

*На правах рукописи*



**Майборода Светлана Витальевна**

**РЕЧЕВЫЕ СТРАТЕГИИ ВРАЧА  
В УСЛОВИЯХ КОЛЛЕГИАЛЬНОЙ И АВТОРИТАРНОЙ  
МОДЕЛИ КОММУНИКАЦИИ ДОКТОРА И ПАЦИЕНТА:  
СХОЖДЕНИЯ И ПРОТИВОРЕЧИЯ**

Специальность 10.02.19 – Теория языка

**АВТОРЕФЕРАТ**

диссертации на соискание ученой степени  
кандидата филологических наук

Саратов 2021

Работа выполнена на кафедре русского и латинского языков  
ФГБОУ ВО «Саратовский государственный медицинский университет  
им. В.И. Разумовского» Минздрава России

**Научный руководитель:** доктор филологических наук, доцент,  
заведующий кафедрой русского и латинского  
языков ФГБОУ ВО «Саратовский  
государственный медицинский университет  
им. В.И. Разумовского» Минздрава России  
**Прокофьева Лариса Петровна**

**Официальные оппоненты:** доктор филологических наук, доцент,  
заведующий кафедрой иностранных языков с  
курсом латинского языка  
ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный  
медицинский университет» Минздрава России  
**Жура Виктория Валентиновна**

доктор филологических наук, профессор,  
заведующий кафедрой латинского и ино-  
странных языков ФГБОУ ВО «Астраханский  
государственный медицинский университет»  
Минздрава России  
**Маджаева Санья Ибрагимовна**

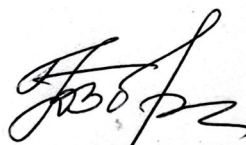
**Ведущая организация:** ФГБОУ ВО «Омский государственный  
университет им. Ф.М. Достоевского»

Защита состоится « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. в \_\_\_\_\_ часов на  
заседании диссертационного совета Д 212.243.02, созданного на базе ФГБОУ ВО  
«Саратовский национальный исследовательский государственный университет  
имени Н.Г. Чернышевского» (410012, г. Саратов, ул. Астраханская, д. 83) в  
XI корпусе, ауд. 301.

С диссертацией можно ознакомиться в Зональной научной библиотеке имени  
В.А. Артисевич и на сайте ФГБОУ ВО «СГУ имени Н.Г. Чернышевского»:  
[https://www.sgu.ru/sites/default/files/dissertation/2021/04/12/dissertaciya\\_mayborody.pdf](https://www.sgu.ru/sites/default/files/dissertation/2021/04/12/dissertaciya_mayborody.pdf)

Автореферат разослан « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2021 г.

Учёный секретарь диссертационного совета



Ю.Н. Борисов

## ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Настоящая работа выполнена в русле исследования институционального дискурса в сфере медицины и посвящена изучению коммуникативных стратегий и тактик в медицинском дискурсе.

Проблема изучения коммуникативных стратегий и тактик в профессиональном дискурсе широко представлена в исследованиях отечественных и зарубежных авторов, таких как О.С. Иссерс, В.И. Карасик, Н.Д. Арутюнова, Е.В. Харченко, Л.В. Бейлинсон, В.В. Жура, М.И. Барсукова, Э.В. Акаева, J. Gumperz, E. Barton и мн. др. Коммуникация между врачом и пациентом находится в центре внимания исследователей как явление, оперирующее знаниями особого рода, и рассматривается в современной лингвистике с прагмалингвистических, диалогических, культурологических и социолингвистических позиций. На протяжении последних лет реформы, проводимые в системе здравоохранения, неизбежно приводят к смене парадигмы моделей коммуникативного взаимодействия врача и пациента: модели патернализма приходит на смену коллегиальная модель. Следовательно, требуется анализ эффективности коммуникативных моделей взаимоотношения врача и пациента, изучение специфики языкового воплощения их когнитивных и речевых стратегий, сравнение полученных результатов и выявление причин успешности или малоуспешности конкретных речевых стратегий и тактик, применяемых при реализации определённой модели.

**Актуальность** исследования обусловлена следующими причинами:

1) до настоящего времени актуальным остаётся вопрос определения и дифференциации дискурсивных, когнитивных, коммуникативных и прагматических стратегий, так как анализ работ, посвящённых изучению стратегических характеристик медицинского дискурса, показал существенные, вызывающие путаницу расхождения в определении и классификации данных понятий;

2) отмечается недостаточная изученность глобальных стратегий медицинского дискурса, регулирующих общий фон общения врача и пациента и обуславливающих развитие дискурса по авторитарному или коллегиальному типу;

3) отсутствуют исследования по теории коллегиального типа дискурса, а изучению авторитарного типа дискурса посвящены лишь единичные научные работы;

4) авторитарный и коллегиальный типы дискурса врача и пациента ещё не становились предметом лингвистического анализа.

В основу работы положена **гипотеза** о том, что устный медицинский дискурс врача и пациента реализуется с помощью когнитивных, дискурсивных и речевых стратегий и тактик, которые обладают специфическими характеристиками, позволяющими классифицировать их как стратегии и тактики авторитарного или коллегиального типов дискурса. Предполагается, что в процессе коммуникации участники могут использовать стратегии, присущие обоим типам дискурса, при этом выбор речевых средств и стратегических приёмов обусловлен глобальными и локальными целями, которые могут совпадать или расходиться.

**Объектом** исследования является диалогическая речь в профессиональной сфере общения (в условиях клиники). **Предметом** изучения являются когнитивные, речевые стратегии и тактики, присущие авторитарному и коллегиальному типу медицинского дискурса в сфере профессионального общения «врач-пациент».

**Цель** исследования – создать когнитивную модель авторитарного и коллегиального типов устного медицинского дискурса путём выявления, изучения и классификации их параметров, описания структуры и коммуникативно-прагматических функций, основных и вспомогательных речевых стратегий, сосредоточив внимание на решении следующих **задач**:

1) уточнить понятие устного медицинского дискурса, определить его стратегические, композиционные и жанровые характеристики;

2) уточнить понятие речевой стратегии и речевой тактики, дифференцировать существующие типологии, разработать принципы динамического анализа стратегий и тактик дискурса;

3) изучить когнитивные, лингвистические и прагматические признаки авторитарного и коллегиального типов дискурса;

4) охарактеризовать особенности статусно-ролевых отношений между коммуникантами в полярных моделях взаимоотношений врача и пациента,

разработать классификацию когнитивных и коммуникативных стратегий и тактик авторитарного и коллегиального типов дискурса;

5) проанализировать фактический материал с использованием разработанной классификации и представить когнитивную модель устного медицинского дискурса;

6) оценить эффективность использования авторитарного и коллегиального типов общения в условиях клиники и разработать рекомендации по использованию дискурсивных моделей поведения.

**Материалом исследования** послужили аудиозаписи 65 диалогов, длительностью более 900 минут звучащей речи и объемом 41530 словоупотреблений. Диалоги записаны автором исследования в лечебно-профилактических заведениях г. Симферополя в период с 2012 по 2018 г. В исследовании приняли участие врачи различных специальностей и пациенты в возрасте от 18 до 70 лет. На основании аудиозаписей составлены текстовые скрипты. Условия сбора, использования и представления материалов исследования были одобрены комитетом по этике ФГБОУ ВО «Саратовский государственный медицинский университет им. В. И. Разумовского» Минздрава РФ (протокол №3 от 01.11.2016 г.).

Основными **методами** исследования являются описательный, метод лингвистического наблюдения и интерпретации языковых единиц, дискурс-анализ, количественный метод, а также социолингвистические методы включённого наблюдения и опроса участников дискурсивных событий.

**Научная новизна** работы состоит в том, что в ней впервые исследуются когнитивные модели авторитарного и коллегиального типов дискурса врача и пациента, способные стать частью как общей теории дискурса, так и дискурса профессионально ориентированного. Исследование стратегий и тактик медицинского дискурса осуществляется на основе оригинальной дискурсивной модели – оппозиции коллегиального и авторитарного типов дискурса, что помогает осмыслить и уточнить ряд существенных характеристик медицинского дискурса. В ходе исследования впервые предложено определение коллегиального типа дискурса, а также классификации стратегий и тактик коллегиального и авторитарного типов дискурса. При этом представлены как прямые проявления авторитарного и коллегиального типов общения врача и пациента, так и косвенные. Впервые на основе принципов лингвосинергетики разработан

динамический анализ диалога врача и пациента с подробным выявлением средств реализации используемых тактик и стратегий, а также выявлением точек бифуркации в диалогах и способов их разрешения.

**Теоретическая значимость** диссертации заключается в создании когнитивной модели коммуникации «врач-пациент» посредством анализа авторитарного и коллегиального типов медицинского дискурса, определения языковых, прагмалингвистических и коммуникативных характеристик речевых стратегий и тактик в коммуникации врача и пациента, установления точек бифуркации дискурса, что вносит вклад в теорию дискурса, представляя собой одно из перспективных направлений теории языка. Предложенная в исследовании классификация коммуникативных стратегий, характерных для авторитарного или коллегиального типов дискурса, расширяет представление о системе коммуникативных стратегий в целом и стратегий медицинского дискурса в частности. Полученные результаты способствуют дальнейшему развитию теории речевой коммуникации в области профессионального дискурса, изучению речевого поведения врача и пациента.

**Практическая значимость** работы заключается в возможности использования полученных результатов в разработке спецкурсов по обучению речевой коммуникации в сфере «врач-пациент» и культуре профессиональной речи врача. Представляется возможным внесение рекомендаций в соответствующие разделы пособий по медицинской деонтологии. Лингвистический анализ коммуникативного поведения в условиях авторитарной и коллегиальной модели общения может стать основой нового раздела лингвистической конфликтологии.

**Теоретическую базу** исследования составили работы в области теории дискурса Т. А. ван Дейка, Н. Д. Арутюновой, В. И. Карасика, М. Л. Макарова; в области лингвистической прагматики – Д. Остина, Д. Серля, А. Н. Баранова, Г. Е. Крейдлина, Е. И. Беляевой; в области лингвосинергетики – В. Г. Борботько; теории и методологии коммуникативных стратегий и тактик – О. С. Иссерс, Н. Д. Арутюновой, J. Gumperz, E. Barton, психолингвистики – А. Н. Леонтьева; теории медицинского дискурса – В. В. Журы, С. И. Маджаевой, Л. В. Бейлинсон, М. И. Барсуковой, Е. В. Харченко, Э. В. Акаевой, Н. В. Гончаренко, С. Л. Мишлановой, J. Heritage, D. W. Maynard, T. Peters.; дискурса власти –

В.И. Карасика, Т. ван Дейка, Е. И. Шейгал, В. Е. Чернявской; авторитарного дискурса – А. А. Пушкина.

**Положения, выносимые на защиту:**

1. Авторитарная или коллегиальная модели взаимодействия врача и пациента реализуются посредством соответствующего типа дискурса (авторитарного / коллегиального), в котором выделяется набор дифференцирующих его речевых стратегий и тактик.

2. Выделяется комплекс признаков, конститутивных для авторитарного и коллегиального типов дискурса. Данные признаки выявляются на когнитивном, коммуникативно-прагматическом и языковом уровнях. Способы языкового воплощения позволяют идентифицировать авторитарный или коллегиальный типы дискурса в диалогах врача и пациента. Выбор авторитарной или коллегиальной модели общения зависит от уровня языковой и коммуникативной компетенции врача и пациента, а также определённых социальных и психологических факторов: возраста, образованности, психологического типа, психического статуса пациента, которые необходимо учитывать врачу.

3. Стратегии и тактики авторитарного и коллегиального типов дискурса имеют признаки схождений и оппозиций. Схождения отмечаются в схеме реализации глобальных и локальных стратегий, которая имеет вид фрактального построения: она не сводится к сумме определённых речевых действий, а представляет собой систему, в которой глобальные и локальные стратегии строятся по схожей модели, обозначаемой как предельное целенаправленное действие. Схождение авторитарного и коллегиального типов дискурсов предполагается также в воплощении стратегии подчинения, основной интенцией которой является привлечение пациента к выполнению рекомендаций врача. Различия стратегий и тактик авторитарного и коллегиального типов дискурса обусловлены спецификой языковой реализации локальных целей. Некоторые стратегии полярных типов дискурса имеют схожие цели, но реализуются при помощи разных коммуникативных приёмов.

4. Существуют точки бифуркации дискурса, в которых происходит выбор одного из нескольких вариантов речевого поведения (стратегий или тактик), что ведёт к качественному изменению дискурса по авторитарному или коллегиальному типу. Причины и условия, создающие возможность бифуркаций, прогнозируемы и поддаются анализу.

5. В зависимости от ситуации общения и комплекса социально-психологических факторов возможен синтез авторитарной и коллегиальной моделей, результатом которого является гибридная модель взаимодействия с оригинальным набором дискурсивных стратегий и тактик и варьированием параметров речи.

**Апробация работы.** Основные положения диссертации были изложены: на V Конгрессе Российского общества преподавателей русского языка и литературы «Динамика языковых и культурных процессов в современной России» (4-8 октября 2016 г., г. Казань); I Международном симпозиуме «Русский язык в поликультурном мире» (8-12 июня 2017 г., г. Ялта); II Международном симпозиуме «Русский язык в поликультурном мире» (8-12 июня 2018 г., г. Ялта); XI Международной научно-практической конференции «Севастопольские Кирилло-Мефодиевские чтения» (13-15 сентября 2017 г., г. Севастополь); Международной научной конференции Жанры речи и «Жанры речи», посвящённой 100-летию гуманитарного образования в Саратовском университете и 20-летию международного научного журнала сборника «Жанры речи» (27-29 ноября 2017 г., г. Саратов); VI Конгрессе РОПРЯЛ «Динамика языковых и культурных процессов в современной России» (11-14 октября 2018 г., г. Уфа); IV Международном научном конгрессе «Иностранная филология. Социальная и национальная вариативность языка и литературы» (4-5 апреля 2019 г., г. Симферополь); IV Международном симпозиуме «Русский язык в поликультурном мире» (9-11 июня 2020 г., г. Ялта).

Основное содержание исследования отражено в 19 научных публикациях, входящих в РИНЦ, из них 1 в журнале из Web of Science, пять входит в список рекомендованных ВАК РФ.

**Структура диссертации.** Работа состоит из введения, трёх глав, заключения и библиографического списка.

## ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

В **первой** главе определяется исходная теоретическая база исследования дискурса, обозначается понятие медицинского дискурса и характеристики универсальных и специфических стратегий и тактик дискурса.

Медицинский дискурс – это многомерное коммуникативное явление, обладающее универсальными дискурсивными характеристиками, такими как



динамичность, диалогичность, социальность, целостность, дискретность, интенциональность; а также специфическими признаками, например, персональность, лингвотерапевтичность, суггестивность, ритуализированность. Устный медицинский дискурс является составным элементом системы институциональных дискурсов и имеет универсальные и специфические дискурсивные признаки. Универсальными признаками являются официальность коммуникации, устойчивость глобальной темы, стандартность и ритуальность общения в типовых ситуациях, высокая степень профессиональной компетенции одного из коммуникантов. Специфическим признаком выступает персональность медицинского дискурса, вызванная необходимостью установления атмосферы доверия, обеспечения комплаенса.

Выявление различных целей речевого общения в устном медицинском дискурсе «врач-пациент» позволяет разделить их на когнитивные, дискурсивные и коммуникативные. Когнитивные цели направлены на достижение комплаенса между врачом и пациентом. Дискурсивные цели подчинены профессиональным задачам медицинского дискурса и объединяются общим принципом «проблема – решение». Коммуникативные цели обусловлены стремлением коммуникантов к повышению эффективности общения.

Наиболее общие представления или концепции о средствах достижения целей принято называть **стратегиями**. Стратегия – это принятие решения по поводу того, какой тип поведения и действия следует избрать в каждой отдельной ситуации, а также вероятностное прогнозирование развития диалога и способов достижения локальных и глобальных целей дискурса. В нашем исследовании под термином **коммуникативная стратегия** понимается процесс построения диалога путём выбора оптимального в конкретной ситуации типа речевого поведения, направленного на достижение цели и обусловленного социальным контекстом и определёнными психологическими установками. Достигается эта задача при помощи коммуникативных **тактик**, включающих один или несколько коммуникативных ходов, с помощью которых говорящий может корректировать свои речевые действия с учётом успеха / неудачи конкретного речевого хода. Основными характеристиками коммуникативных стратегий и тактик являются социальный контекст, контроль, планирование, прогнозирование, гибкость, динамика и эффективность.

Универсальные и специфические типологии стратегий строятся по принципу иерархической зависимости, в соответствии с которым компоненты делятся на основные и вспомогательные. Основываясь на универсальной типологии коммуникативных стратегий О. С. Иссерс и специфической типологии стратегий и тактик медицинского дискурса, предложенной Л. В. Бейлинсон и М. И. Барсуковой, а также учитывая систему целей медицинского дискурса (когнитивных, дискурсивных, коммуникативных), мы делаем вывод о том, что основными стратегиями медицинского дискурса являются когнитивные и дискурсивные. Первые направлены на трансформацию картины мира пациента, обеспечивая этим достижение комплаенса между врачом и пациентом, и нацелены на достижение сверхцели дискурса – выздоровления пациента. Вторые связаны с профессиональной деятельностью врача и направлены на поиск, определение и решение проблемы, с которой пациент обратился в медицинское учреждение. Таким образом, дискурс врача и пациента рассматривается с позиций достижения целей различного порядка: когнитивных, дискурсивных и коммуникативных. Указанные цели определяют комплекс стратегий, включающий: 1) когнитивные стратегии – подчинение, компромисс; 2) специфические дискурсивные стратегии медицинского дискурса, называемые «диагностирующей», «лечащей» и «рекомендующей» стратегиями.

Выбор коммуникативных стратегий зависит от ряда переменных, например, от установки на авторитарный или коллегиальный тип взаимодействия, от психотипа врача и психотипа пациента, особенностей коммуникативной компетенции участников общения. Реализацию основных стратегий обеспечивает комплекс вспомогательных коммуникативных стратегий, которые подразделяются на: 1) прагматические – по приёмам реализации интенций; 2) диалоговые – по способам организации диалогового взаимодействия и 3) риторические – по приёмам оптимального воздействия на адресата.

Анализ отдельных стратегий или тактик диалога как правило не показывает развития дискурса в целом и особенностей осуществления общих стратегий, так как реализация стратегий в дискурсе не сводится к сумме отдельных речевых действий говорящего (-их), а представляет собой систему, в которой глобальные и локальные стратегии обладают свойством самоподобия и рассматриваются как фазы глобального / локального целенаправленного действия, смена которых представляет собой точки бифуркации дискурса, когда говорящий выбирает

стратегии и тактики типа дискурса, по его мнению, наиболее результативного в конкретной ситуации, что позволяет говорящему адаптироваться к обновляющемуся контексту и в реальном времени корректировать свои тактические действия для реализации глобальной стратегии. Для решения этой проблемы в данной работе предлагается анализ дискурса с учётом динамики стратегий и тактик в условиях определённого контекста (медицинской консультации в лечебном учреждении). Динамический анализ диалога включает следующие этапы:

1. Описание контекстной модели события.
2. Предварительную информацию, формирующую основную линию дискурса и включающую когнитивные пресуппозиции участников дискурса, интересы и цели каждого коммуниканта.
3. Определение фаз глобальных (когнитивных) стратегий для речевой партии каждого участника: проспективной фазы, динамической и результирующей фаз.
4. Определение точек бифуркации и анализ коммуникативных факторов, мотивирующих ветвление дискурса.
5. Анализ локальных (дискурсивных, коммуникативных) стратегий и тактик, оценка их успешности на каждом этапе.
6. Анализ результативности когнитивных стратегий участников общения и определение итогового состояния дискурса.

Под **точкой бифуркации** дискурса понимается критический момент в развитии коммуникации, когда говорящий выбирает один из двух или нескольких типов речевого поведения, что ведёт к качественным преобразованиям дискурса и его дальнейшему развитию по одному варианту до следующей точки бифуркации.

Факторы возникновения точек бифуркации в диалоге – те обстоятельства коммуникативного взаимодействия людей, которые привели к необходимости коррекции дискурса, а именно к изменению интенции, модуса или содержания диалога. К таковым относятся: нарушение правил кооперативной коммуникации, табуированные или неуместные темы, стремление говорящего достичь коммуникативной цели с наименьшими усилиями, конфликт ожиданий. Применительно к дискурсу врача и пациента нами выдвигается гипотеза о том, что существует бифуркация *авторитарный тип дискурса – коллегиальный тип дискурса*, то есть вероятность развития одного и того же диалога по одному из

вариантов с привлечением речевых средств, образующих полярные типы дискурсов.

**Вторая глава** исследования посвящается стратегиям авторитарного дискурса в сфере «врач – пациент», их когнитивной и коммуникативной специфике.

При организации взаимодействия с пациентом врач выбирает наиболее эффективные, на его взгляд, языковые и речевые средства, которые реализуют определенную модель взаимоотношений: авторитарную или коллегиальную. Осуществление воздействия в речевом поведении врача может происходить с привлечением различных языковых средств, стратегий и тактик. Выбор определённой модели общения коррелирует со следующими переменными: уровень языковой и коммуникативной компетенции участника дискурса, комплекс социальных и психологических факторов (возраст, образованность, психологический тип, психический статус коммуниканта), установка на кооперативное или конфликтное общение.

При выборе определённой модели взаимодействия имеет значение характеристика типов участников дискурса. В данном исследовании используется классификация типов пациентов, разработанная А. С. Готлиб, классификация типов врачей В. А. Тащлыкова, а также классификация типов языковой личности К. Ф. Седова. Анализ особенностей речевого поведения различных типов коммуникантов в сфере «врач-пациент» позволяет оценить успешность их взаимодействия.

Предполагается, что комплекс используемых коммуникативных и языковых средств, обнаруживающих признаки авторитарности или коллегиальности, детерминирует определённый тип дискурса: *авторитарный* или *коллегиальный*. **Авторитарный тип дискурса** определяется в работе как разновидность речевого взаимодействия неравностатусных коммуникантов, в котором участник, наделённый властными полномочиями, использует речь как средство воздействия на когнитивную сферу оппонента для управления его поведением, а не наделённый властью коммуникант либо демонстрирует согласие и готовность подчиниться, либо выражает сопротивление коммуникативному воздействию.

Дифференциальные **признаки авторитарного типа дискурса** проявляются на языковом и коммуникативно-прагматическом уровнях. Типичными средствами выражения авторитарности в речи являются императивы, инфинитивы,

конструкции долженствования, различные интенсификаторы высказывания, командный тон, повышение голоса и др. Речевыми актами авторитарной речи вышестоящего коммуниканта являются приказы, требования, команды, нижестоящего – согласие, оправдание, доводы. Речевые акты авторитарного типа дискурса нацелены на трансформацию поведения оппонента путём речевого давления.

К отличительным признакам авторитарного типа дискурса относится также монополия наделённого властью коммуниканта на использование определённых тем, речевых актов, речевых жанров и языковых средств и немедленные санкции за нарушение правил общения.

В настоящем исследовании впервые была разработана классификация основных и вспомогательных стратегий, а также комплекс речевых тактик авторитарного типа дискурса врача и пациента. Теоретически обосновано, что основными стратегиями авторитарного дискурса являются стратегии *подчинения* и *дискредитации*, реализующиеся в диалоге комплексно и по отдельности. Вспомогательные стратегии, использующиеся в авторитарном типе дискурса, по своей функции подразделяются на прагматические, диалоговые и риторические.

Комплекс прагматических стратегий основной стратегии **подчинения** включает: директивную стратегию; стратегию негативной мотивации; стратегию поощрения. Спектр прагматических коммуникативных тактик стратегии **дискредитации** представлен тактиками упрёка, обвинения, иронии, насмешки, аномальными этикетными тактиками.

К диалоговым стратегиям авторитарного типа дискурса относятся: 1) стратегия контроля над темой и инициативой в диалоге и реализующие её тактики запрета на речь и захвата коммуникативной инициативы; 2) стратегия, регулирующая речевое поведение собеседника (тактики игнорирования и принуждения к речи). К риторическим – стратегии самопрезентации, управления вниманием и регуляции эмоционального фона.

Установлено, что некоторые коммуникативные стратегии и тактики авторитарного типа дискурса «врач-пациент» социально оправданы и не вызывают коммуникативного дискомфорта у пациента при общении с доктором. Таковыми являются тактики наставления (*Диета, диета и еще раз диета*), команды при осмотре (без повышения голоса), инструкции (*Мезим по одной таблетке во время еды в течение месяца*) и инструкции-требования (*Значит так,*

*купите креон, пропьёте месяц).* Речевыми тактиками, нарушающими гармоничное развитие дискурса, выступают: захват коммуникативной инициативы (перебивание, запрет на речь), запреты в категоричной форме (*Курение ис-кдю-чить! Слышали?*), ирония, насмешка (*Почему едите сырое мясо? Вы что, с чукчами жили?*), угроза (*Я же сказала, не двигаться! Я сейчас оставлю всё это, и вы пойдёте в челюстно-лицевой стационар! Мне здесь не нужны последствия*), запугивание (*Бросайте курить, иначе без ног останетесь!*).

Результаты динамического анализа диалога авторитарного типа позволяют представить модель дискурса как фрактальное построение, проявляющееся в повторении цепочек коммуникативных действий: точка бифуркации – стратегия дискредитации – стратегия подчинения – результат. Когнитивными целями врача выступают намеренная трансформация картины мира пациента и внесение в его деятельность таких знаний и схем поведения, как неукоснительное следование рекомендациям, подчинение воле врача. Для осуществления этих целей используются следующие приёмы: заставить пациента выполнять требуемые действия путём давления, принуждения, контролировать его действия, пресекать попытки самостоятельных решений. Для усиления действия стратегии подчинения используется стратегия дискредитации «ответственного пациента»: моральное подавление, выведение оппонента из психологического равновесия, убеждение пациента в его некомпетентности, невежестве и невозможности брать на себя ответственность за принятие решений. Точки **бифуркации** в диалоге авторитарного типа: сообщение пациента о самолечении и высказывание альтернативного мнения.

В результате комплексного анализа диалогов врача и пациента составлена когнитивная модель авторитарного типа медицинского дискурса, включающая два варианта развития дискурса в зависимости от типов участников общения. Данная модель является частью общей модели медицинского дискурса.

В **третьей** главе диссертации представлено описание когнитивных и коммуникативных особенностей коллегиального медицинского дискурса, а также представлен анализ гибридной формы дискурса врача и пациента, совмещающей авторитарный и коллегиальный компоненты.

**Коллегиальный тип дискурса** представляет собой разновидность коммуникации равностатусных или неравностатусных субъектов, в котором участники используют речь для взаимного воздействия на когнитивную сферу

путём открытого обмена информацией с целью совместного решения проблемы и достижения компромисса. Данный тип дискурса является воплощением координативных отношений, когда коммуникантов связывают отношения равноправного сотрудничества, а не отношения субординации. При взаимодействии неравностатусных субъектов их различие в статусе не проявляется в речи и не влияет на выбор определённого варианта решения. Участники дискурса демонстрируют уважение к мнению оппонента, стремятся выявить и учесть взаимные ожидания от общения, избегают жёсткой директивности в речи.

Признаками коллегиального типа дискурса являются субъект-субъектный характер общения, отсутствие монополии на определённые речевые акты и жанры, взаимно одобряемое ослабление формальности общения, использование речевых актов убеждения и предложения для побуждения к действию, языковые средства, указывающие на общность деятельности. Речевыми актами коллегиального типа дискурса выступают: предложение, довод, совет, предупреждение, рекомендация, нарратив и др. При реализации коллегиального типа дискурса врача и пациента отмечаются языковые индикаторы репрезентации равноправия: большое количество конструкций «совместного действия», например: *давай (-те) + глагол в 1 л. мн.ч. (Давайте дождёмся результатов)*; запрос разрешения пациента на совершение действий или побуждение к совместной деятельности (*Сделаем ФГДС?* ?); наличие обиходно-бытовой лексики и конструкций разговорной речи для создания «атмосферы внутригрупповой идентичности». Ср.: *Можете, например, когда покушали, сразу же принять после еды* вместо нейтрально-императивного *Принимайте после еды* или директивного *Принимать строго после еды!*

В исследовании впервые разработана классификация основных и вспомогательных стратегий и тактик коллегиального типа дискурса. Использование коммуникативных стратегий коллегиального типа во многом обуславливается экстралингвистической целью медицинского дискурса – обеспечить комплаентное поведение пациента, которое заключается в осознанном выполнении рекомендаций врача и точном следовании плану лечения. В коллегиальном типе дискурса способы влияния врача на поведение пациента ориентированы на понимание больным сути проблемы, механизмов терапевтического воздействия и важности аккуратного выполнения назначений.

Также немаловажным является свободный выбор пациентом определённого варианта решения из предложенных специалистом; возможность согласиться с врачом или отказаться без риска быть подвергнутым коммуникативным санкциям (обвинению, осуждению, упрёку, насмешке и т.п.).

Различные комбинации перечисленных целей и задач способствуют осуществлению когнитивной цели коллегиального типа дискурса – достижению компромисса. Данная цель определяет существование коммуникативной **стратегии согласованного решения**, которую мы относим к основным стратегиям коллегиального типа дискурса. К вспомогательным прагматическим стратегиям коллегиального типа дискурса относятся информативная и персуазивная стратегии.

Основные условия коллегиального типа дискурса, такие как поиск и установление общих пресуппозиций и признание ценности мнения оппонента, обуславливают следующие характеристики диалоговых стратегий: отсутствие ограничений на использование определённых речевых актов (все участники могут предлагать, советовать, задавать вопросы, уточнять); перехват коммуникативной инициативы в диалоге осуществляется путём включения в ход диалога вербальных или невербальных сигналов реакции на слова говорящего или с помощью подхвата и продолжения реплики собеседника (диалог-унисон). Риторические стратегии коллегиального типа дискурса включают в себя стратегии управления вниманием и эмоционального воздействия, реализуемые при помощи тактик актуализации внимания, эмоционального тьюнинга, легитимации чувств, отвлекающих тактик.

Динамический анализ коллегиального диалога врача и пациента позволил заключить, что выбор персуазивных и риторических тактик в таких точках бифуркации, как отказ от лечения или возражение пациента, приводит к гармонизации дискурса и позволяет скорректировать поведение собеседника, не привлекая средств коммуникативного давления или агрессии, разрушающих доверительные отношения между участниками общения, то есть способствует достижению комплаенса. Недостатками использования стратегий коллегиального типа дискурса являются высокие затраты времени на осуществление медицинской консультации, риски некомплаентного поведения «требовательного» пациента, взаимного перекалывания ответственности за результат лечения.



В **заключении** исследования обобщены результаты исследования и представлен ряд схождений и оппозиций авторитарного и коллегиального типов дискурса. Определено, что речь врача вариативна, зависит от контекста и коррелирует с переменными: психотип врача – психотип пациента – коммуникативная ситуация – точка бифуркации – бифуркация авторитарный тип дискурса – коллегиальный тип дискурса. Выявленные точки бифуркации в медицинском дискурсе включают в себя: отказ пациента от лечения или выполнения рекомендаций, сообщение о самостоятельных действиях (самодиагностике, самолечении), высказывание пациентом альтернативного мнения, возражение, несогласие с врачом.

Отмечено, что на выбор определённого типа дискурса влияет возраст врача: врачи старшего возраста отдают предпочтение авторитарной модели взаимодействия с пациентом, соответственно, доктора среднего и молодого возраста чаще используют коллегиальный тип общения с пациентами. Выявлено, что возраст пациента не коррелирует с установкой на коллегиальный или авторитарный тип коммуникации: предпочтение определённого типа коммуникации с врачом зависит от личностных качеств пациента. Успешность взаимодействия врача и пациента наблюдается в соотношениях: авторитарный тип дискурса – «директивный доктор» и «послушный пациент»; авторитарный тип дискурса – конфликтно-манипуляторский тип личности доктора и кооперативно-конформный тип личности пациента; коллегиальный тип дискурса – «недирективный доктор» / «сопреживающий доктор» – «послушный пациент / образованный пациент / требовательный пациент»; коллегиальный тип дискурса – кооперативно-актуализаторский тип личности врача – кооперативно-актуализаторский / конфликтный тип личности пациента.

Установлено, что одни и те же коммуникативные цели могут быть реализованы посредством стратегических средств, характерных для типов-антагонистов (коллегиального / авторитарного). Использование и чередование стратегий и тактик авторитарного и коллегиального типов дискурса в беседе обуславливается адаптацией говорящих к ситуации общения и поиском эффективных средств достижения глобальной и локальных целей общения.

В результате комплексного анализа диалогов врача и пациента была составлена когнитивная модель медицинского дискурса, включающая авторитарный и коллегиальный типы (Таблица 1).

Таблица 1 – Когнитивная модель авторитарного и коллегиального типов  
 медицинского дискурса «врача-пациент»

Авторитарный тип дискурса	Коллегиальный тип дискурса
<b>Типы участников:</b>	
<p>(1) «директивный доктор» – «послушный пациент»; конфликтно-манипуляторский тип личности врача – кооперативно-конформный тип личности пациента.</p> <p>(2) «директивный доктор» – «требовательный / образованный пациент»; конфликтно-агрессивный / конфликтно-манипуляторский тип личности врача – конфликтно-агрессивный / активно-центрированный тип личности пациента.</p>	<p>«недирективный доктор» / «сопереживающий доктор» – «послушный пациент / образованный пациент / требовательный пациент»; кооперативно-актуализаторский тип личности врача – кооперативно-актуализаторский / конфликтный тип пациента.</p>
<b>Ситуации использования:</b>	
<p>- этапы расспроса, осмотра, рекомендаций, инструктирования;                      - контроль деятельности пациента.</p>	
<b>Цель когнитивная (глобальная):</b>	
трансформация картины мира и поведения пациента.	
<b>Цели локальные:</b>	
<p>(1) подчинение пациента воле врача; формирование комплаентного поведения пациента;</p> <p>(2) подавление сопротивления, формирование комплаентного поведения.</p>	<p>- достижение компромисса;                      - поиск общих позиций;                      - формирование комплаентного поведения пациента.</p>
<b>Точки бифуркации:</b>	
<p>выражение альтернативного мнения, сообщение о самостоятельных действиях (самолечении, самодиагностике), выражение сомнения в профессионализме, выражение недоверия врачу, отказ от лечения.</p>	
<b>Основные стратегии:</b>	
<p>(1) подчинение;                      (2) подчинение, дискредитация.</p>	<p>стратегия согласованного решения.</p>
<b>Вспомогательные речевые стратегии:</b>	
<p>- прагматические (директивная стратегия, стратегии поощрения и негативной мотивации),                      - диалоговые (односторонний контроль инициативы и темы в</p>	<p>- прагматические (информативная и персуазивная);                      - риторические (стратегия управления вниманием и эмоционально настраивающая стратегия);</p>

<p>диалоге, игнорирующая стратегия), - риторические (привлечение внимания, контроль понимания).</p>	<p>- диалоговая (имплицитное управление ходом и тематикой диалога).</p>
<p><b>Речевые тактики:</b></p>	
<p>(1) инструкция, требование, команда, наставление, похвала, обещание, угроза, предупреждение, запугивание, запрет на речь, запрет эмоций, аннулирующая тактика, (2) инструкция, требование, команда, наставление, похвала, обещание, угроза, предупреждение, запугивание, упрёк, ирония, насмешка, обвинение, захват коммуникативной инициативы (перебивание); запрет на речь, запрет эмоций, аннулирующая тактика, коммуникативное отстранение.</p>	<p>предложение, альтернатива, убеждение, уговаривание, разъяснение, тактики принимающего реагирования, запроса точки зрения собеседника, эмоционального тьюнинга и легитимации чувств, актуализации внимания, отвлекающие тактики, тактики поощрения речи, подхвата; диалог-унисон.</p>
<p><b><u>Результативность:</u></b></p>	
<p>(1) успешность реализации модели; (2) -высокая вероятность возникновения конфликта в коммуникации с пациентами, представляющими конфликтный и активно-центрированный типы личности; - отсутствие комплаенса и «иллюзия» успешности в коммуникации с пациентами, представляющими конформный тип личности: пациент соглашается с врачом, но в дальнейшем не выполняет его рекомендации.</p>	<p>- успешность реализации модели с «образованным пациентом»; - есть риски непродуктивной коммуникации при общении с «послушным пациентом», ожидающим чётких директив и указаний врача; - риски отсутствия комплаенса в ситуации общения с «требовательным» пациентом: злоупотребление сокращением дистанции может спровоцировать сомнение пациента в компетентности врача, что позволит вербально оспорить авторитет профессионала и развить конфликт, - бóльшая свобода действий сторон может повлечь взаимное перекладывание ответственности за результат лечения.</p>

Результаты исследования позволили заключить, что в настоящее время в медицинском дискурсе используется гибридная модель коммуникации, включающая стратегии и тактики как авторитарного, так и коллегиального типа дискурса.

Перспективами исследования представляется уточнение имеющейся классификации стратегий, создание подобной классификации стратегий и тактик пациента, изучение особенностей языковой личности врача и пациента, создание соответствующей классификации типов языковой личности.

Основные положения диссертации отражены в следующих публикациях автора:

*Статья в журнале, индексируемом Web of Science:*

1. Майборода, С. В. Коммуникативные стратегии и тактики в речевой партии врача в диалоге о самолечении / С. В. Майборода // Вестник Томского гос. ун-та. – 2019. – № 448. – С.65-73. DOI: 10.17223/15617793/448/8

*Статьи в журналах, включённых в Перечень ведущих рецензируемых научных изданий, рекомендованных Высшей аттестационной комиссией при Министерстве образования и науки Российской Федерации:*

2. Майборода, С. В. Вспомогательные стратегии в профессиональной речевой коммуникации доктора и пациента (К вопросу о границах классификации) / С. В. Майборода // Известия Саратовского ун-та. Новая серия. Серия Филология. Журналистика. 2016. Т. 16, вып. 4. С. 396-401.
3. Майборода, С. В. К проблеме выделения вспомогательных коммуникативных стратегий в профессиональном медицинском дискурсе (стратегия оправдания визита в речи пациента) / С. В. Майборода // Научный вестник Воронежского государственного архитектурно-строительного университета. Серия: Современные лингвистические и методико-дидактические исследования. 2017. № 1(33). С. 149-159.
4. Майборода, С. В. Медицинский дискурс: современные теоретико-методологические подходы и перспективы исследования / С. В. Майборода // Коммуникативные исследования. 2017. № 1(11). С. 63-75.
5. Майборода, С. В. Лингвопрагматические и структурные особенности нарративных жанров коллегиальной и авторитарной модели устного медицинского дискурса / С. В. Майборода // Жанры речи. 2018. № 2 (18). С. 144-151.

*Статьи в сборниках научных трудов, материалах всероссийских и международных конференций:*

6. Майборода, С. В. Проблема конфликтогенности речевого поведения участников устного медицинского дискурса при реализации этикетной речевой

стратегии / С. В. Майборода // Динамика языковых и культурных процессов в современной России. 2016. Вып. 5. С. 350-355.

7. Майборода, С. В. Лингвистические индикаторы авторитарной и коллегиальной модели профессиональной коммуникации (на материале записей диалогов врача и пациента) / С. В. Майборода // Русский язык в поликультурном мире : материалы I Международного симпозиума. Ялта : Общество с ограниченной ответственностью «Издательство Типография «Ариал», 2017. Т. 1. С. 70-76.

8. Майборода, С. В., Кочергина Л. В. Средства и способы выражения оценки в речи врача / С. В. Майборода, Л. В. Кочергина // Психолингвистика и лексикография : сборник научных трудов / Центр коммуникативных исследований ВГУ, Воронежская психолингвистическая ассоциация. Воронеж : Истоки, 2016. Вып. 4. С. 153-159.

9. Майборода, С.В. Речевая тактика «сообщение о самолечении» в диалоге доктора и пациента / С. В. Майборода // Русский язык в поликультурном мире : сборник научных статей II Международного симпозиума. В 2 т. Ялта : Общество с ограниченной ответственностью «Издательство Типография «Ариал», 2018. Т. 2. С. 492-498.

10. Майборода, С. В. Речевые стратегии и тактики при обучении профессиональной коммуникации врач-пациент: этапы формирования компетенций / С. В. Майборода // Волжский вестник науки. 2017. № 4-6 (8-10). С. 105-107.

11. Майборода, С. В. Коммуникативные стратегии и тактики врача при расспросе ребёнка / С. В. Майборода // Термины в коммуникативном пространстве : материалы научно-практической конференции с международным участием «Дискурсология, терминология, экология языка в современной лингвистике». Астрахань : Астраханский государственный медицинский университет. 2018. С. 93-101.

12. Майборода, С.В. Коммуникативные тактики вербальной коррекции речевого поведения в диалоге врача и пациента / С. В. Майборода // Динамика языковых и культурных процессов в современной России. 2018. Вып. 6. С. 376-381.

13. Майборода, С. В. Лингвистические и прагматические особенности тактики разъяснения в устном медицинском дискурсе / С. В. Майборода // Проблемы речевой коммуникации : межвузовский сборник научных трудов. Саратов : Саратовский национальный исследовательский государственный университет имени Н.Г. Чернышевского, 2018. С. 125-133.

14. Майборода, С. В. Коммуникативные способы верификации информации в устном медицинском дискурсе / С. В. Майборода // Дни науки КФУ им.

В.И. Вернадского : сборник тезисов участников IV научно-практической конференции профессорско-преподавательского состава, аспирантов, студентов и молодых ученых. Симферополь : Крымский федеральный университет им. В.И. Вернадского, 2018. С. 1096-1097.

15. Кочергина, Л. В., Майборода, С. В. Эмоциональный тьюнинг в речевом общении врача и пациента: мотивы, функции, способы языковой реализации / Л. В. Кочергина, С. В. Майборода // Иностранная филология. Социальная и национальная вариативность языка и литературы : Материалы IV Международного научного конгресса. Симферополь : Общество с ограниченной ответственностью «Издательство Типография «Ариал», 2019. С. 327-332.

16. Майборода, С. В. Диалоговые стратегии в авторитарном дискурсе доктора и пациента / С. В. Майборода // Термины в коммуникативном пространстве : материалы научно-практической конференции с международным участием. Астрахань : Астраханский государственный медицинский университет, 2019. С. 191-196.

17. Майборода, С. В. Нарратив пациента в обучении иностранных студентов-медиков русскому языку / С. В. Майборода // Технологии обучения русскому языку как иностранному и диагностика речевого развития: материалы XX Международной научно-практической конференции. Минск : Издательство : Белорусский государственный медицинский университет ООО «Научный мир», 2020. С. 268-274.

18. Майборода, С. В. Диалоговые стратегии коллегиального дискурса доктора и пациента / С. В. Майборода // Медицинский дискурс: вопросы теории и практики : материалы 8-й международной научно-практической и образовательной конференции. Тверь : Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования Тверская государственная медицинская академия Министерства здравоохранения Российской Федерации, 2020. С. 30-35.

19. Майборода, С. В. Речевая тактика упрёка в дискурсе доктора и пациента / С. В. Майборода // Русский язык в поликультурном мире : сборник научных статей IV Международного симпозиума. В 2 т. Симферополь : ФГАОУ ВО «КФУ имени В.И. Вернадского», 2020. Т. 2. С. 113-119.

---

Формат 60x84 1/16. Бумага офсетная. Подписано в печать 22.04.2021.  
Гарнитура Times. Печать Riso.  
Усл. печ. л. 1,28. Тираж 100 экз. Заказ 0057.

---

Отпечатано с готового оригинал-макета  
в типографии ИП «Экспресс тиражирование»  
410005, Саратов; Рахова, 187/213, офис 220 ☎ 27-26-93

