациентка исчерпала ресурс рациональных аргументов.

Прагматический аспект асимметрии данного речевого взаимодействия предполагает, что врач обладает экспертной, социальной и институциональной властью, и модерирует диалог. Соответственно, он имеет гораздо больше возможностей вести дискуссию на сближение позиций, выдвигая рациональные аргументы *ad rem*:

- *Сначала пузыри были, а потом они вскрылись (симптомы заражения);*
- *По боковым ганглиям головного мозга он проходит (симптомы заражения);*

- *Это же отток лимфы идет* (симптомы заражения).

Как демонстрирует пример, на протяжении всего диалога врач работает на создание ДС, используя стратегию сближения, проникает в ДР пациентки с помощью понятий объясняя течение данного 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 диалектический компонент – *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 протагонист (врач) продолжать настаивать на своем диагнозе «*вирус простого герпеса*» в свете критики, сделанной антагонистом (пациенткой), и может ли антагонист придерживаться позиции сомнения, принимая во внимание аргументы протагониста. 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 действиями, направленными на убеждение своего оппонента. В результате диалектической составляющей дискуссии стороны принимают ошибочный аргумент *argumentum ad verescundiam* 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% пациентов не выполняют рекомендации» [[http:// www. medpsy.ru /dictionary/dictionary10_006.php](http://www.medpsy.ru/dictionary/dictionary10_006.php) (дата обращения 05.05.2015)], довольно часто встречается в речевом взаимодействии во время медицинских приемов. Проиллюстрируем примером (из материалов исследования, записанных автором):

*«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? 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: Хо-ро-шо.

Врач: Вопросы есть?

Пациент: Вопросов нет...»[Карымшакова, 2013 с.45].

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», [грозный, <https://ru.wiktionary.org/wiki/грозный> (дата обращения 05.05.2015)] 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, обеспечение 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 выражающие 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-либо (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 p.194].

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 профессиональной человеческой деятельности. В медицинской корпорации была сформирована уникальная база механизмов профессиональной коммуникации на латинском языке. Как считает С.И. Маджаева, «терминологическое пространство является необходимым условием формирования, развития и совершенствования специалиста-медика» [Madzhayeva, 2011 p.92]. 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 до сих пор 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 иных подсистемах языка.

Терминология в современной медицине играет важную роль в коммуникации профессионального экспертного сообщества, являясь источником получения и

передачи научной информации, а также инструментом овладения знаниями. Терминология – это неотъемлемая часть научного аппарата, она дает возможность познать закономерности исследовательского процесса, определить каналы взаимодействия с другими разделами медицины, а в речевом взаимодействии врача и пациента зачастую актуализируется как *argumentum ad verecundiam*.

Как утверждает А. А. Волков, «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» [Волков, 2001 с. 49].

В данном 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» [<http://yanko.lib.ru/books/dictionary/slovar-po-logike.htm> (дата обращения 05.03.2015)].

«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.

С другой стороны, обращение к авторитету является важной частью неформальной логики. Поскольку невозможно быть экспертом во всех областях современного знания, зачастую приходится полагаться на мнение авторитетов в этих областях. В самом утверждении, что конкретное мнение авторитета является корректным, не содержится логической ошибки. Однако такая ошибка возникает, если пытаться утверждать, что авторитетное мнение всегда принципиально корректно и, следовательно, не должно подвергаться критике» [https://ru.wikipedia.org/wiki/Argumentum_ad_verecundiam (дата обращения 21.02. 2016)]

Традиционно аргумент к авторитету входит в комплекс аргументов – «фрагментов высказывания, содержащих обоснование мысли, приемлемость которой представляется сомнительной» [Волков, 2001 с.101]. 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 ратора отправителя речи), ценностей, целей и интересов» [Там же с. 102]. 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 укрепляет позицию оратора, предотвращает возможную критику, усиливает иллюкутивную силу и перлокутивный эффект аргумента. В исследовании С.А. Агаджанян 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» [Агаджанян, 2014, с.273] и являются инструментом демонстрации позиции власти, позиции представителя ДЭС. Врач нередко переоценивает уровень

медицинской осведомленности пациента, так как подобные знания не всегда находятся в прямой зависимости от уровня образованности пациента, его происхождения и других признаков.

Показательны следующие примеры (из материалов исследования, записанных автором), где врач движется к ДР 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, внутривенно... а кто мне? Муж... Что ходить то из-за одного укола сюда?

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

Пациент: Ах! В сустав надо было, что ли? Ё-моё!» [Карымишакова, 2012а с.46]

Характер ДР проявляется в приведённом диалоге во всей его полноте, наглядно иллюстрируя разницу между концептом, термином и понятием. В картине мира пациентки есть концепт «инъекция/укол», связанный распространённым представлением, которое исходит из опыта 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, приведенный в статье С.А. Агаджанян 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 » [Агаджанян, 2014 с.273].

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 (из материалов исследования, записанных автором), 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 метопролол, он не только снижает давление, он урежает пульс» [Карымшакова, 2012а с.45].

Врач работает на формирование комплаенса, поскольку уже результативно пройдены предварительные фазы коммуникации, установлен контакт с пациенткой, врач создал ДС 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 более 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. 167]

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 с.167] – 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» [Карымшакова, 2012б с.82]. 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.103]. Анализ теоретического материала показывает, что общепринятой

классификации коммуникативных стратегий не существует, как нет и определенного списка. Попытка обобщить материал [Иссерс, 2003; Седов, 2008; Формановская, 2001] позволила выделить большое количество стратегий, которые невозможно объединить или классифицировать.

В.В. Жура подчеркивает, что «... 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.73]. В случаях «диспансерного наблюдения»³ за пациентами с хроническими заболеваниями врач, зачастую уже имеет наработанные стратегии речевого взаимодействия с пациентом. В этой связи интересен следующий пример (из материалов исследования, записанных автором), который иллюстрирует, 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, из истории болезни диспансерной пациентки для врача очевидно, что она имеет низкий социальный статус. Несмотря на институциональность коммуникации, она придерживается разговорного русского языка: (*да ничо, вроде бы*). Врач, имея контекст

³ Диспансерное наблюдение представляет собой динамическое наблюдение, в том числе необходимое обследование, за состоянием здоровья лиц, страдающих хроническими заболеваниями, функциональными расстройствами, иными состояниями, в целях своевременного выявления, предупреждения осложнений, обострений заболеваний, иных патологических состояний, их профилактики и осуществления медицинской реабилитации указанных лиц

взаимодействия с данной пациенткой принимает ее идиолект: «*Сама прибыла, но как жизнь?*» входит в ее ДР, и добивается необходимого эффекта сближения, на базе которого дальнейшая коммуникация имеет благоприятный результат для пациентки, и она получает всю необходимую медицинскую помощь от данного доктора» [Карымшакова, 2012б с.83].

Следующей тактикой, актуализирующей стратегию сближения, где врач активно использует предварительную обработку невербальной информации, является **тактика апробации 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. Приведем пример из сериала "ER" («Скорая помощь»).

«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» [Карымшакова, 2012б с.83].

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 строит сбор анамнеза больного в режиме апробации 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 диспансерном 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 медицинских знаний и опыта лечения, 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 апробировать уровень профессиональных знаний пациента и приступить непосредственно к оказанию самой экстренной помощи, и далее, способствовать обращению пациента к более узким специалистам для дальнейшего наблюдения.

В следующем примере (из материалов исследования автора) «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» [Карымшакова, 2012а с.44] .

В приведенном примере адресант и адресат, представляя ДЭС и ДР соответственно, не имеют общего контекста интерпретации. Поэтому больной ошибочно полагает, что «звездочки летать начинают» из-за проблем со зрением, и считает, что «*глаз-то проверить надо*». Врач, зная историю болезни и обладая экспертными медицинскими знаниями, объясняет причину состояния больного повышением артериального давления, и принимает метафору его ДР «*звездочки летать начинают*», резонно полагая, 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, т.к. 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 обеспечение 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 ДР стратегию сближения:

- вхождение в «близкий круг»
- комплимент
- переход на идиолект пациента
- апробация профессиональных знаний пациента – «тестирование»
- использование метафоры пациента.

Корректировка интенциональных горизонтов коммуникантов неизменно приводит к созданию ДС, что в медицинском дискурсе эквивалентно состоянию комплаенса. При анализе фактического материала, собранного в лечебных учреждениях республики Бурятия была выявлена специфика речевого

взаимодействия врача и пациента, характерная для данного поликультурного региона. 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. Оно обязано 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» (термин, предложенный Р. Бендлером и Г. Гриндером) [Бендлер, Гриндер, 2000 с. 21] 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. И.П. Амзаракова, В.А. Савченко утверждают, что «в самом общем смысле код – это средство коммуникации: естественный язык (русский, английский и другие), искусственный язык типа эсперанто» [Амзаракова, Савченко, 2010. с.50] или типа современных машинных языков и другое. В лингвистике кодом принято называть языковые образования: язык, территориальный или социальный диалект и прочие.

Нами уже 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 об обеспечении 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 вариантов 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 Э. В. Хилхановой, 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» [Хилханова, 2007 с. 116].

По словам Л.П. Крысина, «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.

Принцип функциональной дополнительнойности кодов и субкодов, 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» [Крысин, 2000 с.43]. 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» [https://ru.wikipedia.org/wiki/Tu_quoque (дата обращения 30.07.2015)]. 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 достаточен сам факт обращения к «лингвистическому коду».

Приведенный ниже пример (из материалов автора) иллюстрирует применение «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 тот раз не было, вот это...

Врач: Та хэр байнат?(как у вас дела?)

Пациент: Теэд, нюдэн харахая 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, еще чо?

Пациент: Лизиноприл.

Врач: А где мы выписывали-то его?

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

...

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 формулировке 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: «*тшигээд*». 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 времени его»: *Та хэр байнат?* (как у вас дела?), чем располагает пациента начать рассказ о беспокоящих его проблемах со здоровьем: *Тезд, нюдэн харахая 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» – «*чо, 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, такт, 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 «преувеличение/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 (несмотря 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.

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 возрастает 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 иллюция 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, возникающий в рамках медицинских жанров. Он касается особенностей поведения больного в отношении врачебных назначений: правильного приема лекарств, точного выполнения нелекарственных процедур и др. Без комплаенса снижается эффективность лечебного процесса – упускается

время, врачу приходится менять терапевтическую стратегию и тактику. В подавляющем большинстве случаев причиной является отсутствие эффективной коммуникации «врач – пациент». И здесь имеет особое значение способность врача применять коммуникативные стратегии и соответственно 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 и позитивный эффект.

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, достижении взаимопонимания уже на фатической фазе общения. Комплаенс необходим как общий итог и показатель перлокутивного эффекта коммуникативного акта.

Дискурс Экспертного Сообщества – термин, введенный Суэйлзом, и дополненный А.М. Каплуненко, объединяет носителей экспертных знаний (в нашем исследовании – врачей) и является иерархически организованной закрытой структурой, где функционирует и развивается термин. ДЭС имеет специфические коммуникативные цели, обусловленные экспертной областью сообщества.

Дискурс Различий – речевая деятельность, в которой доминируют концептуальные различия и отсутствие единого знания. В ДР во всем своем многообразии функционируют и развиваются концепты. ДР в медицине – это речевая деятельность пациентов, не имеющих систематизированных медицинских знаний и в различной степени дистанцированных от экспертного сообщества. Если ДЭС – это иерархически сформированная структура, то ДР – это многообразие дискурсов, при котором каждому представителю ДР характерен свой уникальный ДР.

Дискурс Согласования – вид дискурса, свидетельствующий о перлокутивном эффекте речевого взаимодействия врача и пациента, обеспечении комплаенса последнего. Это один из важнейших факторов, ведущих к успеху терапии.

В медицинском дискурсе актуализируется не только аргументативное, но и манипулятивное речевое воздействие. 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, умения создать ДС и комплаенс.

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 ПДТА 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 производят совместный поиск общих оснований. Для констатации истинностной характеристики 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 самой 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. В условиях поликультурности республики Бурятия перспективным представляется изучение переключения кода на бурятский язык. А также перспективным направлением является изучение взаимодействия речевых стратегий аргументации и манипуляции в других видах дискурса.

ЛИТЕРАТУРА

1. Агаджанян, С.А. Особенности использования специальных терминов в коммуникации врач – пациент (на материале английского языка) [Текст] / С.А. Агаджанян// Вестник ТвГУ.– 2014. – Вып.1– С. 272–276.
2. Амзаракова, И.П. Проблема инвариантов культуры в социолингвистическом аспекте (в условиях мультикультурного региона) [Текст] / И.П.Амзаракова, В.А. Савченко 2010 Вестник ИГЛУ 2010 № 1 (9)– С. 48 -56.
3. Анисимова, Т.В. Типология жанров деловой речи (риторический аспект): дис.... д-ра филол. наук. [Текст] / Т. В. Анисимова.– Краснодар, 2000. – 349 с.
4. Арутюнова Н.Д. Аксиология в механизмах жизни и языка / Н.Д. Арутюнова // Проблемы структурной лингвистики.– М.: Наука, 1982. – С. 5 – 25.
5. Баранов, А. Н. Лингвистическая теория аргументации : (когнитивный подход) : автореф. дис. ... доктора филол. наук: 10.02.01; 10.02.19 / А. Н. Баранов. – АН СССР, Ин-т рус. яз. М., 1990. – 48 с.
6. Баранов, А.Н., Караулов Ю.Н. Словарь русских политических метафор [Текст] /А. Н. Баранов.– М. 1994.– 330 с.
7. Бардина, Н.Е. Аксиологические стратегии аргументативного дискурса современного английского языка (на материалах политической риторики и социально-бытового общения) [Текст]: дис. ... канд. филол. наук: 10.02.04 / Н.Е. Бардина.– Иркутск, 2004.– 180 с.
8. Барсукова, М.И. Медицинский дискурс: стратегии и тактики речевого поведения врача [Текст]: автореф. дис.... канд. филол. наук:10.02.01/ М.И. Барсукова. – Саратов, 2007. – 21 с.
9. Бахтин, М.М. Собрание сочинений [Текст] /М.М. Бахтин. – М.: Русские словари, 1996. – Т.5: Работы 1940-1960 гг. – С.159–206.
10. Бейлинсон, Л.С. Профессиональный дискурс: признаки, функции, нормы: монография. [Текст]/ Л.С. Бейлинсон // Волгоград: Перемена, 2009. – 278 с.

11. Бейлинсон, Л. С. Характеристики медико-педагогического дискурса [Текст]: дис.... канд. филол. наук: 10.02.19 / Л. С. Бейлинсон. – Волгоград, 2001. – 184с.
12. Белова, А. Д. Лингвистические аспекты аргументации [Текст] / А.Д. Белова. Киев : КГУ, 1997. – 311 с.
13. Бендлер, Р. Из лягушек – в принцы. Вводный курс НЛП тренинга [Текст] / Р. Бендлер, Д. Гриндер. – Флинта, 2000. – 70 с.
14. Блакар Р.М. Язык как инструмент социальной власти [Текст] / Р.М. Блакар // Язык и моделирование социального взаимодействия. — М.: Прогресс, 1987.- С. 88- 125.
15. Блохин Н.Н. Медицинскую науку – на службу здравоохранения. [Текст] / Н.Н. Блохин.– Вестник АМН СССР. 1961; 1: 3–7.
16. Бондажевская, Л.С. Ошибки в аргументации: попытки определения и классификации. Логико-философские штудии, [S.l.], v. 12, n. 1, Янв. 2015. [Электронный ресурс] / Л. С. Бондажевская.– Режим доступа: <http://ojs.philosophy.spbu.ru/index.php/lphs/article/view/39> (дата обращения 09.05.2015).
17. Бондарь, Г.В., Справочник онколога: Учебное пособие [Текст]/ Г.В. Бондарь., А.Я. Яремчук. – М.:МЕДпресс-информ, 2003. – 400 с.
18. Бочавер, А.А. Метафора как способ внутренней репрезентации жизненного пути личности [Текст]: дис. ... канд. филол. наук / А.А. Бочавер.– Москва, 2010.– 180 с.
19. Брутян, Г.А. Философская природа теории аргументации и природа философской аргументации [Текст] / Г. А. Брутян // Философские науки. 1978. № 2.– С. 38–46.
20. Брюшинкин, В.Н. Критическое мышление и аргументация [Текст] / Под ред. В.Н. Брюшинкина, В.И. Маркина.– Калининград: Изд-во Калинингр. гос. ун-та, 2003.– С. 29–34.

21. Васильев, Л.Г. Речевое воздействие как междисциплинарная и языковедческая проблема [Текст] / Л.Г. Васильев.– Калуга: Изд-во Калужского университета, 2011. – 99 с.
22. Википедия. Свободная энциклопедия [Электронный ресурс] Электрон.текст.дан. Комплаенс, Режим доступа: <https://ru.wikipedia.org/wiki/Комплаенс> [https://ru. wikipedia. org /wiki /Комплаенс (дата обращения 01.03.2015)].
23. Виноградова, С. А. Инструменты речевой манипуляции в политическом медиадискурсе.– [Электронный ресурс] / С.А. Виноградова.– Режим доступа: <http://lib.convdocs.org/docs/index-171306.html> (дата обращения 23.02.2016)
24. Водак, Р. Язык. Дискурс. Политика [Текст] / Р. Водак.– Волгоград: Перемена, 1997. – 139 с.
25. Волков, А.А. Виды риторических аргументов [Электронный ресурс] / А.А. Волков.– Режим доступа: <http://www.portal-slovo.ru/philology/37420.php> (дата обращения 28.02 2015)
26. Волков, А.А. Курс русской риторики. [Текст] / А. А. Волков. – М.: Изд-во храма св. муч. Татианы, 2001. – 480 с.
27. Волчанский, М. Е. Основные направления современных исследований в медицинской конфликтологии [Текст] / М. Е. Волчанский, Т. К. Фомина // Социология медицины. – 2012. – № 2. – С. 45–46.
28. Гойхман, О.Я. Речевая коммуникация [Текст] / О.Я. Гойхман., Т.М. Надеина.– М.: Инфра-М, 2001– 120 с.
29. Голощапов, И.В. Формирование согласия на лечение у больных с зависимостью от алкоголя [Текст]: дис.... канд. мед. наук / И.В. Голощапов.– Москва, 2010.–180 с.
30. Гончаренко, Н.В. Суггестивные характеристики медицинского дискурса [Текст]: дис... канд. филол. наук / Н.В. Гончаренко.– Волгоград, 2008. – 205 с.
31. Горелов, И.Н. Основы психолингвистики. [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. Григорьева, В.С. Дискурс как элемент коммуникативного процесса: прагмалингвистический и когнитивный аспекты: монография [Текст] / В.С. Григорьева. – Тамбов : Изд-во Тамб. гос. техн. ун-та, 2007. – 288 с.
34. Гусева, О.А. Риторико-аргументативные характеристики политического дискурса (на материале президентских обращений к нации) [Текст]: автореф. дисс.... канд. филол. наук: 10.02.19 / О.А. Гусева. –Тверь, 2006.– 17с.
35. Гуссерль, Э. Логические исследования. Том 2. [Текст]/ Э. Гуссерль.– М.: ДИК, 2001. – 199с.
36. Данилов, Д.С. Механизмы формирования комплайенса и современные подходы к его оптимизации.– [Электронный ресурс] / Д.С. Данилов.– Режим доступа: <http://internist.ru/files/articles/med/danilov.pdf> (дата обращения 22.02.2016)
37. Дейк, Т.Д. ван. Язык. Познание. Коммуникация [Текст] / Т.А. ван Дейк// М.: Прогресс, 1989.– 312 с.
38. Дементьев, В.В. Непрямая коммуникация и её жанры [Текст] / В.В. Дементьев; под ред. В.Е. Гольдина.– Саратов, изд-во Саратовского ун-та, 2000.– 248 с.
39. Демьянков, В.З. Когниция и понимание текста [Текст] / В.З. Демьянков // Вопросы когнитивной лингвистики.– М.: Институт языкознания; Тамбов: Тамбовский гос. ун-т им. Г. Р. Державина, 2005. № 3.– С.5–10.
40. Дзараева, Н. А. Стратегии и тактики речевого поведения врача [Электронный ресурс] / Н. А. Дзараева, Р. А. Рогожникова // Вестник Пермского государственного гуманитарно-педагогического университета. Серия № 1. Психологические и педагогические науки. 2014. №2-1. URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/strategii-i-taktiki-rechevogo-povedeniya-vracha> (дата обращения: 09.04.2016).
41. Доржиева, Г.С. Обращение в бурятском языке [Текст] / Г.С. Доржиева, В.Д. Патаева.– Улан-Батор: Тод Бичиг ХХК, 2013. – 218 с.

42. Дьяченко, И.А. Симулятивные знаки политической корректности в англо-американском манипуляционном дискурсе [Текст]: автореф. дис. ... канд. филол. наук:10.02.04 / И. А. Дьяченко. – Иркутск, 2009. – 17 с.
43. Еемеерен, ван Ф.Х. Аргументация, коммуникация и ошибки: пер. с англ. [Текст] /Ф.Х. ван Еемеерен, Р.Гроотендорст. – СПб.: Васильевский остров,1992. – 208 с.
44. Ефремова, Т.Ф. Новый словарь русского языка. Толково-словообразовательный. – М.: Русский язык, 2000.– [Электронный ресурс] / Т.Ф.Ефремова.– http://www.efremova.info/word/nu_i_chno.html#.Vs0xV9xRGSq / (дата обращения 24.02.2016)
45. Жура, В. В. Дискурсивная компетенция врача в устном медицинском общении [Текст]: дисс. ... доктора филол. наук / В. В. Жура. – Волгоград, 2008. – 406 с.
46. Жура, В. В. <http://cheloveknauka.com/diskursivnaya-kompetentsiya-vracha-v-ustnom-meditsinskom-obschenii#2> (дата обращения 31.08.2013)].
47. Здоровье и спорт [Электронный ресурс]/ Режим доступа: <http://fom.ru/Zdorove-i-sport/12355> (дата обращения 09. 07.2015)
48. Зубарева, Н. А. Эволюция общего контекста интерпретации в условиях когнитивных различий коммуникантов [Текст] / Н. А. Зубарева // Вестник ИГЛУ, Серия : Филология. – Иркутск, 2011, №2 (14).– С. 31 – 38.
49. 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
50. Иванова, Т. Н. Конфликтный диалог: логика развития и структурные элементы // Вестник РХГА . 2012. №4 С.233-240.
51. Иванова, (Шелингер) Т.Н. Фактор когнитивного диссонанса и конфликтное речевое общение [Текст] Т.Н. Иванова // Речевое общение и аргументация. СПб., 1996. – С. 59–68.
52. Ивин, А.А. Теория аргументации: учебное пособие [Текст] / А.А.Ивин.– М.: Гардарики, 2000. – 416 с.

53. Ивин, А.А. Аргументация и логика. Контекстуальная аргументация [Текст] / А.А.Ивин.– М.: Гардарики, 2007.– 240 с.
54. Информационный портал "Медицинская психология" [Электронный ресурс] Режим доступа свободный: (дата обращения 07.09.2015) http://www.medpsy.ru/dictionary/dictionary10_006.php
55. Иссерс, О.С. Коммуникативные стратегии и тактики русской речи [Текст] / О.С. Иссерс. – М.: Едиториал УРСС, 2002, 284 с.
56. Каплуненко, А. М. Здравый смысл как оправдание манипуляции сознанием [Текст] /А. М. Каплуненко // Аргументация vs. Манипуляция: вестник ИГЛУ. Серия. Коммуникативистика и коммуникациология. – Иркутск, 2009. Вып.2.– С.3–19.
57. 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.
58. Каплуненко, А.М. О технологической сущности манипуляции сознанием и ее лингвистических признаках [Текст] / А.М. Каплуненко // Аргументация vs манипуляция. Серия Коммуникативистика и коммуникациология.– Иркутск, ИГЛУ 2007а, №5.–С. 3–12.
59. Карасик, В.И. О типах дискурса [Текст] / В.И. Карасик // Языковая личность: институциональный и персональный дискурс: сб. науч. тр. – Волгоград, 2000. – С. 5–20.
60. Карасик, В.И. Этнокультурные типы институционального дискурса [Текст] /В.И. Карасик // Языковая личность: культурные концепты.– Волгоград, Архангельск, 1996.– С.3–16.
61. Карасик, В.И. Языковой круг: личность, концепты, дискурс [Текст] / В.И. Карасик. – М.: Гнозис, 2004.– 390 с.

62. 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.
63. 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-практ. семинара Улан-Удэ: Изд-во БГУ, 2015– С.79-85
64. Карымшакова, Т.Г. Особенности манипулятивного воздействия в асимметричном медицинском дискурсе [Текст] / Т.Г. Карымшакова.// – Межкультурная коммуникация: аспекты дидактики. [Текст]: Материалы межвузовского методического семинара. – Улан-Удэ: Изд-во БГУ, 2012а.- С.42-47
65. Карымшакова, Т.Г. Стратегия сближения и ее нарушения в речевом взаимодействии врача и пациента [Текст] / Т.Г. Карымшакова // Вестник БГУ, серия ром.-герм. филология, Улан-Удэ, изд-во БГУ, 2012б. – С.81-85.
66. Кибрик, А. Е. Дискурс, 2007 г. Электронный ресурс. / А. Е. Кибрик, П. Паршин.[<http://www.krugosvet.ru>. – (дата обращения 31.08.2015)]
67. Косова, И.О. Прагматические категории кооперации и конфликта в речевой коммуникации [Текст] / И.О. Косова – Вестник Волгоградского государственного университета №5, 2006.– С. 138–141.
68. 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.
69. Куриленко, В.Б. Лингвотерапевтическая направленность как базовая категория медицинского дискурса // Современные научные исследования и инновации.– 2012. № 1 [Электронный ресурс] / В.Б. Куриленко, М.А. Макарова Л.Д. Логинова / режим доступа: <http://web.snauka.ru/issues/2012/01/6431> (дата обращения: 21.02.2016).

70. Курлов, А.Б. Основы теории коммуникации. [Текст] / А.Б.Курлов Уфа: изд-во БашГУ, 2002.–124 с.
71. Лимнатис, Н.Г. Манипулирование: Сущность, проявления, пути снятия: Философский и социально-политический анализ [Текст] / Н. Лимнатис//Москва Экономическая демократия, 2000. – 216 с.
72. Логика: учебник для бакалавров / С.С. Гусев [и др]. Под ред. А. И. Мигунова, И. Б. Микиртумова, Б. И. Федорова.– Москва: Проспект, 2011.– 680 с.
73. Мигунов, А.И. Теория аргументации как логико-прагматическое исследование аргументативной коммуникации // Коммуникация и образование. Сборник статей [Текст] / Под ред. Дудника И.С.– Санкт-Петербург : Санкт-Петербургское философское общество, 2004.– С. 198–215.
74. Мигунов А.И. Семантика аргументативного речевого акта // Мысль: Аргументация: Сб. Статей / Отв. ред. А.И.Мигунов, Е.Н.Лисанюк. СПб, Издательство СПб Университета, 2007. (Ежегодник С.-Петербургского философского общества. Вып.6). 156 с.
75. Мишланова, С.Л. Когнитивный аспект медицинской коммуникации [Текст]: сб. науч. тр. «Теория коммуникации прикладная коммуникация». Вестник Российской коммуникативной ассоциации// Под общей ред. И.Н. Розиной. – Ростов н/Д, ИУБиП, 2002.– С. 91–98.
76. Мордовин, А. Ю. Аргументативные стратегии языковой личности североамериканского политика (на материале дискурса Г.Киссинджера) [Текст] / дис.... канд. филол. наук / А.Ю. Мордовин.– Иркутск, 2004. – 239с.
77. Носова, О. Е. Эмоциональный потенциал паралингвистических средств коммуникации в конфликтном общении.– Казанская наука. №4 2012 г. – Казань: Изд-во Казанский Издательский Дом, 2012. – С.211-215.
78. Остин, Дж. Л. Слово как действие [Текст] / Дж. Л. Остин // Новое в зарубежной лингвистике. – Вып. 17: Теория речевых актов. – М., 1986.– с. 22–130.

79. О персональных данных: федер. Закон Рос. Федерации т 27 июля 2006 г. N 152-ФЗ/ [Электронный ресурс] / <http://base.garant.ru/12148567/> Дата обращения:(12. 02. 2016)
80. Павлов, С.Н. Управление информацией и общественными связями для создания эффективного имиджа вуза. [Текст] / С.Н. Павлов. – М.: Изд-во «Академия естествознания», 2011. – 213 с.
81. Пригарина, Н.К. Концептуальные основы построения риторической модели аргументации [Текст] / Н.К. Пригарина. – Известия Сочинского государственного университета. 2013. № 3 С. 56-65
82. Прокошенкова, Л.П. Дискурсивный анализ и его роль в современной лингвистике [Текст] / Л.П. Прокошенкова, И.Б. Гецкина.– Вестник Чувашского ун-та №4.– 2006.С.451-456
83. Русакова, О. Ф. Современные теории дискурса: опыт классификаций Современные теории дискурса: мультидисциплинарный анализ (Серия «Дискурсология») [Текст] / О.Ф. Русакова. – Екатеринбург: Издательский Дом «Дискурс–Пи», 2006 – С. 10–28.
84. Седов, К.Ф. Онтопсихоллингвистика. Становление коммуникативной компетенции человека [Текст] / R/A/ Седов.– М., 2008– 320 с.
85. Серио, П. Квадратура смысла: Французская школа анализа дискурса [Текст]/ Серио П.– М: ОАО ИГ «Прогресс», 1999. – 416 с.
86. Сёрль, Дж. Р. Что такое речевой акт? Косвенные речевые акты. Классификация речевых актов [Текст] / Дж.Р. Сёрль // Новое в зарубежной лингвистике. № 17. М., 1986. С. 151–169.
87. Сидорова, Н.Ю. Коммуникативное поведение неравностатусных субъектов медицинского дискурса (на материале немецкого языка) [Текст]: автореф. дис. ... канд. филол. наук:10.02.04 / Н.Ю.Сидорова. – М, 2008. – 23 с.
88. Сирота, Н.А. Роль медицинских коммуникаций в профилактике и лечении ВИЧ/СПИДа [Электронный ресурс] / Н.А Сирота, В.М Ялтонский //

- Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2011. N 4. режим доступа: <http://medpsy.ru> (дата обращения: 05.05.2015).
89. Справочник онколога: учеб. пособие для студ. вузов. [Текст] / М.: МЕДпресс-информ, 2003.– 400 с.
90. Трубецкой, Н.С. Основы фонологии [Текст]/ Н.С. Трубецкой// Аспект-Пресс – 2000.– 352с.
91. Туленинова, Л. В. Концепты «здоровье» и «болезнь» в английской и русской лингвокультурах [Текст]: автореф. дис.... канд. филол. наук: 10.02.20 / Л. В. Туленинова// Волгоград, 2008. – 24 с.
92. Фанян, Н.Ю. Аргументация как лингвопрагматическая структура. [Текст]: автореф. дисс.... доктора филол. наук:10.02.19 / Н.Ю. Фанян. – Краснодар, 2000. – 49 с.
93. Формановская Н.И. Выбираем «ты» или «вы» [Текст]/ Н.И. Формановская.– Русская словесность, 2001. -№4. – с.66-71.
94. Формановская, Н.И. Коммуникативно-прагматические аспекты единиц общения [Текст] / Н.И. Формановская.– М.: Институт русского языка им. А.С. Пушкина, 1998. – 213 с.
95. Фуко, М. Археология знания [Текст] / М. Фуко.–Киев: Ника-центр, 1996. 208с.
96. Хилханова, Э.В. Некоторые лингвистические следствия и механизмы переключения кодов в речи бурят-билингвов [Текст] / Э. В. Хилханова // Вестник Читинского ГУ №6 (51), 2007.– С. 114–121.
97. Шейгал, Е.И. Семиотика политического дискурса. [Текст] / Е.И. Шейгал.– М.: Гнозис, 2004. – 324 с.
98. Ширяева, Т. А. Общекультурные и институциональные особенности дискурса [Текст] /Т.А.Ширяева// – ЗПУ. 2007. №4 С.103-108.
99. Языкознание.ру / [Электронный ресурс] / <http://yazykoznanie.ru/content/view/72/261/> (дата обращения 11.12.2013)

100. Я стесняюсь своего тела » ("Embarrassing bodies" Maverick Television, London, England, 2007) – [Электронный ресурс]
 /<http://www.channel4embarrassingillnesses.com> (дата обращения –17.09.2013)
101. Bhatia, V.K. Analysing Genre: Language Use in Professional Settings [Text] / V.K. Bhatia//London: Longman 1993.–272 p.
102. Cegala, D. J. Provider and Patient Communication Skills Training [Text] / D. J. Cegala, S. L. Broz // Handbook of Health Communication. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum, 2003. - P. 95-120.
103. 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.
104. Eemeren F.H. van Speech Acts in Argumentative Discussions [Text] / F.V. van Eemeren, R. Grootendorst.– Dordrecht: Foris, 1984.– 215 p.
105. Eemeren F.H.van, Rhetorical Analysis within a Pragma-Dialectical Framework, the case of R.J. Reynolds [Text] / Eemeren, R , P. Houtlosser. // Argumentation, 2000, vol. 14, №3. – p. 293–305
106. 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.
107. 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.
108. Jacobs 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.
109. Johnstone H. Some Reflections on Argumentation / [Text] / H. Johnstone // Philosophy, Rhetoric and Argumentation / H. Johnstone, M. Natanson. – Pennsylvania, 1965. – p. 4–27.

110. Halliday M.A.K., Hasan R. Language, Context and Text [Text] / M.A.K. Halliday, R. Hasan. – Oxford: Oxford University Press, 1991 – 126 p.
111. Kahane H. Logic and contemporary Rhetoric the use of reason in everyday life.[Text]/ H. Kahane.– Belmont, 1984. – 321p.
112. Labov W. Sociolinguistic Patterns [Text]/ W. Labow. – Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 1972. – 344 p.
113. Labov W., Fanshel D. Therapeutic Discourse: Psychotherapy as Conversation [Text]/ W. Labow.– New York, 1977. – 402 p.
114. Lakoff G. Thinking Points: Communicating Our American Values and Vision. [Text]/ G. Lakoff. – Farrar, Strauss and Giroux, New York, 2006. – 156 p.
115. Madzhayeva S. I. Terms in medical discourse [Text] / S. I. Madzhayeva // Bull. of Chelyabinsk university. Seria Philology. Art criticism. – 2011 . –Iss. 60 . 92–94 p.
116. Perelman Ch. The New Rhetoric. A Treatise on Argumentation [Text] / Ch. Perelman, L. Olbrechts-Tyteca.– Notre Dame, London: University of Notre Dame Press, 1969.– 566 p.
117. Pêcheux M. L'inquiétude du discours. Textes choisis et présentés par Denise Maldidier. [Text]/ M. Pêcheux. – Paris: Editions des Cendres, 1990. – 332 p.
118. Reess M.A. Argument Interpretation and Reconstruction / Crucial Concepts in Argumentation Theory. [Text] / Frans H. van Eemeren (ed.). M.A. van Reess. – Amsterdam University Press, 2001. –165–199 p.
119. Robinson, D. The Translator's Turn Text. / D. Robinson. Baltimore and London: The Johns Hopkins Univ. Press, 1991. - 318 p
120. Schiffrin D. Approaches to Discourse. [Text] / D. Schiffrin – Oxford (UK) and Cambridge (Mass.): Blackwell, 1994. – 470 p.
121. Swales J.M. Genre Analysis. English in Academic and Research Settings [Text] / J.M. Swales. – Cambridge: Cambridge University Press, 1990. – 260 p.

122. 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.
123. Toulmin S., Riek R., Janik A. Introduction to reasoning [Text] / S. Toulmin, R. Riek, A. Janik.– New York, Macmillan,1979. – 423 p.
124. Walton D. Arguments from Ignorance [Text] / D.Walton. – University park PA, Penn State University Press, 1995. – 326 p.
125. Wenger, E. Communities of Practice: learning, meaning and identity, / [Электронный ресурс] / 1998: [http://wenger-trayner.com/wp-content/uploads/2012/01/09-10-27-CoPs-and-systems-v2.01.pdf (дата обращения 05. 05. 2012)]
126. Wodak R. Critical Discourse Analysis [Text] / R. Wodak.– Discourse as Social Interaction, Vol. 2. – London, Sage Publications, 1997. – P.259–284.
127. Woods, J. Argumentation [Text] / November 1998, Volume 12, Issue 4, pp 493-504
128. «Wikipedia [Электронный ресурс]/ Дискурс.- <https://ru.wikipedia.org/wiki/Дискурс> (дата обращения 12.06. 2015)
129. Wikipedia [Электронный ресурс]/ Вариативность, [https://ru.wikipedia.org/wiki/ Вариативность_ \(лингвистика\)](https://ru.wikipedia.org/wiki/Вариативность_(лингвистика)) (дата обращения 15.06.2015)
130. Wikipedia [Электронный ресурс]/ Жёлчные камни https://ru.wikipedia.org/wiki/Жёлчные_камни (дата обращения 07.08.2015)
131. Wikipedia [Электронный ресурс]/ грозный, <https://ru.wiktionary.org/wiki/грозный> (дата обращения 05.05.2015)
132. Wikipedia [Электронный ресурс]/ Argumentum ad verecundiam [Argumentum_ad_verecundiam\https://ru.wikipedia.org/wiki/Argumentum_ad_verecundiam (дата обращения 21.02.2016)]

ВИДЕОЗАПИСЬ

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

СОКРАЩЕНИЯ

ДР – Дискурс Различий

ДС – Дискурс Согласования

ДЭС – Дискурс Экспертного Сообщества

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1

Транскрипт терапевтического приема Республика Бурятия, 2012 г.

Принято 11 пациентов (транскрибировано 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, чо 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 переседайте. 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 – Здасьте

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 приходите.

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 болижо 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. Врачевание 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. И так, мы вам индопамид выписываем, геротон выписываем, еще чо?

Пациент – лизинопирил.

Врач – ага

Пациент – хорошо помогает. И вот этот...

Врач – и еще что?

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 хулеже бэна хим. Опрено-со**

Врач – **а, хэлжэ бэгл**

Пациент – **опрено-со** ждут. 800 человек

Врач – **хэрэ харугтыла.** Вы ходили?

Пациент – но... рассказывают..

Врач – **хогту бэгау?. 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. Номерум 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 чтоб 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, какиенибудь 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 радо 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, номером 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, чо 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 – чо там у нас с молочной железой?

Пациент – отрезали. Чо 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 чо то дорого слишком 450. видно от ушиба, что ли

Врач – чо 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 колени. 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 чо?

Врач – диффилобактериоз

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 чо 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 теэ 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 ядалддэг 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 пройдет^е 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 сеньтябрьсо ажалдаа, в августе конце гарат, сетябрьсо 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, мммм, 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.

Пациент 8 (109:20) первично

Врач – проходите, здравствуйте, присаживайтесь

Медсестра – Иванов?

Пациент – Иванов

Медсестра – флюора, пожалуйста, есть?

Пациент – а?

Медсестра – флюорография где?

Пациент – а здесь есть, сегодня забрал, вчера..

Врач – где проходили?

Пациент – в шестой

Медсестра – вчера да?

Пациент – ноль третьего проходил

Врач – сейчас жалобы есть у вас?

Пациент – нууу живот болит.

Врач – где?

Пациент – здесь. Тошнит, ну не тошнит, вот так иногда, кушать все равно... аппетита никакого нет

Врач – угу, там у вас эрозия

Пациент – не эрозия, там у меня давно уже как это называется... ни разу не делал (92–00)

Врач – **здесь у вас написано эрозийные эзофаги, недостаточность калия первой, второй степени, эрозия пищевода.**

Пациент – ну да это в том плане выявили... и в позатом году... видимо отравление было

Врач – а чем отравились?

Пациент – да я не знаю, чем. В понедельник плохо стало, и видимо она опять воспалилась. Сначала бок, бок болел правый сильно с Байкала приехал, или простудил там почки, печень, почки....

Врач– ага

Пациент – а так нормально.. иногда боль вот здесь бывает, колет. Ощущение. А вот здесь то давно боль ощущается, где клапан... вот где клапан.

Врач – где живете?

Пациент – улица.Н дом X.

Врач – вам надо это самое. Вы кровь на компиобактер пилори сдавали?

Пациент – ннннеееттт

Врач – не сдавали. С семьей живете, да?

Пациент – с женой

Пациент – а с пальца кровь... результаты есть?

Врач – участок какой?

Пациент – по идее 4

Медсестра – анализы сдавали да?

Пациент – из пальца сдал, и кал сдал сегодня.

Медсестра – сегодня? А ну это не готово еще

Пациент – из пальца я вчера сдавал... такое состояние кости ломит и голова сейчас болит

Врач – вы работаете? Больничный нужен вам да?

Пациент – я вот не знаю

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 – тиноловая 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 жидко 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 компиобактер 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 оmez выписали.

Врач – оmez 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 васкапан. Угу? Ну диета еще, острое, горячее вам запрещено, угу? Понятно вам? И все. Ааа. Там больничный до пятницы. А в пятницу придете к нам.

Пациент – в пятницу?

Врач – но–о

Пациент – угу

Пациент 1 первично

Пациент – Здравствуйте

Врач – Здравствуйте, это какой участок?

Пациент – 4. я отравилась, по–моему, потому–то у меня в пятницу. Я в пятницы себя неважно чувствовала, 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 левомецетин. Ну, чо 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 – ммм

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, таблетки 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 прочтаете, ага? Потом мезим форте по одной таблетке три раза после еды. Лоперамид, мезим форте и оmez 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 ходила, 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 сколько 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 отказала, 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 аркоксия, 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 аркоксия

Пациент – вот, аркоксия. Вот они, вот они, аркОксия, аркокИа 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 ничо 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 массирует, 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 чо скажет это пейте, это пейте

Врач– кальций пьете?

Пациент – да. У меня уже кончается. Вот эта большая–то да, бутылка? Ну, ее чо 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 аркоксия. 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 чо 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 чо 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 парафин.

Врач – это же тоже физиолечение

Пациент – а, тоже физио? Ааа, ну все ясно. Парафин 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, приходиться?

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. Тааак 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.... омез 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 – ммм.

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 омез 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 ччч?

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 увидели, 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 – ммм

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 кричит: «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, чо то раз, косточка раз, это самое. Чо то руками не прощупывается. Чо 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 кардиомагnez

Пациент – кардиомагnez 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 чо 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 – ммм невропатолог сначала назначал....

Врач – сейчас я посмотрю... нисидол

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, чо

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 чо 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, попоью – 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, отравилась сначала, мало ли чо где поела, числа двадцатого, наверное, пропила пилобак. Вроде прошло, а потом нет–нет, так чо 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 начинается вот так все болеть и идет...

Врач – опоясывающе, да?

Пациент – ну да, даже в почки или что, вообще... вот начинается вот с этого места болеть и..

Врач – а язва–то есть у вас?

Пациент – ну была раньше, но давновасто 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 – ззабыла 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.

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, бабушка 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 камнями. 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 аппарате, 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 то же, 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 метапролол, он не только снижает давление, он урежает. За счет этого урежения он хорошо кровоснабжает сердце. Вы тогда пейте: геротон

оставим ту же дозировку, а метопролол $\frac{1}{4}$ 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 метопролол 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 –хо–ро–шо

Врач– Вопросы есть?

Пациент – Вопросов нет, а! еще те таблеточки я продолжаю да?

Врач – Да, дитролекс, геротон.

Пациент – И еще

Врач – Метопролол 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?

Пациент5 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... чо 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 обращайтесь, 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 приливает

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, чо 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 иррадирует? 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 иррадирует 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, чо–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. Работаете 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 – ммм ... да, наверное. Сейчас получше стало

Врач – на больничном вы?

Пациент – нет, я вот сейчас в отпуск пошел, решил провериться

Врач – ммм

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, что... 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 дней 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, сказывается все.

Врач – а на вредном участке что делали?

Пациент – а вон маяки у нас на судостроительном заводе

Врач – ммм

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 натошак

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 – здравствуйте

Врач – здравствуйте

Пациент – прошу прощения, я должна была вчера прийти 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 посмотри чо 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 чо 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 **сядьте**. 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 побегая, 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 вальвуолит.

Пациент – ноо, 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 – ммм, 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 – а↓ по гражданским. В основном, по уголовным

Врач – у окулиста глазное дно надо смотреть. Сейчас пока талонов нет. Это в 232 отдадите 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 чо 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 чо 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.